

# Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada

Eladio Fernández Liz y Francisco José Luque Mellado

**Objetivo.** Evaluar la información disponible en materia de coordinación terapéutica entre la atención primaria y la atención hospitalaria para identificar actividades con resultados positivos que pudieran adaptarse al ámbito local.

**Diseño.** Revisión sistemática.

**Fuente de datos.** Bases de datos MEDLINE, SIETES y Cochrane de revisiones sistemáticas, desde enero de 1990 hasta agosto de 2005.

**Selección de los estudios.** Estudios realizados en países con sistemas nacionales de salud. Se incluyeron 36 estudios: *a)* estudios observacionales sobre prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase atención primaria-atención hospitalaria (18 estudios); *b)* estudios que recogen la opinión de los profesionales sanitarios: artículos de revisión, consenso, editoriales (7 artículos); estudios cualitativos (4 estudios), y *c)* estudios que plantean o evalúan intervenciones (7 estudios). Se excluyeron 431 estudios.

**Resultados.** Los problemas más citados son: insuficiente información para el seguimiento de los pacientes, desacuerdos en la selección de fármacos, incremento de costes por la atención del paciente en el hospital y dificultades para asumir responsabilidades clínicas. Las soluciones propuestas consideran necesario aplicar una política de medicamentos unificada y presupuestos comunes. La información sobre estudios que planteen o evalúen las intervenciones de coordinación terapéutica es limitada. Las enfermedades sobre las que hay más información son la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, el asma, la hipertensión y el tratamiento anticoagulante oral.

**Conclusiones.** Se propone la creación de comités farmacoterapéuticos formados por profesionales de atención primaria y atención hospitalaria. Estos comités podrían adaptar al ámbito local formularios y guías de práctica clínica en consonancia con los estándares de calidad de prescripción definidos en atención primaria.

**Palabras clave:** Atención compartida. Hospital. Atención primaria. Prescripciones.

## A SYSTEMATIC REVIEW OF THERAPY COORDINATION BETWEEN PRIMARY AND SPECIALIST CARE

**Objectives.** To evaluate existing information on questions of therapy coordination between primary and hospital care and to identify activities with positive results that could be adapted at the local level.

**Design.** Systematic review.

**Data sources.** MEDLINE, SIETES, and Cochrane systematic review databases were searched for articles published between January 1990 and August 2005.

**Selection of studies.** Those conducted in countries with a National Health Service. Thirty-six studies were included: *a)* observational studies on drug prescription for patients moving between primary and specialist care (18 studies); *b)* studies of the views of health professionals: review and consensus articles and editorials (7 articles); qualitative studies (4 articles); *c)* intervention studies (7 studies). Four-hundred and thirty-one studies were excluded.

**Results.** The most common problems were: lack of information for patient follow-up, disagreement in drug selection, increases in costs due to hospital stays and difficulties in assuming clinical responsibilities. The solution put forward was that a unified policy of common medicines and budgets is essential. Little information was available on the studies that posed or evaluated interventions to improve therapy coordination. Conditions with the most information available were heart failure, diabetes mellitus, asthma, high blood pressure, and anticoagulant treatment.

**Conclusions.** The creation of pharmacotherapy committees, involving professionals belonging to both primary and specialist care, was proposed. These committees would adapt for local use protocols and clinical practice guidelines, in line with the prescription quality standards of primary care.

**Key words.** Shared care. Hospital. Primary care. Prescriptions.

Servei d'Atenció Primària  
Muntanya de Barcelona. Institut  
Català de la Salut. Barcelona.  
Espanya.

Correspondencia:  
 E. Fernández Liz,  
 Unitat de Farmàcia, Servei  
 d'Atenció Primària Muntanya de  
 Barcelona,  
 Avda. Meridiana, 428, 7.<sup>a</sup> 08030  
 Barcelona. Espanya.  
 Correo electrónico:  
 efernandez.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 16-1-2006.  
 Manuscrito aceptado para su  
 publicación el 8-5-2006.

## Introducción

El análisis de los estudios sobre la prescripción de medicamentos a pacientes remitidos desde la atención hospitalaria (AH) a la atención primaria (AP), y viceversa<sup>1-18</sup>, pone de manifiesto la existencia de una diversidad de problemas que pueden limitar la continuidad asistencial en detrimento de los pacientes y los profesionales sanitarios<sup>19</sup>.

