

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Evaluación de la satisfacción de un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna

N. Ramírez-Duque^{a,*}, M. Ollero Baturone^a, M.A. Ortiz Camúñez^b, M. Bernabéu Wittel^a,
A. Codina Lanaspá^c y J.A. Cuello Contreras^a

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bCentro de Salud de Camas, Aljarafe, Sevilla, España

^cCentro de Salud La Candelaria, Sevilla, España

Recibido el 5 de julio de 2009; aceptado el 10 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 3 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Atención integral;
Continuidad
asistencial;
Satisfacción personal;
Calidad del cuidado

Resumen

Objetivos: Valorar el grado de participación y la satisfacción con un programa de colaboración entre Atención Primaria (AP) y Medicina Interna (MI) y los motivos de consulta más frecuentes.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se incluyó a todos los médicos de familia pertenecientes a 10 centros de salud que al menos llevaban un año en el programa de colaboración con MI. Se les facilitó una encuesta, en la que se analizó el perfil profesional, el conocimiento y la participación en el programa, la satisfacción respecto al programa en su conjunto y en cuanto a aspectos puntuales y los problemas clínicos más frecuentemente consultados.

Resultados: Contestaron 83 médicos de familia (el 92,2% de la población encuestada). El 100% conocía el programa y había participado alguna vez. En el último año, el 88,7% había programado algún estudio ambulatorio, el 86,9% había realizado alguna consulta y el 80,3% había programado al menos un ingreso. Con respecto a la satisfacción global, el 98,8% se encontraba satisfecho o muy satisfecho con el programa. Los problemas clínicos más frecuentemente consultados fueron la evaluación de pacientes pluripatológicos (26,5%), la evaluación de factores de riesgo vascular (16,8%) y el síndrome asteniforme (14,1%); estos 3 problemas también fueron los más valorados.

Conclusiones: Los médicos de familia valoraron muy positivamente nuestro programa de colaboración entre AP y MI. La participación ha sido muy alta y los problemas más consultados y valorados son los que tradicionalmente se han asociado a la labor del internista.

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

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nievesrdemail@terra.es (N. Ramírez-Duque).

KEYWORDS

Integrated health care systems;
Continuity of care;
Personal satisfaction;
Quality of care

Evaluation of the satisfaction with a care coordination program between Primary Care and general internists**Abstract**

Objectives: To evaluate the level of knowledge, participation and satisfaction with a continuity of care program between Primary Care and a group of general internists, and to analyse the most frequent reasons for consulting.

Material and Methods: Cross-sectional study including all primary care physicians from 10 Family Practice Care Centres using a questionnaire containing these objectives.

Results: Eighty-three family physicians (92.2%) answered the survey. All physicians knew of the collaboration program and had also participated. The most common clinical problems seen were: patients with multiple health problems (26.5%), cardiovascular risk factors (16.8%) and diagnosis of the asthenia syndrome (141%), with these three problems obtaining the best evaluation in the satisfaction survey. Almost all (98.8%) of the family physicians were satisfied with the program.

Conclusions: Our continuity care program was very well evaluated in the satisfaction survey by family physicians. The participation index was very high and the clinical problems most frequently consulted and best evaluated were those that traditionally have been seen by the internists.

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

Introducción

El crecimiento exponencial de las especialidades médicas y la progresiva “atomización” de disciplinas pueden traer consecuencias negativas sociosanitarias y económicas, así como una frecuente tendencia a la despersonalización del paciente que no se contempla como un “todo” enfermo. Otros factores negativos son también el aumento notable de los costes económicos, la repetición innecesaria de pruebas complementarias (con los riesgos subsiguientes), la duplicidad (cuando no contradicciones) en los tratamientos y la ausencia de un médico referente que coordine los diversos procesos en los que puede estar incluido un paciente^{1,2}. En las últimas décadas se ha producido un cambio muy importante en la población que ingresa en los hospitales, con una gran presencia de pacientes mayores de 65 años con alto grado de comorbilidad³. Este envejecimiento progresivo de la población y el consiguiente aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas representan un importante reto para el sistema sanitario, tanto por su mayor coste económico como por la necesidad de cambios en la prestación de los servicios sanitarios, que necesitan adaptarse a este nuevo escenario.

