



## ORIGINAL

# Priorización de herramientas para la integración entre atención primaria y hospitalaria: encuesta sobre expectativas y creencias de los profesionales



L. Corral Gudino<sup>a,d,\*</sup>, L.A. Rodríguez Arroyo<sup>b,d</sup>, L.M. Zorita-Viota Sánchez<sup>c,d</sup>  
y en nombre de los grupos de trabajo para la integración de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo (GASBI)

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

<sup>b</sup> Unidad de Docencia y Formación, GASBI, Ponferrada, León, España

<sup>c</sup> Dirección Médica, GASBI, Ponferrada, León, España

<sup>d</sup> Gerencia de Asistencia Sanitaria El Bierzo (GASBI), Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

Recibido el 15 de diciembre de 2017; aceptado el 8 de septiembre de 2018

Disponibile en Internet el 16 de octubre de 2018

### PALABRAS CLAVE

Prestación integrada de atención de salud; Relaciones interprofesionales; Continuidad de la atención al paciente; Comunicación; Encuestas y cuestionarios

### Resumen

**Introducción:** La integración asistencial es una prioridad para la mayoría de los sistemas de salud. En este estudio evaluamos cuales son las expectativas y los conocimientos de los profesionales.

**Material y métodos:** Entre marzo y junio de 2017 los profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo fueron invitados a participar en 2 cuestionarios sobre integración (405 y 211 participantes, respectivamente, sobre el total de 1.854 profesionales).

**Resultados:** Tres de cada cuatro señalaron la comunicación como el factor más importante para conseguir la integración. Los informes médicos, la educación y la conciliación de la medicación también fueron priorizados. Las rutas asistenciales (98%), las enfermeras de enlace (93%) o los protocolos de cuidado compartidos (92%) fueron ampliamente aceptados. Como nexo de unión se prefirió a todo el servicio hospitalario (55%), frente a la figura del enlace-consultor por centros (29%) o común para el área (16%). No hubo diferencias entre la valoración de los profesionales de primaria u hospital en la mayoría de las herramientas analizadas.

**Conclusiones:** De acuerdo con la opinión de los profesionales, las herramientas que favorezcan la comunicación son la clave para conseguir una integración exitosa.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lcorral@saludcastillayleon.es](mailto:lcorral@saludcastillayleon.es) (L. Corral Gudino).

**KEYWORDS**

Delivery of health care integrated;  
Inter-professional relationships;  
Continuity of patient care;  
Communication;  
Surveys and questionnaires

## Prioritisation of tools for integrated care: Local survey of health professionals' beliefs and expectations

**Abstract**

*Introduction:* Integrated care is a top priority for most of the National Health Services. In this study, an evaluation is made on the professional's beliefs and expectations regarding integration.

*Material and methods:* Between March and June 2017, Health Professionals from El Bierzo, León, Spain, were invited to complete 2 questionnaires on health integration process, including an online questionnaire on patient care integration (405 and 211 participants, respectively out of the total 1854 professionals).

*Results:* Three out of four professionals pointed at communication as the most important factor to achieve integration. Medical records, Health Care Education and medication reconciliation were the other prioritised factors. Care pathways (98%), nurse navigator (93%) or shared care protocols (92%) were highly recommended. The entire Hospital Service (55%) was the preferred link, with Primary Care versus a single consultant for every Primary Care Centre (29%), or for all the whole area (16%). There were no differences between primary and hospital services in most of the tools assessed.