Los diferentes problemas descritos derivados de la inducción de pacientes y tratamientos a los médicos de familia pueden condicionar su prescripción de medicamentos. Algun estudio estima que el 40% de la prescripción de los médicos de familia está fuertemente influida por los especialistas hospitalarios<sup>7</sup>. Al menos, ésta es la impresión en los profesionales de AP pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, como pone de manifiesto la diversidad de estudios realizados bajo el concepto de prescripción inducida<sup>1,6,8,10,11</sup>, aunque también afecta a los especialistas hospitalarios<sup>2,4,7,9,17,18,20</sup>. Como señalan algunos autores<sup>21</sup>, el término prescripción inducida puede ser equivalente a «mala coordinación» o a «mal uso del sistema sanitario».

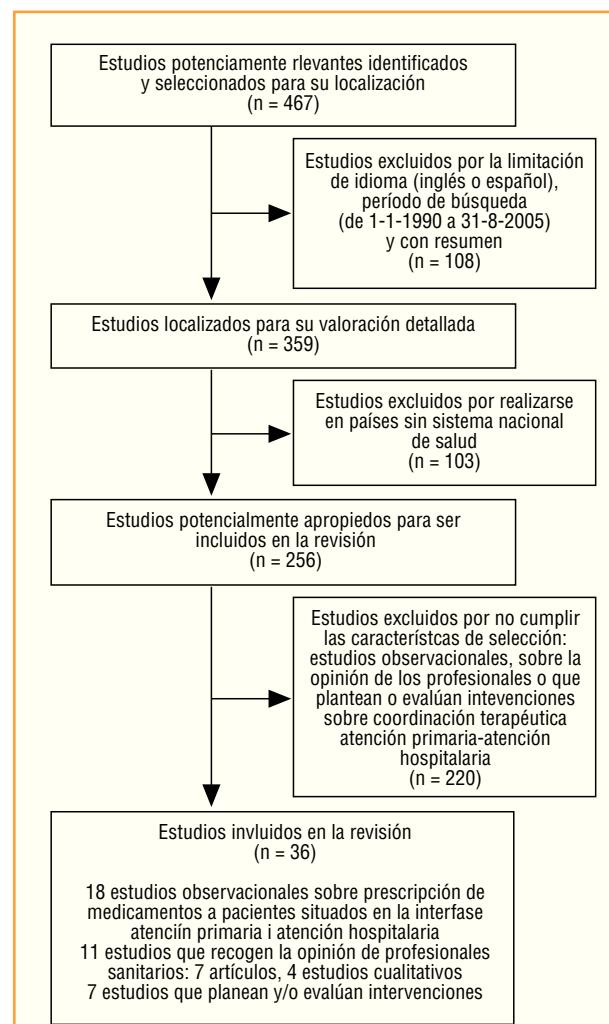
Un reciente estudio realizado en nuestro medio<sup>1</sup>, para cuantificar y evaluar las prescripciones derivadas desde el hospital de referencia a los médicos de familia de su área de influencia, identificó, entre otros problemas, los relacionados con la falta de información para el seguimiento de los pacientes y desacuerdos en la selección de fármacos entre los médicos de familia y los hospitalarios. Se concluyó que era necesario aumentar la relación entre los médicos de ambos ámbitos para establecer acuerdos sobre la selección de fármacos para el tratamiento de las enfermedades frecuentes y el seguimiento de los pacientes.

El objetivo de esta revisión es evaluar críticamente la información disponible procedente de países de nuestro entorno sobre coordinación terapéutica entre AP y AH para identificar las actividades con resultados positivos que pudieran adaptarse al ámbito local. A partir de ello, se realiza una serie de propuestas para mejorar los problemas relacionados con la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre la AP y la AH.

## Métodos

### Identificación de los estudios

Dada la falta de descriptores sobre coordinación terapéutica, se ha realizado una búsqueda en texto libre utilizando las palabras «shared care, continuity AND care, primary AND (secondary OR hospital)», según describe la revisión de Hampson et al<sup>19</sup>. Además, se han utilizado los descriptores «Delivery of Health Care, Integrated», «Continuity of Patient Care», «Hospital-Physician relations».



## Esquema general del estudio

Revisión sistemática de estudios y/o artículos sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención hospitalaria.

Se consultó a un experto internacional (que ha publicado artículos sobre guías de tratamiento conjuntas para AP y AH) para identificar las palabras clave (profesor Haaijer-Ruskamp, Universidad de Groningen, Países Bajos), y se solicitó la colaboración de expertos documentalistas del Centro Documental del Institut Català de la Salut (ICS).

