



ORIGINAL

La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia

Emili Gené^{a,b,c}, Inmaculada García-Bayo^d, Mercè Barenys^e, Agueda Abad^e, Rafael Azagra^{b,f} y Xavier Calvet^{b,c,g,*}

^aServei D'Urgències, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^bDepartament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^cCentro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^dABS Gava, Institut Català de la Salut, España

^eUnidad de Enfermedades Digestivas, Servicio de Medicina, Hospital de Viladecans, Institut Català de la Salut, Viladecans, Barcelona, España

^fCAP Badia del Vallés, Institut Català de la Salut, España

^gServei de Digestiu, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 20 de febrero de 2010; aceptado el 17 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2010

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Gastroenterología;
Coordinación;
Calidad asistencial

Resumen

Fundamento y objetivo: La colaboración entre médicos de familia (MF) y especialistas se considera indispensable para una asistencia sanitaria de calidad. El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre los gastroenterólogos (GAS) y los MF en el ámbito de los hospitales comarcales de Cataluña y sus centros de atención primaria de referencia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado mediante cuestionario anónimo entre los meses de enero y abril de 2008.

Resultados: Se recogieron 314 encuestas (261 MF y 53 GAS). La valoración global de la relación se consideró muy deficiente o insuficiente por el 62,3% de los GAS (IC95%, 47,9–74,9) y por el 55,6% de MF (IC95%, 49,3–61,7). El 56,6% de GAS no conoce o conoce a pocos MF y lo mismo sucede con el 80,4% de MF. El 64% de GAS considera que la calidad asistencial para la patología digestiva en AP es muy deficiente o insuficiente. Por su parte, el 21,1% de MF considera muy deficiente o insuficiente la calidad asistencial por parte de GAS. La percepción de la calidad de la asistencia tanto en atención especializada como en AP mejora significativamente cuando el grado de conocimiento personal entre GAS y MF es alto o muy alto.

Conclusiones: Los profesionales perciben como insuficiente el nivel de relación entre niveles asistenciales. Además, los GAS evalúan como deficiente el manejo de la patología digestiva en atención primaria. La existencia de una relación personal mejora significativamente la valoración mutua.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xcalvet@tauli.cat (X. Calvet).

KEYWORDS

Primary care;
Gastroenterology;
Coordination;
Health care quality

Coordination between primary and specialized care in gastroenterology is insufficient. A survey of gastroenterologists and general practitioners

Abstract

Background and objectives: Collaboration between general practitioners (GPs) and specialists is considered crucial to provide high-quality healthcare. The objective of this study was to analyze the relationship between gastroenterologists and GPs in regional hospitals and their referring primary care centers in Catalonia (Spain).

Materials and methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out using anonymous questionnaires between January and April 2008.

Results: A total of 314 surveys were administered (261 GPs and 53 gastroenterologists). The overall relationship was considered highly deficient or insufficient by 62.3% of gastroenterologists (95% CI, 47.9–74.9) and by 55.6% of GPs (95% CI, 49.3–61.7). More than half (56.6%) of the gastroenterologists did not know any GPs, or only a very few, and the situation was the same for 80.4% of GPs. Sixty-four percent of gastroenterologists considered that the quality of care for digestive diseases in primary care was highly deficient or insufficient while 21.1% of GPs considered that the care provided by gastroenterologists was highly deficient or insufficient. The perception of healthcare in both primary and specialized settings was substantially better when there was good interaction between gastroenterologists and GPs.

Conclusions: Practitioners acknowledge that the degree of interaction between different levels of healthcare is insufficient. Moreover, gastroenterologists consider that the management of digestive diseases in primary care is deficient. Establishing a personal relationship between the two types of practitioners substantially improves mutual assessment.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La relación entre atención primaria (AP) y atención especializada es un tema de frecuente debate. La coordinación entre niveles asistenciales en un elemento básico para ofrecer una asistencia de calidad. La correcta asignación de recursos fruto de la colaboración es, además, una condición indispensable para garantizar la eficiencia de la asistencia sanitaria. La coordinación no ha sido nunca tarea fácil y, de hecho, los datos sobre coordinación entre AP y especialidades y, concretamente, aparato digestivo son fragmentados y de calidad variable¹⁻³.