Hoy en día es difícil hablar de calidad en la prestación de los servicios sanitarios sin una asistencia integral que garantice la continuidad de cuidados. Desde esta perspectiva la relación entre niveles asistenciales se convierte en un tema prioritario^{4,5}, y así, términos como “continuidad de cuidados”, “coordinación entre niveles” o “continuidad asistencial” se han introducido en nuestra práctica habitual. Pero no cabe duda que los canales de comunicación son todavía muy deficitarios: la relación es en su mayor parte por escrito y genera en el médico de familia desmotivación y desconfianza —en parte justificadas— ante la asistencia especializada. De hecho, una de las principales quejas de los médicos de familia es la falta de información que reciben de

los especialistas sobre el diagnóstico y el pronóstico de sus pacientes derivados⁶⁻⁸.

En la literatura médica podemos encontrar ejemplos de programas de colaboración entre Atención Primaria (AP) y diversas especialidades, generalmente en pacientes con enfermedades crónicas complejas y en enfermos psiquiátricos. La mayoría de ellos mejoran claramente la satisfacción de los pacientes y el uso racional de los recursos y, aunque no hay análisis de coste-eficacia, los datos hacen prever que la mejora en la comunicación entre ambos niveles asistenciales representará un ahorro económico a largo plazo⁹⁻¹¹.

En nuestro hospital hace 10 años se puso en marcha un ambicioso programa de colaboración entre AP y el Servicio de Medicina Interna (MI). El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar nuestro programa de continuidad asistencial mediante el grado de conocimiento y participación en el programa de los diversos centros de salud implicados, los motivos de consulta más frecuentes y el grado de satisfacción de los médicos de AP con el programa en general y con la resolución específica de los diversos problemas clínicos consultados.

Material y métodos

El Hospital Universitario Virgen del Rocío es un hospital de tercer nivel que atiende a una población básica de referencia de 549.698 habitantes. Posee 11 especialidades médicas, cada una con consultas propias y camas asignadas independientes del Servicio de MI. Este Servicio posee 145 camas de hospitalización y 8 consultas ambulatorias. El número de ingresos anuales se situó en el año 2006 en 5.599 ingresos, de los que 627 (8,9%) se realizaron de forma programada. Al ser un Hospital de especialidades muy desarrolladas, nuestro servicio se centró más en la atención

de pacientes ancianos con varias enfermedades (generalmente crónicas) o de diagnóstico incierto.

Conscientes de la necesidad de una colaboración con AP en este segmento de la población, en 1998 iniciamos un programa de continuidad asistencial con AP mediante la asignación a cada centro de salud de un internista de referencia, que con una periodicidad quincenal realiza sesiones clínicas con los médicos de familia, en las que se programan los ingresos hospitalarios y los estudios ambulatorios diagnósticos y se consensúa el control conjunto de pacientes con complejidad importante, como los pacientes pluripatológicos¹². Además, existe una vía de contacto por teléfono móvil o fijo para posibilitar una comunicación fluida y flexible en cualquier momento. Este programa cuenta hoy en día con 26 internistas que son referentes para 24 centros de salud, lo que supone el total de nuestra área sanitaria.

En este trabajo se analiza de manera transversal la satisfacción con este programa mediante una encuesta realizada en febrero del 2007. En ella, se incluyó a todos los médicos de familia pertenecientes a los 10 centros de salud que en aquél entonces llevaban al menos un año en el programa. Estos centros se denominaron de manera correlativa del uno al 10 y comprendían un área poblacional global de 208.862 habitantes. La secuencia de incorporación fue la siguiente: los centros 4, 8, 9 y 10 entre los años 1998 y 2000, los centros 5, 6 y 7 entre 2001 y 2002 y finalmente los centros 1, 2 y 3 se incorporaron en el año 2003. A los 90 médicos de AP pertenecientes a estos centros se les facilitó un cuestionario anónimo elaborado por 2 médicos internistas y un médico de AP que se revisó posteriormente por 7 médicos de familia elegidos aleatorizadamente para asegurar que todas las preguntas eran adecuadas y fáciles de contestar, según las normas éticas y de tratamiento de la información elaboradas por la Agencia Española de Protección de Datos.