Se han consultado las bases de datos MEDLINE, SIETES ([www.icf.uab.es](http://www.icf.uab.es)) y Cochrane de revisiones sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews) para identificar los estudios publicados que hicieran referencia a la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre AP y AH.

### Estrategia para MEDLINE

1. «shared care»
2. «primary and (secondary OR specialist OR hospital)»

TABLA  
1

Estudios con diseño cualitativo sobre la opinión de los profesionales sanitarios en torno a la coordinación terapéutica entre atención primaria y atención hospitalaria

Autor	Objetivo	Enfermedades	Resultados	Conclusiones y propuestas discutidas
Kasje et al <sup>27</sup>	Determinar barreras y facilitadores sobre el uso de GPC y formularios conjuntos	Hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus	Barreras: en las dimensiones de selección, contenido, proceso, utilidad y pérdida de autonomía Facilitadores: mejoran la armonización, la comunicación y son una herramienta educativa para médicos de familia y hospitalarios	Menor grado de aceptación de guías de tratamiento conjuntas por los médicos hospitalarios
Kasje et al <sup>28</sup>	Identificar factores que faciliten y dificulten el uso de GPC conjuntas por los médicos hospitalarios	Hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedades gástricas	Útiles para mejorar la integración AP-AH y para la formación Consideraciones negativas por pérdida de autonomía y de esponsorización	Recomendaciones de implementación de GPC AP-AH
Horne et al <sup>29</sup>	Conocer e identificar indicadores de seguimiento para la prescripción compartida	Asma, diabetes mellitus	Se proponen indicadores de calidad para el seguimiento de tratamientos compartidos en las dimensiones de responsabilidad clínica, costes y satisfacción	Es necesario incorporar los requerimientos del paciente, el médico de familia y el hospital
Evans et al <sup>30</sup>	Identificar barreras y oportunidades para el desarrollo de la interfase AP-AH		Se identificaron mejoras sobre la comunicación y citación, no en compartir recursos y servicios a atención primaria	Se debería de tener en cuenta factores culturales y políticos considerados como barreras

AP: atención primaria; AH: atención hospitalaria; GPC: guías de práctica clínica.

3. «outpatient clinics, hospital» [MeSH]
4. «family practice» [MeSH]
5. 2 OR (3 AND 4)
6. 1 AND 5
7. «continuity and care»
8. «delivery of health care, integrated» [Mesh]
9. «continuity of patient care» [Mesh]
10. «hospital-physician relations» [Mesh]
11. family practice\* AND hospitals
12. «prescriptions, drugs» [Mesh]
13. 2 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11
14. 13 AND 12
15. 6 OR 14

#### Estrategia para SIETES

1. prescripcion inducida
2. aps AND hospital AND prescripcion
3. 1 OR 2

Se ha limitado la búsqueda a publicaciones que incluyan resumen, idioma inglés o español y fecha de publicación entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de agosto de 2005.

También se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos identificados.

Un revisor evaluó de forma independiente la importancia potencial de todos los títulos y resúmenes identificados a partir de las búsquedas electrónicas.

#### Selección de los estudios

Esta revisión sistemática se circunscribe a estudios realizados en países con sistemas nacionales de salud que cumplen las siguientes características:

1. Estudios observacionales sobre prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre AP y AH.
2. Estudios que recogen la opinión de los profesionales sanitarios sobre actividades de coordinación terapéutica entre AP y AH.

3. Estudios que plantean o evalúan intervenciones sobre coordinación terapéutica entre AP y AH.

## Resultados

Se identificaron 467 estudios potencialmente relevantes. De éstos, 108 (23,12%) se excluyeron por la limitación del idioma, el período de búsqueda y las publicaciones con resumen. De los 359 estudios seleccionados para su valoración detallada, 103 (28,69%) se excluyeron porque se habían realizado en países que carecen de sistema nacional de salud. De los 256 restantes, se seleccionaron 36 que cumplían los criterios de selección: *a)* estudios observacionales sobre prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre AP y AH (18 estudios); *b)* estudios que recogen la opinión de los profesionales sanitarios sobre coordinación terapéutica entre AP y AH: artículos de revisión, consenso, editoriales (7 artículos); estudios cualitativos (4 estudios), y *c)* estudios que plantean o evalúan intervenciones sobre coordinación terapéutica entre AP y AH (7 estudios).