La relación entre AP y atención especializada de digestivo se realiza en contextos distintos, todos ellos dinámicos y rápidamente cambiantes. El sistema sanitario español es muy heterogéneo y presenta importantes desigualdades estructurales, organizativas e incluso presupuestarias entre comunidades autónomas, incluyendo grandes diferencias en el importantísimo tema de la carga asistencial⁴. Todos estos factores condicionan de manera importante la relación entre niveles asistenciales y las posibilidades de interacción.

Por otra parte, la coordinación entre especialidades se mueve además en un sistema en el que están presentes caras y complejas estructuras de control y constantes restricciones presupuestarias. Dichas estructuras y medidas a menudo dificultan la relación entre profesionales. A esto hay que añadir, que AP está en pleno proceso de redefinición de su papel frente a las especialidades hospitalarias⁵⁻⁷. En nuestro país, unas de las amenazas más importantes en AP es la intensísima sobrecarga asistencial. Esta conlleva un deterioro de la calidad y de las condiciones de trabajo con el consiguiente riesgo de «burn-out» de los profesionales^{8,9}. Este hecho puede representar, sin duda, una dificultad adicional para la coordinación entre niveles asistenciales.

En el contexto citado y dentro de los ámbitos asistenciales, los especialistas de los hospitales comarcales son los que por razones de proximidad pueden, teóricamente, mantener una mejor relación con AP. Sin embargo disponemos de pocos datos sobre cual es el grado de relación entre dichos especialistas y los médicos de asistencia primaria de su área de referencia¹⁰⁻¹³. Específicamente, no hay ningún estudio que valore la relación entre MF y gastroenterólogos (GAS).

El objetivo del presente estudio fue valorar el grado de conocimiento, los mecanismos de relación y la opinión mutua de los GAS y los MF en el ámbito de los hospitales de primer y segundo nivel de las comarcas de Cataluña mediante dos encuestas simultáneas realizadas a GAS de hospitales comarcales y médicos de AP.

Material y métodos**Diseño de la encuesta**

Se elaboró una encuesta con 10 preguntas específicas para los GAS y otra para los MF con los aspectos más relevantes en la relación entre ambos (Anexos 1 y 2). La encuesta fue diseñada por un GAS y un MF. Para el diseño se tuvieron en cuenta los datos analizados en estudios previos¹⁰⁻¹³. Para facilitar la respuesta se limitó la información solicitada y el tiempo previsto para la cumplimentación de la misma fue de 2 minutos.

Sujetos y método

La encuesta se distribuyó entre los meses de enero y abril de 2008 a los GAS de los hospitales comarcales de Cataluña mediante entrevista personal y a los MF mediante correo electrónico a los centros de AP de los Hospitales Comarcales

con la ayuda de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria Centre y Costa Ponent. La encuesta se contestó de forma anónima.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos se tabularon en una base de datos de Microsoft Excel. Se realizó el análisis de los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.0, utilizando un test no paramétrico (chi cuadrado de Pearson) para la comparación de proporciones entre dos grupos con tablas de contingencia 2 x 2.

Resultados

Se recogieron 314 encuestas 261 de MF y 53 de GAS, lo que representa el 10% y el 26% estimados de la población total de ambos grupos, respectivamente¹⁴.

Mecanismos y grado de coordinación

El 40% de los MF refirió trabajar en un área en la que la atención especializada de digestivo estaba integrada a nivel hospitalario, el 47% tenía todavía especialistas no integrados como referente y el 13% restante desconocía este aspecto. En cuanto al tamaño de las áreas de referencia, el 36% de los GAS tenía de 1 a 5 centros de AP en su área, el 49% de 6 a 15. Únicamente un 4% tenía más de 15 centros en su área y el 11% restante no respondió a la pregunta.

En cuanto a los tipos de relación, el 69% de los MF refería que dispone de un método de contacto inmediato para realizar consultas. Por su parte, los especialistas respondieron en el 89% de los casos que existían mecanismos de consulta por parte de AP. En la mayoría de los casos el sistema seguía siendo el contacto telefónico. Las reuniones periódicas tanto para formación como para consultar pacientes fueron extremadamente infrecuentes – 4% en el primer caso y 1% en el segundo según los MF y 2% y 0% según los GAS.

