

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor

S. Garrido-Elustondo^{a,*}, A.M. Molino-González^b, C. López-Gómez^c, E. Arrojo-Arias^d,
M. Martín-Bun^e y M.A. Moreno-Bueno^f

^aUnidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Área 7, Madrid, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cDirección médica, Gerencia de Atención Primaria, Área 7, Madrid, España

^dCentro de Salud Maqueda, Madrid, España

^eCentro de Salud General Fanjul, Madrid, España

^fCentro de Salud Los Yébenes, Madrid, España

Recibido el 15 de enero de 2009; aceptado el 10 de julio de 2009

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Atención
especializada;
Atención compartida;
Satisfacción;
Opinión

Resumen

Objetivo: Conocer la satisfacción de los médicos con el proyecto especialista consultor en el Área 7, y su opinión respecto a éste. Explorar la opinión de estos médicos sobre los problemas y soluciones en la relación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado.

Población de estudio: Médicos de AP del Área 7 de Madrid (n = 304).

Variables: Demográficas y profesionales, relacionadas con la satisfacción con el desarrollo del proyecto, relacionadas con la percepción general del proyecto, el beneficio potencial para los pacientes y con la opinión acerca de las dificultades en la relación AP-AE y las posibles soluciones.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 56% (contestaron el cuestionario 170 médicos). Respecto a la satisfacción con el proyecto, la puntuación global fue de 8,9 sobre 10. Al 83% de los médicos de AP les resultó fácil el contacto con el especialista de referencia, y el 90% refirió que las cuestiones planteadas se habían resuelto de forma satisfactoria. La herramienta peor valorada para establecer comunicación fue el teléfono. El 27% de los médicos de AP refirió registrar las actividades del proyecto siempre y el 39%, casi siempre. En cuanto a la opinión sobre el proyecto, los encuestados reconocieron el mayor beneficio potencial para el proceso diagnóstico y valoraron la necesidad del proyecto en el área con un 9, su utilidad con 9,1 y la prioridad con un 8,7. El 74% de los médicos opinó que sería de interés incorporar un consultor de otra especialidad.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sgarrido.gapm07@salud.madrid.org (S. Garrido-Elustondo).

Los problemas de coordinación AP-AE priorizados fueron la falta de comunicación y diálogo y la masificación de la asistencia. La solución más valorada fue la historia única informatizada.

Conclusiones: La satisfacción de los médicos implicados en el proyecto es muy alta; lo consideran, además muy útil, necesario y prioritario, con alto beneficio potencial en diversos aspectos para el paciente. Como línea de mejora destacamos continuar impulsando el proyecto, adecuar la comunicación telefónica y valorar un nuevo sistema de registro fácil de cumplimentar.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary health care;
Specialised health care;
Shared care;
Satisfaction;
Opinion

Coordination between primary and specialist care. Satisfaction with the consulting specialist project

Abstract

Objective: To find out the level of satisfaction and opinions of doctors on the specialist consultant project (SCP) in Area 7. To report on these opinions on the difficulties and possible solutions in inter-relationships between of primary health care and specialised care.

Material and Methods: Transversal descriptive study using a self-administered questionnaire.

Study population: Doctors working in a primary health care district of Madrid (Area 7).

Variables: Demographic and professional variables, including their satisfaction after the implementation of the SCP, their general opinion of SCP, potential benefits and their opinions on the difficulties and possible solutions in interrelationships between primary health care and specialised care.

Results: A total of 170 (56%) doctors working in primary health care responded. As regards satisfaction with the SCP, the overall score in the evaluation was 8.9, (0 to 10). The majority of primary health care doctors (83%) found it easy to contact the specialist and 90% said that problems were solved satisfactorily. The telephone was the worst communication tool. Only 27% of primary health care doctors said they always register SCP activities, and 39% register them almost always.

They thought that the most useful part of this project was the potential benefit on diagnosis. The SCP need score was 9, SCP usefulness 9.1 and priority 8.7. A large majority (74%) of primary health care doctors thought it would be of great interest to incorporate consultants from other specialisations.

The main coordination problems found were the lack of communication, and overcrowding. The most valued solution to these problems is the computerised clinical history.

Conclusions: Doctors are very satisfied with this project. They considered the project to be very useful, necessary and a priority, with high potential benefit in several areas of patient care. As quality improvement areas we stress the importance of continuing to promote SCP, of adequate telephone communications and to assess a new easy to fill-in register system.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Para la prestación de una atención sanitaria integral a la población es necesaria una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales. En esta línea, la Ley General de Sanidad hace referencia a que se deberán establecer las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes ámbitos asistenciales¹.