*Conclusions:* Communication tools are the cornerstone to achieve a successful integration of the care services according to Health Professionals.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

En la actualidad, la asistencia sanitaria se presta en un escenario de cronicidad y dependencia, con una clara orientación hacia el empoderamiento del paciente y teniendo en cuenta criterios de eficiencia y sostenibilidad. Este cambio de paradigma está transformando los distintos sistemas sanitarios gracias a cambios organizativos y estructurales que facilitan la continuidad de los distintos niveles asistenciales y socio-sanitarios<sup>1</sup>. Distintos sistemas de salud orientados según una filosofía de cuidado integral, como son los americanos Kaiser Permanente, VHA o Geisenger<sup>2</sup>, sirven como ejemplo al haber demostrado mejores resultados en calidad o utilización de servicios. Del mismo modo aquellos países europeos con una atención primaria adecuadamente dimensionada consiguen mejores resultados en salud y eficiencia<sup>3-6</sup>. Esta evidencia exige a los nuevos planes estratégicos en salud una orientación hacia la detección, priorización e implantación de herramientas que faciliten la integración<sup>7</sup>, entendida como «el conjunto coherente de métodos y modelos en los niveles de financiación, administrativo, organizacional, de provisión de servicios y clínico, designados para crear conectividad, alineamiento y colaboración en los sectores del curar y cuidar y entre ambos»<sup>8</sup>.

Una de las limitaciones a la hora de conseguir programas asistenciales integrados es la resistencia de los profesionales al cambio, muchas veces motivada por tratarse de planes impuestos desde los órganos directivos, sin la participación de los propios profesionales<sup>9</sup>. En este artículo presentamos los resultados del análisis de voz sobre la integración y la priorización de herramientas realizado a todos los profesionales del área de salud del Bierzo previamente a la redacción del plan de integración.

**Métodos**

La Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBI) atiende a las comarcas del Bierzo y Laciana en el noroeste de la provincia de León (España). El Área da cobertura a casi 140.000 usuarios. Se encuentra organizada en 11 Zonas Básicas de Salud con sus respectivos equipos de Atención Primaria. El hospital de referencia del Área es el Hospital El Bierzo con 408 camas. En la GASBI trabajan 1.854 profesionales; 491 en atención primaria y 1.363 en el hospital.

Hasta noviembre de 2016, en el Área de Salud del Bierzo existían 2 gerencias (atención primaria y hospital) que eran dirigidas de forma independiente. En noviembre de 2016 se crearon las gerencias de asistencia sanitaria integradas en la Sanidad de Castilla y León (SACYL) Decreto 42/2016, de 10 de noviembre de 2016. Desde entonces ambas gerencias se fusionaron en la GASBI. La nueva gerencia comenzó entonces a trabajar para conseguir una integración completa en 3 áreas: a) gobernanza y gestión, b) cultura y valores y c) asistencial.

Para conseguir la integración en el área asistencial se decidió poner en marcha un plan para la integración asistencial. Previo la redacción y puesta en marcha del plan se realizó un análisis de voz para evaluar e identificar los conocimientos, las preferencias e inquietudes de los profesionales con respecto a la integración antes de la selección y priorización de herramientas para la integración asistencial. Se utilizaron 2 cuestionarios:

1. Para conocer la valoración que los profesionales hacían del grado de integración en el área se utilizó el cuestionario de Nuño-Solinís R et al. basado en el estudio de D'Amour<sup>10</sup>. En este cuestionario se analizan

4 dimensiones de la integración valoradas según 10 ítems. Los encuestados contestan a cada ítem en una escala que va de 1 (menor valoración posible del ítem) a 5 (máxima valoración posible del ítem) (Apéndice B). Esta encuesta se realizó de forma presencial en reuniones informativas sobre la integración durante el mes de marzo de 2017.

- Para realizar la priorización de herramientas para la integración se elaboró un cuestionario por las unidades de calidad y formación del área basándose en una revisión de la literatura<sup>7</sup> y en la experiencia con herramientas para la integración ya presentes en el área: *a*) procesos asistenciales integrados (PAI) en enfermedades crónicas (enfermedad renal crónica y pie diabético), *b*) cribado de enfermedad neoplásica (colon, mama y cuello uterino), *c*) vías clínicas (cefalea, deterioro cognitivo y dispepsia), y *d*) consulta telemática (telefónica y por correo electrónico) en los servicios de neumología y las unidad de continuidad asistencial (UCA) y diagnóstico rápido (UDR) de medicina interna. Los ítems valorados en la encuesta se detallan en el Apéndice C. En la mayoría de las preguntas se les pedía a los profesionales que eligieran entre varias opciones de las ofrecidas en la encuesta. Se añadía la posibilidad de incorporar respuestas en texto libre. Estas respuestas libres fueron analizadas y tabuladas por miembros de la unidad de calidad y seguridad del paciente. Esta encuesta se realizó en red durante el mes de junio de 2017.

