



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

**ÉTICA DE LA RELACIÓN
ENTRE NIVELES**

**ASISTENCIALES: LA CONSULTA DE
ALTA RESOLUCIÓN**

**HEALTHCARE LEVELS'
RELATION ETHICS:
HIGH-RESOLUTION
(ONE-STOP) CLINIC**

Autora: Silvia Beatriz Romero de la Higuera

Tutora: M^a Teresa Delgado Marroquín

Departamento de Medicina, psiquiatría y dermatología.

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. 2016

RESUMEN:

Introducción: El modelo de Consulta de Alta Resolución (CAR) está en expansión. Surge como respuesta a la alta demanda asistencial que padece nuestro sistema sanitario, a la que se unen otros factores como la escasa coordinación entre niveles, la pobre planificación de circuitos, el elevado número de hospitalizaciones inadecuadas o las voluminosas listas de espera.

Objetivo: Recopilar la información disponible sobre las CAR y evaluar su papel en la mejora de la relación entre niveles asistenciales, así como las cuestiones éticas que subyacen en su aplicación y su influencia en el resultado final de este modelo de coordinación.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica en profundidad en las bases de datos IMB, EMBASE y MEDLINE. Se seleccionaron aquellos estudios pertenecientes al ámbito de las CAR, la relación entre niveles asistenciales y la calidad asistencial. A través de una serie de cribados se recopilaron un total de 54 artículos. Se analizaron dichos artículos y se valoraron en relación a sus cualidades en el ámbito de la comunicación.

Resultados: Del total de artículos analizados solo 20 se consiguieron tamizar en función a su actuación en el terreno comunicativo. De ellos 12 obtuvieron un resultado relativamente positivo y 8 obtuvieron un resultado negativo. El refuerzo de la atención primaria ha sido el ítem que menor puntuación ha obtenido de la valoración, en contraposición con la existencia de protocolo ha sido el de mayor puntuación (si bien no en todos los casos éste era consensuado). Se han encontrado fallos en el sistema comunicativo del modelo CAR que pueden derivar en un resultado deficiente a largo plazo.

Conclusiones: No se han encontrado evidencias que apoyen que el modelo de CAR implique en sí mismo una mejora de la relación entre niveles asistenciales. Es adecuado y recomendable incorporar medidas de refuerzo de la comunicación entre dichos niveles a fin de que este modelo conlleve una coordinación real y ofrezca su máximo potencial en la calidad asistencial que preste a sus pacientes.

Palabras Clave: Consulta Alta Resolución. Relación niveles asistenciales. Calidad asistencial. Continuidad. Coordinación. Eficiencia. Ética.

ABSTRACT:

Background: The use of High Resolution Clinics (One-Stop Clinics) is growing. This is as a response to the high demand for care from which our health system suffers. The situation involves other factors such as the lack of coordination between levels, poor direction in planning, the high number of inappropriate hospitalizations and the increase in waiting lists.

Aim: To gather information about these consultations and evaluate their influence on the improvement of relations between levels within healthcare, as well as the ethical issues underlying their implementation and influence on the final result of this coordination model.

Method: A thorough literature review on the basis of IMB, EMBASE and MEDLINE data was performed. Studies within the scope of the High Resolution Clinics and the relationship between the quality of communication between healthcare levels and the quality of service they provided were selected. Through a series of screenings, a total of 54 articles were collected. These articles were analyzed and evaluated according to their qualities in the field of communication.

Results: Of all the articles analyzed, only 20 were quantifiable according to their performance in communications. 12 of them obtained a relatively positive result and 8 obtained a negative result. The item which obtained the lowest score in the evaluation was a strengthening in primary care. In contrast, the item that obtained the highest score was the existence of a protocol (although it was not consensual in all cases). We found flaws in the communication system of the One-Stop Clinic model that could lead to deficient long-term outcomes.

Conclusions: We have not found evidence supporting the High Resolution Clinic model as an improvement in relations between healthcare levels. It is appropriate and advisable to incorporate measures to strengthen communication between these levels so that this model entails real coordination and provides the full potential in providing quality healthcare to its patients.

Keywords: High Resolution Consultation. One-Stop Clinic. Healthcare Level's Relation. Quality of Healthcare. Continuity. Coordination. Efficiency. Ethic.

ÍNDICE:

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. Relación entre niveles asistenciales..... | 1 |
| 2. Consulta de Alta Resolución..... | 3 |
| 3. Justificación..... | 5 |
| HIPÓTESIS Y OBJETIVO..... | 7 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| 1. Tipo de estudio..... | 8 |
| 2. Procedimiento..... | 8 |
| 2.1. Definición de la pregunta de interés | 8 |
| 2.2. Identificación y selección de artículos..... | 8 |
| 2.3. Extracción de datos de los artículos..... | 10 |
| 3. Consideraciones éticas..... | 17 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN..... | 18 |
| 1. Resultados de la CAR..... | 18 |
| 2. Resultados de la RNA..... | 21 |
| 3. Limitaciones | 26 |
| 4. Fortalezas..... | 27 |
| CONCLUSIONES..... | 28 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 29 |
| ANEXOS..... | 34 |
| ANEXO I: Modelos de CAR..... | 34 |
| ANEXO II: Tabla Base..... | 35 |
| ANEXO III: Tablas de datos por grupos..... | 36 |
| ANEXO IV: Diagramas de búsqueda..... | 37 |
| ANEXO V: Tamiz..... | 41 |
| ANEXO VI: Tablas Resultados..... | 42 |
| ANEXO VII: Diagrama RNA..... | 43 |
| ANEXO VIII: Diagramas de análisis de RNA..... | 44 |
| ANEXO IX: Cuestionario..... | 46 |

GLOSARIO:

(POR ORDEN DE APARICIÓN)

- **GPC:** Guías de Práctica Clínica
- **AP:** Atención Primaria
- **AE:** Atención Especializada
- **CAR:** Consulta de Alta Resolución
- **CU:** Consulta Única
- **CAU:** Consulta de Acto Único
- **COD:** Consulta de Orientación Diagnóstica
- **UDR:** Unidad de Diagnóstico Rápido
- **CDR:** Consulta de Diagnóstico Rápido
- **CAI:** Consulta de Atención Inmediata
- **CIAR:** Consulta Inmediata de Alta Resolución
- **CRC:** Circuito Rápido de Consultas
- **GIBA:** Grupo de Investigación Bioética de Aragón
- **TFG:** Trabajo Fin de Grado
- **RNA:** Relación entre Niveles Asistenciales
- **CA:** Calidad Asistencial

INTRODUCCIÓN

1. RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Históricamente, la coordinación entre los servicios sanitarios se ha basado en la normalización de las habilidades a través de un programa de formación reglado. El clásico ejemplo sería cuando un anestesista y un cirujano se encuentran en el quirófano: cada uno sabe qué puede esperar del otro. Sus habilidades normalizadas forman parte del proceso de coordinación.¹ Bajo este paradigma encontramos la manera tradicional de relación entre niveles asistenciales, especialmente entre atención primaria y especializada que sería la derivación.²

Actualmente se dispone de instrumentos alternativos basados en la estandarización de habilidades que pretenden mejorar el acceso al conocimiento especializado en atención primaria:

- El sistema “experto”³: el especialista actúa como “experto” de referencia, como formador de médicos en un centro de salud o a través de sesiones clínicas compartidas para analizar casos clínicos concretos.
- Los programas globales de formación continuada⁴: Plantea la rotación de médicos de atención primaria en servicios especialistas y viceversa.

En los últimos años, como consecuencia de la presión para el control el gasto sanitario, se ha producido una expansión de los instrumentos basados en la normalización y estandarización de los procesos asistenciales.⁵

Las Guías de práctica clínica compartida (GPC) son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar al clínico a tomar decisiones en situaciones clínicas concretas. Se diferencian de los protocolos en que las guías contienen todas las actividades que deben realizarse a lo largo del proceso de la enfermedad y en todos los niveles de la atención, mientras que en los protocolos únicamente se refleja un determinado segmento del continuo asistencial.⁶

Los mapas de atención o las trayectorias clínicas son planes multidisciplinarios de atención al paciente que fijan los objetivos y proveen una secuencia de actuaciones que debe de seguir cada profesional de atención primaria o especializada, en un tiempo determinado.²

Guías, mapas y planes contribuyen a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales a lo largo del proceso asistencial, al fijar criterios de derivación entre niveles, concretar objetivos comunes y determinar el nivel de atención en el que la asistencia resulta más eficiente⁶. Ahora bien, este tipo de medidas no responden bien en situaciones donde el grado de incertidumbre es alto (cambios inesperados, respuestas diferentes a tratamientos...) y son más apropiadas en situaciones habituales. En los

casos de pacientes complejos, con comorbilidades, la calidad de la asistencia puede llegar a verse comprometida, por limitar la flexibilidad de los profesionales para responder a las necesidades inesperadas del paciente.⁶

En el entorno sanitario la estandarización de los resultados para coordinar las actividades encuentra importantes limitaciones (estructuras sanitarias que agrupan profesionales por nivel de atención, por especialidad y no por procesos) por lo que resulta muy complicado el establecer objetivos comunes y globales sobre procesos y repartir las responsabilidades sobre los resultados¹. A ello se une la dificultad de medir o establecer el resultado de un proceso asistencial.⁷

El mecanismo para la coordinación fundado en la retroalimentación es principalmente la adaptación mutua, basado en la comunicación informal, tal y como se describe previamente. Los instrumentos para mejorar la coordinación basados en la adaptación mutua están menos extendidos y se suelen concentrar en niveles con tradición en el trabajo interdisciplinario, tal y como es el sociosanitario³, o el de salud mental. Para las situaciones más sencillas se dispone de instrumentos de comunicación informal como son por ejemplo; el teléfono, particularmente eficaz en el seguimiento de pacientes crónicos,⁸ el correo, correo electrónico, reuniones informales...

Desde hace unos años, para situaciones más complejas se han comenzado a implantar “los dispositivos de enlace”, en los que un grupo de profesionales sanitarios actúan como fuente de información central que canalizan y aseguran la coordinación entre diferentes niveles asistenciales o unidades,⁷ por ejemplo: la enfermera de enlace (que coordina el alta hospitalaria con el equipo de atención primaria), los equipos multidisciplinares de evaluación y soporte al hospital, los equipos de soporte domiciliario a los pacientes en situación terminal... Otro instrumento de enlace que se ha introducido tradicionalmente para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales son los grupos de trabajo² y sus diversas variantes. Los grupos de trabajo se pueden clasificar en: multidisciplinares, interdisciplinares y transdisciplinares. Los grupos multidisciplinares son los más comunes, y se trata de un grupo con habilidades complementarias, trabajando en paralelo, con papeles perfectamente definidos y un elevado grado de autonomía. Por su parte, los interdisciplinares, son grupos que se reúnen periódicamente para coordinar los programas tratamiento y seguimiento de los pacientes con patologías concretas, fijando objetivos, implementando la intervención conjunta y evitando la contradicción en la comunicación del paciente, designando a un miembro líder como responsable del paciente.

Finalmente, en los grupos transdisciplinares, los miembros consensuan el plan individualizado del paciente y uno o dos miembros son designados como agentes para la intervención, por ejemplo: Comités oncológicos. Estos grupos son los más efectivos para mejorar la resolución de problemas, reducir la ambigüedad entre los miembros del equipo, potenciar la colaboración y minimizar la autonomía de los profesionales.⁹

Los grupos de trabajo, en una situación ideal, mejorarían la coordinación al contribuir a que los profesionales involucrados en el cuidado de un paciente,

desarrollasen una visión global y llegaran a consenso sobre posibles problemas y actuaciones al respecto, pero realmente en este tipo de grupos la efectividad depende del número de miembros, del compromiso de los miembros con los objetivos establecidos y la existencia de una comunicación regular para resolver problemas, consensuar soluciones y gestionar los conflictos.¹⁰

2. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a cambios significativos y profundos en el desarrollo de las presentaciones tradicionales de la atención sanitaria hospitalaria. Existe la necesidad de hacer una medicina cada vez más eficiente y de calidad. Así no es de extrañar que aparezcan opciones innovadoras a dicha asistencia, tales como el desarrollo de una cirugía cada vez menos invasiva que no requiera el ingreso del paciente o fenómenos tales como los hospitales de día, unidades de corta estancia o de cuidados mínimos, la hospitalización a domicilio...

En el caso de las consultas externas hospitalarias, en su gran mayoría tienen como objetivo preferente la revisión de pacientes que han sido ingresados previamente en algún momento o la atención de procesos muy seleccionados. Paralelamente, en las consultas ambulatorias de segundo nivel se atiende a pacientes que aquejan procesos asistenciales frecuentes muchos de ellos de carácter crónico y estable en su curso, y a los que se revisa de forma periódica sin que necesariamente ello entrañe cambios en el pronóstico o el tratamiento de la enfermedad. Así, más del 60% del total de consultas externas de AE se dedican a revisiones del paciente.¹¹ Este fenómeno junto con la escasa coordinación entre niveles asistenciales y la pobre planificación de los circuitos que los pacientes deben seguir cuando precisan de atención sanitaria, explica la saturación de las consultas ambulatorias, con poco tiempo para la atención de cada paciente y con demoras nada desdeñables, especialmente en los procesos que por su gravedad son susceptibles de diagnóstico y tratamiento tempranos.¹²

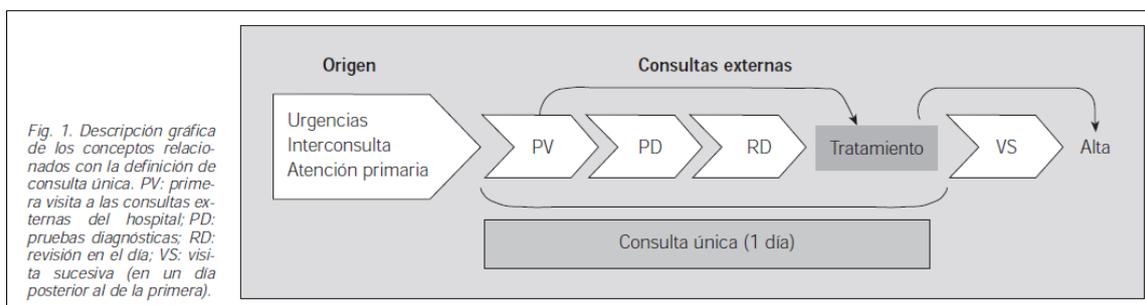
Frente a este panorama, han ido surgiendo experiencias en nuestro país de carácter innovador que persiguen, si no solucionar, al menos sí paliar este fenómeno. Así, a finales de la década de los ochenta, San Román et al¹³ ponían en marcha una consulta de medicina interna que servía como sistema de filtro de las derivaciones desde AP a consultas médicas de AE en un hospital comarcal andaluz, y consiguieron que más del 40% de los casos se resolvieran en la primera visita. Posteriormente ya en la década de los noventa, Criado e Ibáñez¹⁴ describían un proyecto de colaboración entre un servicio de medicina interna y 3 zonas básicas de salud de su área hospitalaria. Como elemento más sobresaliente, destacaba el hecho de contar con la valoración conjunta de especialistas de ambos niveles asistenciales de modo que existía un flujo recíproco de conocimiento entre niveles.

Y entre todos estos intentos de solucionar el problema, en la primera década del 2000, comenzaron a surgir las consultas de alta resolución.

La definición más extendida de Consulta de Alta Resolución (CAR), es aquella que la concibe como sinónimo de Consulta Única o Consulta de Acto Único (CU/ CAU). La consulta única se describe como “el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna”. (Acta nº4 Consejo Dirección 14-06-99).¹⁵

Dicho modelo busca una disminución del número de consultas y en consecuencia, del tiempo de espera tanto para la citación como para el diagnóstico. Comprende una reducción de los costes asociados (evita trabas, desplazamientos, tiempos muertos, insatisfacción) y de la sobrecarga de trabajo de los facultativos. Y como resultado mejorara la organización (que conlleva una mejora en la coordinación con AP), agiliza la actividad y aumenta tanto la eficiencia como la calidad asistencial. Este modelo sitúa al paciente como centro del sistema y le facilita el acceso al mismo. En consonancia con todo ello, se consigue una mayor satisfacción del paciente y una optimización de los recursos sanitarios.^{16 - 17}

Este modelo de CAR se correspondería con la siguiente figura:



17

Dentro del propio modelo clásico encontramos variedad de patrones, dado que cada servicio es único y el modelo debe adaptarse al diseño de cada centro, los recursos disponibles y las peculiaridades poblacionales¹⁸⁻¹⁹ ajustando dicho modelo a su situación funcional particular y organizando la consulta de la manera más eficiente posible.