Sin embargo, la coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) presenta deficiencias que repercuten en la calidad de la atención prestada a la población y en la satisfacción de los propios profesionales²⁻⁴.

En la literatura científica española, la dimensión más estudiada es la coordinación terapéutica. Una revisión reciente⁵ concluye que las principales dificultades descritas en relación con la prescripción de medicamentos en pacientes situados en la interfaz entre AP y AE son el desconocimiento mutuo, la diferente organización, la amplia variabilidad de recomendaciones sobre tratamiento y la poca o nula comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos; esta última es la más citada.

Otra dimensión con frecuencia estudiada es la derivación desde AP a AE. Así, se ha descrito que las tasas de derivación son mayores en zonas básicas de salud que presentan mayor

necesidad de servicios, niveles más bajos de *status* socioeconómico y mayor movilidad social⁶. Otro estudio identificó los siguientes factores como determinantes en la derivación inadecuada entre AP y AE: presión sobre el médico para que lo vea el nivel especializado, presión de los medios de comunicación, falta de coordinación entre niveles, deficiencias de formación de los médicos de familia y la práctica de una medicina defensiva⁷.

También se ha valorado la calidad de la hoja de interconsulta como instrumento básico de comunicación entre ambos niveles asistenciales; su cumplimentación resultó deficiente, tanto por parte de los médicos de AP como de los de AE^{8,9}.

Por otro lado, se ha observado que después de experiencias en las que aumenta el contacto formal o informal entre los profesionales de ambos niveles asistenciales se produce una importante mejora en la comunicación y colaboración entre ellos¹⁰.

Así, en la línea de mejorar la relación entre los 2 niveles asistenciales y en el marco de los objetivos planteados por el Servicio Madrileño de Salud, en el Área 7 de Madrid se implantó en el año 2006 el proyecto especialista consultor, cuyo objetivo principal es el desarrollo de mecanismos de comunicación y coordinación entre especialistas de AP y de medicina interna, orientados al abordaje conjunto de procesos y a agilizar la resolución de problemas en pacientes concretos, persistentemente sintomáticos, pluripatológicos o con enfermedades multisistémicas, y pacientes en los que consideramos necesario agilizar el proceso diagnóstico. El proyecto contempla diferentes vías de comunicación: teléfono, fax y correo electrónico, para facilitar la resolución de dudas diagnósticas, terapéuticas o ambas. Existe un sistema específico de registro que contiene diferentes campos: fecha de la consulta, motivo de la consulta (problema diagnóstico, problema terapéutico, otros), sistema de comunicación utilizado (teléfono, fax, correo electrónico) y resolución (petición de pruebas diagnósticas, valoración conjunta, derivación a atención especializada). Este sistema permite conocer el grado de utilización del proyecto, mediante el análisis de los siguientes indicadores: pacientes incluidos, vía de comunicación utilizada, tipo de consulta, tipo de resolución, demora media de resolución.

Desde su implantación, el número de consultas realizadas es de 600, según los datos recogidos en el registro, aunque se tiene la percepción de que el número real es mayor, ya que no todas las consultas realizadas se registran. El número de consultas distribuidas por centros es desigual, y el rango es de 128 a 5.

Después de este período de funcionamiento, nos hemos planteado realizar este estudio cuyo objetivo es conocer el grado de satisfacción con el proyecto en los centros donde se ha implantado y la opinión de los médicos de AP del Área 7 respecto al proyecto. Como objetivo secundario nos planteamos explorar su opinión sobre los problemas y las soluciones en la relación entre ambos niveles.

Material y métodos

Se ha desarrollado un estudio descriptivo transversal. El período de estudio comprendió los meses de febrero a abril de 2008.

El ámbito de estudio fue el Área 7 de Madrid, que cuenta con una población adscrita de aproximadamente 550.000 habitantes, de ámbito exclusivamente urbano. Presenta 2 hospitales de referencia, y el proyecto se ha implantado sólo en los centros cuya referencia es el Hospital Clínico San Carlos.

La población de estudio fueron todos los médicos de AP de los centros donde se ha implantado el proyecto ($n = 168$) y de los centros en los que no se ha implantado ($n = 136$).

