
Gestión de la demanda por ámbitos

PID_00245408

María J. Pueyo

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas

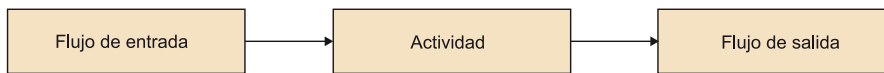


Índice

Introducción.....	5
Objetivos.....	7
1. Gestión de la demanda en atención primaria.....	9
2. Gestión de la demanda en consultas externas.....	14
3. Gestión de la demanda en atención hospitalaria.....	21
4. Gestión de la demanda en urgencias.....	24
Resumen.....	27
Bibliografía.....	29

Introducción

La gestión de la demanda se puede representar como un proceso que tiene los siguientes elementos:



El primer paso es la descripción del problema de salud en forma desagregada, intentando concretar qué aspecto vamos a abordar. Debemos priorizar una demanda concreta, realizando una clasificación por grupos de edad y sexo, u otros factores que puedan estratificar nuestra población.

El proceso de gestión de la demanda consta de tres partes: un flujo de entrada de pacientes, un proceso o actividad asistencial y un flujo de salida. Hemos visto que el flujo de entrada puede ser secundario a una serie de necesidades expresadas y que hay varios factores que influyen sobre él. Nos interesan, por tanto, los indicadores cuantitativos (número de pacientes, procedimientos, consultas, etc.) y de tiempo (demora, lista espera, estancia media, etc.). El flujo de personas se debe adaptar a los recursos disponibles: número de boxes, quirófanos, camas, etc. Los números absolutos y los tiempos de demora nos dan idea de los recursos que necesitamos para atender la demanda.

Algunos de los principales factores que influyen sobre el flujo de entrada son:

- Los avances tecnológicos que hacen que se puedan aplicar intervenciones a pacientes a los que anteriormente no se podía.
- Las expectativas de los pacientes, sobre todo en lo que se refiere a su calidad de vida y a la información de la que disponen.
- La demanda condicionada por el profesional. Esta es una característica del mercado sanitario, en el que hay una desigualdad de información y formación entre el profesional sanitario y el paciente.
- Los intereses particulares que pueden afectar a la medicina privada como el pago por acto, pero que también pueden aparecer con otras caras en la medicina pública (interés por tener un servicio con más profesionales, intereses relacionados con la industria, etc.).
- El aumento de población con más necesidades de intervenciones sanitarias debido al progresivo envejecimiento de la población.

El flujo de entrada puede ser bajo, adecuado o excesivo, lo que se traducirá en tiempos de espera bajos o altos. Si el flujo de entrada es excesivo, hay dos posibles actuaciones: se intenta rebajar el flujo de entrada o se aumenta la capacidad de respuesta.

La actividad central es la asistencial. La actividad por la que el paciente debe pasar puede ser de diferentes tipos: una visita, un ingreso, una prueba diagnóstica, un procedimiento quirúrgico, etc. La actividad en los servicios sanitarios puede ser una actividad de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados o seguimiento. En todo caso, siempre debe ser accesible a quien lo necesita, adecuada, resolutive, segura y de calidad. Desde el punto de vista de gestión de pacientes significa que debe haber una estructura física, tecnológica y humana capacitada para realizar el proceso asistencial concreto. La adecuación de los recursos se mide, sobre todo, por indicadores de tiempo (lista espera para procedimiento, visita, etc., estancia media, índice de ocupación, etc.). Los indicadores de calidad asistencial enmarcan el flujo de pacientes estableciendo las líneas rojas que no se deben traspasar (inaceptables los incrementos de mortalidad o de la tasa de reingresos, o fallos en determinados procedimientos, por ejemplo) o los objetivos que debemos aspirar a cumplir (disminución de estancias medias, disminución de reingresos, etc.).

El flujo de salida viene determinado por la velocidad a la que se haga la actividad y la capacidad del sistema para dar salida a los pacientes. La variabilidad la observamos en las actividades y en los flujos de salida. La gestión consiste en:

- Disminuir, modificar o facilitar los flujos de entrada.
- Realizar la actividad adecuada lo más rápido y eficientemente posible.
- Favorecer el flujo de salida.

Los indicadores del flujo de entrada y salida son siempre cantidades (de pacientes, de visitas, de pruebas, etc.) y tiempo. Los indicadores de utilización de servicios sanitarios son una manera indirecta de medir la demanda de atención sanitaria. Entre los indicadores de uso de servicios sanitarios, los más empleados son la frecuentación en atención primaria, la tasa de visitas a urgencias o la tasa de hospitalización. Los diferentes ámbitos presentan sus propias particularidades que intentaremos ver a continuación.

Objetivos

Los principales objetivos de este módulo son:

- 1.** Conocer cuáles son los principales indicadores de la demanda en atención primaria, atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria y urgencias.
- 2.** Conocer algunas de las intervenciones efectivas en la gestión de la demanda en atención primaria, atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria y urgencias.

1. Gestión de la demanda en atención primaria

En atención primaria (AP), el flujo de entrada se incrementa en entornos socioeconómicos desfavorecidos y con el envejecimiento de la población. En la medición del flujo de entrada, los principales indicadores cuantitativos de la demanda en atención primaria son:

- Presión asistencial: número de visitas por profesional y día.
- Demanda asistencial: solicitud de consultas por habitante y año.
- Frecuentación: número de visitas por habitante y año.

En el caso de presión asistencial alta con frecuentación baja, está claro que lo que faltan son recursos, mientras que en el caso de una frecuentación alta hay margen de acción en la organización antes de solicitar más recursos. En nuestro entorno, la presión asistencial no debería superar las veinticinco visitas por día con un tiempo aproximado por consulta de diez minutos. Según el European Observatory on Health Care System de la Organización Mundial de la Salud, la frecuentación adecuada sería de dos o tres visitas por día.

Los factores que afectan a la frecuentación son sociodemográficos y organizacionales. La utilización de servicios sanitarios se incrementa con el envejecimiento de la población. Así, por ejemplo, en Cataluña el grupo de equipos de atención primaria que presenta un porcentaje más alto de población asignada mayor de 65 años (superior al 24 % de la población), presenta de promedio una frecuentación de 11,35 visitas por habitante atendido, mientras que el grupo de equipos de atención primaria con población más joven tiene una frecuentación de 8,22 visitas (2013).

El nivel socioeconómico y el nivel cultural también influyen, con una mayor frecuentación en los entornos socioeconómicos desfavorables. La cobertura de la población y la frecuentación en atención primaria disminuyen en los equipos de atención primaria a medida que aumenta el porcentaje de población asignada con estudios superiores.