En la encuesta se recogían variables sobre: 1) perfil profesional: edad, sexo, formación médico interno residente (MIR), años de trabajo en la especialidad, cursos realizados y congresos; 2) conocimiento y participación en el programa: asistencia a las sesiones conjuntas, modo de contacto con el internista y número de veces que había contactado en el último año para programar ingresos, estudios diagnósticos, revisiones o consultas puntuales, y 3) grado de satisfacción respecto al programa de colaboración en su conjunto y en cuanto a aspectos puntuales, como ingresos programados, estudios ambulatorios, consultas puntuales y accesibilidad del internista de referencia.

Para la satisfacción global con el programa se tomó como modelo de referencia la encuesta de satisfacción de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, creada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía¹³, que puntúa los grados de satisfacción como muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho. El grado de accesibilidad se valoró como muy accesible, accesible, ni accesible ni inaccesible, inaccesible y muy inaccesible. Para valorar el grado de satisfacción con respecto a la resolución de los distintos problemas clínicos se utilizó la escala de Likert (1-5) que puntúa al programa en relación con su mínima (1) o máxima (5) contribución en la resolución de los problemas planteados.

Asimismo, se recogieron los problemas clínicos más frecuentemente consultados durante el año anterior a la

encuesta mediante revisión de las historias clínicas de todos los pacientes derivados al programa desde enero de 2006 hasta diciembre de 2006.

Para el análisis estadístico, se analizaron la media, la desviación estándar y los rangos de la puntuación otorgada según la escala de Likert por los médicos de cada centro. Se analizó la normalidad de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias entre centros se analizaron mediante el análisis de la variancia y el test de Bonferroni, y se asumió la significación estadística si $p < 0,05$. Para el cálculo se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15.0).

Resultados

Contestaron la encuesta 83 médicos de familia (el 92,2% de la población encuestada), sin que se apreciara diferencia en la participación por centros.

Perfil profesional: la edad media de la población fue $46,8 \pm 7,07$ años (rango: 29–64), de los que el 59% eran varones. El tiempo medio trabajado en AP era de $18 \pm 6,5$ años (rango: 0–33), el 39,8% de los médicos tenía formación MIR y el 88% había participado en un curso o un congreso en el último año. Durante el año anterior a la encuesta, el número medio de pacientes atendido por los participantes fue de 48 ± 10 pacientes/día.

Conocimiento y participación: el 100% de los médicos conocía el programa y también el 100% había acudido alguna vez a las sesiones conjuntas, con una media de $3,93 \pm 1,5$ (rango: 0–8) en el último trimestre. Con respecto a la participación en el programa, el 88% lo hacía frecuentemente, el 10% esporádicamente y sólo el 2% reconocía no haberlo utilizado nunca. El método de contacto más frecuente fue la sesión clínica (71,1%), el teléfono (27,7%) y la comunicación escrita (2,2%). En el último año, el 88,7% de los médicos encuestados había programado algún estudio ambulatorio, el 86,9% había realizado alguna consulta puntual y un 80,3% había programado al menos un ingreso.

Actividad global de la unidad clínica asistencial: los datos de actividad de nuestra unidad de acuerdo con el tipo de consultas y su procedencia se describen con detalle en las figuras 1 y 2. Así, puede observarse en la figura 1 el aumento creciente en los últimos 6 años de la actividad de consultas tanto de casos nuevos como de revisiones. En la figura 2 se detalla la procedencia de las primeras visitas atendidas divididas en aquellas que proceden del programa con AP, los pacientes derivados de urgencias, los que proceden de altas de hospitalización y otras procedencias.