## Análisis estadístico

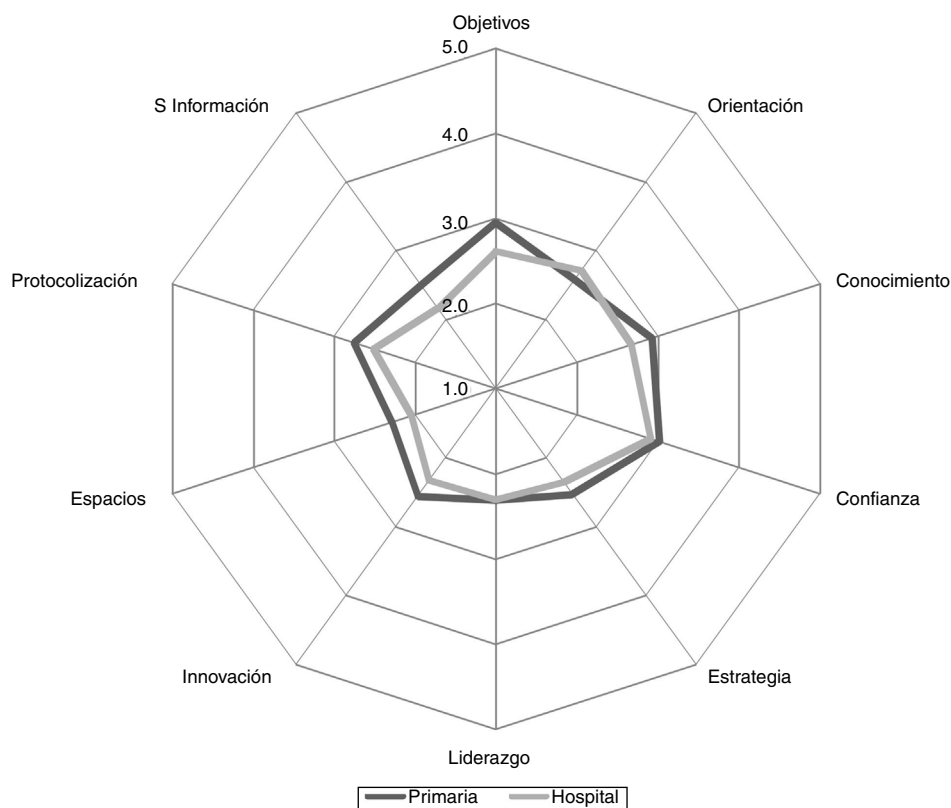
Todos los cuestionarios fueron contestados de forma anónima. Se realizó un análisis descriptivo de las encuestas. Las variables continuas se presentan como media  $\pm$  desviación estándar. Para su comparación se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se presentan como porcentaje con un intervalo de confianza del 95%. Para su análisis se utilizó la prueba Chi-cuadrado. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa el valor de  $p < 0,05$ . Para el análisis de los datos se utilizó Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010 y SPSS<sup>®</sup> versión 19.

## Resultados

La encuesta para valorar la percepción sobre la integración previa al comienzo del plan de integración fue contestada por 405 profesionales (22% de participación sobre el total de 1.854 profesionales de la GASBI); 217 en atención primaria (44% de participación) y 188 en el hospital (14% de participación). Los resultados se detallan en la [figura 1](#).

La encuesta para la priorización de herramientas para la integración fue contestada por 211 profesionales (11% de participación). El porcentaje de participación por categorías y el perfil de los profesionales que contestaron la encuesta se detallan en la [tabla 1](#).