Otros factores que también influyen son los relacionados con la organización de servicios sanitarios: la accesibilidad se define como la facilidad de acceso a los servicios sanitarios desde diferentes perspectivas: horaria, geográfica, cultural. Un servicio que esté alejado del domicilio o con un horario restringido supone un servicio con menor accesibilidad. La relación entre la accesibilidad y la utilización de servicios sanitarios es compleja. Así, en los entornos rurales existe mayor frecuentación en atención primaria que en los urbanos, mientras que en la utilización de los servicios de urgencias o de la atención especializada la relación es inversa.

Según datos de la atención primaria de Cataluña, la tasa de visitas a urgencias disminuye en aquellos territorios con equipos de atención primaria que presentan una buena accesibilidad telefónica. Otro ejemplo es la organización Kaiser Permanente, que puso en marcha en 2004 un sistema de atención no presencial y correo electrónico seguro. A partir de ese momento se produjo una reducción de las visitas presenciales ajustada por edad y sexo del 26,2 %, en atención primaria del 25,3 %, y en atención especializada del 21,5 %. Las visitas telefónicas aumentaron ocho veces y los mensajes de correo electrónico se multiplicaron por seis en 2007 respecto a 2006.

Existe una gran variabilidad en los valores de dichos indicadores. Para poner un ejemplo, podemos acudir a los resultados presentados en Cataluña. La frecuentación en atención primaria para el conjunto de los 368 equipos de atención primaria en el año 2011 fue de 6,2 visitas por habitante. Si consideramos solo la población atendida (aquellos que durante el año 2011 realizaron un contacto con el equipo de atención primaria), el número de visitas es de 8,6. La cifra varía entre los diferentes equipos entre 4,75 visitas y 17,02 visitas por habitante atendido. La variabilidad se observa en todos los indicadores de uso de servicios sanitarios:

Variabilidad en los indicadores de uso de servicios sanitarios

	Indicador Cataluña	p95	p5	Razón de variación (RV)
Frecuentación a atención primaria por población atendida	8,6	11,90	6,36	1,87
Tasa de urgencias por 1.000 hab.	435,5	669,26	204,61	3,27
Tasa de hospitalizaciones por 1.000 hab.	120,5	128,7	73,05	1,76
N.º de recetas por usuario	27,9	29,06	20,23	1,44

La **actividad** por la que el paciente debe pasar puede ser de diferentes tipos: una visita, un ingreso, una prueba diagnóstica, un procedimiento quirúrgico, etc. La actividad en la atención primaria puede ser una actividad de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados o seguimiento. En todo caso, siempre debe ser accesible para quien lo necesita, adecuada, resolutive, segura y de calidad.

En cuanto al contenido de las visitas pueden diferenciarse cuatro tipos de visitas según sean de tipo administrativo o asistencial, y previsibles o no previsibles:

- Las **visitas administrativas previsibles** están relacionadas con la prescripción de medicación, gestión de los partes de baja laboral, peticionarios de pruebas e interconsultas, etc. Deben, en la medida de lo posible, automatizarse y realizarse fuera de la consulta. Así, la implementación de la receta

electrónica ha conseguido reducir la presión asistencial de forma significativa.

- Las **visitas administrativas imprevisibles** indican un déficit en la explicación de los circuitos y la cartera de servicios del centro. Un buen acceso e información en el mostrador suele ser clave para la gestión de estas visitas.
- Las **visitas asistenciales previsibles** se producen debido al control de enfermedades crónicas. Se pueden desarrollar diferentes estrategias para disminuir la frecuentación:
 - Empoderar al paciente para que se autocontrole y acuda solo en caso de descompensación; las nuevas tecnologías que facilitan la monitorización en el domicilio están provocando ya un avance significativo en el control de algunas enfermedades crónicas.
 - Delegar las visitas de control en enfermería y realizar solo las visitas en las que debe tomarse alguna decisión clínica.
 - Programación activa: un aspecto clave es programar la próxima visita de control para poder gestionar mejor la consulta y evitar llamadas telefónicas o visitas espontáneas.
- Las **visitas asistenciales imprevisibles** por aparición de un problema de salud nuevo o reagudización de uno existente implican la necesidad de tener diseñados circuitos de atención a problemas urgentes en el ámbito de la consulta y del centro.

El flujo de salida lo podemos medir por medio de las derivaciones realizadas a otros niveles asistenciales o de la reiteración de visitas por el mismo motivo. Además de revisar los datos de frecuentación, debemos revisar las **variaciones en el desempeño** de los distintos centros. ¿Hay centros que lo hacen mejor? ¿Podemos incorporar algunas prácticas de esos centros que lo hacen mejor?

Estrategia para mejorar la adecuación de las derivaciones de lumbalgia

En un área sanitaria formada por un hospital y seis centros de salud, el servicio de traumatología presentaba una demanda muy alta debido a una cantidad de derivaciones excesiva, y según su consideración, inadecuadas, desde atención primaria. Para abordar el problema, establecieron un grupo de trabajo pluridisciplinario en el que participaron representantes de atención primaria, reumatología, cirugía ortopédica y traumatología (COT), rehabilitación y las direcciones respectivas. El análisis de situación inicial mostró:

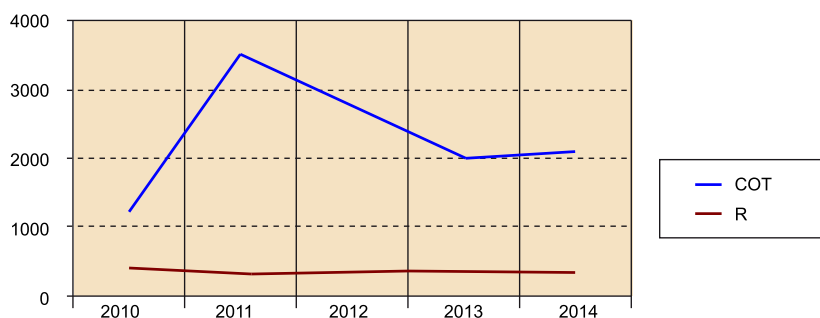
- Variabilidad en la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria.
- Demanda alta en cirugía ortopédica y traumatología y rehabilitación con tiempo de espera largo.
- Fragmentación de la atención con duplicidades.
- Poca coordinación ente atención primaria, cirugía ortopédica y traumatología, y rehabilitación.

Después de analizar las cifras decidieron priorizar de entre todos un proceso patológico: la lumbalgia.