En cuanto a las preguntas para conocer la coordinación entre MF y GAS, pusieron de manifiesto que el 57% de los MF no podían influir para modificar la asistencia a nivel de la atención especializada. De igual modo, el 72% de los GAS refirieron como nula o escasa su capacidad para influir, controlar o modificar las derivaciones dirigidas a la unidad de digestivo.

En referencia a las actividades formativas, el 91% de los MF contestaron que nunca o muy ocasionalmente se realizan en su centro actividades formativas con el GAS. El 98% de los GAS contestaron igualmente, que nunca o muy ocasionalmente se desplazan a AP para realizar actividades formativas.

El 56% de los MF opinó que la relación con los GAS era muy deficiente o insuficiente mientras que el 62% de los GAS consideró también la relación como muy deficiente o insuficiente. Las valoraciones de la relación entre GAS y MF se muestran en la figura 1.

Respecto del acceso a pruebas diagnósticas, el 94% de los MF pueden solicitar una endoscopia digestiva sin necesidad de remitir al paciente al especialista.

Conocimiento personal y percepción de calidad

El grado de conocimiento personal entre ambos colectivos es bajo. Así, el 20% de los MF refería conocer a la mitad o a la mayoría de los GAS de su área de referencia. Por su parte, el 43% de los GAS refirió que conocía a la mitad o a la mayoría de los MF de su área de referencia.

También globalmente, la calidad de la asistencia percibida fue subóptima, siendo la valoración más negativa la de los especialistas. Así, globalmente, el 21% de los MF refirió que la calidad de la asistencia que prestan los GAS en la atención a la patología digestiva era muy deficiente o insuficiente y un 75% la califica como suficiente, buena o excelente (no sabe/ no contesta (NS/NC) 4%). Por su parte, solamente el 36% de los GAS valoran la actividad de los MF en patología digestiva como suficiente, buena o excelente. El resto valora la asistencia a patologías digestivas en AP como muy deficiente o deficiente (fig. 2).

Al valorar la calidad asistencial percibida en función del grado de conocimiento personal entre ambos colectivos, los

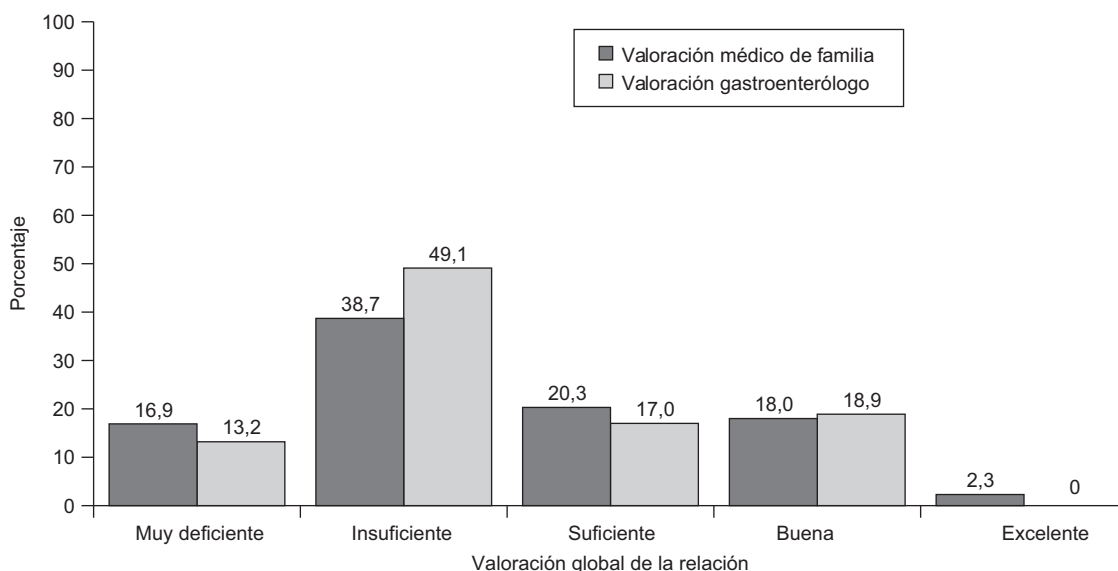


Figura 1 Valoración global de la relación entre médicos de familia y gastroenterólogos.