Sin embargo, pese a ser esta la definición de CAR más extendida, no es la única. Existen a su vez diversas variaciones de la CAR original que comparten características con la misma pero que al adaptarse a las necesidades y objetivos del servicio en el que se implantó, llevan implícitos matices que hacen clasificarlas de diferente forma, a saber:

- Consultas de Orientación Diagnóstica (COD): su principal misión es servir de apoyo a la AP en la evaluación diagnóstica de procesos; la relevancia de esta se

sitúa en la escasa demora para la evaluación inicial y en la coordinación con AP, más que en el poder resolutivo y la rapidez del proceso diagnóstico.²⁰⁻²¹

- Unidades de Diagnóstico Rápido o Consultas de Diagnóstico Rápido (UDR/CDR): dirigidas al estudio de pacientes en los que no se puede demorar el diagnóstico, los cuales son atendidos en un régimen de asistencia menos costoso pero con la misma disponibilidad y medios que los ingresados y sin mermar su calidad asistencial. Disponen de una primera visita inmediata con preferencia en la realización de exploraciones complementarias y óptima coordinación entre ellas.^{20, 22, 23}
- Consultas de Atención Inmediata o Consultas Inmediatas de Alta Resolución (CAI/CIAR): contempla como objetivos la atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas, la realización de estudios diagnósticos de forma ambulatoria (que conlleva una disminución de ingresos innecesarios) y la mejora de la coordinación con AP. La única demora que se produce con respecto a la hospitalización es la espera de los resultados de las exploraciones.^{19, 24, 25, 26}
- Circuito Rápido de Consultas (CRC): atención rápida de pacientes con sospecha de una patología en la que el factor tiempo es vital, por lo que la demora diagnóstica es inadmisibles. Se establece un circuito de manejo ambulatorio del paciente ofreciendo una atención rápida que permite mayor accesibilidad, comodidad y seguridad a los pacientes, convirtiendo al ingreso con fines diagnósticos en un evento excepcional.²⁷

Como podemos comprobar, todas tienen factores en común pero difieren en algunos puntos, por ejemplo, una CAR clásica no implica por sí misma la atención urgente, sino la priorización de un camino de resolución adecuado para cada patología o problema médico según el caso concreto²⁸, sin embargo en la CAI y el CRC lo que prima es la atención urgente.

En el ANEXO I (Figuras 1, 2 y 3) podemos contemplar algunos circuitos dentro del modelo de CAR adaptado a distintos servicios.

3. JUSTIFICACIÓN

La coordinación entre niveles asistenciales, particularmente entre primer y segundo nivel, ha sido tradicionalmente el “agujero negro” de la gestión sanitaria en todo el mundo, que se traduce en malversación de recursos (repetición de pruebas y consultas), inseguridad del paciente (errores por falta de comunicación entre profesionales), deficiente información al paciente (se diluye la responsabilidad de los profesionales ante el paciente compartido), discrepancias entre profesionales (en la prescripción y el reparto de responsabilidades), falta de acuerdo sobre los tiempos de espera en los flujos de pacientes (listas de espera gestionadas por personal que no conocen las necesidades reales del paciente), insatisfacción de los pacientes cuando perciben la escasa comunicación y sintonía entre los médicos que comparten su atención desde diferente

nivel asistencial y desgaste de los profesionales ante la incapacidad de la institución para articular la coordinación interprofesional (contribución al burn-out).

El grupo de investigación de bioética de Aragón (GIBA) trabaja con la hipótesis de que la deficiente coordinación entre niveles asistenciales es atribuible en gran medida a que se han buscado soluciones en la técnica organizativa, sin apenas considerar la dimensión ética de la cuestión. Se confirma así que el mejor de los modelos organizativos “in vitro” no ofrece resultados “in vivo” si no se consiguen previamente dos objetivos de alto calado ético: primero, la implicación individual de los profesionales y segundo, que la organización favorezca las condiciones para generar un “clima cooperativo” que permita la comunicación y facilite la confianza entre los profesionales que comparten la responsabilidad asistencial de los pacientes.

De los estudios cualitativos desarrollados en Zaragoza (FIS PI 09/1735) puede concluirse que:

- Los profesionales sanitarios reconocen el valor de la cooperación e identifican claramente el bien del paciente como el eje en la razón de ser de la profesión. Todos coinciden en considerar la cooperación como la estrategia para dar al ciudadano la atención de calidad que espera y se merece, aunque consideran que, en la práctica, esta cooperación es claramente insuficiente.
- La falta de conocimiento personal, propiciado por la falta de tiempo y las barreras organizativas crea un ambiente de falta de confianza en el que la falta de información da lugar a malos entendidos, críticas y generalización de tópicos.
- La distancia cultural y los diferentes agentes que influyen en las decisiones médicas ponen a prueba la capacidad de llegar a acuerdos y consensos en la atención al paciente.
- La comunicación y el conocimiento mutuo emergen como condiciones necesarias para establecer una auténtica relación de colegas que permita llevar a la práctica planes de cuidado coherentes y coordinados.

Como se ha comentado, el modelo CAR sitúa al paciente como centro del sistema y le facilita el acceso al mismo. Va dirigido a la disminución del número de consultas y del tiempo de espera tanto para la citación como para el diagnóstico. Pretende evitar trabas, desplazamientos, tiempos muertos, insatisfacción y sobrecarga de trabajo de los facultativos. Como resultado mejorara la organización (y la coordinación con AP), agilizar la actividad y aumentar la eficiencia, la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.¹⁶⁻¹⁷

¿Qué sabemos de la efectividad de este modelo de coordinación llevado a la práctica? ¿Colabora realmente a la mejora de la relación entre niveles asistenciales? ¿Cuáles son las cuestiones éticas que subyacen en su aplicación y su influencia en el resultado final de este modelo de coordinación? Estas son las preguntas a las que pretende comenzar a dar respuesta el presente trabajo fin de grado (TFG)

HIPÓTESIS Y OBJETIVO

HIPÓTESIS:

La CAR en sus diferentes versiones permite mejorar la relación entre niveles asistenciales, así como la coordinación entre los mismos, produciendo como resultado un aumento de la calidad asistencial.

OBJETIVO:

Recopilar y evaluar la información disponible sobre la CAR (así como sus diferentes variables) y su papel en la mejora de la relación entre niveles asistenciales desde la perspectiva del compromiso profesional. Así como las cuestiones éticas que subyacen en su aplicación y su influencia en el resultado final de este modelo de coordinación.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Se ha desarrollado una revisión en profundidad, que comprende características con las revisiones narrativas, -tanto en cuanto a la síntesis de los artículos se basa en resúmenes cualitativos-, y con las revisiones sistemáticas²⁹, dado que la estrategia de revisión ha incluido:

- La definición de una pregunta estructurada.
- La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes.
- La selección, mediante criterios explícitos, reproducibles y uniformemente aplicados a los artículos que serán incluidos en la revisión.
- La extracción de datos de los estudios primarios: descripción del diseño y la ejecución de los estudios originales y la síntesis de sus datos obtenidos.
- El análisis, presentación e interpretación de los resultados.

Dada la heterogeneidad de artículos encontrados, no se han usado métodos estadísticos para combinar los resultados de los estudios revisados.

2. PROCEDIMIENTO

2.1. DEFINICIÓN DE LA PREGUNTA DE INTERÉS

¿Sirven las Consultas de Alta Resolución y sus variantes para mejorar la relación entre los niveles asistenciales?

De forma complementaria ¿Qué cuestiones éticas subyacen en éxito o fracaso de las mismas?

2.2. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Se procedió a la búsqueda de estudios exclusivamente en bases de datos electrónicas, a saber IME (BBDON), EMBASE (ELSEVIER) y MEDLINE (PUBMED).

❖ PRIMERA FASE:

Consistió en la introducción (en los mencionados buscadores) de una serie de palabras clave iniciales a través de las cuales se obtuvieron muy pocos resultados, por lo cual dichas palabras han ido variando de una búsqueda a otra (por ejemplo: se abandonó “ética” sustituyéndola por “calidad asistencial”) gracias a la lectura de los

resultados obtenidos a medida que se encontraban artículos potenciales para este TFG. Se ha utilizado en todo momento el gestor de referencias EndNote.

Se realizaron un total de 14 búsquedas satisfactorias (quedan excluidas aquellas estrategias de búsqueda en las que no se obtuvo ningún resultado) de las cuales se extrajeron los artículos iniciales, denominados a efectos del diagrama “Totales”.

Las estrategias de búsqueda que se utilizaron fueron por orden:

| Nº B. | Estrategia Búsqueda | Base Datos |
|--------------|---|-------------------|
| 1 | CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN | IMB, Biomedicina |
| 2 | CONSULTA DIAGNÓSTICO RÁPIDO | IMB, Biomedicina |
| 3 | NIVELES ASISTENCIALES AND CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN | IMB, Biomedicina |
| 4 | COMUNICACIÓN NIVELES ASISTENCIALES | IMB, Biomedicina |
| 5 | CONSULTA ÚNICA | IMB, Biomedicina |
| 6 | CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA | IMB, Biomedicina |
| 7 | ALTERNATIVAS HOSPITALIZACIÓN | IMB, Biomedicina |
| 8 | CALIDAD ASISTENCIAL NIVELES | IMB, Biomedicina |
| 9 | CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN | ELSEVIER |
| 10 | CONSULTA ACTO ÚNICO | ELSEVIER |
| 11 | (ONE STOP[Title]) AND OUTPATIENT[Title/Abstract] Filters: Free Full Text | MEDLINE |
| 12 | ONE STOP CLINIC Filters: 10 years, Humans, Free Full Text | MEDLINE |
| 13 | (HIGH RESOLUTION[Title]) AND CLINIC[Title] Filters: 10 years, Humans, Free Full Text | MEDLINE |
| 14 | UNIQUE CONSULTATION [Title] Filters: 10 years, Humans, Free Full Text | MEDLINE |

De ellos se realizó un primer cribado basándose exclusivamente en los datos del título y el resumen. Se incluyeron en el primer grupo de artículos, concebidos en el diagrama como “Primeros Potenciales”, todos aquellos que hiciesen referencia al siguiente contenido:

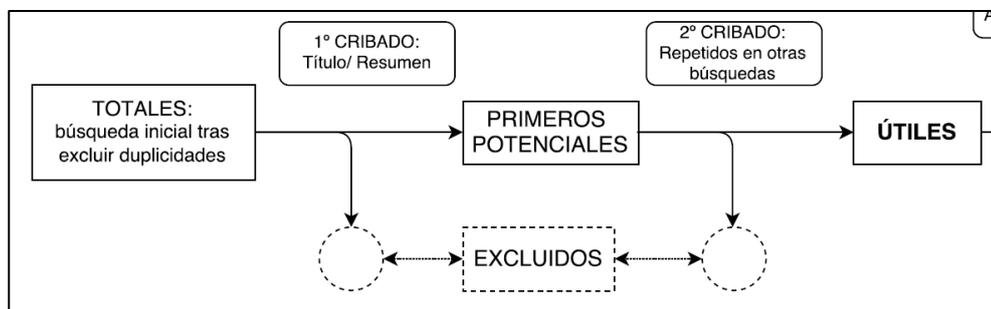
- Modelo de Consulta de Alta Resolución (o variable de esta) : CAR
- Relación entre niveles asistenciales: RNA
- Calidad asistencial: CA

Todos los que no superaron dicho criterio de selección, quedaron excluidos en esta primera criba y no se incluyeron en la base de datos del TFG.

❖ SEGUNDA FASE:

Las búsquedas de artículos se realizaron de forma secuencial (dada la poca información que se extraía de cada uno de ellos) y como resultado, aparecían muchas duplicidades. Por ello se llevó a cabo una segunda criba que consistía simplemente en eliminar los artículos duplicados que habían aparecido en una búsqueda previa. Como resultado de esta segunda de esta segunda fase se encuentran aquellos artículos que se

denomina a efectos del diagrama como “Útiles” en el caso de que se tratasen de artículos en español. Hace referencia exclusivamente a los artículos publicados en español. A los artículos encontrados en MEDLINE cuyo idioma de publicación es inglés nos referimos más adelante, dado que las cribas que recibieron fueron diferentes.



2.3. EXTRACCIÓN DE DATOS DE LOS ARTÍCULOS

❖ TERCERA FASE:

A este punto llegaron un total de 41 artículos (incluidos en Bibliografía) de las búsquedas en bases de datos en español. Hacer referencia en título o resumen a los criterios de selección iniciales (CAR, RNA y CA).

Dichos artículos se descargaron en versión PDF y se introdujeron en el gestor de referencias EndNote de manera que pudiesen manejarse cómodamente durante el transcurso del estudio. Se creó a su vez una base de datos en formato Excel, denominada “**Tabla Base**”, en la cual se incluían todos los artículos enumerados por orden de resultado en la búsqueda. Se anotó el título y el autor principal.

Tras la lectura completa de todos los artículos, se dividieron en dos grandes grupos:

- **Grupo CAR:** se incluyeron en este apartado todos los artículos que hagan referencia a experiencias CAR, o cualquiera de sus variaciones, independientemente de su duración o resultados.
- **Grupo Comunicación:** se subdividió en las categorías:
 - CAR Inadecuada para el objetivo del TFG (**CARI**): se incluyeron los artículos que hacían referencia a la CAR pero de forma indirecta, como por ejemplo las cartas al editor en contestación a artículos del Grupo CAR, o el impacto de los sistemas automatizados en el funcionamiento de una CAR.
 - Relaciones entre Niveles Asistenciales (**RNA**): se incluyeron los artículos que hayan posibilitado cubrir la segunda parte de la pregunta de interés que se ha realizado al inicio. Constituyen la base sobre la que se evaluarán los artículos del Grupo CAR.

- Calidad Asistencial (CA): se incluyeron los artículos que hagan referencia a la parte más ética de este trabajo. Apartado con alta variabilidad entre artículos.

Se estableció un código de colores en la Tabla Base para que buscar los artículos fuese más sencillo. Aleatoriamente se asignó el color verde para los artículos pertenecientes al Grupo CAR y el naranja para los del Grupo Comunicación. Además se completaron los datos de filiación de cada artículo, a saber:

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| - Año de publicación | - Base de datos en la que se encontró |
| - Idioma | - N° de búsqueda |
| - Localización | - Palabras clave |
| - Servicio de procedencia | - Grupo o Subgrupo |
| - Revista de publicación | |

Corresponde al Anexo II.

Una vez organizados por grupos se procedió a su análisis exhaustivo, que constó por escrito en el diario de campo. Al ir analizando los artículos y revisando las bibliografías de cada uno, se encontraron artículos relacionados que hacían referencia en su título a alguno de los criterios de selección iniciales, por lo que se procedió a su búsqueda. A los que se encontraron se les aplicó el mismo criterio de selección que se aplicó a los artículos encontrados por las búsquedas en bases de datos, con idéntica criba, quedando los artículos que la superasen reflejados en la Tabla Base y analizados en conjunto con el resto a partir de este punto.

Al tratarse de un número considerable de artículos, se diseñó un modelo de análisis para que permitiera visualizar su contenido de manera más sencilla. Dicho modelo variaba en función del grupo al que se vaya a aplicar, asemejándose todos en su esquema básico. Éste compone de una primera parte en la que se identifica el artículo, además de por título y autor, por de su número en la Tabla Base, su procedencia (fase, número de la búsqueda del que procede - o si se trata de un enlace bibliográfico de otro artículo, en cuyo caso se anota el número en la base de datos del artículo del cual se origina-) y el tipo específico de artículo del que vamos a tratar (CAR/CARI/ RNA/ CA).

Se diseñaron tres modelos de análisis:

- “**Modelo A**”: recoge las características de los artículos del Grupo CAR. Contiene un mayor número de ítems, dado que son los artículos en los que se pretende continuar su estudio a posteriori. Se incluyen en el análisis: el tipo específico de CAR, el objetivo del estudio, los materiales y métodos de los que se dispuso para la puesta en marcha de la CAR, los resultados que ofreció (limitándose en este apartado los relevantes para el estudio del modelo desde la perspectiva de la relación entre niveles asistenciales) y las ventajas y desventajas que encontraron tras su implantación. Consta de un apartado de comentarios y opinión inicial en el que se

recogen las características más peculiares del artículo que no quedan incluidas por los ítems previos pero que pueden ser relevantes para su interpretación, así como mi opinión inicial con respecto a la pregunta de interés.

- **Modelo B**: será compartido por los artículos tipo RNA y CA del Grupo Comunicación: contiene menos ítems, dado que la heterogeneidad de los artículos de dicho grupo impide la creación de un modelo más estandarizado. Se incluye un resumen del artículo, las posibles referencias a la pregunta de interés y, de tratarse de RNA, las propuestas que plantean para su resolución. En el diario de campo se hicieron constar también reflexiones derivadas de estos artículos que permiten secuenciar el razonamiento que de su análisis se fue deduciendo.
- **Modelo C**: se aplicará a los artículos CARI del Grupo Comunicación. Dependiendo del subgrupo de procedencia de estos artículos se aplicará un modelo de análisis “A” o “B” dependiendo de si su procedencia inicial es del Grupo CAR o del Grupo Comunicación respectivamente. En el caso de tratarse de un artículo evaluado inicialmente como CAR, debe hacerse constar el motivo de exclusión de dicho grupo. (No obstante, en este punto todos los artículos del Grupo CARI proceden del Grupo Comunicación, sin embargo dado que se realizarán cribados posteriores, era necesario crear este apartado en el análisis).