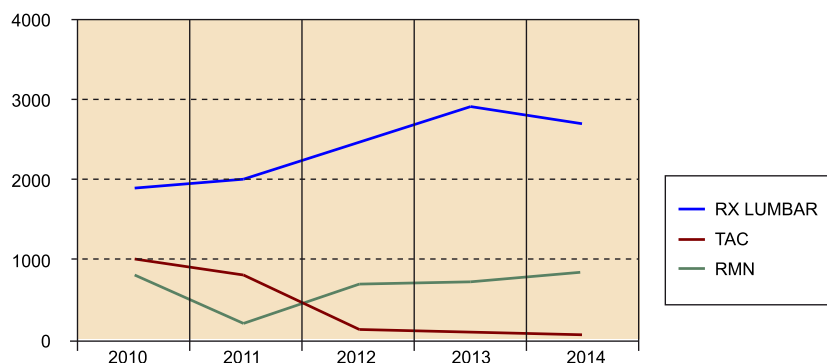
Las intervenciones priorizadas iban todas dirigidas a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y establecer los criterios de derivación consensuados entre niveles. Para ello, los productos concretos fueron:

- Protocolo de atención a la lumbalgia, incluyendo todas las fases que puede presentar (problema agudo, crónico, con reagudizaciones o complejo) y definiendo el modo de actuar en cada fase.
- Definición de las pruebas de imagen recomendadas y de quién debe solicitarlas. Se decidió priorizar la resonancia magnética nuclear (RMN) frente a la tomografía axial computarizada (TAC). Para mejorar la capacidad de resolución, se acordó que los médicos de familia podrían solicitar las resonancias magnéticas nucleares y las tomografías axiales computarizadas para evitar visitas a especialistas.
- Instauración de una ventanilla única para la lumbalgia en la atención especializada. Todos los pacientes que necesitaban una derivación se deberían enviar a una unidad «Proceso lumbalgia». De esta forma, se evitaban derivaciones duplicadas.
- Incorporación de la derivación en la historia clínica electrónica en forma de un formulario protocolizado que debía rellenarse para derivar.
- Implementación de un sistema de consultorías entre reumatología y atención primaria en forma de sesiones mensuales para comentar casos.
- Realización de una serie de actividades formativas en atención primaria sobre ergonomía, estiramientos y ejercicios adecuados para poder explicárselos a los pacientes.

Resultados: El consenso se realizó durante 2010 y se puso en marcha durante 2011. La evolución de las derivaciones fue:



La evolución de las pruebas de imagen:



Conclusiones:

- Mejoró la adecuación de las derivaciones y se consiguió disminuir su número.
- El número de resonancias magnéticas nucleares se mantuvo estable después de autorizar que los médicos de familia pudieran solicitarlas. El número de tomografías axiales computarizadas disminuyó, mientras que se incrementaron las radiografías de columna lumbar.

- Las consultorías sirvieron para mejorar las relaciones entre los dos niveles y contribuyeron a reducir las derivaciones a especialidades del aparato locomotor.

2. Gestión de la demanda en consultas externas

Sobre el flujo de entrada en el caso de las consultas externas tendremos:

- Número pacientes que solicitan primera visita.
- Número pacientes que necesitan una visita sucesiva.
- Tasa de frecuentación de primeras visitas: número de pacientes que solicitan primera visita / total de población asignada.
- Tasa de frecuentación de visitas totales: número de pacientes visitados / total de población asignada.
- Índice de reiteración: número primeras visitas / número visitas sucesivas.
- Tiempo de demora para primera visita.
- Tiempo de demora para visita sucesiva.

Los números absolutos y los tiempos de demora dan idea de la cantidad de recursos (número de consultas externas – horas) que se necesitan para dar respuesta al flujo de entrada. Las tasas de frecuentación permiten realizar comparaciones con un estándar o con otros servicios, y orientan las actividades que deben realizarse de gestión de la demanda, en el caso de que las cifras sean altas. El índice de reiteración orienta sobre aspectos internos de la actividad asistencial y la eficiencia del sistema.

Los indicadores de actividad se relacionan con:

- La estructura de las consultas externas: profesionales, agendas, despachos, tecnología necesaria, apoyo de enfermería, agenda de exploraciones complementarias.
- La dinámica del proceso de atención: protocolos por patologías, peticionarios detallados, repetición de visitas.
- El flujo de información necesario para realizar la actividad asistencial sin duplicaciones ni merma de la calidad.

En el flujo de salida podemos determinar dos tipos de salidas: pacientes dados de alta o derivados a otras unidades. En todo caso, el flujo de información debe mantenerse.

El origen de la demanda de visitas puede ser la atención primaria, urgencias u otras especialidades. Habitualmente, alrededor del 60-70 % proviene de atención primaria. Es común que desde los servicios de especialistas se perciba como alta la derivación desde atención primaria, pero los datos avalan que solo alrededor del 5-6 % de las visitas de atención primaria se deriva (Forrest, 2006).

Existen diversos factores que influyen en la demanda: edad, comorbilidades, nivel socioeconómico, accesibilidad geográfica o la forma de pago (Starfield, 2005; Alberdi, 2006; Rodríguez-Alcalá, 2005). Ante una demanda ilimitada y unos recursos limitados, se impone realizar una serie de acciones con el objetivo de disminuir la demanda en aquellos casos en los que esta sea excesiva. Para ello, se han realizado diversas intervenciones para mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada (McDonald, 2007).

El *continuum* se refiere a la visión del paciente de la coordinación entre profesionales y servicios. En un entorno cada vez más interrelacionado y con pacientes con más comorbilidades, es necesario detectar si existe o no coordinación entre los profesionales que atienden al paciente.

La **coordinación** se define como la organización deliberada de las actividades de cuidado del paciente entre dos o más participantes (incluyendo al paciente) involucrados, para facilitar la provisión apropiada de servicios de salud. La organización de la atención implica el reclutamiento de personal y otros recursos necesarios para llevar a cabo todas las actividades y a menudo se gestiona mediante el intercambio de información entre participantes responsables de los diferentes aspectos de la atención.