La información se recogió mediante un cuestionario, anónimo y autoadministrado, elaborado ad hoc para el estudio y enviado por correo interno (Anexo 1). Se realizaron 2 envíos, con un intervalo de 3 semanas, para garantizar el mayor porcentaje de respuesta posible.

El cuestionario constó de las siguientes variables: demográficas (edad y sexo); relacionadas con la situación profesional (años de ejercicio en AP, titulación posgraduada, situación laboral); relacionadas con la satisfacción con el desarrollo del proyecto, relacionadas con la percepción general del proyecto, el beneficio potencial para los pacientes y con la opinión acerca de las principales dificultades en la relación AP-AE, y las posibles soluciones. En total, constó de 16 preguntas, 15 cerradas y una abierta.

Para recoger las variables relacionadas con la opinión acerca de las principales dificultades y posibles soluciones en la relación AP-AE, se han utilizado las que se identificaron en un estudio realizado en el año 2001¹¹. En el cuestionario se enumeraban estos problemas y soluciones, y se solicitaba a los participantes que los puntuasen en una escala de 0 a 10 (0 = nada importante, 10 = muy importante).

A los médicos que han participado en el proyecto Especialista Consultor se les envió el cuestionario completo y al resto se les envió este cuestionario, eliminando las preguntas relacionadas con la satisfacción con el proyecto.

En el procesamiento y el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS v14, y se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas.

Resultados

Contestaron 170 médicos, lo que supuso una tasa de respuesta del 56%, que fue similar entre los médicos de los centros que participan en el proyecto y los que no participan.

Los médicos que contestaron tienen una edad media de 46,1 años (desviación estándar [DE] = 7,8) y el 69% son mujeres. El 56% eran especialistas en medicina familiar y comunitaria por vía Médico Interno Residente (MIR), el 24% tenía esta especialidad no por vía MIR, el 18% son médicos generales y un 2% tiene otra especialidad. El 64% poseía plaza en propiedad y la media de los años que llevaban ejerciendo como médicos de AP era de 12,5 (DE = 6,4).

En los centros en los que se implantó el proyecto, se valoró la satisfacción global con una puntuación media otorgada de 8,9 (DE = 1,4) en una escala de 0 a 10. En la [tabla 1](#) se presenta el grado de satisfacción con aspectos concretos del proyecto.

Las puntuaciones otorgadas entre 1 a 3 a las herramientas que contemplaba el proyecto para establecer comunicación son, como media y DE, fax: 2,2 (0,6); correo electrónico: 2,2 (0,7); teléfono: 1,3 (0,6).

Tabla 1 Distribución de frecuencias de las respuestas otorgadas a aspectos concretos del proyecto (n=84)

Pregunta	n (%)
Cuando has necesitado contactar con el especialista de referencia, te ha resultado	
Fácil	70 (83%)
Complicado	6 (7%)
Muy complicado	2 (3%)
No he contactado nunca	6 (7%)
Una vez que has contactado con el especialista de referencia, consideras el tiempo que ha pasado hasta que has obtenido una respuesta como	
Muy excesivo	2 (2%)
Excesivo	8 (9%)
Adecuado	68 (82%)
No he contactado nunca	6 (7%)
El modo en que se han resuelto las cuestiones que has planteado al especialista consultor te ha parecido	
Muy satisfactorio	54 (64%)
Satisfactorio	21 (25%)
Insatisfactorio	3 (4%)
Muy insatisfactorio	0
No he contactado nunca	6 (7%)

Los médicos reconocieron registrar las actividades del proyecto en su registro específico con una frecuencia de siempre el 27%; casi siempre el 39%, y nunca el 11%. El 15% no conocía el sistema de registro, y el 7% no había contactado nunca. En relación con la pregunta abierta *¿Qué aspectos mejorarías?*, en la [tabla 2](#) se recogen los comentarios de forma textual.

Las opiniones respecto a las expectativas de los médicos ante el proyecto se presentan en la [tabla 3](#), en la que se diferencian los profesionales de los centros en los que se ha implantado el proyecto y en los que no.

En relación con incorporar al proyecto un especialista consultor de otra especialidad, el 74% de los médicos opinó que les resulta de interés. Las 10 especialidades que más se solicitaron, ordenadas por el número de solicitudes fueron reumatología (34), traumatología (23), cardiología (21), dermatología (18), psiquiatría (18), geriatría (13), endocrinología (12), ginecología (10), digestivo (9) y neurología (6).