Se crearon paralelamente dos tablas Excel, una para cada grupo. En el Grupo CAR se recoge de cada artículo:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| - N° Tabla Base | - Autor principal |
| - Título | - Tipo CAR |
| - Año | - Revista |
| - Localización | - Idioma |
| - Servicio procedencia | - N° de búsqueda |
| - Duración del estudio | |

| | | |
|-------------------------------|------------|----------------------|
| N° | | MODELO A |
| TÍTULO: | AUTOR: | |
| PROCEDENCIA | BÚSQUEDA → | <input type="text"/> |
| | ENLACE → | <input type="text"/> |
| TIPO CAR: | | |
| OBJETIVO: | | |
| MATERIAL/ MÉTODOS CONSULTA: | | |
| RESULTADOS: | | |
| VENTAJAS: | | |
| DESVENTAJAS: | | |
| COMENTARIOS/ OPINIÓN INICIAL: | | |
| RESULTADOS TAMIZ: | | |
| COMENTARIOS/OPINIÓN FINAL: | | |
| VARIACIÓN OPINIÓN: SÍ/ NO | | |

| | | |
|-------------------------|------------|----------------------|
| N° | | MODELO B |
| TÍTULO: | AUTOR: | |
| PROCEDENCIA | BÚSQUEDA → | <input type="text"/> |
| | ENLACE → | <input type="text"/> |
| TIPO ARTÍCULO: RNA / CA | | |
| RESUMEN: | | |
| REFERENCIAS TFG: | | |
| PROPUESTAS/ SOLUCIONES: | | |

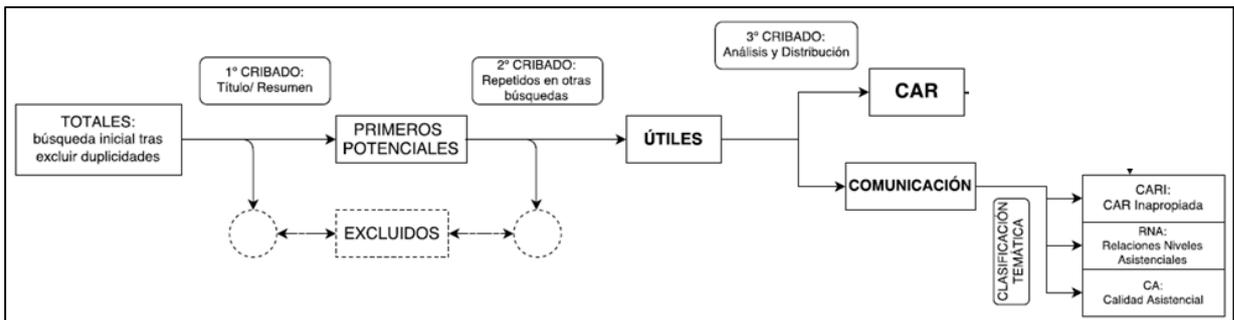
| | | |
|---|----------------|--------------------------------|
| N° | | MODELO C |
| TÍTULO: | AUTOR: | |
| PROCEDENCIA | BÚSQUEDA → | <input type="text"/> |
| | ENLACE → | <input type="text"/> |
| CLASIFICACIÓN INICIAL: | CAR → | <input type="text" value="A"/> |
| | COMUNICACIÓN → | <input type="text" value="B"/> |
| EN CASO DE MODELO "A", MOTIVO DE EXCLUSIÓN: | | |

Se ordenaron por su número en la Tabla Base, corresponde a la Tabla 1 del AnexoIII.

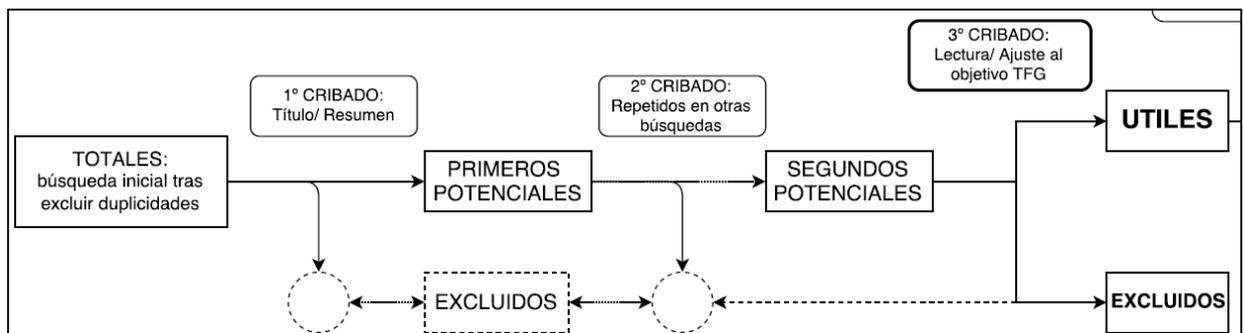
Del Grupo Comunicación se recogió de cada artículo:

- N° Tabla Base
- Autor principal
- Título
- Año
- Localización
- Servicio de procedencia
- Revista
- Idioma
- Base de datos
- Ítem correspondiente
- N° de búsqueda
- Clasificación temática.

Se ordenaron por clasificación temática y corresponden a la Tabla 2 del Anexo III.



Con respecto a los artículos encontrados en inglés, es decir, los extraídos entre la búsqueda 11 y la 14, se siguió una pauta de cribado diferente. Se añadió una criba posterior a la segunda, de manera que no todos los resultados encontrados que respondiesen a los criterios de selección iniciales (a recordar: CAR, RNA y CA), se consideraron de entrada como útiles. El motivo fue que la mayoría de estos artículos hacían referencia a experiencias CAR aisladas en otros países, los cuales como es lógico, disponen de otro sistema sanitario. Por ende, analizar la relación entre niveles asistenciales no era viable dado que la coordinación y distribución de estos niveles varía a la de nuestro sistema. Por ello se estableció un cribado intermedio antes de incluir los artículos como útiles. Este cribado consistió en leer los artículos y determinar si su contenido era ajustable al objetivo de este TFG. Pasada esta criba, se consideraron útiles y siguieron el mismo proceso de distribución que los artículos españoles.



❖ CUARTA FASE:

Gracias al análisis de los artículos del subgrupo RNA, se evidenció la problemática existente en este campo. Se procedió a la recogida de ítems comunes entre los artículos que hagan referencia directa a las soluciones propuestas para mejorar dicha relación. Se recogieron un total de 11 ítems que equivaldrían a un esfuerzo real en la mejora de las relaciones entre niveles asistenciales. A cada ítem se le otorgó un punto. Los ítems se subdividen en tres categorías:

- **Grupo 1:** Refuerzo de AP:
 - a. Aumento de sus recursos humanos/materiales, o acceso a dichos recursos (por ejemplo, acceso a pruebas diagnósticas que permitan derivar pacientes a la CAR con un estudio justificado).
 - b. Formación continuada adecuada (por ejemplo, sin sesiones conjuntas no se pueden explicar adecuadamente los criterios de inclusión y fallaría la base de las derivaciones resultando en un exceso de demanda de la CAR).
- **Grupo 2:** Aumento en la RELACIÓN entre los niveles asistenciales:
 - a. Conocimiento: implica contacto directo entre profesionales en el mismo espacio físico sin medios intermediarios, el “cara a cara”.
 - b. Contacto verbal directo: implica las vías telefónicas, en las cuales el grado de interacción es elevado pero no llega al nivel del ítem previo.
 - c. Predisposición al cambio de modelo: se otorgó 0.5 si sólo se comenta como predisposición del servicio implicado que propone la CAR, 1 si se hace referencia a la acogida positiva del modelo por el resto de servicios y niveles asistenciales que participarán en su funcionamiento, y 0 si incluso dentro del propio servicio existieron reticencias al cambio del modelo.
- **Grupo 3:** Mejoras en la COORDINACIÓN entre profesionales:
 - a. Protocolo/Guía: se considera como positivo si unidad en la que se implanta el modelo cuenta con una vía clara de actuación recogida en un protocolo oficial.
 - b. Protocolo Consensuado: se considera como positivo si el ítem previo ha sido discutido y acordado con el resto de servicios hospitalarios que participarán en desarrollo del modelo, incluido AP.
 - c. Bidireccionalidad: se considera positiva si al abordar el modelo de CAR se establecen vías que aseguren el intercambio de información con forme se haya desarrollado el proceso, por ejemplo, informes detallados.
 - d. Seguimiento: se considera positivo si después de la realización de la CAR queda claro tanto para el paciente, como para AP cual es el destino de dicho paciente y las vías a seguir en caso de requerir una nueva intervención. Con este punto se valoran si se evitan o no la causa más directa de derivación actualmente, la necesidad de seguimiento.
 - e. Vías directas de comunicación: se consideran positiva si existen formas de comunicación como por ejemplo el correo electrónico, que permitan resolver dudas, comentar pacientes... en un periodo de tiempo razonable, es decir que de alguna manera se salte la vía tradicional en caso de requerirlo.

- f. Profesional de enlace: se considera positivo si existe una persona del servicio encargada de asegurar el correcto funcionamiento de la coordinación entre los niveles y al que acudir en caso de necesidad.

Con estos ítems se creó una tabla en Excel que sirviera de criba al pasar por ella los artículos del Grupo CAR. Además de los ítems referidos al ámbito de la comunicación, a esta tabla se añadieron otros aspectos que se consideraron de importancia a la hora de interpretar los resultados, como el objetivo real de esta consulta, la fuente principal de la que se nutrieron, el apoyo administrativo, la existencia de criterios adecuadamente aplicados a la hora de aceptar pacientes a la consulta o si se habían seguido medidas evaluadoras del modelo, la satisfacción de los profesionales y de los pacientes, así como la presencia de palabras clave relacionadas con la ética.

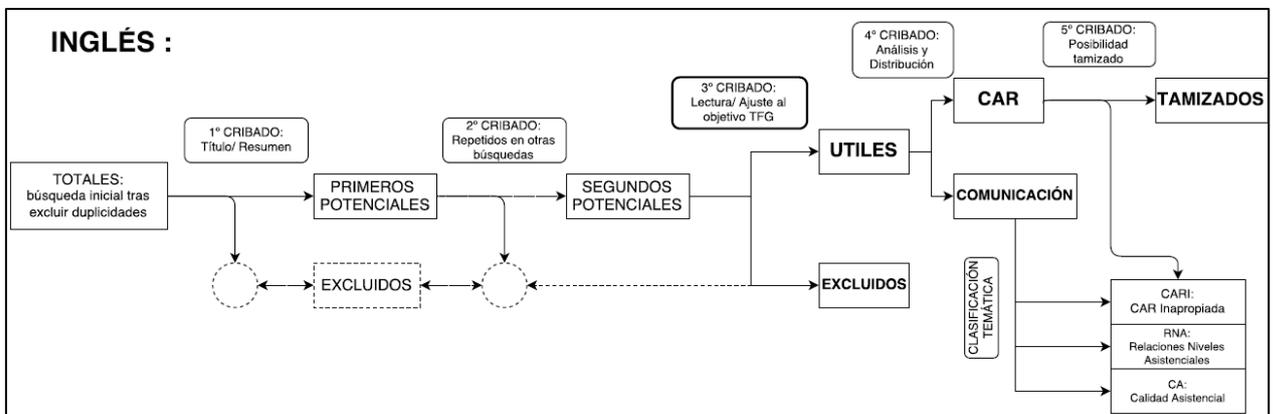
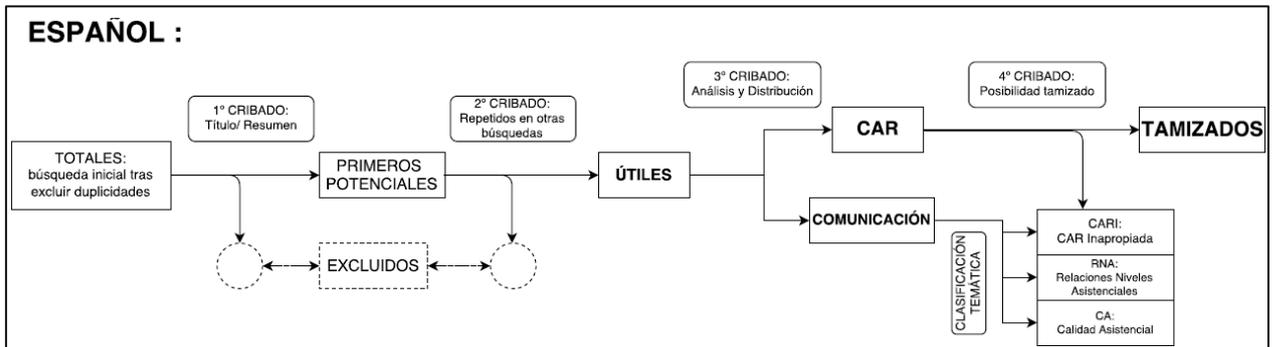
El resultado final fue una tabla que actuaba a modo de filtro cuantitativo de la calidad de los artículos CAR en relación a la pregunta de interés que se planteaba desde un inicio. A esta tabla nos referiremos a partir de este punto como “**Tamiz**”.

Cada artículo analizado podía obtener un total de 11 puntos en el apartado de comunicación, que equivaldrían un esfuerzo real en la mejora de las relaciones entre niveles asistenciales. Hemos considerado complicado que un artículo haga referencia a todos los ítems de comunicación, sin embargo esto no implica que no se hayan puesto en marcha medidas para su mejora. Por lo tanto, de forma arbitraria, se consideró que todo artículo cuyo resultado en este apartado fuese igual o superior a 5 (un poco menos de la mitad de la puntuación máxima) implicaría un resultado positivo en comunicación y por ende, una mejora en la relación entre niveles asistenciales. Los resultados quedan registrados en el Tamiz como “Resultado Comunicación” y se atribuye un 1 si es positivo (≥ 5) o bien un 0 si el resultado es negativo (≤ 5).

Todos los artículos que en la criba tres (en caso de ser españoles) y en la criba cuatro (en caso de ser ingleses) se habían clasificado como Grupo CAR se copiaron en esta tabla (Nº Tabla Base, autor principal y título). Posteriormente se procedió al tamizado de los datos de cada artículo, proceso que requirió un segundo análisis de dichos artículos, dado que muchos ítems hacían referencia a procedimientos más específicos (normalmente recogidos en el apartado de material y métodos) que en un primer análisis no se recogieron al no ser conscientes de su relevancia (el primer análisis de artículos corresponde a la fase previa a la creación del Tamiz). Aquellos artículos que fueron seleccionados en un primer momento como Grupo CAR pero que no contaban con información suficiente para proceder a su tamizado, quedaron excluidos de este y pasaron a formar parte del Grupo Comunicación en el subgrupo CARI (CAR Inadecuado).

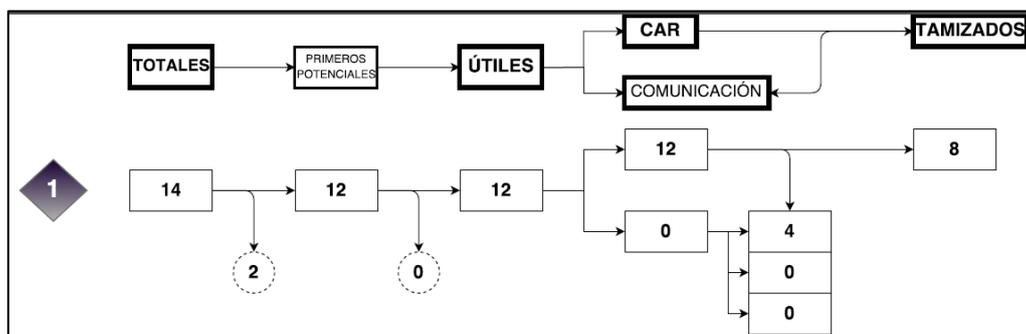
Al terminar el segundo análisis se rellenó la tercera parte de la hoja de análisis Modelo A, que comprendía un resumen de los resultados obtenidos en el Tamiz, un comentario de los mismos y una opinión final del artículo, que podría variar o no de la inicial en relación con los resultados obtenidos.

En resumen, los procedimientos que se siguieron quedan reflejados en los siguientes diagramas:

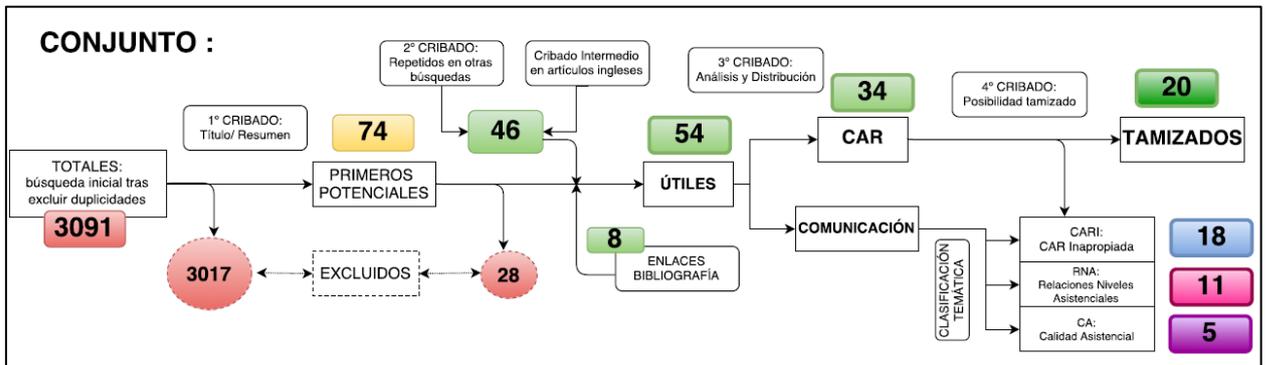


Para mostrar la transparencia de los resultados obtenidos se ha aplicado este diagrama a cada una de las 14 búsquedas realizadas en las bases de datos que han nutrido este trabajo. Al inicio de cada página hay un breve esquema de los diagramas para que sea más sencilla su interpretación. Corresponden con el Anexo IV.