En las [figuras 2a](#) (según ámbito de atención) y [2b](#) (según categoría profesional) se describen las áreas que fueron

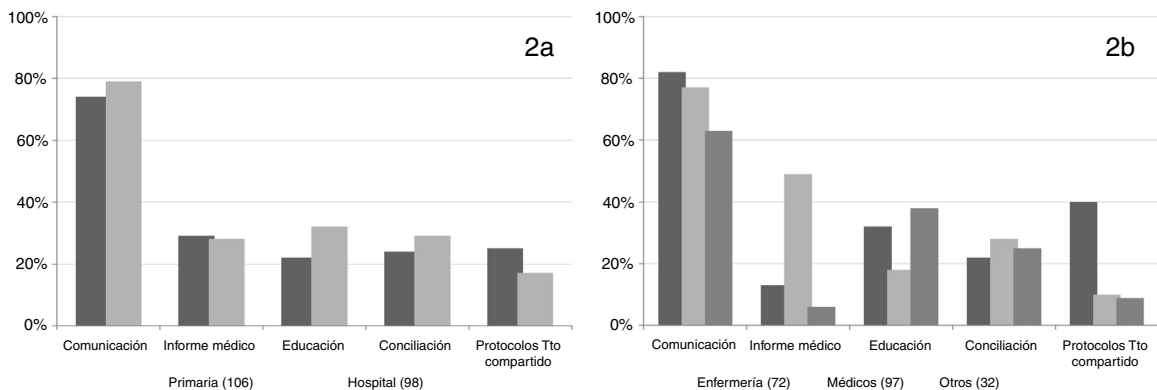


**Figura 1** Resultados de la encuesta valoración integración (Nuño-Solinís R et al. Basada en el trabajo D'Amour).

**Tabla 1** Perfil de los profesionales que contestaron la encuesta

	Médico	Enfermería/fisioterapia/matronas	Otros	Total
<b>Número de profesionales de la GASBI en cada categoría profesional (porcentaje que participó en la encuesta)</b>				
<i>Primaria</i>	177 (33)	165 (28)	149 (9)	491 (22)
<i>Hospital</i>	245 (16)	431 (7)	687 (4)	1363 (8)
<i>Total</i>	422 (23)	596 (13)	836 (5)	1854 (11)
<b>Número total de encuestas contestadas según distintas segmentaciones (porcentaje sobre el total de encuestas contestadas en cada categoría profesional)</b>				
<i>Ámbito de trabajo</i>				
Centro de salud rural	33 (34)	24 (32)	5 (13)	62 (29)
Centro de salud urbano	25 (25)	22 (29)	8 (21)	45 (21)
Hospital	40 (41)	29 (39)	25 (66)	104 (49)
<i>Género</i>				
Varón	38 (39)	12 (16)	11 (29)	61 (29)
Mujer	60 (61)	63 (84)	27 (71)	150 (71)
<i>Edad</i>				
≤ 30 años	3 (3)	6 (8)	0	9 (4)
31-45 años	41 (42)	37 (49)	10 (26)	88 (42)
46-55 años	30 (31)	20 (27)	15 (40)	65 (31)
≥ 56 años	24 (25)	12 (16)	13 (34)	49 (23)
<i>Antigüedad en el puesto</i>				
< 5 años	16 (16)	9 (12)	5 (13)	30 (14)
5-10 años	25 (26)	17 (23)	5 (13)	47 (22)
> 10 años	57 (58)	49 (65)	28 (74)	134 (64)

GASBI: Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo.