En las [figuras 1 y 2](#) se presentan las puntuaciones otorgadas a los problemas y soluciones entre AP y AE, respectivamente. Los problemas con puntuaciones más altas fueron *falta de comunicación y diálogo, masificación de la asistencia y falta de visión integral del paciente*, y las soluciones mejor puntuadas fueron *la historia clínica informatizada, mejorar los circuitos de pacientes y la elaboración de protocolos comunes*.

Discusión

Una de las principales limitaciones de este estudio puede ser la derivada de la utilización de un cuestionario no validado,

Tabla 2 Comentarios recogidos de forma textual a la pregunta *¿Qué aspectos mejorarías?*

- Médicos de atención primaria
- Creo que funciona por las características personales y profesionales del Dr. A, por su entusiasmo y dedicación. Cuenta sólo con un teléfono móvil como dotación para el proyecto
 - Le daría una puntuación 10 al Dr. A
 - Citación desde el centro de salud
 - Daría más importancia al correo electrónico y a la posibilidad de consultar, no sólo de citar al paciente en la consulta de medicina interna
 - Es complicado contactar por teléfono en el turno de tarde
 - El proyecto es excelente y el especialista de medicina interna que nos corresponde Dr. B también es excelente: dispuesto, motivado
 - Mejoraría la facilidad para contactar
 - Facilitaría la comunicación telefónica desde las consultas
 - Propongo ampliarlo a más especialidades
 - Mejoraría la forma de comunicación, no siempre contacto cuando lo necesito
 - La opinión con respecto a este proyecto es muy buena. Cómo me he vuelto a ilusionar por mi trabajo y por las cosas que podemos hacer juntos
 - Más relación (reuniones) con especialistas consultores
 - Más sesiones presenciales para comentar casos o explicaciones
 - Me parece el proyecto más adecuado de lo que se ha hecho hasta ahora
 - No solo hacer consulta o derivaciones de pacientes: sesiones clínicas, revisar temas
 - El acceso a otra consulta (exploraciones)
 - Trabajo en turno de tarde y es más difícil contactar
 - Después de cada valoración en el hospital sería bueno que se enviara informe vía correo electrónico, teléfono, o que se colgara la información en el OMI
 - Derivamos pacientes, pero no tenemos información de retorno, salvo la que da el paciente
 - Las sesiones de seguimiento de casos tienen un enorme potencial docente

pero no se ha encontrado ninguno que cumpliera el objetivo del presente trabajo. El porcentaje de respuesta fue de un 56%. Esta cifra se considera adecuada, y es incluso algo superior a la de otros trabajos publicados que utilizan la misma metodología. Al comparar las variables sexo y edad, no se han encontrado diferencias significativas entre los que contestaron el cuestionario y la población de estudio, por lo que podemos considerar nuestra muestra representativa de la población según estas variables. Por otra parte, el porcentaje de respuesta fue similar entre los profesionales de los centros donde el proyecto está implantado y donde no, lo que en principio parece indicar interés en el proyecto. No obstante, se debe tener en cuenta el sesgo de la ausencia de respuesta, ya que el hecho de no contestar el cuestionario puede traducir una peor valoración de éste.