Ejemplo:



Además se creó una figura que incluya los dos diagramas de recopilación de artículos en uno solo junto con el total de artículos que se encontraron en cada fase:



3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideraron los requisitos de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y la Declaración de Helsinki, confirmando que, al utilizar como metodología para alcanzar el objetivo del trabajo una revisión bibliográfica, sin trabajo de campo con pacientes, profesionales ni estudiantes, ni datos personales derivados de su atención sanitaria, ejercicio profesional o proceso educativo, no era necesario solicitar la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS DE LA CAR

En total 20 artículos superaron los cribados y se analizaron en el Tamiz. Los resultados se muestran en la tabla correspondiente al Anexo V. De ellos solo 12 obtuvieron una puntuación positiva en referencia a la comunicación (pese a bajar la nota de corte a ≥ 5 puntos, es decir menos de la mitad de los ítem) y 8 obtuvieron una puntuación negativa. A partir de este momento nos referiremos a estos dos grupos como Grupo Positivo y Grupo Negativo.

Para analizar estos resultados se combinaron la tabla de Grupo CAR (Tabla1, Anexo III) y los resultados del tamiz (Anexo V). El resultado fue la siguiente tabla:

| NºT.BASE | AUTOR PPAL | TITULO | AÑO | LOCALIZ. | SERVICIO | DURACION | TIPO CAR | REVISTA | IDIOMA | BÚSQUEDA | R. COMUN. |
|----------|----------------|------------------------|------|-------------------|-------------------------|---------------|----------|----------------------|---------|-----------|-----------|
| 2 | López Álvarez | Cirugía de alta resolu | 2009 | Bizkaia | Cirugía Pediátrica | 10 meses | CAR | Revista de Calidad A | Español | 1 | POSITIVO |
| 3 | San José Lapo | Atención especializac | 2008 | Barcelona | M. Interna | 1 año | CAI | Revista Clínica Espa | Español | 1 | POSITIVO |
| 10 | Fernández Pe | Consultas de alta rest | 2003 | Asturias | AP Pediatría | X | CAR | Pediatría de Atenció | Español | 1 | POSITIVO |
| 14 | Rubio-Rivas, J | Unidad de diagnóstic | 2008 | Barcelona | M. Interna | 1año 6meses | UDR | Revista Clínica Espa | Español | 2 | POSITIVO |
| 15 | Martínez Pilla | Efectividad de la impl | 2007 | Tenerife | Neumología | 1 años | CRC | Revista de Calidad A | Español | 2 | POSITIVO |
| 18 | Cerdán Carbo | Mejora de la comunic | 2005 | Madrid | (CMA)Cirugía Mayor Am | 2 años | CAR/CD | Atención Primaria | Español | 3 | POSITIVO |
| 21 | Falces, C; | Consulta inmediata a | 2008 | Barcelona | Cardiología | 10 años | CAI | Revista española de | Español | 6 | POSITIVO |
| 29 | Franco Hidalg | Unidad de diagnóstic | 2012 | Palencia/Valladol | M. Interna | 6meses | CDR/CAI | Semergen | Español | 9 | POSITIVO |
| 36 | Juan Ruiz, Fra | Alta resolución, pacie | 2007 | Málaga | Dirección Asistencial | 6 años | CAR | Revista de Administr | Español | 9 | POSITIVO |
| 44 | Martínez Mar | Un modelo de gestió | 2007 | Sevilla | Ginecología-Obstetricia | 5 años | CAR | Revista de Administr | Español | 9 | POSITIVO |
| 50 | Rut Andrea | Diagnóstico de la insu | 2012 | Barcelona | Cardiología | 2 años y 8 me | CAR | Atención Primaria | Español | 12 | POSITIVO |
| 54 | Páez Álvaro | The one-stop clinic as | 2011 | Madrid | Urología | 1 año | CAR/CAU | Clinical Urology | Inglés | 11 | POSITIVO |
| 4 | Montijano Ca | La consulta de acto ú | 2007 | Jaén/Granada/Có | Cardiología | 7 años/2años | CAU/CAR | Revista Española de | Español | 1 | NEGATIVO |
| 5 | Cancer Pérez | Diagnóstico del pacie | 2006 | Madrid | C. Vascular | 1 mes | CAU | Angiología | Español | 1 | NEGATIVO |
| 11 | Almazán Gori | La consulta única o di | 2002 | Jaén | Dirección Asistencial | 1 año | CAR/CAU | Medicina clínica | Español | 11 | NEGATIVO |
| 17 | Capell, S; | Unidad de diagnóstic | 2004 | Barcelona | M. Interna | 5 años | UDR | Medicina clínica | Español | 2 | NEGATIVO |
| 28 | San José Lapo | Consulta de atención | 2010 | Barcelona | M. Interna | 3 años | CAI | Revista Clínica Espa | Español | 9 | NEGATIVO |
| 32 | Fernández-Ga | Estructura diagnóstic | 2014 | Malaga | Endocrinología | 4 años | CAR | Endocrinología y Nu | Español | 10 | NEGATIVO |
| 37 | Sanchís-Baya | Consulta de orientaci | 2003 | Valencia | M. Interna | 6 meses | COD | Comunicación Breve | Español | ENL art 3 | NEGATIVO |
| 40 | María Montij | Grado de satisfacció | 2003 | Jaén | Cardiología | 3 meses | CAR/CAU | Revista de Calidad A | Español | ENL art 4 | NEGATIVO |

De esta combinación entre tablas se han extraído dos tablas de resultados, según si habían sido artículos con resultados positivos o negativos en comunicación, en las que han contabilizado el número de artículos de cada grupo que han presentado alguna de las características a valorar. Dichas tablas se denominarán “**Tablas Resultados**” y aparecen en el Anexo VI.

Si bien la muestra es insuficiente para realizar una comparación estadística entre los resultados, sí podemos extraer algunas deducciones.

La mayoría de casos del total de CAR que se pudieron tamizar cuya duración fue superior a un año, se corresponden con casos positivos de comunicación (Grupo Positivo). De los casos que obtuvieron resultados negativos en comunicación (Grupo Negativo) cuatro casos superan el año, y se trata de: dos consultas que no requieren interacción con otros servicios para el funcionamiento de la CAR (cardiología y endocrinología), un caso de M. Interna con un cribado muy potente que evita que la consulta se colapse y un caso que se valoró como negativo por tener una extensión

demasiado corta, la cual no permitía valorar más ítems positivos quedando registrada en su hoja como “muy probable infravaloración”.

Por ello podríamos deducir que el hecho de contar con intervenciones que favorezcan la comunicación ampara a las consultas que puedan encontrarse con obstáculos y contratiempos durante su desarrollo, favoreciendo su continuidad temporal, especialmente si se trata de consultas que impliquen a varios servicios y desde luego siempre que incluyan a varios niveles asistenciales.

En cuanto a los servicios que han puesto en marcha iniciativas de CAR, destaca en los dos grupos M. Interna (de hecho la mitad de los CARI corresponden también a esta especialidad). Lo más plausible es que al tratarse de una especialidad que requiere lidiar con muchas otras en su actividad diaria y que suele tener una completa ocupación de sus camas durante largos periodos temporales, vea mayor necesidad a la hora de buscar alternativas a las vías tradicionales de un sistema que satura a dicha especialidad.

Con respecto a la fuente principal de nutrición de estas consultas, es obvio que a mayor nutrición reciban de AP mayor coordinación van a requerir entre niveles asistenciales, por ello encontramos en las tablas que de las 12 que obtuvieron un resultado positivo en comunicación, 10 de ellas se nutrían directamente de AP. Por lo que se deduce que entre sus objetivos se encontraba intentar frenar las derivaciones procedentes de primaria.

Mientras que en las que se obtuvo un resultado negativo, la fuente principal de nutrición es su propia lista de espera. De hecho, del grupo de negativos que poseían una duración superior al año, dos de ellos (los que trataban de experiencias en las que no se requería de otros servicios para el desarrollo de la CAR) se incluyen en este grupo de consultas cuya fuente de nutrición principal es su propia lista de espera. Por lo que podemos deducir que en el caso de estos servicios lo que se busca no es disminuir las derivaciones que les llegan desde AP, sino mejorar la gestión interna de sus consultas.

En cuanto al refuerzo de AP, solo la mitad de los casos que obtuvieron un resultado positivo incluyeron en su modelo medidas que hiciesen referencia a dicho fin, de hecho, si observamos la “caja negra” del Tamiz podemos observar que de los servicios cuya nutrición principal es AP, solo 4 incluyen medidas que impliquen un refuerzo de esta, o lo que es lo mismo, hay 6 casos que pretenden mejorar la comunicación y coordinación con AP pero sin incluirla directamente.

Como era de esperar, ningún caso del Grupo Negativo concibió en su modelo medida alguna para el refuerzo a AP.

En referencia a la mejora en la relación entre niveles, el ítem que menos puntos obtuvo fue el referente al contacto directo en el mismo espacio físico, solo la mitad de los casos del Grupo Positivo presentaba dicho ítem. Esto es en parte comprensible dada la elevada presión asistencial que existe a día de hoy en la mayoría de servicios. Sin embargo hay evidencias de que este es el método de comunicación que mejor resuelve

los fallos derivados de dicha comunicación tanto entre servicios como entre niveles (es por ello que en caso de urgencia, al primar esta vía de comunicación mejora la calidad asistencial).⁶⁰ En este sentido hay 3 servicios que solo comprenden un aumento de la relación con la existencia de un contacto verbal directo vía telefónica, lo cual se valora como un resultado positivo de comunicación en el tamizado, pero con menor efectividad que el anterior ítem en el análisis.

Incluso siendo el resultado global positivo para la comunicación, en 2 casos no se encontró una adecuada predisposición por el resto de servicios al cambio de modelo. En uno de los casos se trataba de un servicio que solo disponía de contacto verbal directo, es decir, sin refuerzo físico (pero cuyo modelo conllevaba un refuerzo de AP) y en el otro caso no se contó con ninguna medida de mejora de la relación (es decir, en este caso se obtuvieron todos los puntos positivos de comunicación a través de mejoras en la coordinación). Ambos servicios superaron el año de duración. Con esta información podemos deducir que una inadecuada predisposición al cambio no implica (al menos en los artículos de los que se ha dispuesto) una menor continuidad de la CAR, pero sí un aumento de las dificultades encontradas para su puesta en marcha, lo cual requiere muy buenas medidas de coordinación como respaldo de la consulta a fin de garantizar su continuidad.

Cuando analizamos el bloque de las relaciones entre niveles del Grupo Negativo, los resultados son prácticamente nulos. Solos dos casos contaron con un contacto verbal directo y hasta en 5 casos no se contó con la predisposición de otros servicios al cambio.

En referencia al apartado de coordinación encontramos, con respecto a los protocolos conjuntos, que tres casos del Grupo Positivo no disponían de ellos. De esos casos, uno recalcó la importancia de un adecuado cribado y protocolo pero en ningún momento hizo mención al consenso de este y otro caso incorporó a un profesional del propio servicio a AP para que él mismo realizase el cribado. Es decir, de estos tres casos, dos suplieron la falta de un protocolo consensuado con criterios de aceptación especialmente eficientes. El tercer caso, que no contó con unos criterios de aceptación a su consulta lo suficientemente eficientes, observó discretos resultados en su estudio e incluso puso en duda la funcionalidad de dicha consulta como resultado de los fallos en la coordinación. Con esto podemos deducir que si un protocolo no se realiza en consenso con los servicios que van a formar parte del engranaje de funcionamiento de la CAR, debe incluir un filtro potente para su acceso, es decir, un cribado altamente efectivo. De no ser así, las probabilidades de que en el transcurso del tiempo esta consulta acabe colapsándose y dejando de ser funcional aumentan exponencialmente.

El resto de ítems de comunicación en el Grupo Positivo deben analizarse de forma conjunta, ya que por lo general la existencia y fortaleza de unos suplir la ausencia de otros, por ejemplo, no contar con un profesional de enlace puede suplirse con una mejora en las relaciones entre profesionales, de manera que no se requiera una persona específica para orquestar la CAR sino un servicio trabajando a conjunto. No obstante es

obvio que a más ítems positivos posea la consulta, mayor será la comunicación entre los niveles asistenciales.

Sin embargo, en el Grupo Negativo el único ítem de coordinación que cumplen en prácticamente todos los casos (salvo en uno) es la existencia de un protocolo de actuación, que en ningún caso es consensuado. Solo en un caso se hace mención a una clara intención de bidireccionalidad en la transmisión de información y únicamente en cuatro casos el seguimiento queda claramente especificado tras la consulta. Por lo tanto podemos deducir que pese a aumentar la eficiencia del servicio no se plantea en ningún momento la mejora en la continuidad de la asistencia prestada, de tal forma que en estos casos el aumento de la calidad asistencial queda en entredicho.

Del total de artículos tamizados, solo 5 incluyeron palabras referentes al campo de la ética entre sus palabras clave, de los cuales 4 correspondieron a casos del Grupo Positivo, como era de esperar. Normalmente si el modelo conlleva la intención de modificar las relaciones entre niveles asistenciales, les otorga a estas importancia no solo a la hora de crear el modelo, sino también al publicar su experiencia.

Finalmente, y como resultado global, de los 20 artículos tamizados, menos de la mitad son producto de la estrategia de búsqueda “consulta alta resolución”. Este hecho evidencia la elevada heterogeneidad que existe tanto al entender el concepto de CAR como al aplicar sus variantes.

2. RESULTADOS DE LA RNA

La creación del Tamiz no habría sido posible sin un análisis de todos los artículos de comunicación, en especial del subgrupo RNA (Tabla 2, Anexo III). Este subgrupo se compone de un total de 11 artículos, de los cuales 5 provienen de servicios de AP. Un ejemplo de cómo este es el nivel que más sufre la falta de relación y el que más propuestas propone para su solución.

Para comprender el complejo problema existente en la comunicación entre niveles asistenciales hubo que seguir una serie de pasos. El primero consistió en la lectura y análisis de los artículos del subgrupo RNA, algo que ya se ha explicado en el apartado previo (corresponde a la tercera fase, la extracción de datos). Recordemos que estos artículos se analizaron utilizando el Modelo B (junto con el subgrupo CA, calidad asistencial). Una vez acabado este proceso la información resultaba difícil de entender de una forma global, dado que cada artículo se centraba en una parte de la problemática, por citar solo algunos ejemplos:

- Mala planificación de las listas de espera
- Inadecuación de las derivaciones
- Fallos en la transmisión de información
- Problemas en las relaciones entre profesionales
- Cultura profesional que deriva a una actitud negativa

- Exceso de presión asistencial

Y una larga lista a la que se sumó el subgrupo CA ya que sus artículos aportaban perspectiva al enfoque de la situación. En total contaba con 16 artículos que trataban los fallos en la comunicación, consecuencia de una mala relación entre niveles asistenciales. El resultado global era similar en todos ellos: no hay relación, no hay comunicación, no hay coordinación, no hay continuidad y al final la calidad asistencial es la que sale perjudicada.

Sin embargo si el objetivo de este trabajo es analizar las CAR en función de su efecto en la relación entre niveles asistenciales, no bastaba con valorar el resultado global. Era necesario entender la relación que hay entre cada una de las partes que influyen en el conjunto de la comunicación para entender en qué puntos fallan y si las CAR actuaban o no en dichos puntos.

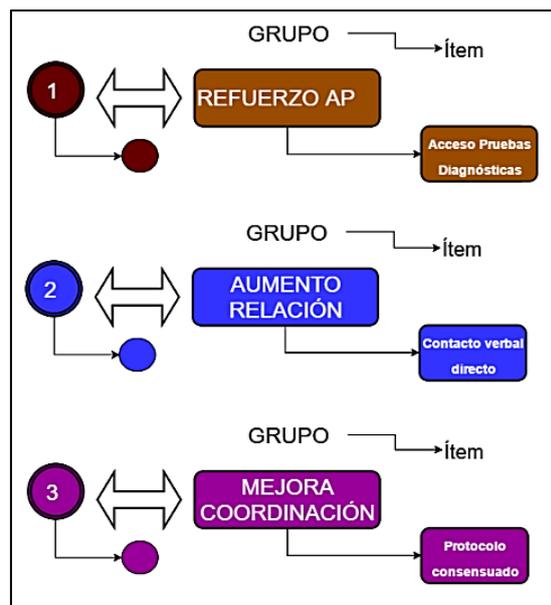
Por ello se procedió a la creación de un diagrama que interrelacionase todos los artículos del subgrupo RNA. Para ello se dispuso de la información recopilada en los Modelos B, los cuales se volvieron a analizar pero esta vez con la intención de crear pequeños diagramas los cuales resumieran la problemática que cada artículo trataba en concreto. Una vez quedaron hechos los 16 diagramas (se hicieron a mano por eso no quedan recopilados en el anexo, pero sí en el diario de campo), se combinaron como si de un puzle se tratase en un único diagrama final, al que nos referiremos a partir de este momento como “**Diagrama Comunicación**” (Anexo VII). En él se puede apreciar de forma global dicho problema, pero gracias a las flechas y símbolos es posible entender en qué punto falla cada elemento. Este proceso se hizo paralelamente a la creación del Tamiz (Cuarta fase) en la que se iban extrayendo a la vez que se creaban los esquemas, las soluciones que cada artículo proponía para mejorar la comunicación.