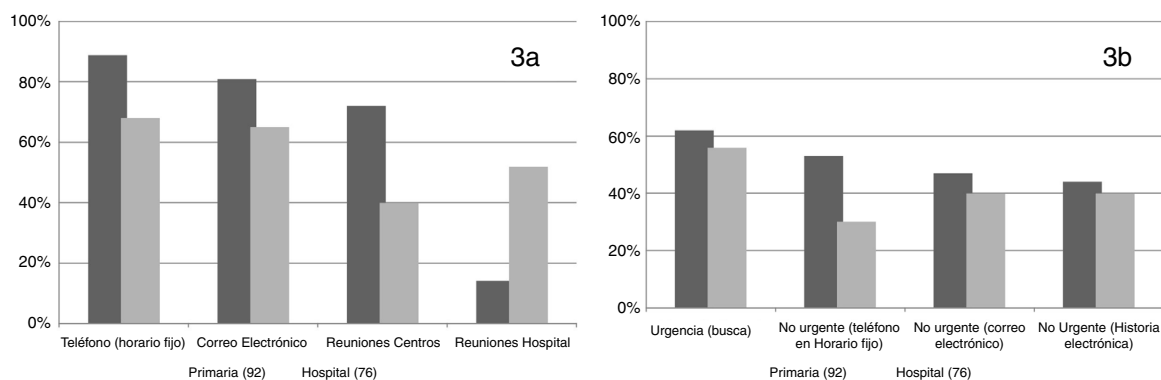
**Figura 2** a) Áreas de la integración priorizadas entre las 3 más importantes para la consecución de la integración según el ámbito de trabajo; b) Áreas de la integración priorizadas entre las 3 más importantes para la consecución de la integración según la categoría profesional.

destacadas como más importantes para la consecución de la integración de acuerdo con la opinión de los profesionales encuestados. No se observaron diferencias al comparar el ámbito de primaria y hospital. Sí se observaron diferencias en las áreas destacadas según la categoría profesional. El 49% de los médicos destacaba el informe médico frente al 13% de los enfermeros, o el 6% del resto de categorías ( $p < 0,001$ ). El 40% de los enfermeros consideraba los protocolos de tratamiento compartido como un área destacada frente al 10% de médicos y al 9% de otros ( $p < 0,001$ ).

La aceptación de las modalidades de comunicación se detalla en las figuras 3a (según tipo de herramienta para

la comunicación) y 3b (según si la comunicación es urgente o no). La aceptación en el hospital fue significativamente más baja para la llamada telefónica en un horario fijo diario ( $p = 0,003$ ), el correo electrónico ( $p = 0,039$ ) o la realización de reuniones periódicas fuera del hospital ( $p = 0,000$ ).

Las rutas asistenciales, las vías clínicas, los protocolos de tratamiento compartido y las enfermeras de enlace fueron ampliamente aceptados (98%: IC 95%: 95-99%; 97%: IC 95%: 93-99; 92%: IC 95%: 87-95, y 95%: IC 95%: 90-98, respectivamente). En las 3 primeras modalidades se prefería una instauración progresiva, a petición de los profesionales, frente a la generalización para toda la actividad asistencial



**Figura 3** a) Aceptación de las herramientas de comunicación según el ámbito de trabajo; b) Aceptación de las herramientas de comunicación según el tipo de la comunicación sea o no urgente.