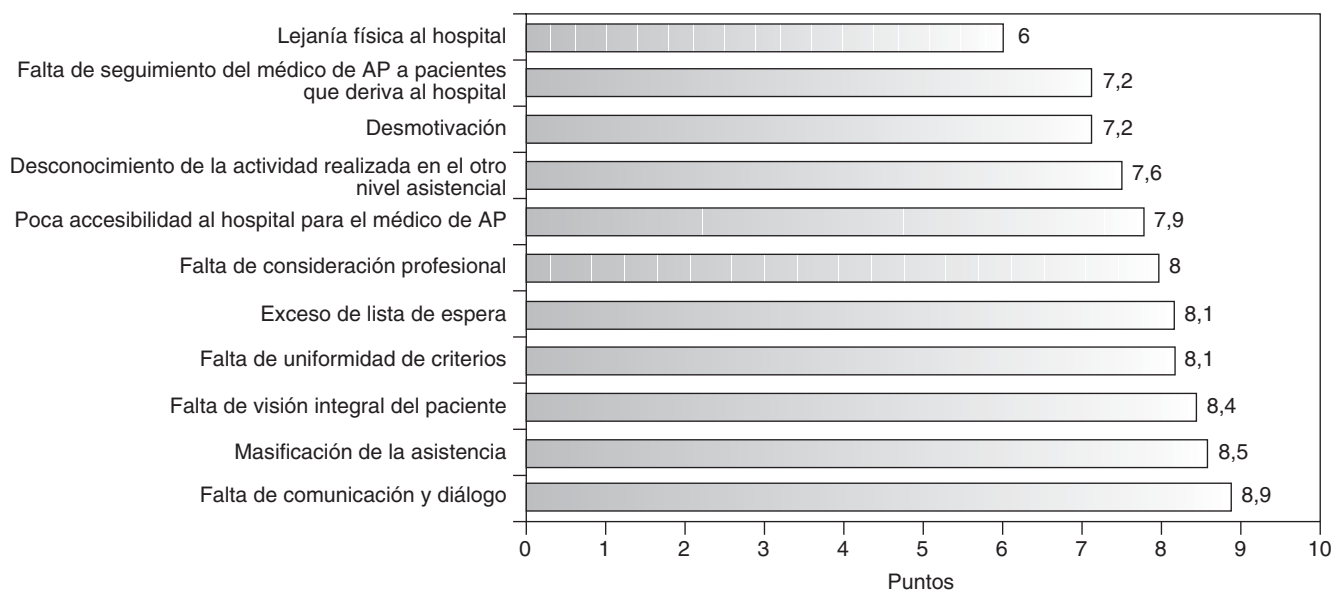
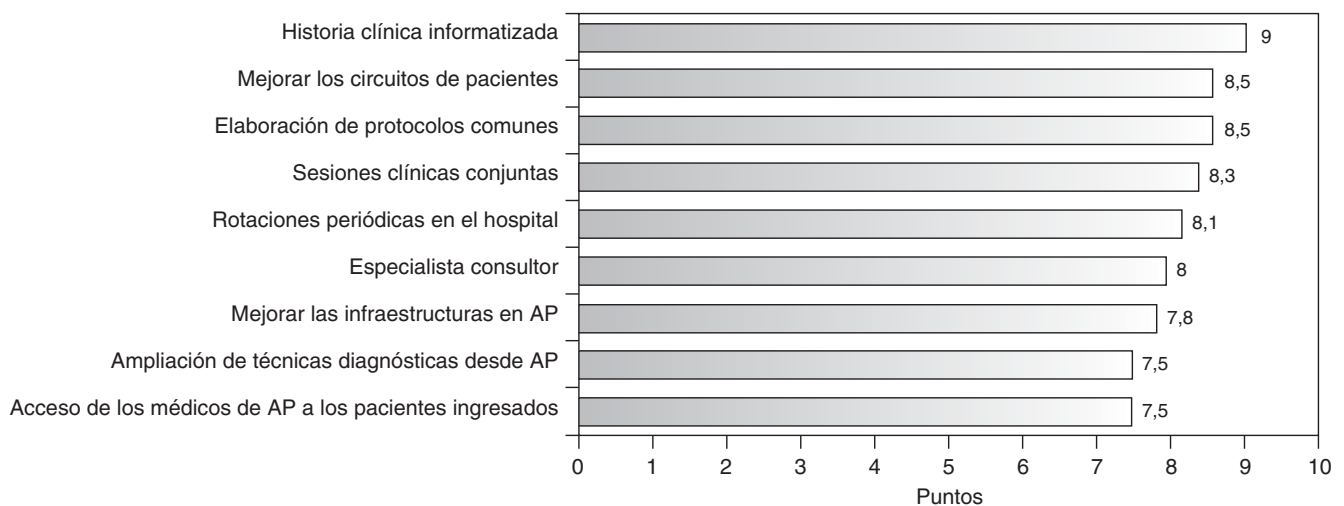
En cuanto a la satisfacción con el proyecto especialista consultor, la puntuación global fue muy alta, y en los

Tabla 3 Opinión de los médicos sobre las expectativas ante el proyecto según el proyecto se haya implantado o no en el centro*

Cuestión	Implantado (n = 84)		No implantado (n = 86)		p
	m	DE	m	DE	
Utilidad del proyecto en el área	9,1	1,5	7,9	2,3	0,001
Necesidad del proyecto en el área	9	1,5	7,9	2,5	<0,001
Prioridad del proyecto en el área	8,7	1,6	7,5	2,5	0,001
Beneficio para pacientes pluripatológicos	8,6	1,5	8,1	2,2	0,04
Beneficio para pacientes crónicos persistentemente sintomáticos	7,9	1,9	8,0	2,2	0,43
Beneficio para el proceso diagnóstico	9,1	1,2	8,1	1,9	0,002

DE: desviación estándar; m: media.