Problemas clínicos más frecuentes: durante el año 2006 se atendieron 1.511 consultas derivadas de 20 centros de salud, de las que 705 correspondieron a los 10 centros de salud entrevistados. Las características generales de cada centro y el número de consultas realizadas se describen en la tabla 1. Los centros 4, 8, 9 y 10, que eran los que primero se incorporaron al programa, realizaron el mayor número de consultas (independientemente del número de médicos de dotación).

Grado de satisfacción global: con respecto a la satisfacción global, el 98,8% de los médicos encuestados se encontraba satisfecho o muy satisfecho con el programa. Si lo analizamos por áreas, observamos que el 98,4% se

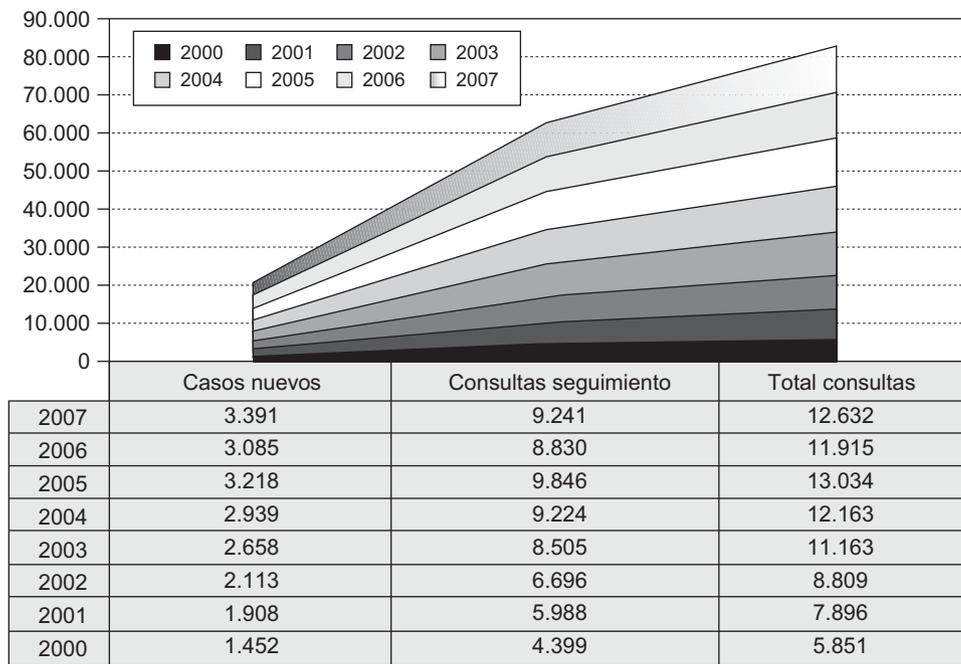


Figura 1 Actividad global de consultas en la Unidad Clínica Asistencial y Medicina Interna (2000–2007).