**Tabla 2** Rutas, vías, protocolos y enfermeras de enlace priorizadas en la encuesta

<i>Rutas asistenciales (169 respuestas)</i>	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	107 (63%; IC: 56-70)
Diabetes mellitus	105 (62%; IC: 55-69)
Cuidados paliativos	103 (61%; IC: 53-68)
Insuficiencia cardiaca	99 (59%; IC: 51-66)
Cuidados «compartidos» (úlceras, ostomías, ...)	65 (39%; IC: 31-46)
Enfermedad renal crónica	63 (37%; IC: 30-45)
Largos supervivientes en oncología	57 (34%; IC: 27-41)
Depresión/ansiedad	46 (27%; IC: 21-34)
Lumbalgia aguda	42 (25%; IC: 19-32)
Enfermedad tiroidea	41 (24%; IC: 18-31)
<i>Vías clínicas (162 respuestas)</i>	
Sangrado digestivo	94 (58%; IC: 50-65)
Dolor torácico	89 (55%; IC: 47-62)
Hemoptisis	84 (52%; IC: 44-59)
Hematuria	83 (51%; IC: 44-59)
Síncope	78 (48%; IC: 41-56)
Lesión/nódulo pulmonar	73 (45%; IC: 38-53)
Metrorragia	65 (40%; IC: 33-48)
Anemia ferropénica	60 (37%; IC: 30-45)
<i>Protocolos de tratamiento compartido (164 respuestas)</i>	
Fármacos inmunosupresores	107 (65%; IC: 58-72)
Fármacos oncológicos	103 (63%; IC: 55-70)
Biológicos	86 (52%; IC: 45-60)
Tuberculostáticos	85 (52%; IC: 44-59)
<i>Enfermeras de enlace (147 respuestas)</i>	
Para pacientes en tratamiento paliativo oncológico <sup>a</sup>	99 (67%; IC: 59-74)
Para pacientes con elevado grado de comorbilidad	96 (65%; IC: 57-73)
Para pacientes onco-hematológicos	62 (42%; IC: 34-50)
Para pacientes con enfermedades neurodegenerativas	49 (33%; IC: 26-41)

IC: intervalo de confianza al 95%.

<sup>a</sup> El 76% en primaria vs. 56% en hospital ( $p=0,012$ )

de rutas, vías o protocolos (59 vs 39%, 63 vs 35%, 60 vs 32%, respectivamente). No hubo diferencias entre hospital y primaria. Las principales rutas, vías y protocolos se detallan en la [tabla 2](#).

Las valoraciones de las unidades para la integración ya existentes en el área (hospitalización a domicilio, unidad de continuidad asistencial y unidad de diagnóstico rápido) fue

muy positiva con elevados niveles de satisfacción (bastante o muy satisfecho en el 87%; IC 95%: 80-92; 82%; IC 95%: 72-89 y 97%; IC 95%: 90-99, respectivamente).

Para establecer un nexo de unión entre los servicios y los equipos la mayoría de los profesionales señalaron que el conjunto del servicio debería estar «enlazado» con primaria, frente a la figura del enlace-consultor común para todo el

Área o frente a la figura del enlace-consultor propio por cada centro (42% primaria vs. 63% hospital, 18 vs. 13% y 37 vs. 19%, respectivamente;  $p=0,021$ ).

La mayoría de los profesionales estuvieron de acuerdo con el impulso a las escuelas de pacientes (80%; IC 95%: 74-85) y la promoción de la figura del paciente experto (64%; IC 95%: 57-70). En ambos casos el personal de enfermería estuvo más dispuesto a favorecer tanto las escuelas (enfermería 91% vs. médicos 69%;  $p=0,006$ ), como el paciente experto (enfermería 77%, médicos 53%;  $p=0,024$ ).

## Discusión

Presentamos los datos de un análisis de voz de los profesionales sobre la integración previo al diseño del plan de integración en nuestra área sanitaria. Se incluyen: 1) las percepciones que tienen los profesionales acerca de la integración, y 2) un análisis de la utilidad y aplicabilidad de las herramientas para la integración según los propios profesionales. De acuerdo con nuestra revisión de la literatura, esta es la primera vez que se publica una valoración sobre la priorización de las herramientas para la integración hecha por los propios profesionales.

La encuesta Nuño-Solinís/D'Amour demuestra una percepción baja sobre la calidad de la integración. Esto ocurre tanto en primaria como en el hospital donde las valoraciones son inferiores. Estos resultados son similares a los publicados en la experiencia de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bidasoa<sup>10,11</sup>.

En relación con la priorización de las herramientas para la integración, los resultados demuestran que la comunicación entre profesionales es la herramienta más valorada. El establecimiento de vías reales de comunicación se percibe como positivo tanto se haga de forma presencial, vía telemática (busca, teléfono o correo electrónico) o con la realización de reuniones o encuentros periódicos. También se da mucha importancia a los informes médicos y de enfermería al alta o a las interconsultas.