*Rango de la puntuación: de 0 a 10.

**Figura 1** Puntuación otorgada a los problemas de la relación entre atención primaria (AP) y atención especializada (n = 170).**Figura 2** Puntuación otorgada a las posibles soluciones en la relación entre atención primaria (AP) y atención especializada (n = 170).

comentarios a la pregunta abierta se aprecia un alto grado de satisfacción con el proyecto, se recoge un reconocimiento a la dedicación de los profesionales implicados y se percibe como una experiencia muy enriquecedora. Una de las razones de esta alta satisfacción puede ser debida a que el objetivo del proyecto era establecer mecanismos de comunicación entre ambos especialistas, lo que da respuesta al problema de relación entre niveles asistenciales al que los médicos han otorgado un mayor valor: la falta de diálogo y comunicación.

La valoración de los aspectos concretos del proyecto también fue muy alta. Cabe destacar que una amplia mayoría refiere que le resultó fácil el contacto con el especialista consultor, por lo que se puede considerar alcanzado el objetivo de accesibilidad al recurso, que es uno de los elementos sobre los que pivotó el diseño del proyecto. A su vez, destaca que el 89% está satisfecho con el modo en que se han resuelto las cuestiones planteadas.

Entre las herramientas que contempla el proyecto para establecer comunicación, el teléfono es la peor valorada, pese a ser la más utilizada. El teléfono permite plantear y discutir sobre matices que resultan de gran interés en este tipo de pacientes, es más enriquecedor y ayuda a la comprensión del problema planteado. Sin embargo, en los comentarios a la pregunta abierta, los médicos manifestaron problemas al utilizarlo como vía de contacto. Por otro lado, el correo electrónico fue la vía de comunicación mejor valorada, aunque al contrario que el teléfono, muy poco utilizada. Esta vía es accesible, no interfiere con la práctica asistencial y resulta especialmente útil en determinados pacientes, cuando se plantean dudas concretas, susceptibles de resolverse de una forma más escueta.

Al analizar la utilización del sistema de registro, ésta se situó como un área de mejora, ya que sólo el 27% de los médicos refería utilizarlo siempre y el 39%, casi siempre. Estos profesionales identificaron como posibles causas del infraregistro la falta de tiempo y la dificultad para acceder a éste. Sobre la base de estos resultados, consideramos de interés mejorar o incluso proponer un cambio del sistema de registro, ya que un registro adecuado de la actividad desarrollada resulta necesario para el seguimiento y la evaluación del proyecto.

En cuanto a las expectativas ante el proyecto, fueron altas en ambos grupos, pero destaca que en el grupo de médicos pertenecientes a los centros en los que se ha implantado el proyecto, éstas son significativamente mayores. El grado de satisfacción de los médicos de estos centros fue muy alto, y este hecho ha podido condicionar que presenten un nivel de expectativas mayores.

El aspecto en el que los profesionales esperan un mayor beneficio hace referencia al proceso diagnóstico del paciente. Este hecho, además, coincide con los resultados obtenidos en el análisis de la casuística atendida. Así, al estudiar los procesos abordados de forma conjunta, el punto más destacable fue la aceleración en el diagnóstico de procesos con sospecha de malignidad¹³. En segundo lugar, en relación con el beneficio potencial, está el tratamiento de pacientes pluripatológicos. Este tipo de pacientes se consideran los más susceptibles de ser compartidos entre los profesionales de AP y medicina interna. Así, existen proyectos que centran su actividad en este tipo de pacientes¹⁴.

En relación con las especialidades que los médicos proponen incorporar en el proyecto, la más demandada es reumatología. Este hecho se puede deber a que es muy numeroso el grupo de pacientes que se derivan a este servicio por cuadros clínicos en ocasiones muy inespecíficos. Le siguen en número de demanda traumatología, cardiología y dermatología. Éstas forman parte del grupo de especialidades a las que se realizan más derivaciones desde AP⁹. Otra posible razón por la que se demandan estas especialidades puede ser la dificultad o demora en la derivación a los servicios correspondientes, o el interés en realizar sesiones de seguimiento de casos que reviertan en un beneficio formativo e incluso permitan disminuir la derivación, como podría ser el caso de dermatología.