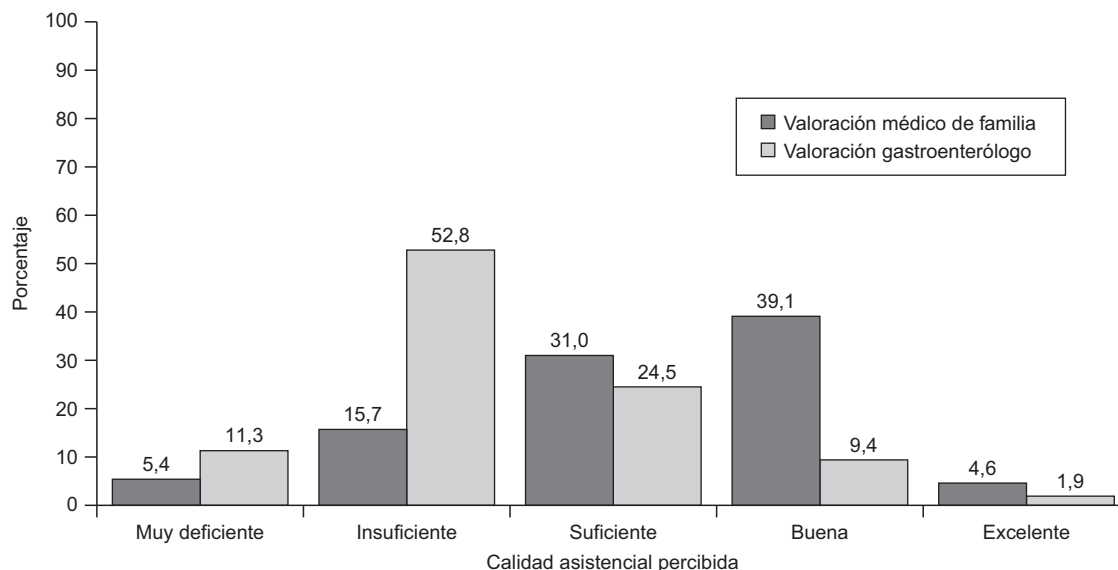


Figura 2 Calidad asistencial percibida en el manejo de la patología digestiva entre médicos de familia y gastroenterólogos.

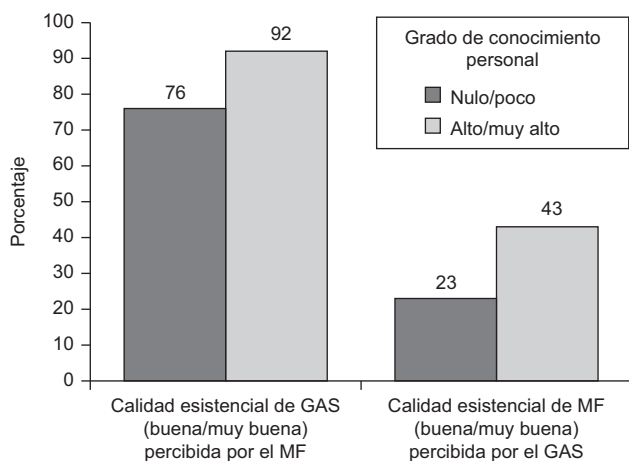


Figura 3 Opinión de atención primaria y atención especializada de digestivo sobre la calidad asistencial ofrecida (buena/muy buena) según el grado de conocimiento personal.

resultados demostraron que la calidad asistencial percibida se incrementa significativamente al incrementarse el grado de conocimiento personal (fig. 3).

Discusión

Coordinar se define como «concertar medios y/o esfuerzos para una acción común» y no ha sido nunca una tarea fácil como ponen de manifiesto los resultados de este estudio. De hecho, los 2 resultados principales del presente estudio son por una parte que los niveles de coordinación percibidos por los profesionales en MF y GAS en nuestra área son claramente subóptimos y por otra que el conocimiento personal parece aumentar la percepción mutua de la calidad asistencial.