La principal limitación metodológica del estudio es la dificultad de aplicar los resultados de nuestra área a otras áreas distintas. Esto se debe al condicionante que supone el corresponder a un área sanitaria de pequeño tamaño y con un limitado desarrollo de herramientas para la integración previas a la realización del estudio, lo que puede generar un sesgo dado el grado de desconocimiento en los profesionales sobre lo que la mayoría de las herramientas para la integración puede realmente aportar en la asistencia. Su principal fortaleza es la representatividad de la muestra dada la incorporación de todos los profesionales independientemente de su rango profesional o su grado de participación en el proceso de integración.

Como conclusión podemos establecer que la apertura de canales de comunicación fluidos y de fácil acceso debe centrar nuestros esfuerzos a la hora de diseñar un proceso de integración, ya que esta comunicación permitirá el establecimiento de relaciones de confianza y conocimiento entre los profesionales y facilitará la implementación progresiva

de otras herramientas que faciliten la coordinación entre niveles asistenciales.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la realización de este estudio en relación a la confidencialidad de los datos.

## Autorías

Este estudio fue diseñado por L. Corral Gudino y L.A. Rodríguez Arroyo.

L. Corral Gudino, L.A. Rodríguez Arroyo y L.M. Zorita-Viota Sánchez realizaron la recopilación de la información.

L. Corral Gudino efectuó el análisis de la información.

L. Corral Gudino, L.A. Rodríguez Arroyo y L.M. Zorita-Viota Sánchez con la ayuda del Grupo de Contraste han interpretado los resultados.

L. Corral Gudino y L.A. Rodríguez Arroyo han redactado el manuscrito en colaboración con L.M. Zorita-Viota Sánchez y los Grupos Director y de Contraste.

Todos/as los/las autores/as han colaborado en la revisión crítica del manuscrito con importantes contribuciones intelectuales y han aprobado su versión final.

Los autores del manuscrito se hacen responsables y garantes de que todos los aspectos que lo integran han sido revisados y discutidos con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

## Conflicto de intereses

Los autores no refieren ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los profesionales del área que han participado en los grupos de contraste y director (Apéndice A).

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2018.09.004](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.004).

## Bibliografía

1. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit.* 2016;30 Supl 1:S106-10.
2. Hwang W, Chang J, Laclair M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. *Am J Managed Care.* 2013;19:e175-84.
3. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, et al. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. *Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together.* London: The King's Fund and Nuffield Trust; 2012 [consultado 11 Oct 2017] Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>.

4. Kodner DL. All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Health Q*. 2009;13(N.º Espec):6–15.
5. Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. *Integration in action: Four international case studies*. Research report. London: Nuffield Trust; 2011 [consultado 11 Oct 2017] Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications>.
6. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. *What is integrated care? Research report*. London: Nuffield Trust. 2011 [consultado 11 Ene 2017] Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications>.
7. Corral-Gudino L, Borao Cengotita-Bengoia M, Jorge Sánchez RJ, García Aparicio J. El paciente y su travesía entre la atención primaria y la hospitalaria: Revisión sistemática de ensayos clínicos para la implementación de herramientas para la integración en España. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40:443–59, doi.org/10.23938/ASSN. 0119.
8. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated Care meaning, logic, applications, and implications - A discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
9. Vedel I, Monette M, Beland F, Monette J, Bergman H. Ten years of integrated care: Backwards and forwards. The case of the province of Quebec, Canada. *Int J Integr Care*. 2011;(e004). Spec Ed.
10. Nuño-Solinís R, Berraondo Zabalegui I, Sauto Arce R, San Martín Rodríguez L, Toro Polanco N, Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *Int J Integr Care*. 2013;13:e015.
11. Toro-Polanco N, Zabalegui IB, Irazusta IP, Solinís RN, del Río Cámara M. Building integrated cares systems: A case study of Bidasoa Integrated Health Organization. *Int J Integr Care*. 2015;15:e026.