La coordinación

Los **elementos clave** de la coordinación son cinco:

- Están involucradas numerosas personas: pacientes, familias, médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales, otros profesionales y *staff* de apoyo. A medida que las necesidades son más complejas, aparecen más participantes.
- Existen interdependencias entre los participantes en el cuidado del paciente. Cada uno provee servicios, actitudes y conocimientos especializados que se juntan en una respuesta comprensiva, coherente y continua.
- Cada participante necesita tener un conocimiento adecuado sobre los recursos disponibles y sobre los roles propios y de los demás. Se precisa información sobre experiencia, habilidades, planes, relaciones y preferencias de los participantes para definir el plan de cuidados. Las discrepancias entre los roles de cada uno llevan a la inefectividad del sistema.
- La gestión de las actividades de forma coordinada se basa en el intercambio de información.
- El objetivo es facilitar el cuidado apropiado: el cuidado correcto, en el orden correcto, en el sitio correcto, en el momento adecuado.

Los **componentes** de la coordinación son:

- Tareas específicas asistenciales.
- Actividades de coordinación asociadas.
- Características del entorno:

- Sistemas de información: historia clínica electrónica, sistemas de decisión, continuidad de cuidados, accesibilidad, registros personales.
- Herramientas: protocolos, guías de práctica clínica, programas de automanejo, habilidades de educación sanitaria, retorno de información.
- Técnicas para mitigar la interfaz: equipos multidisciplinares para la interfaz entre primaria y especialidad; gestora de casos; modelos que conectan diferentes niveles y lugares de cuidados; modelos de cuidado domiciliario, y acceso a la información.
- Rediseño del sistema: pago por tiempo dedicado a coordinación; cambios para reducir barreras a la accesibilidad que significan la fragmentación del sistema, las barreras financieras del paciente o las barreras físicas.

A continuación se presentan resumidas algunas conclusiones de revisiones sistemáticas sobre este tema. Mayoritariamente se refieren a mecanismos de coordinación entre atención primaria y especializada hechas en medios anglosajones, que tienen algunas diferencias con nuestro sistema sanitario. Los resultados se han medido de diversas formas: calidad de la atención, costes, carga de trabajo (derivaciones), accesibilidad y satisfacción del paciente.

1) Diseminación de guías de práctica clínica (GPC)

a) Las diferentes publicaciones coinciden en que la diseminación pasiva de las guías de práctica clínica es absolutamente ineficaz (Roland, 2006; Akbari, 2005).

b) Si la diseminación de las guías de práctica clínica se acompaña de hojas de derivación protocolizadas, formación de médicos de atención primaria y cambios en las organizaciones coherentes con los circuitos propuestos en las guías (vías o trayectorias clínicas), entonces sí que es efectiva. Se ha constatado una disminución del número de derivaciones y una mejora de la adecuación.

c) Las hojas de derivación protocolizadas también consiguen disminuir, por sí solas, las derivaciones.

2) Actividades educativas

Provisión de educación y entrenamiento a los profesionales desde áreas diferentes de la salud y los servicios sociales, con aprendizaje interactivo. No hay pruebas que demuestren su efectividad.

3) Médicos de familia con especial interés (*General Practitioner with a Special Interest* o GPwSI)

La revisión muestra que cuando se pone en marcha una consulta con un médico de familia subespecializado, durante el primer periodo mejora la accesibilidad, pero, a la larga, se produce una disminución en la complejidad asumida por los otros médicos de familia; consecuentemente, se da un aumento de la derivación hacia el GPwSI, se satura este dispositivo y no se consigue el

objetivo de facilitar una atención de calidad y sin demoras. Además, algunos estudios han constatado la disminución de la satisfacción de los pacientes que esperan ser atendidos por un especialista. Los pocos estudios que han hecho análisis económico muestran que es un dispositivo costoso (Gérvas, 2007).

4) Filtro en atención primaria (GPwSI sin consulta, solo asesor)

La modalidad de tener en el propio equipo alguien que filtre las derivaciones hacia el especialista parece que podría tener como consecuencia una disminución de entre un 30 % y un 40 % de las derivaciones, con aumento de la adecuación.

5) Consultorías

Las consultorías, como sesiones conjuntas de discusión de casos entre médicos de familia y especialistas, se han probado en diferentes especialidades con buenos resultados. Aumentan la capacidad resolutoria de la atención primaria, mejoran la calidad de la atención y disminuyen las derivaciones hasta un 30 %. El grado de satisfacción entre los profesionales que intervienen es bueno. La reducción de costes se consigue si realmente se produce una disminución en la frecuentación de pacientes (Chew-Graham, 2008; Surís, 2007).

6) Atención compartida / gestión de procesos / *disease management*

En los resultados en salud se ha hallado un aumento de la calidad cuando todo el proceso de atención está bien estructurado y tiene un sistema de apoyo (protocolos, registros, sistemas de alerta, etc.). Los resultados más positivos se han conseguido en la adecuación de la prescripción y la adhesión terapéutica. Los resultados sobre el uso de la atención especializada no son demasiado claros. Algunas revisiones muestran que no hay diferencia en el uso de los servicios sanitarios, o que se produce una carga importante sobre atención primaria sin disminuir la carga en atención especializada. Solo en los casos con alta complejidad (pacientes frágiles con alta comorbilidad) se ha constatado una disminución de los ingresos hospitalarios. La accesibilidad mejora. En la gestión de procesos, el coste disminuye si el enlace lo hace enfermería y es más eficiente en relación con su coste en los pacientes más graves (Simth, 2007).

7) Gestión de casos

Aunque es un mecanismo que se está utilizando bastante, no se ha realizado aún una evaluación general, sino que solamente se ha aplicado en procesos específicos. Se han realizado evaluaciones en casos de insuficiencia cardíaca y de salud mental. En la evaluación sobre gestión de casos de insuficiencia cardíaca, los resultados han sido positivos: reducción de la mortalidad y de los reingresos, disminución de la estancia media, aumento de tiempo entre hospitalizaciones y mejora de la calidad de vida percibida.

8) Consulta directa del especialista a atención primaria

a) Hay poca evidencia sobre el efecto en las derivaciones. Mejora la accesibilidad y la equidad en zonas con poca dotación de recursos, pero en cambio en zonas urbanas con buena oferta resulta un dispositivo caro.

b) La consulta directa de profesionales de salud mental mejora a corto plazo la prescripción y reduce las derivaciones, pero estos efectos no se mantienen en el tiempo. Mejoran los resultados de salud de los pacientes atendidos por estos profesionales.

9) Aumento de la capacidad resolutive de la atención primaria

El acceso a equipos de apoyo (fisioterapia, salud mental, etc.) da como resultado una disminución de las derivaciones. Algunas revisiones señalan que parece producirse un aumento del número de pruebas complementarias solicitadas. El incremento de coste producido por un número mayor de pruebas se ve compensado por una utilización inferior de la atención especializada.