Respecto del primer aspecto, destacar que un 30% de los MF refirió no tener un acceso inmediato al GAS para poder realizar consultas, o que las reuniones periódicas para realizar actividades de formación o para poder consultar dudas respecto al manejo de ciertos pacientes fueron mínimas. Por otra parte, también destaca que el 57% de los MF y el 72% de los GAS no

podían influir, controlar o modificar las derivaciones dirigidas al otro nivel asistencial. Con estos resultados, no es de extrañar que el 56% de los MF y el 62% de los GAS calificaran la relación como deficiente.

Así, la capacidad de influir en la gestión de la patología desde ambos ámbitos asistenciales, las actividades de formación continuada o la integración de la atención especializada son algunos de los aspectos a mejorar en la coordinación entre niveles asistenciales. Las medidas de coordinación que se han considerado más útiles para mejorar la coordinación son una buena transmisión de la información clínica y las actividades de formación continuada.

La transmisión de la información clínica (transmisión de los datos de la historia del paciente y accesibilidad mútua para consultas) sigue siendo uno de los puntos de interés en todo proceso de relación entre niveles asistenciales^{11,12}. En este trabajo, el principal canal de comunicación sigue siendo el teléfono (49% MF, 49% GAS) muy por encima del mail (1,9% respectivamente). Estos resultados podrían explicarse por la inmediatez de acceso que permite el teléfono frente al mail.

Por otra parte, La implementación de una historia clínica electrónica común es una solución óptima para la transmisión de la información entre AP y hospital. Es un objetivo evidente en un sistema público de salud y existe un claro consenso en su necesidad. Dicha herramienta presenta, sin embargo, problemas muy complejos de compatibilización de sistemas, almacenamiento seguro de la información y confidencialidad. Por ello, los sistemas electrónicos compartidos –que se están desarrollando en la mayoría de comunidades autónomas– avanzan lentamente y su calidad y contenido son muy variables¹⁵⁻¹⁷. Así, por ejemplo, en una encuesta reciente en Cataluña, solamente un 20% de los encuestados refería disponer de algún sistema de historia clínica común a AP y Hospital¹³.

Las actividades de formación continuada son también un punto de especial interés. Este estudio pone de manifiesto, como hemos comentado, una escasa implicación de los GAS en actividades de formación con AP. Es evidente, que existe un retraso importante entre la demostración de la eficacia de un nuevo tratamiento y su incorporación en la práctica clínica^{18,19}. Como era de esperar, estudios en el área de digestivo muestran

que la aplicación de la evidencia científica se demora más en AP que en atención especializada de digestivo²⁰. Por ello, las intervenciones de formación continuada por parte de los especialistas pueden ser de utilidad para acelerar la difusión de la evidencia científica. Dentro de estas actividades formativas, las actividades de formación interprofesional - interactivas y de formación mutua- son más efectivas que la formación conjunta o que la formación por separado³. No obstante, es indispensable respetar el criterio de los médicos de AP sobre qué formación es prioritaria y evitar las intervenciones formativas no solicitadas ni consensuadas.

En la relación entre AP y atención especializada de digestivo, uno de los puntos de especial interés es el acceso por parte del MF a la endoscopia digestiva. En nuestro país conviven dos modelos, uno restrictivo donde el médico de AP ha de remitir el paciente al GAS para que este solicite la endoscopia digestiva, con otro modelo de acceso abierto a la endoscopia. En nuestro estudio un 95% de los MF pueden solicitar una endoscopia digestiva, estos datos son concordantes con los obtenidos en Cataluña en otro estudio similar, si bien el porcentaje global de acceso a la endoscopia en España era solo del 65%¹. El modelo restrictivo es claramente ineficiente ya que conlleva una sobrecarga insostenible a largo plazo de las consultas de atención especializada con patología generalmente de baja complejidad y ya evaluada por lo que está siendo sustituido progresivamente por el modelo de acceso abierto. En nuestro medio se han publicado al menos dos estudios^{21,22} que analizan la adecuación de las indicaciones de la endoscopia solicitada desde AP. Ambas utilizan los criterios EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) que son los únicos disponibles²³, pero que no han sido nunca validados. El porcentaje de adecuación en estos dos estudios de acuerdo a estos criterios oscila entre el 67-89%.