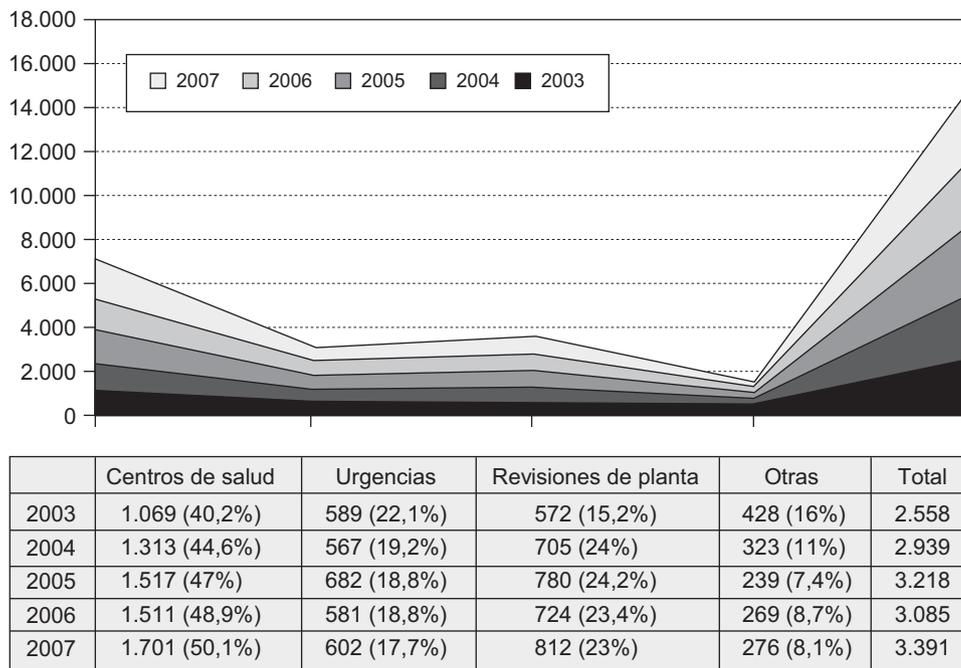


Figura 2 Pacientes atendidos en la Unidad Clínica Asistencial y Medicina Interna según su procedencia (2003–2007).

encontraba satisfecho o muy satisfecho con las consultas puntuales, el 93,5% con los estudios ambulatorios, el 91,1% con las sesiones conjuntas y el 88,3% con los ingresos programados. El 76% de los médicos encuestados consideraba a su internista de referencia muy accesible y el 24% lo consideraba accesible. El 98,4% de los médicos de familia opinaba que sus pacientes se encontraban satisfechos o muy satisfechos con el programa.

Análisis de la satisfacción según los centros de salud: el grado de satisfacción global de los centros fue muy alto

($4,4 \pm 1,07$), sin que hubiera diferencias significativas en la puntuación por cada centro (tabla 1).

Grado de satisfacción respecto a problemas concretos: los problemas clínicos más frecuentemente consultados fueron la valoración y el control del paciente pluripatológico (26,5%), el estudio de factores de riesgo cardiovascular (16,8%) y el síndrome asteniforme (14,1%). Globalmente, la puntuación media con la que se valoró la continuidad asistencial en la resolución de los diversos problemas fue muy alta ($4,53 \pm 0,8$ [rango: 2–5]), sin diferencias

Tabla 1 Satisfacción media en relación con el programa de continuidad asistencial del Hospital Virgen del Rocío^a

Centro de salud	Médicos de familia (total)	Médicos de familia participantes	Población atendida, habitantes	Primeras consultas ^b , n (%)	Satisfacción, media \pm DE	Rango ^c
1	11	10	19.768	61 (8,6)	4,8 \pm 0,4	4-5
2	7	7	13.347	52 (7,3)	4,8 \pm 0,4	4-5
3	7	6	12.782	45 (6,3)	4,3 \pm 1,4	1-5
4	9	8	29.639	92 (13)	4,1 \pm 1,5	1-5
5	12	11	29.560	67 (9,5)	4,3 \pm 0,6	3-5
6	8	8	21.654	43 (6)	3,8 \pm 1	2-5
7	10	9	21.710	56 (7,9)	4,6 \pm 0,5	4-5
8	9	7	22.446	148 (21)	4,5 \pm 0,5	4-5
9	8	8	14.510	71 (10)	4,6 \pm 0,5	4-5
10	9	8	23.446	70 (10)	4,6 \pm 0,9	2-5

DE: desviación estándar.

^aEscala de Likert (1-5) que puntúa al programa en relación con su mínima (1) o máxima (5) contribución en la resolución de los problemas planteados.

^bNúmero de consultas derivadas desde los 10 centros durante el 2006.

^cNo hubo diferencias significativas entre los centros en cuanto a la satisfacción.