10) Incentivos financieros para disminuir las derivaciones

Disminuyen las derivaciones pero de forma indiscriminada, con reducción de la calidad de la atención.

Podemos decir como conclusión que la gestión de la demanda en consultas externas necesita de un abordaje integral con la participación de atención primaria y especializada. Como en toda intervención, el primer paso siempre es realizar un análisis de la situación en profundidad, revisando las ideas preconcebidas que se puedan tener (Gérvas, 2008). Existen varios factores que influyen sobre la demanda de servicios sanitarios y no todos dependen de la organización e intervención de estos. Toda medida encaminada a mejorar la coordinación debe tener en cuenta la complejidad de los pacientes a los que se atiende, y siempre resulta muy efectivo facilitar el conocimiento personal entre profesionales.

«La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales»

Se trata de un estudio cualitativo de los valores, creencias y actitudes que se manifiestan en la relación entre atención primaria y atención especializada. Se basa en revisión de la literatura, entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Del material se extrae una serie de líneas de actuación y propuestas.

Resultados: La principal preocupación tiene que ver con las dificultades de comunicación entre atención primaria y atención especializada. Estas dificultades abarcan aspectos de traspaso de información entre los niveles asistenciales, ausencia de retorno de la información desde atención especializada a atención primaria y falta de conocimiento y contacto personal entre los profesionales. Otros factores que influyen en que la coordinación entre atención primaria y especializada no fluya como debiera son la variabilidad en las pautas de actuación, la existencia de objetivos dispares, la sobrecarga de trabajo, la burocracia y la rotación de profesionales.

Las consecuencias de la falta de coordinación son las derivaciones inadecuadas y la duplicación de consultas, lo que conlleva saturación asistencial y listas de espera. Entre las creencias que sustentan el mal funcionamiento de la coordinación aparece una desconfianza del médico especialista con respecto a la atención primaria.

La mayoría de las propuestas realizadas se relaciona con una mejora de la comunicación entre profesionales:

- Favorecer sesiones clínicas conjuntas, actividades formativas y formación continuada.
- Favorecer foros de discusión y encuentro.
- Favorecer el conocimiento personal entre atención primaria y especializada.
- Establecer relaciones con una actitud positiva.
- Establecer objetivos asistenciales consensuados entre atención primaria y especializada sobre la mejora de la efectividad y de la capacidad de resolución.
- Desarrollar protocolos de derivación. Implementar guías de práctica clínica.
- Facilitar el acceso de la atención primaria a pruebas diagnósticas.
- Mejorar circuitos administrativos.

Referencia bibliográfica

A. Arcelay; C. Martínez; M. L. Iruretagoyena y otros (2009). «La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales». Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Informe núm.: Osteba D-09-07.

Actividad 1: Gestión de demanda entre atención primaria y especializada

1. Ana Seda es una joven dermatóloga contratada como interina en el servicio de dermatología del Hospital de Monicastro. El área de influencia del hospital abarca alrededor de 100.000 personas repartidas en nueve áreas básicas de salud. La capital de la comarca tiene 40.000 habitantes, y una parte importante del resto vive en núcleos pequeños semirurales.

El servicio de dermatología del hospital está formado por dos dermatólogos. Además, hay un dermatólogo contratado como especialista vinculado al centro de especialidades de la atención primaria de la zona.

Esta es la agenda de consultas externas del servicio de dermatología del hospital:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Dr. Nevi	9-12 CCEE	Gestión servicio	9-12	Quirófano	Sesión
Dra. Seda	9-13 CCEE	Quirófano	9-12	9-12	Sesión

Con una visita cada treinta minutos. Cada día las tres primeras visitas son para primeras visitas y el resto para visitas sucesivas.

En el último año se realizaron las siguientes visitas:

	Primeras visitas	Visitas sucesivas
Hospital	500	2.450
Centro especialidades	800	1.900

La directora médica del hospital está preocupada porque la lista de espera de dermatología llega a los doce meses. ¿Qué indicadores os llaman más la atención? ¿Qué medidas recomendaríais?

2. El dermatólogo del centro de especialidades está de baja temporal y para sustituirlo han contratado a una amiga de Ana. Han quedado para comer y hablan de la consulta:

María: Estoy desbordada con la consulta porque no tengo tiempo para atender todas las visitas, ya que tengo que dejar el despacho libre y solo tengo tres horas para visitar. Lo que más me sorprende es la cantidad de motivos de consulta que son cosméticos o banales y no deberían llegar a dermatología. Además, algunas patologías no llegan con la rapidez que debieran.

Ana: ¿Cuántos días tardan en verte?

María: Ahora están dando hora para dentro de tres meses.

Ana: Así estáis mejor que nosotros, que tenemos una lista de espera de once meses.

María: Sí, ya lo sé. A veces envío pacientes al Hospital de Villanueva porque tienen menos lista de espera que vosotros y conozco al jefe de servicio, ya sabes que hice la residencia allí.

A los doce meses el dermatólogo del centro de especialidades se jubila y la plaza se amortiza. Las visitas que realizaba el dermatólogo se derivarán al hospital pero sin aumentar la plantilla, ya que las quince horas semanales que trabajaba no justifican un nuevo adjunto. En este año que queda, ¿qué medida crees que es prioritaria para disminuir el impacto de la jubilación del dermatólogo? (señala una y justifícala):

- a) Aumentar el tiempo de visita, aunque sea a costa de reducir el tiempo de quirófano.
- b) Filtrar las interconsultas y solo aceptar las derivaciones que estén justificadas.
- c) Realizar una actividad formativa dirigida a los médicos de familia para que disminuyan la tasa de derivación.
- d) Declararse en huelga de hambre delante del despacho del gerente.

3. Finalmente, el servicio decide realizar una serie de sesiones de formación en las nueve áreas básicas de salud. Diseñan un curso de ocho horas al que invitan a los médicos de familia. Para favorecer la asistencia deciden acreditar el curso. Acude el 60 % de los médicos de familia de la zona, que manifiestan quedar satisfechos con el curso, aunque algunos lo encuentran muy teórico. Seis meses después el número de primeras vistas no solo no ha bajado sino que parece que sube un poco, ¿por qué?

- a) A los médicos de familia se les ha olvidado lo que han aprendido.
- b) El aumento del conocimiento inicialmente siempre origina más dudas y, por tanto, mayor tasa de derivación.
- c) El curso fue muy teórico y faltaba entrar en aspectos más prácticos.
- d) Los que derivan son los que no vinieron al curso.