#### Problemas sobre la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre la atención primaria y la hospitalaria

Las principales dificultades descritas en la bibliografía son, entre otras, la escasez de pruebas que permitan saber qué problemas de salud atender en cada uno de los ámbitos asistenciales, el desconocimiento mutuo, la diferente organización y la poca o nula comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos<sup>22</sup>. Este último es uno de los aspectos más citados<sup>19,23</sup>.

En relación con el aspecto específico de la prescripción de medicamentos, los problemas más citados son: insuficien-

TABLA  
2

Estudios que plantean o evalúan intervenciones en torno a la coordinación terapéutica entre atención primaria y atención hospitalaria

Autor	Método	Objetivo	Enfermedades	Tiempo	intervención	Variables medidas	Resultados
Oliva et al <sup>31</sup>	Descriptivo	Evaluar la calidad de prescripción mediante el uso de un formulario	Osteoarticular	20 meses	Formulario de AP	% casos con fármacos seleccionados	Mejoras en determinados indicadores
Smith et al <sup>32</sup>	ECA	Evaluar la efectividad e impacto de un servicio de atención compartida	Diabetes tipo 2	18 meses	Programa de intervención frente a control Incluye formación, gestión de casos y comunicación estructurada	Psicosocial, biofísica y de proceso	Mejoras en la dimensión psicosocial y de proceso, no en resultados biofísicos
Holm et al <sup>33</sup>	ECA	Evaluar el efecto de un programa de atención compartida AP-AH	Pacientes con tratamiento anticoagulante oral	2 años	Programa de intervención frente a control Incluye responsabilidad compartida, intercambio de información, formación y GPC	Período en control terapéutico	Incremento significativo del control terapéutico en el grupo de intervención
Mant et al <sup>34</sup>	Descriptivo	Evaluar el cumplimiento de un programa de mejora de la información sobre prescripción		20 meses	Instauración del programa y postevaluación	Porcentaje de pacientes con información	Incremento de la información sobre tratamientos entre los 2 ámbitos
Van der Kam et al <sup>35</sup>	Descriptivo	Analizar si la comunicación electrónica entre los médicos y las farmacias mejora la calidad de la información sobre el tratamiento		10 días	Comunicación electrónica frente a papel	Porcentaje de fármacos recordados	La comunicación electrónica mejora el grado de concordancia, no la información relevante
Obaldia et al <sup>36</sup>	Descriptivo	Describir actividades de colaboración de un servicio de farmacia hospitalario con AP		3 años	Protocolos terapéuticos, boletines, consultas, actividades de formación		
Herreros et al <sup>37</sup>	Descriptivo	Describir actividades de colaboración de un servicio de farmacia hospitalario con AP		5 años	Formulario de medicamentos, protocolos terapéuticos, formación continuada e investigación		

AP: atención primaria; ECA: ensayo clínico aleatorizado; GPC: guías de práctica clínica.

te información para el seguimiento de los pacientes<sup>1,14,16</sup>, desacuerdos en la selección de fármacos<sup>1,6,8</sup>, cambios de tratamiento innecesarios<sup>2</sup>, incremento de costes por la atención al paciente en el hospital<sup>7,9,10,15</sup> y dificultades para que el médico de familia asuma responsabilidades clínicas<sup>17,18</sup>.

Una revisión sobre la utilidad de los formularios conjuntos como instrumento de gestión de la prescripción en la interfase entre AP y AH realizado en el Reino Unido<sup>20</sup> mostró una amplia variabilidad en su uso, dificultades para su cumplimiento, una selección de medicamentos condicionada por criterios específicos del hospital, y escasos datos sobre el uso de formularios conjuntos.

### Soluciones propuestas

Diferentes artículos<sup>19,20,22-26</sup> consideran necesario aplicar una política en medicamentos unificada que incluya las dimensiones de formación, selección, evaluación de uso e investigación, y recomiendan la creación de comités farmacoterapéuticos formados por profesionales de AP y AH para la elaboración o adaptación de guías de práctica clínica y formularios conjuntos de ámbito local<sup>20,22</sup>.

### Estudios en torno a la coordinación terapéutica

En la tabla 1 se recogen los estudios con diseño cualitativo sobre la opinión de los profesionales sanitarios en torno a la coordinación terapéutica entre AP y AH<sup>27-30</sup>. Cabe

destacar que la mayoría de los estudios han sido enfocados hacia los factores percibidos por los médicos de familia y hospitalarios como limitadores y facilitadores del uso de guías de práctica clínica y formularios conjuntos. La tabla 2 recoge los estudios que plantean o evalúan intervenciones<sup>31-37</sup>.