Tabla 2 Enfermedades más frecuentemente consultadas y puntuación otorgada por los médicos de familia

Problema clínico	n	%	Puntuación (rango)*
Paciente pluripatológico	294	26,5	4,2 (3-5)
Estudio de factores de riesgo vascular	186	16,8	4,5 (4-5)
Síndrome asteniforme	156	14,1	4,2 (4-5)
Anemia	102	9,2	4,0 (3-5)
Síndrome constitucional	90	8,1	4,1 (3-5)
Conectivopatías	66	5,9	3,7 (2-5)
Fiebre de origen desconocido	36	3,2	3,9 (3-5)
Paciente paliativo	36	3,2	3,4 (2-5)
Adenopatías	36	3,2	4,1 (3-5)
Dolor abdominal	18	1,6	3,8 (3-5)
Dolor torácico	12	1,1	3,5 (3-5)
Cefalea	6	0,5	3,4 (2-5)
Otros	72	6,5	4,1 (3-5)

*Escala de Likert (1-5) que puntúa al programa en relación con su mínima (1) o máxima (5) contribución en la resolución de los problemas planteados. No hubo diferencias significativas entre los centros.

significativas entre centros, y se detalla según los diversos problemas en la [tabla 2](#). Aunque no hubo diferencias significativas en la valoración por problemas, las puntuaciones más altas correspondieron al estudio de los factores de riesgo cardiovascular, al estudio del síndrome asteniforme, a la valoración del paciente pluripatológico y al síndrome constitucional.

Discusión

Los programas de colaboración entre MI y AP son una vía de acercamiento necesaria entre 2 niveles asistenciales que comparten una visión global del paciente y son mutuamente interdependientes. En este estudio merece la pena resaltar que todos los médicos encuestados conocían el programa, lo que revela el esfuerzo desarrollado en dar a conocerlo, y aún es más satisfactorio comprobar la alta participación y el grado de satisfacción obtenido en todos los centros, lo que

también puede deducirse del número creciente de consultas atendidas desde la implantación del programa. La satisfacción por parte del otro de sus integrantes (los internistas hospitalarios) ya se había referido anteriormente, y en este sentido el 73% de los internistas encuestados se encontraba satisfecho o muy satisfecho con su trabajo y consideraba la continuidad asistencial y la relación con la AP como la mejor estrategia para el desarrollo de la MI¹⁴. Todo conculca con la percepción subjetiva de que necesitábamos esta herramienta que integrase ambos niveles asistenciales. Por esto, no es sorprendente que aparte de los problemas meramente asistenciales, las sesiones conjuntas fueran muy valoradas. Nuestra propuesta es, por tanto, un programa de colaboración basado en la atención personalizada y dirigida siempre al paciente, pero no mediante la mera derivación electrónica o protocolos impersonales previamente establecidos, sino a través de un contacto físico frecuente y flexible con su médico referente¹⁵. De hecho, los centros que más pacientes consultaban anualmente eran precisamente

aquellos que más tiempo llevaban participando en el programa.

Cuando analizamos los motivos de consulta, comprobamos que el 26,5% corresponde a pacientes pluripatológicos (por definición, aquellos que presentan más de una enfermedad crónica) y a problemas no focalizados (síndrome asteniforme, síndrome constitucional, anemia, etc.) y, por tanto, difícilmente adscritos a otros especialistas, en los que el internista muestra su visión global y capacidad integradora. Esto quizás justifique la relativa ausencia de otros problemas más concretos (cefalea, dolor torácico, etc.), que frecuentemente se derivan a consultas especializadas (incluso monotemáticas) de otras especialidades. Todo ello también redundaría en una mayor puntuación de los primeros, al sentirse el médico de familia de alguna manera “desprotegido” ante situaciones que son frecuentes hoy en día en una población cada vez más anciana. De hecho, en un estudio previo de nuestro grupo, los pacientes pluripatológicos representaron sólo el 1–3% de los pacientes censados en varios centros de salud, pero en cambio generaban casi el 30% de los ingresos en nuestro Servicio de MI^{16,17}. Tampoco debe sorprender, por tanto, que se valorase más la resolución de problemas en consultas puntuales (muy frecuentes con estos pacientes) y la realización de estudios ambulatorios por encima de los ingresos programados. En los 2 primeros el médico de familia se sigue sintiendo de alguna manera participe del proceso, lo que quizás contribuya a reforzar su valoración del programa. Por el contrario, es preciso aclarar que debido a la disponibilidad de camas en nuestro centro, el internista de referencia no siempre atendía sus ingresos programados, lo que quizás motivara que esta faceta se puntuara de una manera más baja.