4. La gerencia de atención primaria de la zona decide tomar cartas en el asunto y ofrece la posibilidad de formar referentes de dermatología entre los médicos de familia. El servicio de dermatología acepta encantado, y durante seis meses un médico de familia de cada centro acude un día al hospital para formarse. Entre todos consensúan que, antes de derivar a dermatología y en caso de duda, los médicos de familia referentes han de visitar a los pacientes de su centro. Comenta brevemente qué consecuencias puede tener esta decisión.

5. Finalmente deciden que el referente de cada centro solo actuará como consultor de sus compañeros. La tasa de derivación empieza a disminuir y la lista de espera también. Además, las patologías que pueden ser graves, como las lesiones pigmentadas, se benefician de un circuito preferente. Desde los sistemas de información del hospital aparece la posibilidad de desarrollar la teledermatología. ¿Cuáles crees que son los aspectos positivos y negativos de la teledermatología (o de la telemedicina)?

3. Gestión de la demanda en atención hospitalaria

Las características del hospital como empresa son:

- Es una empresa de servicios cuyo principal recurso es el personal cualificado, por lo que la dirección debe ejercerse de forma razonada y participativa. Se trata de una burocracia profesional (Mintzberg, 1988) que trabaja basándose en normas implantadas por profesionales a partir de su aprendizaje. El facultativo aplica los procedimientos a su manera según la complejidad del caso y, por tanto, toma decisiones económicas sobre el gasto del hospital. También contacta directamente con el paciente y es el promotor de cambios tecnológicos; tiene, por tanto, una considerable autonomía.
- Se financia, en el caso de los hospitales públicos, por medio de presupuesto, lo que exige una planificación rigurosa y transparente que debe ser supervisada por la administración sanitaria.
- La financiación pública obliga a respetar al máximo la equidad sin hacer selección de pacientes por motivos diferentes de los asociados al proceso patológico.
- La financiación pública también obliga a una actuación eficiente. Sin embargo, es una empresa en la que consume el enfermo, compra o prescribe el médico y paga un tercero, con lo que los intereses de todos los actores son diferentes y contrapuestos. Los profesionales sanitarios son también gestores de los servicios que prestan, aunque este cambio de perspectiva cuesta de ser aceptado entre los profesionales sanitarios.
- Están muy regulados legalmente los derechos y las obligaciones tanto de los usuarios como de los profesionales.
- También tiene características propias de un hotel, un centro de investigación y un centro docente.
- Está en interrelación con otras instituciones sanitarias de las que depende o a las que necesita para su correcto funcionamiento. La autonomía de los profesionales antes mencionada puede dificultar la coordinación con otros niveles asistenciales.

El cálculo para la planificación hospitalaria se ha hecho tradicionalmente sobre la base del número de camas que se necesitan. El número de camas depende de:

- El número de pacientes ingresados o la frecuentación hospitalaria (ingresos por mil habitantes), que varía en función de factores demográficos y socioeconómicos, la morbilidad, las innovaciones tecnológicas y aspectos organizacionales del sistema sanitario.
- El tiempo o estancia media que estén los pacientes ingresados, que depende de la morbilidad y complejidad del proceso, de la organización del proceso asistencial (organización de los profesionales y de la tecnología diagnóstica y terapéutica) y de forma cada vez más importante de los recursos de cuidados de pacientes postagudos.
- El índice de ocupación, que da idea de la eficiencia del hospital, ya que un índice bajo implica que los recursos están infrautilizados.

La capacidad de ingreso en el hospital condiciona la actividad de los servicios de urgencias, de consultas externas y de atención primaria. Aproximadamente el 60 % de los ingresos proviene de urgencias y el resto, de consultas externas.

El flujo de entrada en los hospitales puede ser adecuado o no adecuado. En los hospitales la **revisión de la utilización** intenta dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué cuidado se ha proveído?
- ¿Era el procedimiento o el cuidado o el tratamiento que el paciente necesitaba?
- ¿Se puede cuantificar?
- ¿Se proporcionó el cuidado en el momento adecuado?
- ¿Dónde se proporcionó? ¿Era el nivel adecuado?

Una de las muchas herramientas que se han elaborado para evaluar la adecuación del uso de la atención hospitalaria es el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP).

El flujo de ingresos hospitalarios también depende del comportamiento de los demás dispositivos asistenciales. Un ejemplo de esto son las hospitalizaciones evitables o los reingresos por determinadas patologías crónicas. Ambos indicadores dependen del comportamiento de la atención primaria y de la atención hospitalaria de forma conjunta.

La actividad que se realiza durante la hospitalización (procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados) determina el flujo de salida de los pacientes. En la actividad hospitalaria nos interesa medir estancias medias y reingresos. Los factores que influyen sobre la estancia media, además del procedimiento y la morbilidad, son la edad y la funcionalidad de los pacientes. La situación funcional del paciente y el entorno de cuidados puede hacer que un ingreso se prolongue más de lo estrictamente necesario por la ausencia de un entorno adecuado en el domicilio del paciente. La planificación del alta

permite afrontar los problemas que supondrán el retorno a casa ya a partir de los primeros días del ingreso. En el caso de no poder retornar al domicilio, es fundamental la existencia de recursos sociosanitarios disponibles.

Las variaciones en el desempeño entre hospitales permiten localizar centros que lo hagan mejor que otros y de los que podemos copiar las «buenas ideas».

En la reducción de las estancias medias, algunas intervenciones que han tenido éxito se basan en la estandarización de procesos (*fast track* en cirugía, rehabilitación respiratoria, preintervención, comités de tumores más frecuentes, etc.). La estandarización la tienen que hacer los profesionales asistenciales, que son los que saben qué se debe hacer en cada momento. Los problemas que surgen para su implementación solo se identifican y cuantifican cuando se inician procesos de mejora. Entre las barreras que han ido emergiendo destaca la resistencia de los profesionales al cambio, relacionadas con la percepción de la pérdida de protagonismo, ya que aparecen nuevos roles profesionales como protagonistas (enfermeras) y el modelo para ser eficiente debe ser más horizontal. Por eso las mejoras organizativas necesitan de diálogo, complicidades y liderazgo, y, sobre todo, requieren involucrar a los médicos en los cambios.

Unidades de ortogeriatría en Cataluña

La fractura de cadera en personas mayores de 65 años supone una disminución considerable de la calidad de vida y de la funcionalidad de los pacientes. Aproximadamente un 30 % acaba en situación de dependencia después de la fractura. Actualmente, la edad media de fractura es de 84 años. Durante el ingreso de estos pacientes, muchos de ellos frágiles, se puede producir una serie de complicaciones como deshidratación, anemia, desorientación, etc. Desde hace tiempo existe evidencia de que el abordaje integral por parte de un equipo pluridisciplinario desde el inicio del ingreso tiene efectos positivos sobre el paciente en forma de disminución de las complicaciones.