El problema en la relación entre niveles al que los médicos otorgaron un mayor valor es la falta de comunicación y diálogo. En segundo lugar, valoraron la masificación de la asistencia y la falta de visión integral del paciente. Estos últimos aspectos coinciden con los principales problemas identificados en el estudio de la Comunidad Valenciana¹¹. La puntuación especialmente alta otorgada a la falta de comunicación y diálogo puede ser un reflejo de la repercusión de este problema en la práctica profesional de los médicos de AP. En cuanto a la masificación de la asistencia, se trata de un problema recogido en diferentes foros, y provocado fundamentalmente por la relación insuficiente entre los recursos médicos existentes y las demandas de la población atendida.

Entre las posibles soluciones planteadas, la historia clínica informatizada recibió la puntuación más alta. Este instrumento se ha identificado como solución a los problemas de comunicación entre AP y AE en otros estudios^{11,12}. Así, se considera de enorme interés el disponer de una historia única de salud electrónica con información básica compartida que permita un acceso rápido a la información esencial del paciente a cualquier profesional, lo que mejoraría el proceso de toma de decisiones.

No hemos encontrado estudios que evalúen proyectos similares en España. En otros países, fundamentalmente el Reino Unido, se han realizado experiencias de acercamiento entre AP y el nivel especializado y se han obtenido buenos resultados. Tal es el caso de los consultorios de extensión de especialistas, definidos de forma general como la presencia de consultorios de ciertos especialistas en el ámbito de la AP. Una revisión reciente sobre estos consultorios en el ámbito de AP concluye que los proyectos de extensión de especialistas como parte de intervenciones multidisciplinarias más complejas que incluyan la colaboración con la AP y la formación se asociaron a una mejoría en los resultados de salud, a una atención más eficiente y coherente con las guías y a una menor utilización de los servicios de ingreso¹⁵.

Cabe mencionar una intervención dirigida a un proceso específico, la consulta de alta resolución en Cirugía, que ha mostrado efectividad en cuanto a la disminución de tiempo para la intervención y al aumento de la comunicación AP y AE¹⁶.

Nuestro estudio nos permite concluir que los médicos están muy satisfechos con el proyecto, por lo que proponemos continuar impulsándolo e implantarlo en los centros donde no lo está. A su vez, del análisis de aspectos más concretos se derivan las siguientes líneas de mejora: mejorar el sistema de comunicación telefónica, valorar un

nuevo sistema de registro más accesible y fácil de cumplimentar, y valorar con AE la ampliación a otras especialidades. A su vez, proponemos 2 líneas de

investigación en relación con el proyecto: estudiar la satisfacción de los pacientes implicados y medir la efectividad en términos de resultados en salud.

Anexo 1.

Proyecto especialista consultor

Datos personales:

1. Sexo: Varón Mujer
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Titulación postgraduada:
 - Especialista en medicina familiar y comunitaria vía médico interno residente
Años desde que terminó la especialidad ____
 - Especialista en medicina familiar y comunitaria vía médico interno residente
 - Médico General
 - Otra especialidad
¿Cuál? _____
4. Situación laboral:
 - Plaza en propiedad
 - Interino
 - Suplencia
6. Años ejerciendo como médico de atención primaria: _____

Problemas y soluciones en la interrelación atención primaria - atención especializada

7. En relación con los siguientes problemas identificados en la relación entre atención primaria y atención especializada, puntúa según el valor que asignes a cada uno de ellos entre 0 y 10 (0 = poco importante y 10 = muy importante)
 - Desconocimiento de la actividad realizada en el otro nivel asistencial ____
 - Masificación de la asistencia en ambos niveles ____
 - Desmotivación del profesional sanitario ____
 - Poca accesibilidad al hospital para el médico de atención primaria ____
 - Falta de uniformidad de criterios (por falta de protocolos de actuación comunes) __
 - Exceso de lista de espera en especialidades médicas del hospital ____
 - Falta de visión integral del paciente ____
 - Lejanía física al hospital ____
 - Falta de consideración profesional del hospital hacia atención primaria ____
 - Falta de comunicación y diálogo ____
 - Falta de seguimiento del médico de familia a pacientes que deriva al hospital ____
8. En relación con las siguientes soluciones identificadas para mejorar la relación entre atención primaria y atención especializada, puntúa según el valor que asignes a cada una de ellas entre 0 y 10 (0 = poco importante y 10 = muy importante)
 - Elaboración de protocolos comunes y consensuados de tratamientos o criterios de derivación ____
 - Existencia de un especialista de interconsulta en el centro de atención primaria __
 - Ampliación de técnicas diagnósticas accesibles desde atención primaria ____
 - Mejorar los circuitos de pacientes ____
 - Acceso de los médicos de familia a los pacientes ingresados en el hospital ____
 - Control de calidad del intercambio de información ____
 - Historia clínica única informatizada ____
 - Sesiones clínicas conjuntas ____
 - Mejorar las infraestructuras en el ámbito de atención primaria ____
 - Rotaciones periódicas en el hospital ____