Una vez creado el Tamiz se superpuso a este el Diagrama Comunicación. El resultado fue un diagrama donde quedaron marcados los puntos en los que era posible la actuación de las CAR en el caso en que se aplicasen en estas consultas todas las estrategias de mejora que propusieron los artículos RNA. A este diagrama nos referiremos como “**Diagrama Tamiz**” (Figura 1, Anexo VIII). Los puntos fueron marcados con círculos. A cada ítem de comunicación del Tamiz de los CAR le corresponde un círculo pequeño, que queda localizado en el diagrama en el punto donde actuaría. Los tres círculos grandes representan el grupo en el que los ítems se englobaron en el Tamiz (Grupo 1, 2 y 3) y son el resultado de la suma de los ítems individuales de cada grupo de dicho Tamiz, o lo que es lo mismo, de cada círculo pequeño del Diagrama Tamiz.

Los círculos siguieron el mismo código de colores que el Tamiz de los artículos CAR:

- Marrón para las actuaciones referidas a un refuerzo de AP (Grupo 1 en el Tamiz).

- Azul para las actuaciones referidas al aumento en la relación entre niveles asistenciales (Grupo 2 en el Tamiz).
- Morado para las actuaciones referidas a la mejora en la coordinación entre profesionales (Grupo 3 en el Tamiz). [Este apartado tiene dos círculos más en el Diagrama Tamiz que el Tamiz de los artículos CAR, puesto que se consideró que había ítems que actuaron al unísono en dos puntos del diagrama, pero su resultado final se valora como un mismo punto al tratarse del mismo ítem].



Una vez quedó claro el Diagrama Tamiz, pasamos a volcar los resultados obtenidos de la combinación de tablas, es decir, las “Tablas Resultados”, en dicho diagrama. Se crearon dos diagramas, uno para el Grupo Positivo y otro para el Grupo Negativo. El código que se siguió fue el siguiente:

- Si más de la mitad los artículos de un grupo tenían positivo ese ítem (es decir, contaban con un 1 en el Tamiz) al círculo se le otorgaba el color verde. Suponía que dicho ítem se había aplicado en la mayoría de los casos y que por tanto la CAR había sido eficiente actuando en ese punto de la comunicación.
- Si solo la mitad de los artículos de un grupo tenía positivo ese ítem, al círculo se le otorgaba el color naranja. Suponía que los resultados eran ambiguos y que por tanto la acción de la CAR era imprecisa en este punto.
- Si menos de la mitad de los artículos de un grupo tenía positivo este ítem (es decir, contaban con más 0 que 1 en el Tamiz) al círculo se le otorgaba el color rojo. Suponía que dicho ítem no se había aplicado en la mayoría de los casos y que por tanto las CAR habían sido ineficientes en su actuación a este punto de la comunicación.

El producto de este proceso fueron dos Diagramas Tamiz, uno con los resultados del Grupo Positivo y otro con los resultados del Grupo Negativo, que se corresponden con la Figura 2 (“Diagrama positivo”) y la Figura 3 (“Diagrama negativo”) del Anexo VIII.

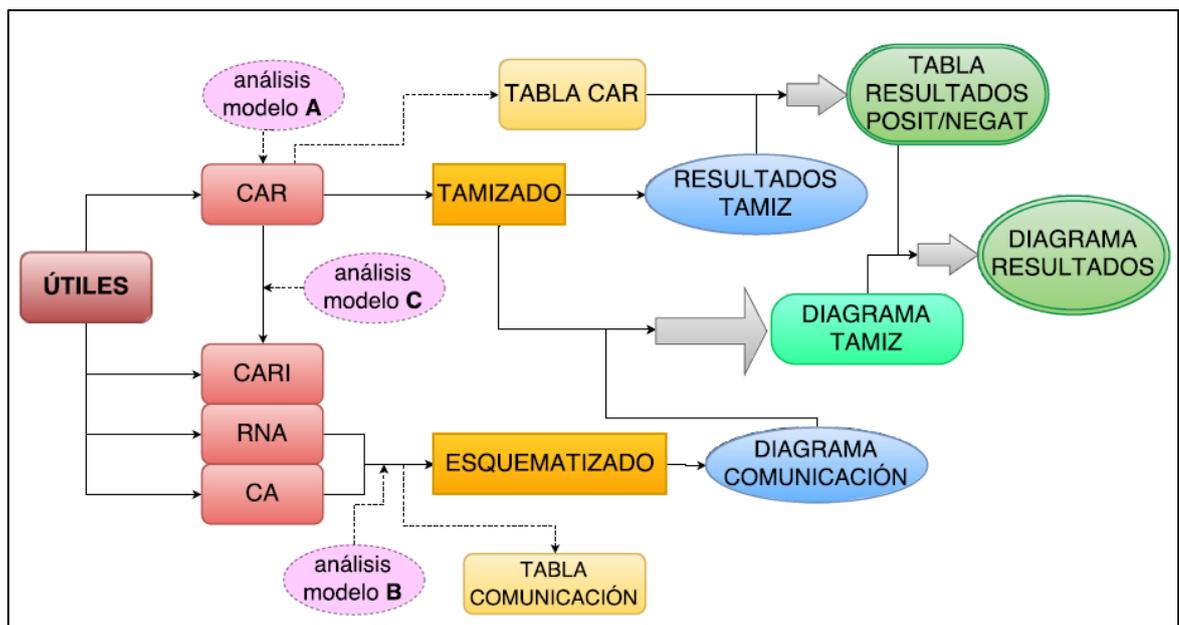
Del análisis de estos diagramas podemos deducir una serie de conclusiones que se superponen a las ya obtenidas en el apartado previo.

Del Diagrama positivo, la mayoría de los círculos son verdes y se corresponden con una actuación positiva de las CAR en la comunicación a efectos globales. Los peores

resultados se recogen en el apartado de AP. Pese a que el resultado del grupo sea ambiguo (color naranja), si se analizan los ítems por separado podemos ver que se corresponden con resultados negativos (ninguno de los ítems por separado llega a 6 puntos del total de 12). Con ello podemos deducir que de las CAR que obtuvieron un resultado positivo en comunicación, en relación al refuerzo de AP, son ineficientes. Sin embargo si analizamos el apartado de Coordinación (Grupo 3), encontramos un único ítem negativo (este corresponde concretamente a la presencia de un profesional de enlace) pero, al ser positivos el resto de ítems del grupo, el resultado global de Coordinación es positivo. Con ello podemos deducir que las CAR que obtuvieron un resultado positivo en comunicación, en relación con la mejora de la Coordinación, son eficientes.

Del Diagrama negativo, el único ítem que resultó positivo fue el de protocolos y cribado (si bien en ninguno de los casos es consensuado). El resultado en Coordinación es ambiguo y no se puede considerar que en estos casos la implantación de la CAR hay supuesto una mejora de la comunicación, la coordinación ni la calidad asistencial en este sentido.

Todos los procedimientos llevados a cabo en este apartado quedaron recogidos en el siguiente diagrama:



Poco más de la mitad de los CAR tamizados (es decir, los que ya habían pasado los cribados) cuentan con elementos que apuesten por una mejora en las relaciones entre niveles asistenciales. Frente a este dato nos encontramos que absolutamente todos los artículos revisados en los que se detallan experiencias CAR o CARI, se incluían, como consecuencia de la implantación de este nuevo modelo, una mejora de la relación entre niveles, de la coordinación y de la calidad asistencial. Es decir, existe una clara inconsciencia de lo que supone mejorar estas cualidades al poner en marcha una CAR.

Para empezar tiene que quedar claro que la mejora de la relación entre dichos niveles no es una consecuencia del buen funcionamiento del modelo, sino un elemento necesario que debe planificarse a la hora de crearla e implantarla.

Por otro lado, las consultas que han puesto en marcha dichas medidas (es decir, se sitúan en el Grupo Positivo de este trabajo) presenta por lo general la misma carencia, no suelen otorgar a AP un papel activo en la búsqueda de soluciones (no la refuerzan, no le permiten acceso a pruebas...). Este hecho lo podríamos equiparar al famoso lema del despotismo ilustrado “Todo para el pueblo, pero sin el pueblo”, un reflejo de la mentalidad jerarquizada que se mantiene en las relaciones entre niveles asistenciales, que en nuestro caso se podría traducir como “Todo para la primaria, pero sin la primaria”. Sin embargo son estas consultas que se excluyen en la búsqueda de soluciones, las de AP, las herramientas más potentes con las que contamos para resolverlo. Se ha constatado que las consultas de AP se sitúan entre las consultas con mayor poder resolutivo del sistema sanitario [(...) Se estima que en un periodo de 5 años, la totalidad de la población adscrita a un centro de salud pasa al menos una vez por su médico de familia, produciéndose en torno a 6 visitas anuales por persona. Pese a la ingente cantidad de visitas y problemas atendidos que ello supone, el nivel asistencial mantiene una elevada capacidad de resolución, próxima al 95%, lo que implica que solo una pequeña parte de los pacientes atendidos son remitidos al segundo nivel.]⁵⁵ No obstante, este descuido del primer nivel asistencial en la toma de medidas resolutivas era algo que, tras leer y analizar los artículos del Grupo Comunicación, resultaba más que predecible encontrar entre los resultados, pues suele ser el punto débil que tienen en común la mayoría de los nuevos modelos alternativos al tradicional.

Nos enfrentamos a un panorama donde la escasa coordinación entre niveles asistenciales deriva una serie de problemas que requieren para su resolución medidas que contemplen las diferentes partes que lo constituyen. Por ejemplo, si decidimos apostar por estos modelos de CAR invirtiendo un esfuerzo considerable en su instauración y funcionamiento pero nos olvidamos de tratar la base de las derivaciones a dicha consulta, es decir, de invertir en AP, las derivaciones inadecuadas seguirán llegando. Debemos recordar que no se trata de derivar menos, sino de hacerlo con calidad, basándonos en unos criterios técnicos adecuados.⁵⁵

El hecho de que hubiese que realizar un segundo análisis de los artículos a los que se aplicó el tamizado es un ejemplo de cómo al leer un artículo solo vemos lo que buscamos y solo buscamos lo que conocemos. Por ello es importante que seamos conscientes de cuáles son los elementos que influyen en la relación entre niveles y su repercusión en la calidad de la asistencia prestada.

Con todos estos datos se concluye que no existen evidencias que permitan confirmar la hipótesis inicial y que por ende, las CAR en sus diferentes versiones no han demostrado implicar “per se” una mejora en la relación entre niveles asistenciales y la calidad asistencial.

Se ha creado un cuestionario que recoge los principales aspectos que pueden condicionar el adecuado funcionamiento de la CAR en el ámbito de la comunicación. De manera que, previa implantación del modelo, el servicio que decida su puesta en marcha pueda revisar dichas cuestiones a fin de mejorar en tales aspectos y poder asegurar a raíz de la puesta en marcha del nuevo modelo una mejora de la calidad asistencial. (Anexo IX)

3. LIMITACIONES

Las primeras con el que nos encontramos son las estrategias de búsqueda. Pese a ser un TFG de ética, en ninguna de las búsquedas aparece dicha palabra. La razón es sencillamente que en el momento en que se añadía a la estrategia, los resultados eran nulos. Por lo tanto se han tenido que utilizar conceptos sinónimos como “calidad” a fin de no truncar todas las búsquedas. El problema que se origina al utilizar un término similar pero no exacto es que se engloban muchos otros artículos que no son adecuados para el objetivo concreto del trabajo, pero que han requerido su lectura completa antes de poder ser descartados y en algunos casos, al superar los dos primeros cribados, también se han analizado. La parte positiva es que en general se trata de artículos que han otorgado una visión más global al problema.

No existe consenso en la definición de consulta de alta resolución. Esto deriva por un lado, que se recopilen y analicen artículos que no describen realmente una consulta de alta resolución, sino que han utilizado el término de forma inadecuada (parte de los CARI de este TFG provienen de esta limitación). Y por otro lado, que se hayan necesitado varias estrategias de búsqueda a fin de recopilar el mayor número posible de experiencias en este tipo de consultas, lo cual ha producido que se hayan analizado a su vez más artículos que no contaban con una CAR real (y que se han sumado al subgrupo CARI). De esta limitación también se derivan todos los servicios que hayan puesto en marcha una CAR o una de sus variantes, pero que al no llamarlas por las palabras que se han introducido en las estrategias, se han perdido de las búsquedas.

Como consecuencia de las limitaciones previas, los criterios de inclusión de este TFG no han podido ser lo suficientemente específicos, lo cual se traduce en un alto número de artículos analizados en profundidad, en comparación con los que realmente se han podido utilizar para responder al objetivo de este TFG (de los 38 artículos que utilizaron el término CAR solo 20 se pudieron tamizar).

Al intentar responder una pregunta que hace referencia a la organización del sistema sanitario, quedaron excluidos en la tercera criba un elevado número de artículos ingleses, por lo que los resultados obtenidos quedan limitados al ámbito nacional y no se consideran aplicables fuera de este.

También se ha encontrado un importante sesgo de publicación. Salvo casos muy puntuales, los artículos exponen resultados positivos en eficiencia para el servicio, por

lo que es muy probable que se haya sobrevalorado la actuación de la CAR en dicho sentido.

Pocos casos contaban experiencias CAR continuadas en el tiempo y ha sido excepcional encontrar casos de la misma consulta en distintos periodos. Por lo tanto, evaluar con exactitud la interacción entre las características de las CAR y sus resultados a largo plazo no ha sido posible.

Finalmente, debido al tiempo limitado del que se ha dispuesto para realizar este TFG, no ha sido posible contactar con los autores de las CAR tamizadas, por ello sólo se ha incluido en el análisis la información que constaba por escrito en los artículos y existe la posibilidad de que algunos ítems hayan podido ser infravalorados. Queda pendiente para futuros trabajos en este campo contactar con los autores de dichos artículos para una mejor evaluación de los mismos.

4. FORTALEZAS

No se ha encontrado en la revisión ningún otro trabajo que aunase en un el mismo grupo a todas las experiencias publicadas bajo el nombre de consultas de alta resolución (junto con sus variantes) y las analizara desde la perspectiva ética de las relaciones entre niveles asistenciales.

El enfoque con el que se abordó este TFG fue en su inicio deductivo. La autora no disponía de información ni experiencia previa en relación a las CAR, por ello se consideró importante recoger en el trabajo de campo las opiniones iniciales y compararlas con las finales de los artículos tamizados. Todos los diagramas creados han sido a su vez deducidos de los datos recogidos por el análisis de artículos, de tal forma que la visión creada del problema de comunicación entre niveles asistenciales ha sido el reflejo de la literatura publicada, no de las opiniones de la autora o la tutora. Posteriormente sí se confirmó con dicha tutora la concordancia entre estos datos y la realidad a la que se enfrentan los profesionales del sistema sanitario.

En este trabajo se han recopilado datos cualitativos de las CAR, se les ha sometido a un filtro cuantitativo y sus resultados posteriores han sido interpretados de forma cualitativa (dada la imposibilidad de analizarlos de forma estadística). Además se han contrapuesto los resultados obtenidos entre las tablas cuantitativas y las cualitativas con los diagramas para asegurar que su interpretación fuese la adecuada (lo cual ha requerido varias lecturas no solo de los resultados, sino de los datos iniciales, de tal forma que se pudiese dar una explicación lógica a las pocas discordancias que han surgido)

CONCLUSIONES

- No se han encontrado evidencias que apoyen la repercusión positiva de las CAR en la RNA. Como sucede con otras herramientas teóricamente útiles, su puesta en práctica “per se” no implica una mejora en la RNA.
- Para que las CAR lleven implícitas una mejora en la RNA se deben planificar durante su creación procedimientos que aseguren dichas relaciones, incluyendo medidas que impliquen un aumento de la coordinación entre niveles y un refuerzo en el ámbito de la AP.
- Contar con intervenciones que favorezcan la comunicación entre los profesionales que quedan implicados durante el desarrollo de una CAR favorece su continuidad temporal y la adecuación de las derivaciones que a dicha consulta se realizan.
- Sin un adecuado sistema de cribado y un protocolo de derivación consensuado, la CAR supone una solución perecedera, dado que se trata de un modelo altamente susceptible de ser colapsado. De nuevo subyacen las consideraciones éticas de implicación y compromiso que sustentan la RNA.
- Es necesario unificar de forma consensuada la definición del concepto CAR a fin de permitir su análisis y comparación con respecto a otros modelos.
- Se considera recomendable, previa puesta en marcha del modelo CAR en un servicio, plantear medidas de actuación sobre los fallos en comunicación que han aparecido bajo el sistema tradicional de consulta de dicho servicio; a fin de asegurar que con la implantación del nuevo modelo queden cubiertos el mayor número posible de dichos fallos.
- La AP sigue siendo la gran olvidada al crear nuevos modelos asistenciales, pese a evidenciar una alta capacidad resolutive. Su refuerzo a raíz de la implantación de la CAR se considera insuficiente.
- Es necesario crear herramientas bien definidas que permitan el análisis adecuado de las actuaciones cualitativas en artículos con alta heterogeneidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990.
2. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de instrumentos y medidas. *Gac. Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.
3. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease. *BMJ.* 2000; 320:569-72.
4. Vergelés-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión.* 2002; 8:159-66.
5. Longest BB, Young G. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny A, (ed). *Health care management.* New York: Delmar, 2000: 210-43.
6. Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A.;2002.
7. Shortell SM, Kaluzny A. *Health care management* (4º ed). New York: Delmar, 2000.
8. Henao Martinez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac. Sanit.* 2009; 23(4): 280-286.
9. Warren JR, Beliakov GV, Noone JT, Frankel HK. Chronic disease coordinated care planning: flexible, task-centered decision support. *Top Health Inform Manage.* 1999; 20:52-68.
10. Mickman S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev.* 2000; 23:179-92.
11. Consejería de Salud. Actividad asistencial en atención especializada Andalucía 2001. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía,2002.
12. Zambrana García JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. . *Med Clínica.* 2004; 123: 257-259.
13. San Román CM, Viciano P, García Calvo MI, Gómez-Huelgas R, Peláez S, Porrás JJ, et al. Consultas de especialidades médicas. Un sistema de «protección» y selección de hospitales generales básicos. *Rev Clínica Española.* 1988; 182:173-6.
14. Criado Montilla J, Ibáñez Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clínica.* (Barc) 1996; 106:463-8.
15. Plan Funcional Hospital Alto Guadalquivir. Sevilla: Consejería de Salud, 1998.
16. López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla M, Olaizola Mendibil A, Latorre Guisasola M. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. *Rev Calidad Asistencial.* 2009; 6: 39-244.
17. Almazán González S, Marín Patón M, Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clínica.* 2002; 118:302-305.
18. Montijano Cabrera ÁM, Caballero Güeto J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Española Cardiología.* 2007; 7: 30-36.
19. Falces C, Sadurní J, Monell J, Andrea R, Ylla M, Moleiro Á, Cantillo J. Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de