En Cataluña, algunos hospitales han habilitado unidades de ortogeriatría que se encargan del control de estos pacientes desde el primer momento del ingreso. Habitualmente, están formadas por geriatras o médicos internistas y enfermeras. El traumatólogo realiza la intervención quirúrgica cuando el enfermo está estabilizado, aunque se procura que sea lo más rápido posible.

En el año 2013 había veinte hospitales con unidades de ortogeriatría. La estancia media en estos hospitales fue de 11,2 días frente a los 12,6 de los hospitales que tenían un modelo tradicional. La reducción de las estancias medias permite mejorar la eficiencia del proceso de atención en hospitales de agudos.

4. Gestión de la demanda en urgencias

Las tasas de urgencias en Cataluña en el año 2015 son de 426,2 por 1.000 habitantes financiadas por el sistema público y alrededor de 510 por 1.000 habitantes en total. Diariamente se realizan alrededor de 8.500 urgencias. Los factores que influyen sobre la demanda están relacionados con la oferta (horarios, accesibilidad, puntos de atención). Alrededor del 25 % de las urgencias se atiende en personas mayores de 65 años y alrededor del 20 % en menores de 16 años. El nivel económico desfavorecido incrementa el uso de las urgencias (Braun, 2002). La pluripatología, el deterioro del estado funcional, la necesidad de hospitalización, los efectos adversos de los medicamentos y determinados factores estacionales, como las epidemias de gripe, también influyen en la demanda de atención urgente. Alrededor del 15 % de la población es la que utiliza los sistemas de urgencias, lo que indica que hay pacientes hiperfrecuentadores. La expectativa del paciente sobre qué servicio atenderá su patología con la mayor eficacia es uno de los principales factores que explican la frecuentación en urgencias. Clásicamente, se ha atribuido cierta responsabilidad de la saturación de urgencias al elevado porcentaje de visitas inadecuadas, aunque hay autores que lo ponen en duda (Tudela, 2015).

En urgencias interesa ordenar el flujo de entrada, ya que hay diferentes motivos para acudir a urgencias y algunos precisan una atención más rápida que otros. La actividad debe ser resolutiva y rápida, aunque habitualmente está muy protocolizada. El flujo de salida es uno de los aspectos más importantes, ya que, si no hay drenaje, se bloquea el sistema.

La ordenación del flujo de entrada puede realizarse con instrumentos de ordenación de las urgencias. Uno de los más utilizados es el Modelo Andorrano de Triage (MAT), que clasifica las urgencias en cinco niveles según su gravedad:

- Nivel 1: situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato (atención inmediata).
- Nivel 2: situaciones muy urgentes, de riesgo vital previsible.
- Nivel 3: situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel 4: situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas pero sin riesgo vital.
- Nivel 5: situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención y pueden ser programadas sin riesgo para el paciente.

El nivel de urgencia determina el tiempo de atención, que deberá ser inmediato para los niveles 1 y 2, mientras que para los niveles 4 y 5 pueden esperar.

El nivel de urgencia también determina la estructura que debería atenderla. Es obvio que los niveles 1 y 2 necesitan estructuras altamente especializadas que actúen de forma rápida. Los niveles 4 y 5, en cambio, pueden ser atendidos con pocos recursos. Estos niveles deberían ser atendidos en urgencias de atención primaria, tanto en el mismo centro de atención primaria como en una estructura específica en el hospital.

Existen otros sistemas de triaje como el sistema de Manchester. En ocasiones, se han desarrollado sistemas específicos para determinados grupos de población, como los pacientes geriátricos pluripatológicos (Wright, 2014).

Las reagudizaciones de determinados problemas crónicos que son muy prevalentes y que suelen necesitar un tratamiento que en ocasiones es largo o las complicaciones específicas de determinados enfermos, como los oncológicos, no deberían ser atendidas en urgencias sino en otro tipo de estructura más acondicionada a sus necesidades, como un hospital de día.

La actividad suele estar protocolizada. Los tiempos de demora vienen condicionados por las pruebas diagnósticas o terapéuticas y por la demora en la atención por parte de consultores (Soong, 2012). Hay algunas metodologías que ayudan a mejorar el flujo de actividad que se realiza en urgencias. Uno de ellos es el sistema Lean.

El sistema Lean

El sistema Lean es un sistema de gestión de origen japonés en el que se intentan ajustar los recursos al proceso que se está realizando. A diferencia de la gestión de procesos, que se enfoca en los procesos para dar lugar a un determinado producto, el sistema Lean se enfoca en el producto que se quiere obtener y a partir de él ordena los procesos.

El sistema Lean se focaliza en evitar siete tipos de despilfarro o elementos sobrantes:

- Sobreproducción: producción de cosas innecesarias.
- Tiempo de espera: periodos de inactividad de un proceso que no agrega valor.
- Transporte: cuando representa un movimiento innecesario.
- Exceso de procesos: manejo de materiales innecesarios, reprocesos por equivocaciones, desfases, almacenamiento de productos inútiles.
- Inventario y sobrealmacenamiento: productos o resultados que no se utilizan.
- Movimientos: de personas y máquinas, desplazamientos, ergonomía.
- Defectos de los productos o procesos que obligan a rectificarlos.

Las herramientas Lean incluyen procesos continuos de análisis y mejora continua en tiempo, espacio, procesos, productos (Kaizen), con implicación del trabajador, producción ajustada a la demanda (Kanban) y elementos y procesos «a prueba de fallos» (*poka yoke*), todo desde el Gemba o área de valor.

La metodología Lean se ha utilizado para muchas áreas de la atención sanitaria (Ulhasan, 2013; Font Noguera, 2013; Aguilar-Escobar, 2013), aunque siempre como un componente más (Kaplan, 2014).

El flujo de salida es clave en la gestión de las urgencias. Para ello es necesario contar con camas disponibles en el hospital de agudos y en los recursos socio-sanitarios para realizar ingresos. Los índices de ocupación de camas hospitalarias superiores al 90 % no suelen dejar espacio libre para los ingresos urgentes, por lo que debe procurarse un índice de ocupación más bajo. Habitualmente se ingresan alrededor del 10 % de las urgencias atendidas. El número de camas disponibles correlaciona con la estancia en urgencias (Krall, 2013).