## Discusión

Los principales problemas descritos en torno a la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre AP y AH pueden explicarse, entre otras causas, por la discordancia y el posible desconocimiento de la política de medicamentos entre los 2 ámbitos asistenciales<sup>20</sup>, por la amplia variabilidad en las recomendaciones sobre tratamientos<sup>27</sup>, la deficiente comunicación entre ámbitos<sup>19</sup> y la dificultad para asumir responsabilidades clínicas<sup>17-19</sup>. Estos aspectos pueden ser causa de discrepancias en la selección de los tratamientos.

Creemos, como otros autores<sup>17,18</sup>, que debería delimitarse la responsabilidad de los médicos de AP en el caso de medicamentos con cuyo uso no estén familiarizados o que únicamente inicien el tratamiento.

La mayoría de los autores recomiendan la elaboración conjunta entre los médicos de familia y hospitalarios de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y actividades de formación continua<sup>20,23,27</sup>. Incluso algún autor considera importante conocer la cantidad de profesionales que se oponen o dan apoyo a las guías<sup>27</sup>. Algun estudio señala que determinados especialistas hospitalarios no consideran útiles las guías y formularios, e incluso los consideran negativos por la posible pérdida de autonomía<sup>28</sup>. A este respecto, un estudio realizado en nuestro ámbito<sup>1</sup> objetivó, por ejemplo, la prescripción inducida desde el hospital a médicos de familia de 11 diferentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no incluidos en el formulario hospitalario, lo que indica que algún médico utiliza un número limitado de fármacos en la planta del hospital y, en cambio, prescribe otros diferentes en las consultas externas y en urgencias.

Las experiencias positivas sobre el uso de formularios conjuntos se han llevado a cabo en países con un sistema nacional de salud singular, como es el caso de Escocia, con presupuestos gestionados por una misma autoridad sanitaria<sup>20</sup>. En la bibliografía se señala la necesidad de establecer presupuestos comunes por ámbitos de atención (que incluyan la AP y la AH)<sup>17,20</sup>.

Un estudio<sup>32</sup> que evaluó la factibilidad y la efectividad de una intervención compleja y compartida entre la AP y la AH en pacientes diabéticos tipo 2 encontró mejoras en las dimensiones psicosocial y de proceso, pero no en los resultados biofísicos. Los autores lo justifican por el buen control de base en el inicio del estudio y por la insuficiente duración de éste. Otro estudio<sup>33</sup> que evaluó el efecto de un

### Lo conocido sobre el tema

- La prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre la atención primaria y la atención hospitalaria ha sido ampliamente investigada.
- La literatura científica identifica problemas y las soluciones propuestas.
- Los problemas más citados son la insuficiente información para el seguimiento de los pacientes, los desacuerdos en la selección de fármacos, los cambios de tratamiento innecesarios, el incremento de costes por la atención del paciente en el hospital y las dificultades para que el médico de familia asuma responsabilidades clínicas.

### Qué aporta este estudio

- La información sobre programas de coordinación terapéutica entre atención primaria y atención hospitalaria es limitada.
- Los programas de atención compartida más evaluados han sido los relacionados con el abordaje de la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, el asma y la hipertensión. También en el caso de pacientes con tratamiento anticoagulante oral.
- Se propone la creación de comités farmacoterapéuticos formados por profesionales de atención primaria y atención hospitalaria.
- Estos comités podrían adaptar al ámbito local los formularios en consonancia con los estándares de calidad de prescripción definidos en atención primaria.

programa de atención compartida entre los 2 ámbitos en pacientes con tratamiento anticoagulante oral obtuvo resultados de salud favorables al programa.

En nuestro medio hemos encontrado experiencias locales de colaboración entre servicios de farmacia hospitalarios y AP<sup>36,37</sup>, y los autores recomiendan la creación de comisiones formadas por profesionales de los 2 ámbitos para consensuar los tratamientos de las enfermedades más prevalentes.