- experiencia. Rev Española Cardiología. 2008; 61: 530-533.
20. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S, H. d. Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Med Clínica. 2005; 124: 620-626.
 21. Sanchís-Bayarri Bernal V, Rull Segura S, Moral López L, García Ferrer E, Aparisi Romero J, Escandón Álvarez J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. Rev Clínica Española. 2003; 203: 133-135.
 22. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol Farriols R, Mast R. Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. Rev Clínica Española. 2008; 208: 561-563.
 23. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula JM, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. SEMERGEN. 2012; 38: 126-130.
 24. San José Laporte A, Jiménez Moreno X, Ligüerre Casals I, Vélez Miranda MC, Vilardell Tarrés M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Rev Clínica Española. 2008; 208: 71-75.
 25. Santos Castro PÁ de, Jimeno Carruez A, García Cobo MC, Elices Calzón MI, Almaraz Gómez A, Muñoz Moreno MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). Rev Clínica Española. 2006; 206: 84-84.
 26. San José Laporte A, Pérez López J, Pardos-Gea J, Vilardell Tarrés M. Consulta de atención inmediata. Experiencia de tres años. Rev Clínica Española. 2010; 210: 55-56.
 27. Martínez Pillado M, Ortiz de Saracho J, Castrodeza R, Rey L, Galán J. Efectividad de la implantación de un circuito rápido de consulta para el cáncer de pulmón. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22: 85-88.
 28. Fernández Pérez M, López Benito MM, Franco Vidal A. 2003. Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial. Rev Pediatría Atención Primaria 2003; 5: 133-144.
 29. Ferreira González I, Urrutia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. Rev Española Cardiología. 2011; 64: 688-696.
 30. Cancer Pérez S, Luján Huertas S, Perera Sabio M, Alfayate García JM, Gutiérrez Baz M, Puras Mallagray E. Diagnóstico del paciente vascular en una única consulta. Hacia una aplicación racional de los recursos. Rev Angiología. 2006; 58: 383-389.
 31. González de Dios J. Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atención Primaria: un instrumento de mejora en la calidad asistencial. Rev Pediatría Atención Primaria. 2005; 7: 21-31.
 32. Rosa Jiménez F, Martos Melguizo L, Montijano Cabrera AM, Zambrana García JL, Adarraga Cansino MD. Impacto de los sistemas automatizados en un modelo de consulta de alta resolución. Anales de Medicina Interna; 2005; 22: 511-514.
 33. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continuada (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. Med Clínica. 2004; 122: 46-52.
 34. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continuada (GAMIC). Evaluación de la eficacia diagnóstica de la consultoría entre internistas y

- médicos de familia para los pacientes con dispepsia. *Med Clínica*. 2004; 123: 374-380.
35. Gérvas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución?. *Med Clínica*. 2002; 119: 315-315.
 36. Zambrana García JL. Consulta única, ¿es la única y mejor solución?. *Contestación*. *Med Clínica*. 2002; 119: 598-598.
 37. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, Montull S. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clínica*. 2004; 223: 247-250.
 38. Cerdán Carbonero M, Sanz López R, Martínez Ramos C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria*. 2005; 35: 283-287.
 39. García-Norro Herreros F, Marcos Vidal J, Escudero Álvarez S, Fierro González D, Díez Rodríguez A, Simarro Martín-Ambrosio E. Evaluación de las actividades asistenciales sanitarias desarrolladas por ambos niveles asistenciales en la prevención secundaria de cardiopatía isquémica. *SEMERGEN*. 2006; 32: 157-157.
 40. Castillo Escobar A del, Martínez Tardido M. Utilización de la consulta inmediata en un Equipo de Atención Primaria. Base para su mejora. *Rev Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2006; 23: 35-44.
 41. Cabré Ollé X, Almirall Egerique M, Domingo Albín D, Abadías Medrano MJ. 2007. Alternativas a la hospitalización convencional. *Med Clínica*. 2007; 128: 34-34.
 42. Rodríguez Alcalá F, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005; 36: 137-143.
 43. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomes L, Guix J, Bañeres J, Costa J, Nofuentes S, Prat J. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clínica*. 1999; 112: 97-105.
 44. Martínez Campos T, García Rodríguez MA, Arquiaga Thireau R, Carrasco Prieto AL. El documento de interconsulta, fuente de información para evaluar la calidad de la comunicación entre los niveles de asistencia. *Centro de Salud*. 1997; 5: 446-450.
 45. Fernández Ruiz JS. Integración asistencial: ¿cuestión de modelos?, ¿la panacea para la Atención Primaria? *SEMERGEN*. 2011; 37: 389-390.
 46. Alcolea Guerrero M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2009; 7: 715-728.
 47. Fernández-García JC, Mancha-Doblas I, Ortega-Jiménez MV, Ruiz-Escalante JF, Castells-Fusté I, Tofé-Povedan S, Argüelles-Jiménez I, Tinahones FJ. Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo. *Endocrinología y Nutrición*, 2014; 61: 329-334.
 48. Díaz-Soto G, Torres B, López JJ, de Luis D. Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo: un modelo de eficiencia económica. *Endocrinología y Nutrición*. 2014; 61: 552-553.
 49. Fernández-García JC, Mancha-Doblas I, Tinahones FJ. Respuesta: Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo: un modelo de eficiencia económica.

- Endocrinología y Nutrición. 2014; 61: 553-554.
50. Álvarez Del Arco D, Rodríguez Rieiro C, Sanchidrián De Blás C, Alejos B, Plá Mestre R. Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitativa en la evaluación de servicios sanitarios. Un caso práctico: la evaluación de una consulta de alta resolución. *Rev Calidad Asistencial*. 2012; 27: 275-282.
 51. Juan Ruiz FJ, Aranda Pérez G, Trujillo Ruiz JA. Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2010; 8: 105-122.
 52. Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clínica*. 2002; 118: 65-67.
 53. Montijano Cabrera AM, Luis Zambrana JL, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de "consulta única" en cardiología. *Rev Calidad Asistencial*, 2003; 18: 650-654.
 54. Rico Marí E, Borja Pastor MC, Codoñer Franch P, Úbeda Snsano MI. Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolución en Atención Primaria. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2004; 6: 597-604.
 55. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *SEMERGEN*. 2013; 39: 89-94.
 56. Dubón-Peniche MC, Gutiérrez-Vega R, Pérez-Pérez JMC & Castro-Hernández FI. La calidad de la atención y las controversias médico-paciente. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2013; 12: 205-210.
 57. Martínez Maestre M^aÁ, Ramos Cuadra A, González Cejudo C & Álvarez Nevado M. Un modelo de gestión de consultas en un centro de especialidades: implicación y comunicación de los profesionales como claves del éxito. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2007; 5: 293-309.
 58. Caminal Homar J, Martín Zurro A & Acuerdo de Bellaterra Grupo . Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005; 36: 456-461.
 59. Piqué Josep M. ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? *Aten Primaria*, 2016; 48: 514-519.
 60. Montero Ruiz E, Rebollar Merino Á, Melgar Molero V, Barbero Allende JM, Culebras López A , López Álvarez J. Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*, 2014; 29: 3-9.
 61. Cebrià Andreu J. Comentario: ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? *Aten Primaria*. 2005; 35: 288-289.
 62. Herreras Gutierrez JM, Arguelles Arias F, Martin Herrera L, Montero Dominguez JM, de Dios Vega J, Martin-Vivaldi Martinez R, Dominguez Macias A, Maldonado Eloy-Garcia J, Sanchez Cantos AM, Romero Gomez M, Marquez Galan JL. Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía: ¿Qué es y cómo debe funcionar? *Rev Española Enfermedades Digestivas*. 2008; 100: 5-10.
 63. Andrea R, Falces C, Sanchis L, Sitges M, Heras M, Brugada J. Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o reducida mediante una consulta de alta resolución. *Aten Primaria*. 2012; 45: 184-192.
 64. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A , Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento

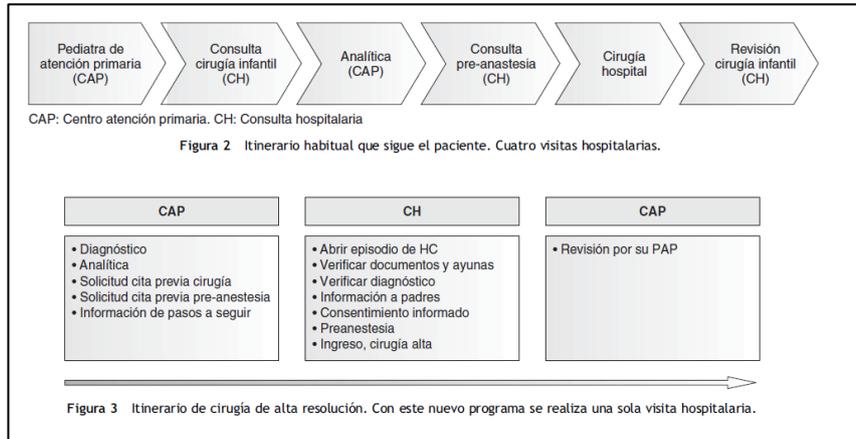
- interconsulta. Aten Primaria. 2000; 26: 681-684.
65. Prieto de Paula JM, Escudero Piñeiro CG, Romo Gil JM, Franco Hidalgo S. Sobre la gestión de las interconsultas entre atención primaria y especializada. SEMERGEN. 2014; 40: 114-115.
66. Bermejo F. La consulta de alta resolución en gastroenterología: beneficios y limitaciones. Rev Española Enfermedades Digestivas. 2016; 108: 1-2.
67. Páez A, Redondo E, Saenz J, Marin M, Juarez N, Duran M. The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department. Int Braz J Urol. 2011; 37: 623-9.
68. Reid MJ, David LA, Nicholl JE. Comment on: Truly one stop? Ann R Coll Surg England. 2009; 91: 301-4.

BIBLIOGRAFÍA IMÁGENES:

- Si la imagen lleva en el borde inferior un número, éste se corresponde con la cita de la bibliografía de la que se ha extraído dicha imagen.
- Si la imagen no lleva adjunta en su borde inferior ninguna referencia, se corresponde con una imagen de creación propia. Para esta tarea se utilizaron los siguientes programas: M. Word, M. Excel y Draw.io.