Los indicadores que nos interesan son:

- El tiempo de atención hasta el triaje.
- El número de urgencias atendidas de cada nivel.
- El porcentaje que representa cada nivel.
- El tiempo de atención según el nivel de urgencia.
- El tiempo de atención de consultores.
- Tiempo de demora del ingreso.
- Adecuación del ingreso hospitalario.
- Permanencia superior a veinticuatro horas en urgencias.
- Pacientes atendidos fuera de box.

Resumen

El proceso de gestión de la demanda consta de tres partes: un flujo de entrada de pacientes, un proceso o actividad asistencial y un flujo de salida. El flujo de entrada puede ser secundario a una serie de necesidades expresadas y hay varios factores que influyen sobre él. Nos interesan, por tanto, los indicadores cuantitativos (número de pacientes, procedimientos, consultas, etc.) y de tiempo (demora, lista de espera, estancia media, etc.).

La actividad asistencial debe ser accesible a quien lo necesita, adecuada, resolutive, segura y de calidad. La adecuación de los recursos a la actividad se mide sobre todo por indicadores de tiempo (lista de espera para procedimiento, para visita, etc., estancia media, índice de ocupación, etc.). Los indicadores de calidad asistencial enmarcan el flujo de pacientes estableciendo las líneas rojas que no se deben traspasar.

El flujo de salida viene determinado por la velocidad a la que se haga la actividad y por la capacidad del sistema para dar salida a los pacientes. La variabilidad la observamos en las actividades y en los flujos de salida. La gestión consiste en disminuir, modificar o facilitar los flujos de entrada, realizar la actividad adecuada lo más rápido y eficientemente posible, y favorecer el flujo de salida.

Los flujos de pacientes entre atención primaria y atención especializada ambulatoria son complementarios. Se han diseñado diferentes estrategias para mejorar la adecuación de las derivaciones de atención primaria a atención especializada: guías de práctica clínica, actividades educativas, médicos de familia con especial interés, filtrar desde atención primaria, consultorías, gestión de procesos, gestión de casos, consulta directa del especialista en atención primaria, apoyo para la mejora de la capacidad resolutive o incentivos financieros. Todas las estrategias que mejoren el conocimiento personal entre médicos han demostrado que mejoran la adecuación de las derivaciones.

En la atención hospitalaria, los indicadores más utilizados son la estancia media, la frecuentación y el índice de ocupación. Se han diseñado herramientas para valorar la adecuación de los ingresos. Otro indicador de la resolución de los servicios sanitarios territoriales son las hospitalizaciones evitables.

La ordenación del flujo de entrada en urgencias se ha realizado mediante modelos de triaje que clasifican a los pacientes según nivel de gravedad. Algunas herramientas que ayudan en la gestión de la demanda son la modelización de eventos y la metodología Lean.

Bibliografía

Aguilar Escobar, V. G.; Garrido Vega, P.; Godino Gallego, N. (2013). «Mejorando la cadena de suministro en un hospital mediante la gestión Lean». *Revista de Calidad Asistencial* (vol. 28, núm. 6, págs. 337-344).

Akbari, A.; Mayhew, A.; Al-Alawi, M. A. y otros (2005). «Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (vol. 20, núm. 3).

Alberdi Ordiozola, J. C. y otros (2006). «Factores que afectan las derivaciones de la atención primaria a la especializada en la comunidad de Madrid». *Atención Primaria* (vol. 37, núm. 5, págs. 256-1599).

Chew-Graham, C. y otros (2008). «Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England». *Journal of Health Services Research & Policy* (vol. 13, núm. 1, págs. 6-12).

Faulkner, A.; Mills, N.; Bainton, D. y otros (2003). «A systematic review of the effects of primary care – based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care». *British Journal of General Practice* (núm. 53, págs. 878-884).

Font Noguera, I.; Fernández Majia, M. J.; Ferrer Riquelme, A. J. y otros (2013). «Mejora del proceso farmacoterapéutico del paciente hospitalizado mediante la metodología Lean Seis Sigma». *Revista de Calidad Asistencial* (vol. 28, núm. 6, págs. 370-380).

Forrest, C. B. y otros (2006). «Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician and health care system determinants». *Medical Decision Making* (núm. 26, págs. 76-85).

Gérvas, J. y otros (2007). «GPs with special interest: unanswered questions». *British Journal of General Practice* (núm. 57, págs. 912-917).

Gérvas, J. y otros (2008). «Paradojas de la derivación de primaria a especializada». *Atención Primaria* (vol. 40, núm. 5, págs. 253-235).

Kaplan, G. S.; Patterson, S. H.; Ching, J. M. y otros (2014). «Why Lean doesn't work for everyone». *BMJ Quality & Safety* (núm. 23, págs. 970-973).

Krall, S. P.; Cornelius, A. P.; Addison, J. B. (2014). «Hospital Factors Impact Variation in Emergency Department Length of Stay more than Physician Factors». *Western Journal of Emergency Medicine* (vol. 15, núm. 2, págs. 158-164).

McDonald, K. M. y otros (2007). «Closing the Quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies». *Technical Review* (núm. 9). AHRQ Publication n.º 04(07)-0051-7.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones*. Madrid.

Mintzberg, H. (2002). *La estructuración de las organizaciones* (7.^a ed.). Barcelona: Ariel Economía.

Rodríguez Alcalá, F. J. y otros (2005). «Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel». *Atención Primaria* (vol. 36, núm. 3, págs. 147-153).

Roland, M.; McDonald, R.; Sibbald, B. y otros (2006). *Outpatient services and primary care. A scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency*. National Primary Care Research and Development Centre. University of Manchester.

Simth, S. M.; Allwright, S.; O'Dowd, T. (2007). «Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease Management». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (núm. 3).

Soong, C.; High, S.; Morgan, M. W. y otros (2013). «A novel approach to improving emergency department consultant response times». *BMJ Quality & Safety* (núm. 22, págs. 299-305).

Starfield, B. y otros (2005). «Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly». *Annals of Family Medicine* (núm. 3, págs. 215-222).

Surís, X. y otros (2007). «A Rheumatology Consultancy Program with General Practitioners in Catalonia, Spain». *Journal of Rheumatology* (núm. 34, págs. 1328-1331).

Ulhasan, W.; Sandahl, C.; Westerlund, H. y otros (2013). «Antecedents and Characteristics of Lean Thinking Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study». *Quality Management in Health Care* (vol. 22, núm. 1, págs. 48-61).

Wright, P. N.; Tan, G.; Iliffe, S. y otros (2012). «The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges». *Age and Ageing* (núm. 43, págs. 116-121).