Respecto del segundo punto, lo más interesante de los resultados parece ser la constatación de que al aumentar el grado de conocimiento personal se consigue aumentar la valoración de la calidad asistencial percibida por ambos colectivos. Cuando el grado de conocimiento personal es alto (se conocen la mitad o la mayoría de especialistas del otro nivel asistencial), esto conlleva un incremento de un 20% en la calidad asistencial percibida por los GAS respecto a los MF y de un 16% a la inversa. Este punto es de suma importancia ya que la relación entre ambos niveles asistenciales es básicamente una relación entre personas. Más allá de las estructuras y los medios disponibles, una buena relación personal puede convertir a un programa mediocre en una herramienta excelente y viceversa. Esto ha de tenerse en cuenta a la hora de diseñar estrategias para favorecer la coordinación, de modo que si estas no favorecen la relación interpersonal, es probable que estén abocadas al fracaso.

Los estudios aportando datos concretos sobre la relación entre AP y especializada son muy escasos. No existen trabajos previos en nuestro medio que valoren específicamente la relación entre MF y GAS. El único estudio similar, publicado por Bundó et al valoró en una muestra muy limitada de médicos la relación entre AP y medicina interna¹³. Los resultados son similares a nuestro estudio: menos del 50% de los médicos valoran la relación como satisfactoria. Por el contrario, Cardin et al publicaron un estudio similar realizado en la región Italiana de Veneto mediante encuesta dirigida exclusivamente a los médicos de AP llegando a la conclusión de que la relación

entre ambos era satisfactoria²⁴, los resultados divergentes que presenta este estudio pueden deberse a los diferentes criterios utilizados para valorar la relación. En todo caso, en la literatura existe un claro consenso en que la coordinación entre niveles asistenciales es necesaria^{13,25}. Donde no existe consenso en absoluto es en cómo debe llevarse a cabo dicha coordinación. En nuestro medio las experiencias de innovación en coordinación han sido puntuales y no se han generalizado²⁶⁻²⁹.

Este estudio presenta limitaciones metodológicas que deben ser discutidas. En primer lugar, se ha realizado mediante cuestionario con preguntas cerradas contestadas de forma anónima y distribuido a los GAS de los hospitales comarcales de Cataluña y a los MF de dichos hospitales de las regiones sanitarias de Cataluña central, Girona y Camp de Tarragona. Este tipo de estudios presenta dos limitaciones. La primera la baja disponibilidad para contestar las encuestas por parte de los profesionales y por consecuencia la segunda es que los que contestan suelen ser los más predisuestos, lo que introduce un sesgo de respuesta. Respecto a la primera, respondieron la encuesta 261 MF lo que representa aproximadamente el 10% de los médicos de AP de Cataluña en el área de referencia de los Hospitales comarcales encuestados y 53 GAS que representa aproximadamente un 26% del total de GAS de los hospitales comarcales. Estos porcentajes permiten tener una razonable confianza en las estimaciones obtenidas.

En segundo lugar, la encuesta se contestó anónimamente, de tal forma que resulta complicado poder concordar las respuestas entre AP y especializada de cada área.

El presente estudio no permite sacar conclusiones definitivas sobre cuál debe ser el modelo organizativo en la coordinación entre niveles asistenciales en general y con Aparato digestivo en particular. Los datos en la literatura sugieren que un modelo abierto para poder adaptarlo a distintas patologías y contextos, a base de grupos autoorganizados, autónomos y pequeños es la opción más eficaz²⁵. De hecho, nuestro estudio sugiere que son necesarios modelos que favorezcan sobretudo una buena relación personal, como el que se ha comentado. No obstante, serán necesarios nuevos estudios diseñados específicamente para esta finalidad los que deberán dar respuesta a esta pregunta.

En conclusión, la valoración global de la relación entre AP y atención especializada de digestivo es deficiente y la calidad asistencial percibida es baja, especialmente desde la atención especializada. El conocimiento personal, mejora de manera significativa la valoración mutua de la calidad asistencial. Por tanto, parece necesario desarrollar y evaluar modelos de coordinación que permitan fomentar la relación personal como herramienta para mejorar la calidad asistencial.