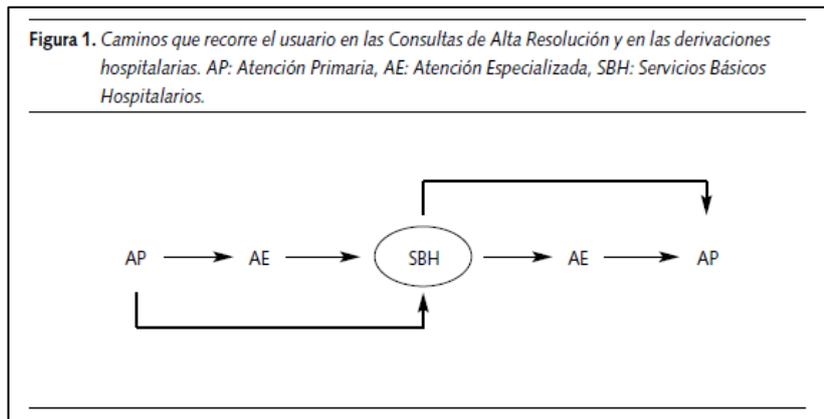
ANEXO I: MODELOS DE CAR

FIGURA 1: CAR EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA



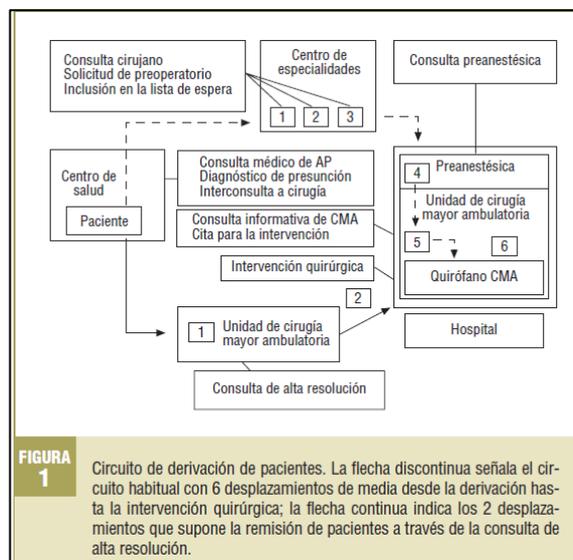
16

FIGURA 2: CAR DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



28

FIGURA 3: CAR EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



38

ANEXO II: TABLA BASE

| Nº | AUTOR PPAL | TITULO | AÑO | IDIOMA | LOCALIZACION | SERVICIO PROCEDENCIA | REVISTA | B.DATOS | BUSQUEDA | GRUPO |
|----|----------------------------|--|------|---------|---------------------------------|---|---|------------|-----------|-------|
| 2 | Ugeux Alvarez-Babillos, P. | Clasificación de alto resolución pediátrica: una serie de 75 casos | 2009 | Español | Elizabeta, España | Cirugía Pediátrica | Revista de Calidad Asistencial | IME | 1 | CAR |
| 3 | Sun Jose Laporte, A. | Atención especializada ambulatoria aguda de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Caso de la consulta de arco único en cardiología | 2008 | Español | Barcelona, España | Medicina Interna | Revista Clínica Española | IME | 1 | CAR |
| 4 | Montano Caparrós, AM. | Diagnóstico del paciente vascular en una única consulta. Hacia una aplicación racional de los recursos | 2007 | Español | Juéri, Granada, Córdoba, España | Cardiología | Revista Española de Cardiología. Suplementos. | IME | 1 | CAR |
| 5 | Alvarez Pérez, S. | Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atención Primaria: un instrumento de medida | 2006 | Español | Madrid, España | Cirugía Vascular | Angiología | IME | 1 | CAR |
| 6 | González de Dios, J. | Impacto de los sistemas automatizados en un modelo de consulta de alta resolución | 2005 | Español | Alicante, España | Pediatría | Pediatría de Atención Primaria | IME | 1 | CARI |
| 7 | Rosa Jiménez, F. | La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica | 2005 | Español | Corroba, España | X | Anales de Medicina Interna | IME | 1 | CARI |
| 8 | GMVIC | Evaluación de la eficacia diagnóstica de la consultoría entre internistas y médicos de familia para los pacientes | 2004 | Español | Cádiz, España | Medicina Interna | Medicina clínica | IME | 1 | CARI |
| 9 | Fernández Pérez, M. | Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial | 2003 | Español | Cádiz, España | Medicina Interna | Medicina clínica | IME | 1 | CARI |
| 10 | Fernández Pérez, M. | La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias | 2003 | Español | Asturias, España | Dirección Asistencial | Medicina clínica | IME | 1 | CAR |
| 11 | Alvarez González, S. | ¿Alta o excesiva resolución? Contestación | 2002 | Español | X | Atención Primaria | Medicina clínica | IME | 1 | CARI |
| 12 | Gérvasi, J. | Alta o excesiva resolución? Contestación | 2002 | Español | X | Atención Primaria | Medicina clínica | IME | 1 | CARI |
| 13 | Zimbrana García, JL | Unidad de diagnóstico rápido de un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento | 2008 | Español | Juéri, España | Medicina Interna | Medicina clínica | IME | 1 | CARI |
| 14 | Rubio-Rivas, M. | Efectividad de la implantación de un circuito rápido de consulta para el cáncer de pulmón | 2007 | Español | Barcelona, España | Medicina Interna | Revista Clínica Española | IME | 2 | CAR |
| 15 | Martínez-Bellido, M. | Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) | 2006 | Español | Tenerife, España | Neumología | Revista de Calidad Asistencial | IME | 2 | CAR |
| 16 | de Smito, Castro, PA. | Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años | 2006 | Español | Valladolid, España | Medicina Interna | Revista Clínica Española | IME | 2 | CARI |
| 17 | Cañal, S. | Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución | 2004 | Español | Barcelona, España | Medicina Interna | Medicina clínica | IME | 2 | CAR |
| 18 | Cardán-Castanero, M. | Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución | 2005 | Español | Madrid, España | Cirugía (CMA) | Atención Primaria | IME | 3 | CAR |
| 19 | Hernán Martínez, D. | Evaluación de las actividades asistenciales sanitarias desarrolladas para ambos niveles asistenciales en la prueba de consulta | 2009 | Español | Barcelona, España | Servicio Estudios Prospectivos | Gaest Sanitaria | IME | 4 | RNA |
| 20 | García-Norco-Herreros, F. | Evaluación de la actividad asistencial de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia | 2008 | Español | Barcelona, España | Cardiología | Revista española de Cardiología | IME | 4 | RNA |
| 21 | Saiz, C. | Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia | 2006 | Español | Leon, España | Atención Primaria | Semergen | IME | 6 | CAR |
| 22 | Cañal, Escobar, A. del. | Utilización de la consulta inmediata en un Equipo de Atención Primaria. Base para su mejora. | 2006 | Español | Madrid, España | Cardiología | Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia | IME | 6 | CAR |
| 23 | Fernández Salinas, M. | Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna | 2005 | Español | Madrid, España | Atención Primaria | Medicina Clínica | IME | 7 | CARI |
| 24 | Cañal, Ollé, X. | Alternativas a la hospitalización convencional | 2007 | Español | Lleida, España | Medicina Interna | Medicina Clínica | IME | 7 | CARI |
| 25 | Rodríguez Alcázar, F. | Nuevos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel | 2005 | Español | Valladolid, España | Medicina Interna | Atención Primaria | IME | 8 | RNA |
| 26 | Suredi, R; Carbonell, JM. | Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión | 1999 | Español | X | Atención Primaria | Medicina Clínica | IME | 8 | RNA |
| 27 | Wartiner Campos, I. | El documento de interconsulta: fuente de información para evaluar la calidad de la comunicación entre los niveles | 1997 | Español | X | X | Centro de Salud | IME | 8 | RNA |
| 28 | Sun Jose Laporte, A. | Consulta de atención inmediata. Experiencia de tres años | 2010 | Español | Barcelona, España | Medicina Interna | Revista Clínica Española | ELSE | 9 | CAR |
| 29 | Franco Hidalgo, S. | Unidad de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros años | 2012 | Español | Palencia, Valladolid, España | Medicina Interna | Semergen | ELSE | 9 | CAR |
| 30 | Ruiz, J. S; Fernández | Integración asistencial: ¿excesión de modelos? ¿la panacea para la Atención Primaria? | 2011 | Español | X | Atención Primaria | Semergen, Medicina de Familia | ELSE | 9 | RNA |
| 31 | Alcalá Guerrero, María | Abandono de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés. Sanitari | 2009 | Español | Aragón, España | Instituto Aragonés Ciencias Salud, Economía | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI | ELSE | 9 | CARI |
| 32 | Fernández García, José Cor | Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo | 2014 | Español | Malaga, España | Endocrinología | Endocrinología y Nutrición | ELSE | 10 | CAR |
| 33 | Díaz-Soto, Gonzalo | Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo: un modelo de eficient | 2014 | Español | Valladolid, España | Endocrinología | Endocrinología y Nutrición | ELSE | 10 | CARI |
| 34 | Fernández-García, José Cor | Respuesta a : Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo. un mo | 2014 | Español | Malaga, España | Endocrinología | Endocrinología y Nutrición | ELSE | 10 | CARI |
| 35 | Alvarez del Arco, D. | Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitativa en la evaluación de servicios sa | 2012 | Español | Madrid, España | Medicina Interna | Revista de Calidad Asistencial | ELSE | 10 | CARI |
| 36 | Juan Ruiz, Francisco José | Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa | 2010 | Español | Malaga, España | Dirección Asistencial | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI | ELSE | 9 | CAR |
| 37 | Sánchez-Bayarri Bernál, V. | Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera | 2003 | Español | Valencia, España | Medicina Interna | Comunicación Breve | ENL ART 3 | ART ENLAZ | CA |
| 38 | Zimbrana García, JL | Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. | 2004 | Español | Corroba, España | Medicina Interna | Medicina Clínica | ENL ART 3 | ART ENLAZ | CA |
| 39 | Pérez-Fernández, Mercedes | El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas | 2002 | Español | Madrid, España | Medicina Interna | Medicina Clínica | ENL ART 11 | ART ENLAZ | CA |
| 40 | Maria Montalano, Angeli | Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de "consulta única" en cardiología | 2003 | Español | Juéri, España | Cardiología | Revista de Calidad Asistencial | ENL ART 4 | ART ENLAZ | CAR |
| 41 | Rico Martí, E. | Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolución en Atención Primaria. | 2004 | Español | Valencia, España | Pediatría | Pediatría de Atención Primaria | ENL ART 6 | ART ENLAZ | RNA |
| 42 | Bizco Wontilla | Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada | 2013 | Español | Toledo, España | Atención Primaria | Semergen | ENL ART 6 | ART ENLAZ | RNA |
| 43 | Dubón-Peniche, María del | La calidad de la atención y las controversias médico-paciente | 2013 | Español | México, Df, México | Comisión Nacional Arbitraje Médico | Gaceta Mexicana de Oncología | ELSE | 9 | CA |
| 44 | Martinez-Masera, M. Ana | Un modelo de gestión de consultas en un centro de especialidades: implantación y comunicación de los profes | 2007 | Español | Sevilla, España | Ginecología-Obstetricia | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI | ELSE | 9 | CAR |
| 45 | Compañal Honor, J. | ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? | 2005 | Español | X | Atención Primaria | Atención Primaria | ELSE | 9 | CA |
| 46 | Plaza, José M. | Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. | 2016 | Español | Barcelona, España | Dirección General | Atención Primaria | ELSE | 9 | CA |
| 47 | Montoro Ruiz, E. | ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? | 2014 | Español | Barcelona, España | Medicina Interna | Atención Primaria | ELSE | 9 | RNA |
| 48 | Cañal, Andrés, J. | Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? | 2005 | Español | Barcelona, España | X | Atención Primaria | ENL art 18 | ART ENLAZ | RNA |
| 49 | Hernández Gutiérrez, J. M. | Consulta de alta resolución de diagnóstico en Atención Primaria: ¿qué es y cómo debe funcionar? | 2008 | Español | Sevilla, España | Digestivo | Revista Española Enfermedades Digestivas | PUBMED | 13 | CARI |
| 50 | Rubio-Rivas, M. | Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o reducida mediante una consult | 2002 | Español | Barcelona, España | Cardiología | Atención Primaria | PUBMED | 12 | CAR |
| 51 | Rubio-Rivas, M. | Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsul | 2000 | Español | Cipuzcos, España | Atención Primaria | Atención Primaria | ENL ART 20 | ART ENLAZ | RNA |
| 52 | Prieto de Paula, J. M. | Sobre la gestión de las interconsultas entre atención primaria y especializada | 2014 | Español | Valladolid, España | Medicina Interna | Semergen | ELSE | 10 | RNA |
| 53 | Fernando Bermejo | La consulta de alta resolución en gastroenterología: beneficios y limitaciones | 2016 | Español | Madrid, España | Digestivo | Revista Española de Enfermedades Digestivas | PUBMED | 11 | CARI |
| 54 | Báez Alvaro | The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department | 2011 | Inglés | Madrid, España | Urología | Clinical Urology | PUBMED | 11 | CAR |
| 55 | Wit Reid | Truly one-stop? | 2009 | Inglés | UK | Departamento de Ortopedia | The Royal College of Surgeons of England | PUBMED | 12 | CARI |

ANEXO III: TABLAS DE DATOS POR GRUPOS

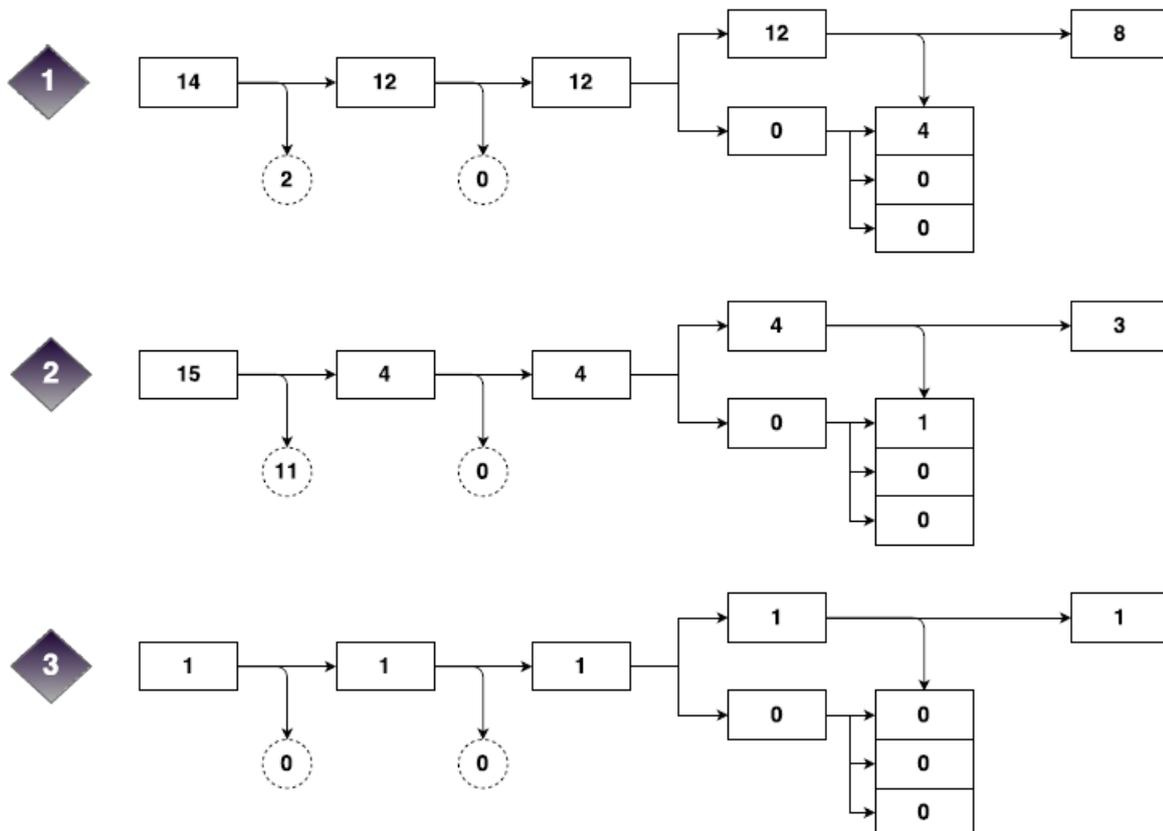
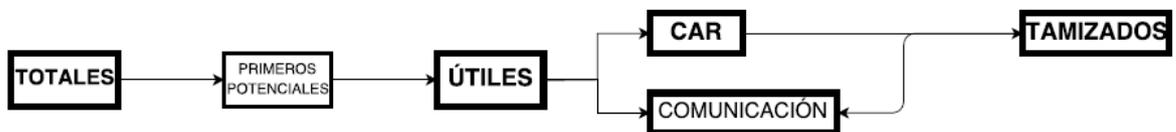
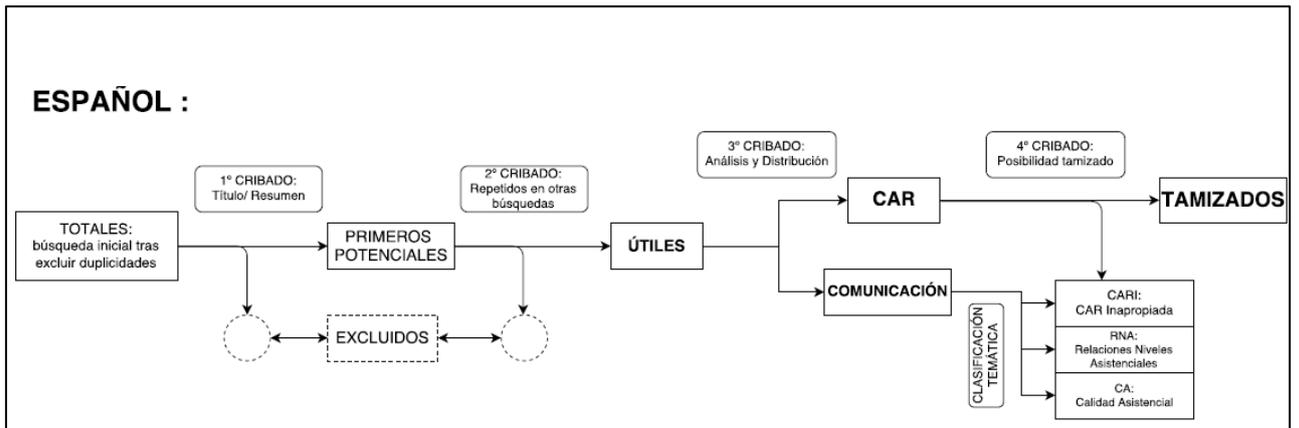
TABLA 1: GRUPO CAR

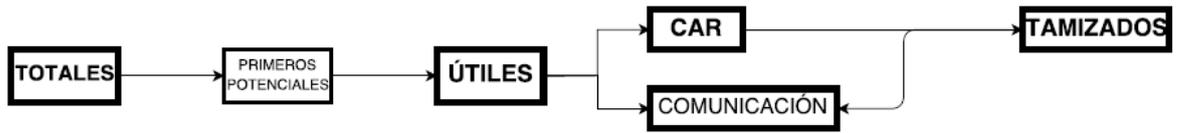
| NºT.BASE | AUTOR PPAL | TITULO | AÑO | LOCALIZ. | SERVICIO | DURACION | TIPO CAR | REVISTA | IDIOMA | BÚSQUEDA |
|----------|----------------|---|------|-------------------|---------------------|----------------|----------|-------------------------|---------|-----------|
| 2 | López Álvarez | Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos | 2009 | Bizkaia | Cirugía Pediátrica | 10 meses | CAR | Revista de Calidad Asi | Español | 1 |
| 3 | San José Lapo | Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas | 2008 | Barcelona | M. Interna | 1 año | CAI | Revista Clínica Español | Español | 1 |
| 4 | Montijano Ca | La consulta de acto único en cardiología | 2007 | Jaén/Granada/Cc | Cardiología | 7 años / 2año: | CAU/CAR | Revista Española de Ci | Español | 1 |
| 5 | Cancer Pérez | Diagnóstico del paciente vascular en una única consulta. Hacia un | 2006 | Madrid | C. Vascular | 1 mes | CAU | Angiología | Español | 1 |
| 10 | Fernández Pe | Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Prima | 2003 | Asturias | AP Pediatría | X | CAR | Pediatría de Atención | Español | 1 |
| 11 | Almazán Gon | La consulta única o de alta resolución como una alternativa de efi | 2002 | Jaén | Dirección Asistenc | 1 año | CAR/CAU | Medicina clínica | Español | 11 |
| 14 | Rubio-Rivas, M | Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estuc | 2008 | Barcelona | M. Interna | Año y medio | UDR | Revista Clínica Español | Español | 2 |
| 15 | Martínez Pilla | Efectividad de la implantación de un circuito rápido de consulta p | 2007 | Tenerife | Neumología | 1 años | CRC | Revista de Calidad Asi | Español | 2 |
| 17 | Capell, S. | Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y efíci | 2004 | Barcelona | M. Interna | 5 años | UDR | Medicina Clínica | Español | 2 |
| 18 | Cerdán Carbo | Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación | 2005 | Madrid | (CMA)Cirugía May | 2 años | CAR/CD | Atención Primaria | Español | 3 |
| 21 | Falces, C. | Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología | 2008 | Barcelona | Cardiología | 10 años | CAI | Revista española de Ci | Español | 6 |
| 28 | San José Lapo | Consulta de atención inmediata. Experiencia de tres años | 2010 | Barcelona | M. Interna | 3 años | CAI | Revista Clínica Español | Español | 9 |
| 29 | Franco Hidal | Unidad de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata i | 2012 | Palencia/Valladol | M. Interna | 6meses | CDR/CAI | Semergen | Español | 9 |
| 32 | Fernández-Ga | Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resoluc | 2014 | Malaga | Endocrinología | 4 años | CAR | Endocrinología y Nutri | Español | 10 |
| 36 | Juan Ruiz, Fra | Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa | 2007 | Málaga | Dirección Asistenc | 6 años | CAR | Revista de Administr | Español | 9 |
| 37 | Sanchis-Bayar | Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir l | 2003 | Valencia | M. Interna | 6 meses | COD | Comunicación Breve | Español | ENL art 3 |
| 40 | Maria Montija | Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistem | 2003 | Jaén | Cardiología | 3 meses | CAR/CAU | Revista de Calidad Asi | Español | ENL art 4 |
| 44 | Martínez Mae | Un modelo de gestión de consultas en un centro de especialidade | 2007 | Sevilla | ginecologia-Obstetr | 5 años | CAR | Revista de Administr | Español | 9 |
| 50 | Rut Andrea | Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección i | 2012 | Barcelona | Cardiología | 2 años y 8 me | CAR | Atención Primaria | Español | 12 |
| 54 | Páez Álvaro | The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospit | 2011 | Madrid | Urología | 1 año | CAR/CAU | Clinical Urology | Inglés | 11 |