A pesar de la información limitada en torno a la coordinación terapéutica entre AP y AH, algunas experiencias con resultados satisfactorios señalan la necesidad de potenciar la investigación en este campo<sup>19,20</sup>. Según los estudios identificados y seleccionados, las enfermedades sobre las

que hay mayor información sobre programas de coordinación son la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, el asma y la hipertensión arterial. También se ha seleccionado un estudio que evaluó un programa de atención compartida en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. En nuestro ámbito local, teniendo en cuenta la reciente reestructuración de la AP del ámbito de Barcelona en servicios de atención primaria (SAP) delimitados por el área de influencia del hospital de referencia, creemos interesante la creación de un comité farmacoterapéutico por área. Dado el interés de diversos profesionales sanitarios, estos comités podrían estar formados por farmacéuticos, farmacólogos clínicos, médicos de familia y médicos hospitalarios, y según los objetivos marcados por las diferentes gerencias, podrían desarrollar o adaptar formularios y/o guías de práctica clínica en consonancia con los estándares de calidad de prescripción establecidos para AP del ICS<sup>38</sup>. Esto permitiría establecer una selección de medicamentos de ámbito local que facilitara la continuidad del tratamiento entre el hospital y la AP.

Aunque esta revisión se ha centrado en aspectos de prescripción, coincidimos con otros autores<sup>19,20</sup> en que la expresión máxima de la atención compartida y, en particular, la prescripción compartida se traduce en la gestión de enfermedades. Por ello, creemos importante comentar el proyecto iniciado en el ámbito de Barcelona sobre la implementación de un programa de gestión de enfermedades relacionado con la insuficiencia cardíaca.

Este artículo no aborda la coordinación entre AP y AH en otras dimensiones, como los diagnósticos, los circuitos, etc., sobre los que también hay experiencias previas, ni la utilidad de las tecnologías de la información y de la comunicación que deberían potenciarse<sup>39</sup>, así como la utilización de una única historia de salud electrónica con información básica compartida y la implantación de la receta electrónica.

#### Agradecimientos

A Eduardo Diogène Fadini, Estrella Barceló Colomer, Dolores Rodríguez Cumplido y J.M. Arnau de Bolós por sus aportaciones en la discusión del trabajo.

## Bibliografía

1. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E, por el Grupo de Estudio de la Prescripción Inducida. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aten Primaria. 2004;33:118-25.
2. 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;42:103-9.
3. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Molina París J. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. Arch Bronconeumol. 2003;39:195-202.
4. Hakansson A, Andersson H, Cars H, Melander A. Prescribing, prescription costs and adherence to formulary committee recommendations: long-term differences between physicians in public and private care. Eur J Clin Pharmacol. 2001;57:65-70.
5. Muñoz Medina L, Ortego Centeno N, Canora Lebrato J, Parra Ruiz J, Gómez Jiménez FJ, De la Higuera Torres-Puchol J. Prescripción de especialidades farmacéuticas en informes de alta de un hospital universitario. Med Clin (Barc). 2001;116:416-7.
6. Barceló Colomer E, Grau Bartomeu J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Martí Dillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria? Aten Primaria. 2000;26:231-8.
7. Feely J, Chan R, McManus J, O'Sea B. The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. Pharmacoeconomics. 1999;16:175-81.
8. Vallès JA, Bendahan G, Fernández E, et al, for the Induced prescription in Barcelona's Primary Health Care Study Group. Induced prescription in primary health care. Eur J Gen Pract. 1999;5:49-53.
9. Bijl D, Van Sonderen E, Haaijer-Ruskamp FM. Prescription changes and drug costs at the interface between primary and specialist care. Eur J Clin Pharmacol. 1998;54:333-6.
10. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Besco E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:227-32.
11. Franzi-Sisó A, Placencia Zarzoso ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida en áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. Aten Primaria. 1997;20:408-14.
12. Bárceña Caamaño M, Goldaracena Tanco M, Fuster Fernández MV. Estudio de la inducción y otras características de la prescripción de cuatro subgrupos terapéuticos en un centro de atención primaria. Farm Clin. 1996;13:362-71.
13. Lomeña Villalobos JA, Ceballos Vacas M, Medina Arteaga MT, Mediavilla Cordero E, Sarmiento Jiménez F, Hernández Grande JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. Aten Primaria. 1996;18:35-8.
14. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. Aten Primaria. 1995;16:538-44.
15. Lucena MI, Ruiz J, Andrade RJ, Hidalgo R, González-Correra JA, García Ruiz A, et al. Impacto de la hospitalización sobre la prescripción de fármacos. Med Clin. (Barc) 1995; 104:211-5.
16. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. Aten Primaria. 1994;14:769-74.
17. Wilkie P, Sibbald B, Raftery J, Anderson S, Freeling P. Prescribing at the hospital-general practice interface I: hospital outpatient dispensing policies in England. BMJ. 1992;304:29-31.
18. Sibbald B, Wilkie P, Raftery J, Anderson S, Freeling P. Prescribing at the hospital-general practice interface II: Impact of hospital outpatient dispensing policies in England on general practitioners and hospital consultants. BMJ. 1992;304:31-4.
19. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. Family Practice. 1996;13:264-79.
20. Duerden M, Walley T. Prescribing at the interface between primary and secondary care in the UK. Towards joint formularies? Pharmacoeconomics. 1999;15:435-43.
21. Casanovas J, Guerrero A. Prescripción inducida. FMC. 2000;7:329-35.
22. Vergelés-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión. 2002;8:159-66.

23. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European working party on quality in family practice (EquiP). *Qual Health Care*. 2001;10:33-9.
24. García R, Sánchez A, Poveda JL, Rovirosa J, Marín E. Gestión clínica y uso racional del medicamentos. *Gestión Hospitalaria*. 2001;12:121-8.
25. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002; 52:934-9.
26. Kvamme OJ, Eliasson G, Jensen PB. Co-operation of care and learning across the interface between primary and secondary care. *Scand J Prim Health Care*. 1998;16:131-4.
27. Kasje WN, Denig P, De Graeff PA, Haaijer-Ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:229-36.
28. Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care*. 2002;14:509-18.
29. Horne R, Mailey E, Frost S, Lea R. Shared care: a qualitative study of GP's and hospital doctors' views on prescribing specialist medicines. *Br J Gen Practice*. 2001;51:187-93.
30. Evans D. A stakeholder analysis of developments at the primary and secondary care interface. *Br J Gen Pract*. 1996;46:675-7.
31. Oliva Vicedo JA, Sáenz Hernández I, Da Pena Alvarez JM, Galán Díez ML. Efectos sobre la prescripción hospitalaria de la implantación de un formulario propuesto por un equipo de atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;34:443-4.
32. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thompson C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Family Practice*. 2004;21:39-45.
33. Holm T, Lassen JF, Husted SE, Christensen P, Heickendorf L. A randomized controlled trial of shared care versus routine care for patients receiving oral anticoagulant therapy. *J Intern Med*. 2002;252:322-31.
34. Mant A, Kehoe L, Cockayne NL, Kaye KI, Rotern WC. A quality use of medicines program for continuity of care in therapeutics from hospital to community. *Med J Aust*. 2002;177:32-4.
35. Van der Kam WJ, Meyboom de Jong B, Tromp ThFJ, Moorman PW, Van der Lei J. Effects of electronic communication between the GP and the pharmacist. The quality of medication data on admission and after discharge. *Family Practice*. 2001;18:605-9.
36. Obaldia Alaña MC. Colaboración del servicio de farmacia del hospital con atención primaria: Área de Salud de la Rioja. *Farm Hosp*. 1996;20:106-11.
37. Herreros de Tejada A. Coordinación primaria-especializada en el uso racional del medicamento: Una experiencia de siete años en el Área 11 de Madrid. *Centro de Salud*. 1994;6:485-90.
38. Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica 2005. Divisió d'Atenció Primària. Unitat de Farmàcia. Institut Català de la Salut [edición electrónica]. 2004 [citado 20 Jun 2005]. Disponible en: [http://www.gencat.net/ics/professionals/farm\\_criteris.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/farm_criteris.htm)
39. Cubí Montfort R, Faixadas Brunsoms D. Avances en la información de los sistemas de salud. *Aten Primaria*. 2005;36:448-52.

## Material adicional para internet

**TABLA 1** Estudios sobre la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre atención primaria y atención hospitalaria (estudios observacionales)