Financiación

El presente estudio no ha recibido financiación externa. El Centro de investigación en red en enfermedades hepáticas y digestivas (CIBEREHD) está financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

Agradecimientos

Agradecemos a Jordi Pujol i Mercé Martínez de ABBOT Laboratories) su colaboración en la realización de la encuesta a los gastroenterólogos de los hospitales comarcales

y al Dr Sebastià Juncosa como coordinador de la Unidad Docente Metropolitana Nord de Medicina Familiar y Comunitaria su colaboración en la realización de la encuesta entre

los médicos de AP. Agradecemos también a todos aquellos profesionales que sacrificaron una parte de su precioso tiempo para responder a la encuesta.

Anexo 1

Encuesta distribuida entre los Gastroenterólogos de los Hospitales Comarcales de Cataluña sobre la relación entre atención especializada y AP en el manejo del paciente con patología digestiva

RELACION ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

1. Considera globalmente su relación con los médicos de atención primaria de su área de referencia como:

Ns/nc Muy deficiente Insuficiente Suficiente Buena Excelente

2. Cuantos ABS o CAP tienen como referencia su Hospital?

Ns/Nc Ninguno 1-5 6-15 >15

3. A cuantos médicos de atención primaria de su área de referencia conoce personalmente:

Ns/Nc Ninguno Pocos Pocos La mitad La mayoría

4. Considera que -globalmente- a nivel de atención primaria la calidad en el manejo de la patología digestiva es:

Ns/nc Muy deficiente Insuficiente Suficiente Buena Excelente

5. Su capacidad para influir, controlar o modificar la asistencia a la patología digestiva en atención primaria es:

Ns/nc Nula Escasa Aceptable Buena Excelente

6. Su capacidad para influir, controlar o modificar las derivaciones dirigidas a la unidad de digestivo es:

Ns/nc Nula Escasa Aceptable Buena Excelente

7. En su unidad, se desplaza algún especialista de A. Digestivo a visitar a atención primaria?

Ns/Nc Sí al ABS o CAP Sí al CAP de especialidad No

8. Disponen los médicos de atención primaria de algún tipo de acceso directo e inmediato al especialista para realizar consultas?

Ns/nc No Personalmente Teléfono e-mail Otros

9. Realiza actividades formativas para/con atención primaria:

Ns/nc Nunca Ocasionalmente Cada semana Cada mes

10. Realiza reuniones para comentar pacientes con atención primaria:

Ns/nc Nunca Ocasionalmente Cada semana Cada mes

Anexo 2

Encuesta distribuida entre los Médicos de Familia sobre la relación entre atención especializada y AP en el manejo del paciente con patología digestiva.

**RELACION ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIDA Y ATENCIÓN PRIMARIA
EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA**

1. Considera globalmente su relación con los médicos especialistas de digestivo de su área de referencia como:

Ns/nc Muy deficiente Insuficiente Suficiente Buena Excelente

2. Está integrada la atención especializada de digestivo a nivel hospitalario:

Ns/Nc No Si

3. A cuantos especialistas de digestivo de su área de referencia conoce personalmente:

Ns/Nc Ninguno Pocos La mayoría

4. Considera que –globalmente- a nivel de atención especializada de digestivo la calidad en el manejo de la patología digestiva es:

Ns/nc Muy deficiente Insuficiente Suficiente Buena Excelente

5. Su capacidad para influir, controlar o modificar la asistencia a la patología digestiva a nivel de asistencia especializada es:

Ns/nc Nula Escasa Aceptable Buena Excelente

6. En su centro de trabajo, se desplaza algún especialista de A. Digestivo a visitar a atención primaria?

Ns/Nc Sí al ABS o CAP Sí al CAP de especialidad No

7. Dispone de algún tipo de acceso directo e inmediato al especialista para realizar consultas?

Ns/nc No Personalmente Teléfono e-mail Otros

8. Se realizan en su centro actividades formativas con el especialista de digestivo:

Ns/nc Nunca Ocasionalmente Cada semana Cada mes

9. El digestólogo realiza reuniones para comentar pacientes en su centro?

Ns/nc Nunca Ocasionalmente Cada semana Cada mes

10. Puede solicitar una endoscopia digestiva directamente o debe remitir al paciente al digestólogo:

Ns/Nc Puedo solicitarla directamente Remitir al paciente al digestólogo

Bibliografía

1. Gené E, Sanchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en Atención primaria en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:327-34.
2. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8:CD005471.
3. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;4:CD002213.
4. Gonzalez B, Urbanos R, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):82-9.
5. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med*. 2003;138:244-7.
6. Hamel MB, Drazen JM, Epstein AM. The growth of hospitalists and the changing face of primary care. *N Engl J Med*. 2009;360:1141-3.
7. Sandy LG, Schroeder SA. Primary care in a new era: disillusion and dissolution? *Ann Intern Med*. 2003;138:262-7.
8. Profesión médica. Potenciar la asistencia primaria. Opinión Quiral. 2009;29:3 [en línea]. [consultado 15/1/2010]. Disponible en: http://www.ub.edu/medicina/conferencias/OPinion_quiral_29_3.pdf.
9. Análisis y soluciones para reanimar la primaria. [en línea] 2009. [consultado 22/1/2010]. Disponible en: <http://www.diariomdico.com/congresos/semg-2009/analisis-y-soluciones-para-reanimar-la-primaria>.
10. Fernandez A, Grumbach K, Goitein L, Vranizan K, Osmond DH, Bindman AB. Friend or foe? How primary care physicians perceive hospitalists. *Arch Intern Med*. 2000;160:2902-8.
11. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
12. Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, et al. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med*. 2009;24:381-6.
13. Bundó M, Delàs J, Gavagnach M, Acarín PN, Tor M. Relació entre l'atenció primària i l'hospitalaria. Situació actual i propostes de millora. *Annals de Medicina*. 2008;91:21-5.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Memòria del Catesalut; 2008.
15. Ferrer Roca O, Díaz-Cardama A, Pitti S, Ramos A, Gómez E, Tejera A, et al. Telemedicine in the Canary Islands. *Lancet*. 1995;345:1177.
16. Moran PIJ, Manso Montes E, Bernués Gambarte C, Mediavilla Tris J, Menéndez Torre E, Sesma Sánchez J. Historia clínica informatizada común en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea: Definición de elementos comunes interniveles y de visualización de información de detalle en ambas historias clínicas informatizadas actuales. IX Congreso Nacional de Informática Médica. [en línea] 2002. [consultado 25/1/2010]. Disponible en: http://www.conganat.org/SEIS/informed02/INFORMED02_moranj.pdf.
17. Paredes Mena A. Historia Clínica Electrónica. Jara Asistencial: Mirada desde la seguridad. XI Congreso de la Asociación de Gestión de Recursos Sanitarios. [en línea] 2008. [consultado 25/01/2010]. Disponible en: <http://www.aegris.org/XI Congreso/descargas/ponencias/aparedes.pdf>.
18. Koseoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA*. 1987;258:2708-13.
19. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*. 1989;321:1306-11.
20. Hirth RA, Fendrick AM, Chernew ME. Specialist and generalist physicians' adoption of antibiotic therapy to eradicate *Helicobacter pylori* infection. *Med Care*. 1996;34:1199-204.
21. Fernandez-Esparrach G, Gimeno-Garcia AZ, Llach J, Pellise M, Gines A, Balaguer F, et al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de atención extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:205-8.
22. Sanchez-del RA, Quintero E, Alarcon O. Idoneidad de las indicaciones de endoscopia digestiva alta en una unidad de de acceso abierto. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:119-24.
23. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy. [en línea] 2008. [consultado 22/1/2010]. Disponible en: <http://www.epage.ch>.
24. Cardin F, Franco-Novelletto B, Fassina R, Sturniolo G. How do general practitioners rate their relationship with gastroenterologists? *Dig Liver Dis*. 2004;36:315-21.
25. Gervas A, Rico A. Seminario de innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:658-61.
26. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
27. Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. *Salud*. 2000 2004;99:12-5.
28. Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torres MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
29. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.