En nuestro país han empezado a desarrollarse diversos programas de este tipo^{18–20}, lo que demuestra que los mejores resultados en pacientes multiingresadores frecuentadores se obtuvieron con aquellas experiencias desarrolladas por un equipo multidisciplinario, que promovía una atención integral y coordinada entre niveles asistenciales. Es interesante comprobar, como en los grupos de intervención, que los desenlaces son especialmente positivos en lo que respecta al descenso en el número de ingresos y de visitas a urgencias.

Existen diversos trabajos en habla inglesa que muestran la dificultad en la coordinación entre médicos de AP y especialistas^{21,22}, y se propone para la mejora de la continuidad asistencial una organización de los servicios de salud basada en una fuerte AP que coordine la atención sanitaria. Por tanto, una medida indispensable de la calidad de un programa como el nuestro es el grado de satisfacción por parte de los médicos de familia, que son en definitiva los últimos responsables del paciente y, por tanto, los que mejor pueden valorar el programa. Los datos aquí presentados corresponden a la experiencia con 10 centros de salud en un momento en que necesitábamos conocer los resultados de nuestro trabajo. En el momento actual hemos integrado a todo el área sanitaria (24 centros) y el número de consultas ha crecido exponencialmente, por lo que creemos que comunicar estos datos puede animar a otros centros a desarrollar una experiencia similar.

Podemos concluir que los médicos de familia han valorado muy positivamente nuestro programa de continuidad asistencial, y tiene un alto índice de participación. Los

problemas clínicos más consultados son los que tradicionalmente se han asociado a la labor del internista. Creemos, por tanto, que puede ser una herramienta valiosa para acercar ambos niveles asistenciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gene Badia J. ¿El hospital debe competir, dominar o compartir con la Atención Primaria? *Aten Primaria*. 1998;21:16–8.
2. Simó J, Gálvez J, Morote M. El médico de cabecera o la búsqueda de la identidad perdida: información para internistas y otros especialistas. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:343–8.
3. Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanit*. 2000;14:203–9.
4. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Cal Asist*. 2001;16:232–3.
5. 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;52:934–939.
6. Gómez-Moreno N, Orozco-Beltrán D, Catarrala-Munuera C, Gil-Guillen V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992–2001: estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2006;37:195–202.
7. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sanpedro Martínez E, Vitores Benavente C, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;25:681–684.
8. Criado-Montilla J, Ibañez-Bermudez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:463–8.
9. Piteman L, Koristas S. Part I. General practitioner–specialist relationship. *Inter Med J*. 2005;35:430–4.
10. Piteman L, Koristas S. Part II. General practitioner–specialist referral process. *Inter Med J*. 2005;35:491–6.
11. Faulkner A, Mills N, Bainton D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53:878–84.
12. Ollero M, Cabrera JM, De Osorno M, De Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 84-8486-034-5.
13. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Encuestas de satisfacción [consultado 01/09/2009]. Disponible en: www.sas.junta-andalucia.es/indicadores.
14. Bernabéu-Wittel M, García-Morillo S, Pérez-Lázaro JJ, Mateo Rodríguez I, Ollero M, Calderón E. Work, career satisfaction, and the position of general internists in the south of Spain. *Eur J Intern Med*. 2005;16:454–60.
15. Bodenheimer T. Coordinating care—a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008;358:1064–72.
16. García Morillo JS, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramírez Duque N, González De la Puente MA. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:5–9.
17. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S.

- Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2008;208:4–11.
18. 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 multiingresadores. *Rev Clin Esp.* 2002;202:187–96.
 19. 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;122:46–52.
 20. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207:510–20.
 21. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med.* 2000;15:626–31.
 22. Fans VS, Burman M, Mc Donnell MB, Fihn SD. Continuity of care an other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med.* 2002;20:226–33.