Autor	Problemas identificados	Intervenciones propuestas
Fernández <sup>1</sup>	Información insuficiente para el seguimiento de los pacientes, desacuerdos en la selección de fármacos	Elaboración conjunta entre médicos de familia y hospitalarios de GPC, formularios y actividades de formación continuada
Himmel <sup>2</sup>	a) Cambios de medicamentos innecesarios, b) no asociados con el motivo de ingreso, c) cambios por medicamentos de reciente comercialización, y d) por consideraciones farmacológicas	Formulario compartido para afecciones comunes. Seguimiento de la prescripción y establecimiento de indicadores para a) y b)
De Miguel <sup>3</sup>	Diferencias en las pautas de tratamiento y en los dispositivos de inhalación según el nivel asistencial	
Hakansson <sup>4</sup>	Incremento de costes por la prescripción de medicamentos de reciente comercialización, médicos hospitalarios menor adherencia a formularios	Actividades educativas sobre uso racional de medicamentos
Muñoz <sup>5</sup>	Baja utilización de genéricos	Se debería adoptar medidas que propiciaran la prescripción de genéricos por el hospital
Barceló <sup>6</sup>	Modelo de prescripción responsable de la medicalización de las consultas	
Feely <sup>7</sup>	Influencia de la prescripción iniciada en el hospital sobre la selección y coste de los tratamientos	Elaboración de formularios y actividades de formación continuada
Vallés <sup>8</sup>	Elevado porcentaje de PI, mala coordinación AP-H	Establecer criterios de acuerdo entre AP-H, obligatoriedad de realizar las recetas desde el hospital
Bijl <sup>9</sup>	Incremento del número de prescripciones y coste cuando los pacientes se derivan al hospital	Potenciar la prescripción de genéricos
Segui <sup>10</sup>	Coste elevado de las prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas por el hospital	Elaboración de protocolos consensuados
Franzi <sup>11</sup>	Elevado porcentaje de prescripción inducida	Se debería unificar criterios entre niveles
Bárcena <sup>12</sup>	Atención especializada responsable de una parte de las prescripciones	Se debería establecer puentes entre niveles
Lomeña <sup>13</sup>	Sobrecarga administrativa, incapacidad de racionalizar la prescripción	Extensión de programas de garantía de calidad en la atención especializada
Arroyo <sup>14</sup>	Porcentaje elevado de PI, insuficiente información para el seguimiento del paciente	Se debería establecer protocolos y objetivos comunes
Lucena <sup>15</sup>	Hospitalización asociada al incremento de tratamientos	
Pérez <sup>16</sup>	Sobrecarga administrativa, insuficiente información	
Wilkie <sup>17</sup>	Políticas de dispensación restrictivas, dificultad en asumir responsabilidad de tratamientos	Presupuestos comunes
Sibbald <sup>18</sup>	Dificultades en asumir responsabilidades clínicas; a mayor política restrictiva del hospital, mayor delegación	Se debería disminuir responsabilidades en caso de dificultades en el tratamiento

AP-H: atención primaria-hospital; GPC: guías de práctica clínica; PI: prescripción inducida.

TABLA  
2

## Artículos que recogen la opinión de los profesionales sanitarios con relación a la prescripción de medicamentos a pacientes situados en la interfase entre atención primaria y atención hospitalaria

Autor	Objetivo	Conclusiones y/o soluciones propuestas
Hompson <sup>19</sup>	Identificar prácticas excelentes sobre atención compartida en las dimensiones: comunicación, prescripción compartida y gestión de enfermedades	Se requiere un cambio cultural que obligue a los profesionales sanitarios a compartir la información de los pacientes. Pueden contribuir positivamente la formación continuada, los protocolos escritos y la oficina de enlace
Duerden <sup>20</sup>	Evaluación de la utilidad de los formularios conjuntos como instrumento de gestión de la prescripción en la interfase AP-H	Pobre evidencia sobre el uso de formularios conjuntos. Recomendan la elaboración de formularios conjuntos
Vergeles <sup>22</sup>	Reflexionar sobre la situación de la relación AP-H	Recomiendan ordenar funciones, tiempos de desplazamientos de los especialistas a los CAP, protocolos conjuntos, cumplimentar el volante de interconsulta, mantener el vínculo del paciente con el médico de familia, reuniones periódicas, formación continuada bidireccional y mejorar la citación de los pacientes. Como modelo de gestión crean la gerencia única de área
Kvamme <sup>23</sup>	Cómo mejorar la comunicación entre AP y H	Recomiendan la promoción de líderes, compartir procesos y formación. Se debería incorporar la perspectiva del paciente
García <sup>24</sup>	Cómo se puede abordar el uso del medicamento desde la gestión clínica	Recomiendan una política de medicamentos unificada. Deberían coordinarse las siguientes actividades: información y formación, selección, evaluación de uso e investigación
Mitchell <sup>25</sup>	Evaluación de la eficacia de la coordinación formal AP-H sobre los resultados de salud	La coordinación formal racionaliza recursos, test de diagnóstico, tratamientos, detección de complicaciones. Mejora resultados de salud en pacientes con enfermedad mental crónica
Kvamme <sup>26</sup>	Identificar problemas y soluciones para mejorar la cooperación AP-H	Recomiendan sistemas de atención dinámicos centrados en la responsabilidad sobre poblaciones definidas y grupos de pacientes

AP-H: atención primaria-hospital; CAP: centro de atención primaria.