Opinión con relación al proyecto de especialista consultor

9. Con relación al desarrollo del proyecto de especialista consultor, en el que cada uno de los centros de salud del Area tiene un especialista de medicina interna como referente, y se establecen cauces de comunicación específicos entre los médicos de familia y dicho profesional, puntúa el valor que asignes a cada una de los siguientes aspectos entre 0 y 10: (0 = poco importante y 10 = muy importante)

Utilidad del proyecto en el área ____

Necesidad del proyecto en el área ____

Prioridad del proyecto en el área ____

Beneficio potencial para los pacientes :

Pluripatológicos ____

Crónico persistentemente sintomático ____

Proceso diagnóstico ____

Otros (texto libre) _____

10. Te parecería de interés incorporar al proyecto un especialista consultor de otra especialidad?

Sí ¿Cuál? _____

No

NS / NC

Grado de satisfacción con el proyecto de especialista consultor

Con relación al desarrollo del proyecto de especialista consultor en tu centro,

11. Cuando has necesitado contactar con el especialista de referencia, te ha resultado:

Fácil

Complicado

Muy complicado

No he contactado nunca

12. Una vez que has contactado con el especialista de referencia, el tiempo que ha pasado hasta que has obtenido una respuesta, lo consideras como:

Muy excesivo

Excesivo

Adecuado

No he contactado nunca

13. Con relación a las diferentes herramientas que contempla el proyecto para establecer comunicación entre el médico de familia y el especialista consultor, puntúalas del 1 al 3: (1= la mejor, 2 = intermedia 3 = la peor)

Comunicación por correo electrónico ____

Comunicación por teléfono ____

Comunicación por fax ____

14. El modo en que se han resuelto las cuestiones que has planteado al especialista consultor te ha parecido,

Muy satisfactorio

Satisfactorio

Insatisfactorio

Muy insatisfactorio

No he contactado nunca

15. Cuando has establecido algún contacto con el especialista consultor, lo has registrado, en su registro específico,

Siempre

Casi siempre

Nunca

No conozco el sistema de registro No he contactado nunca

16. Según tu opinión, ¿Qué aspectos mejorarías del proyecto?

17. En general, la puntuación entre 0 y 10 que le darías al proyecto es: (0 = muy malo, 10 = muy bueno) _____

Bibliografía

1. Ley general de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, n.º 102, (26-04-1986).
2. Irazabal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376–81.
3. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Fam Pract*. 2001;50:433–7.
4. Gervas J, García LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008;40:253–5.
5. Fernández E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria*. 2007;39:15–21.
6. Alberdi-Ordiozola JC, Sáenz-Bajó N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas externas de atención especializada en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2006;37:253–9.
7. Alonso JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000;14:122–30.
8. Reig B, Bisbal E, Sanfcliz J, Pereiró I, Esparza MJ, Martín RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria*. 2004;34:300–5.
9. Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valles N, López de Castro F, Sánchez A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36:137–43.
10. Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinación entre niveles asistenciales. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003.
11. Gómez-Moreno N, Orozco D, Carratalá-Munuela C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992–2001: estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2006;37:195–202.
12. Cubí R, Faixedas D. Avances en la informatización de los sistemas de salud. *Aten Primaria*. 2005;36:448–52.
13. Nuñez C. Diagnósticos de malignidad en una consulta hospitalaria de Medicina Interna orientada a Atención Primaria. Primer año de experiencia (DEA). Madrid: Universidad Complutense; 2007.
14. Medina J. Adaptando la organización a las necesidades de los pacientes. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna. Lanzarote. 2005.
15. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Consultorios de extensión de especialistas en el ámbito de atención primaria y hospitales rurales. (Revisión Cochrane traducida) [consultado 26/9/2008]. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria*. 2005;35:283–9.