TABLA 2: GRUPO COMUNICACIÓN

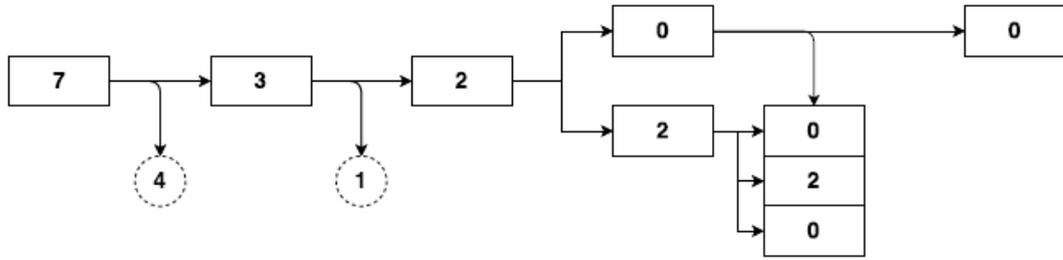
| Nº T.B. | AUTOR PPAL | TITULO | AÑO | LOCALIZ. | SERVICIO | REVISTA | IDIOMA | BASE D. | ITEM | BUSQUEDA | CT |
|---------|-----------------------|---|------|--------------|------------------------|-------------------------------|---------|-----------|-------------------------------|-----------|------|
| 19 | Hernao Martínez, D | Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según | 2009 | Barcelona | Servicio Estudios Pro | Gacet Sanitaria | Español | IME | Comunicación Niveles Asistenc | 4 | RNA |
| 20 | Sánchez-Norro Herr | Evaluación de las actividades asistenciales sanitarias desarrolladas por amib | 2006 | Leon | Atención Primaria | Semergen | Español | IME | Comunicación Niveles Asistenc | 4 | RNA |
| 25 | Rodríguez Alcalá, F | Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel | 2005 | X | Atención Primaria | Atención Primaria | Español | IME | Calidad Asistencial Niveles | 8 | RNA |
| 26 | Suñol, R. Carbonel | Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidenc | 1999 | X | Investigación Calidad | Medicina Clínica | Español | IME | Calidad Asistencial Niveles | 8 | RNA |
| 27 | Martínez Campos, | El documento de interconsulta, fuente de información para evaluar la calid | 1997 | X | X | Centro de Salud | Español | IME | Calidad Asistencial Niveles | 8 | RNA |
| 30 | Ruiz, J. S. Fernández | Integración asistencial: ¿cuestión de modelos?, ¿la panacea para la Atenció | 2011 | X | Atención Primaria | Semergen, Medicina de Fam | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | RNA |
| 42 | Báez Montilla | Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y esp | 2012 | Toledo | Atención Primaria | Semergen | Español | E. Art | ART ENLAZ | ART ENLAZ | RNA |
| 47 | Montero Ruiz, E. | Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la inter | 2014 | Madrid | M. Interna | Revista de Calidad Asistencia | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | RNA |
| 48 | Cebriá Andreu, J. | ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? | 2005 | Barcelona | X | Atención Primaria | Español | E. Art 18 | ART ENLAZ | ART ENLAZ | RNA |
| 51 | Rubio-Rivas, M. | Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales med | 2000 | Gipuzkoa | Atención Primaria | Atención Primaria | Español | E. Art 20 | ART ENLAZ | ART ENLAZ | RNA |
| 52 | Prieto de Paula, J. | Sobre la gestión de las interconsultas entre atención primaria y especializa | 2014 | Valladolid | M. Interna | Semergen | Español | ELSE | Consulta Acto Único | 10 | RNA |
| 38 | Zambrana García, | Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas d | 2006 | Córdoba | M. Interna | Medicina Clínica | Español | E. Art 3 | ART ENLAZ | ART ENLAZ | CA |
| 39 | Pérez-Fernández, | El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas | 2002 | Madrid | M. Interna | Medicina Clínica | Español | E. Art 11 | ART ENLAZ | ART ENLAZ | CA |
| 43 | Dubón-Peniche, M | La calidad de la atención y las controversias médico-paciente | 2013 | México DF, M | Comisión Nacional Ar | Gaceta Mexicana de Oncolog | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | CA |
| 45 | Canimal Homar, J. | Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del | 2005 | X | Atención Primaria | Atención Primaria | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | CA |
| 46 | Piqué, Josep M. | ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? | 2016 | X | Dirección General | Atención Primaria | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | CA |
| 6 | González de Dios, | Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atenció | 2005 | Alicante | Pediatría | Pediatría de Atención Prima | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 7 | Rosa Jiménez, F. | Impacto de los sistemas automatizados en un modelo de consulta de alta r | 2005 | Córdoba | X | Anales de Medicina Interna | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 8 | GAMIC | La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia | 2004 | Cádiz | M. Interna | Medicina clínica | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 9 | GAMIC | Evaluación de la eficacia diagnóstica de la consultoría entre internistas y m | 2004 | Cádiz | M. Interna | Medicina clínica | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 12 | Gérvás, J. | ¿Alta o excesiva resolución? | 2002 | X | Atención Primaria | Medicina clínica | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 13 | Zambrana García, | ¿Alta o excesiva resolución?. Contestación | 2002 | Jaén | M. Interna | Medicina clínica | Español | IME | Consulta Alta Resolución | 1 | CARI |
| 16 | de Santos Castro, | Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hc | 2006 | Valladolid | M. Interna | Revista Clínica Española | 2 años | IME | Consulta Diagnóstico Rápido | 2 | CARI |
| 22 | Castillo Escobar, A | Utilización de la consulta inmediata en un Equipo de Atención Primaria. Ba | 2006 | Madrid | Atención Primaria | Revista de la Sociedad Madr | Español | IME | Consulta Atención Inmediata | 6 | CARI |
| 23 | Torres Salinas, M. | Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna | 2005 | X | M. Interna | Medicina Clínica | Español | IME | Alternativas Hospitalización | 7 | CARI |
| 24 | Cabré Ollé, X. | Alternativas a la hospitalización convencional | 2007 | Lleida | M. Interna | Medicina Clínica | Español | IME | Alternativas Hospitalización | 7 | CARI |
| 31 | Alcoba Guerrero, | Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializad | 2009 | Aragón | Instituto Aragonés G | Revista de Administración | Español | ELSE | Consulta Alta Resolución | 9 | CARI |
| 33 | Díaz-Soto, Gonzal | Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de m | 2014 | Valladolid | Endocrinología y Nutri | Endocrinología y Nutrición | Español | ELSE | Consulta Acto Único | 10 | CARI |
| 34 | Fernández-García, | Respuesta a: Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta res | 2014 | Malaga | Endocrinología y Nutri | Endocrinología y Nutrición | Español | ELSE | Consulta Acto Único | 10 | CARI |
| 35 | Ávarez Del Arco, E | Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitat | 2012 | Madrid | M. Preventiva | Revista de Calidad Asistencia | Español | ELSE | Consulta Acto Único | 10 | CARI |
| 41 | Rico Mari, E. | Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolució | 2004 | Valencia | Pediatría | Pediatría de Atención Prima | Español | E. Art 6 | ART ENLAZ | ART ENLAZ | CARI |
| 49 | Herrerías Gutierrez | Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía: ¿Qué es y cómo deb | 2008 | Sevilla | Digestivo | Revista Española Enfermeda | Español | PUBMED | High Resolution & Clinic | 13 | CARI |
| 53 | Fernando Bermelo | La consulta de alta resolución en gastroenterología: beneficios y limitacion | 2016 | Madrid | Digestivo | Revista Española de Enferme | Español | PUBMED | One Stop & Outpatient | 11 | CARI |
| 55 | MJ Reid | Truly one-stop? | 2009 | UK | Ortopedia | The Royal College of Surgeon | Inglés | PUBMED | One Stop Clinic | 12 | CARI |

ANEXO IV: DIAGRAMAS DE BÚSQUEDA

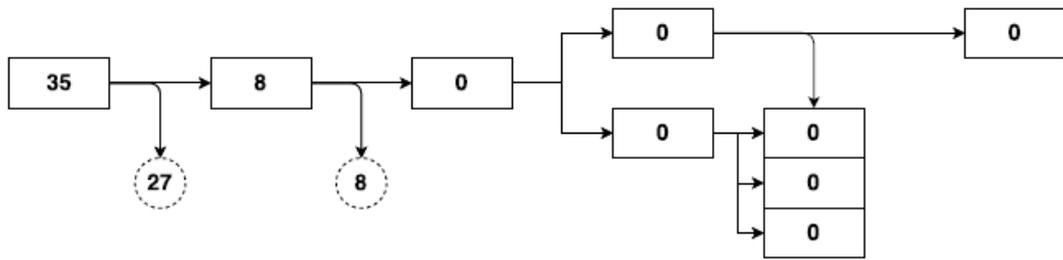




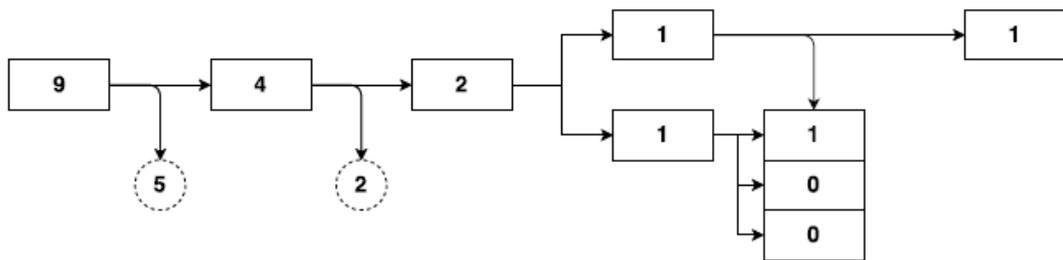
4



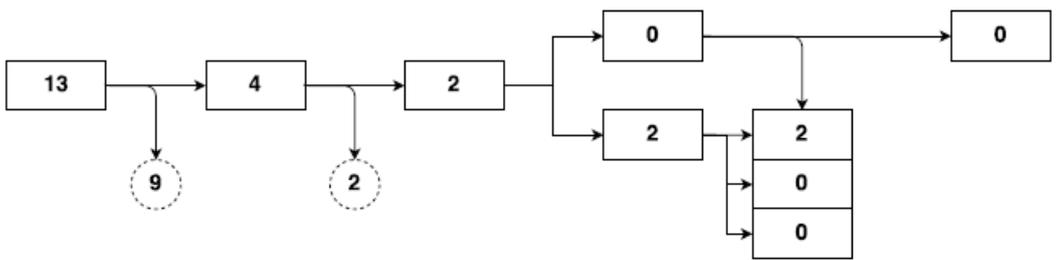
5



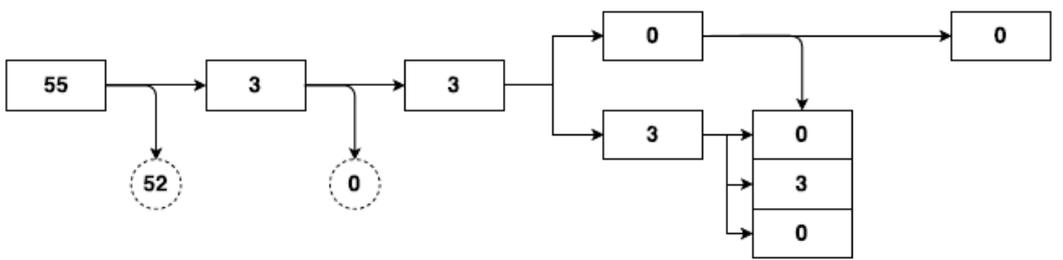
6



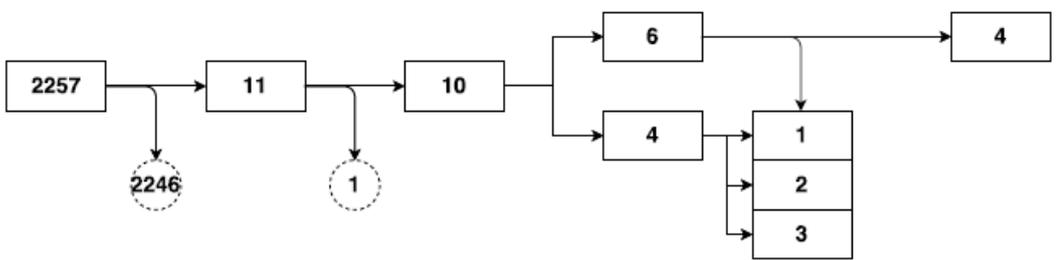
7



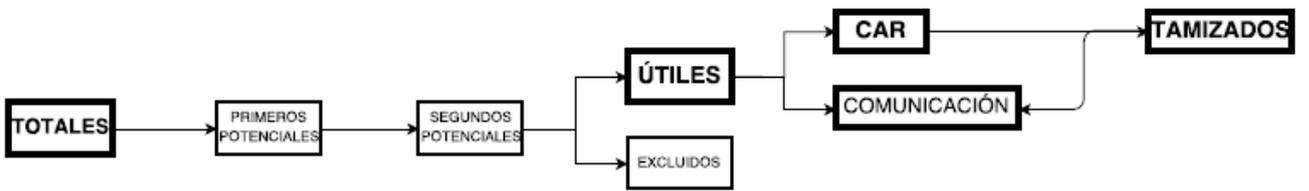
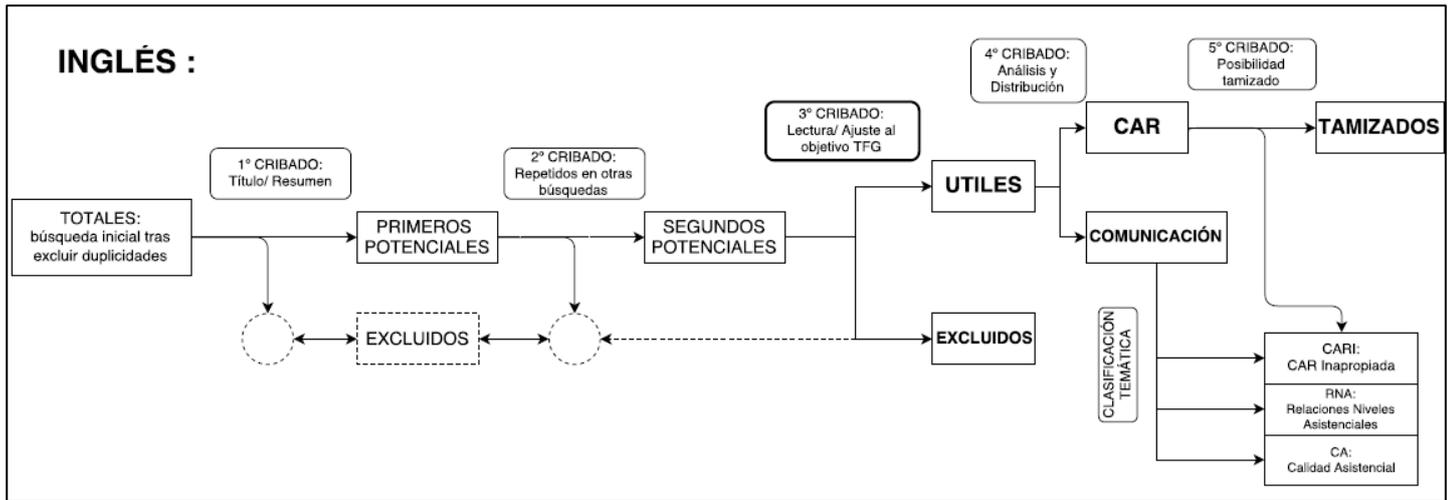
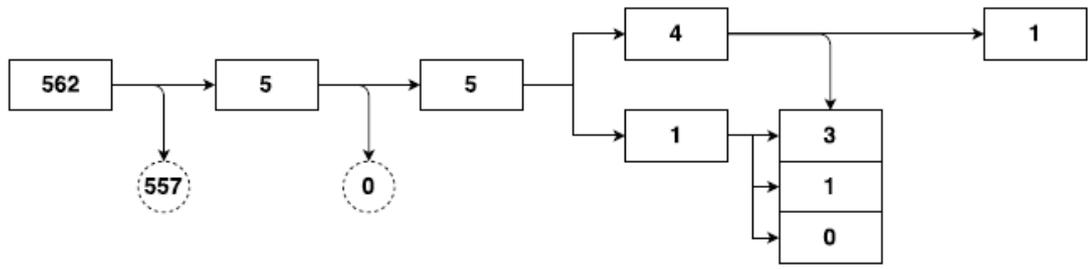
8



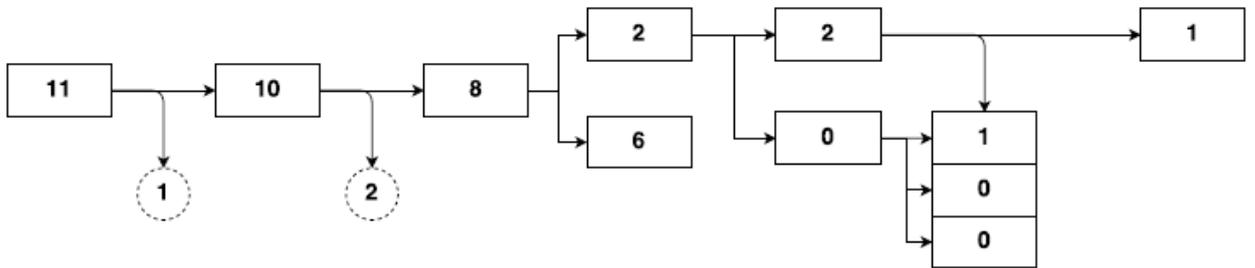
9



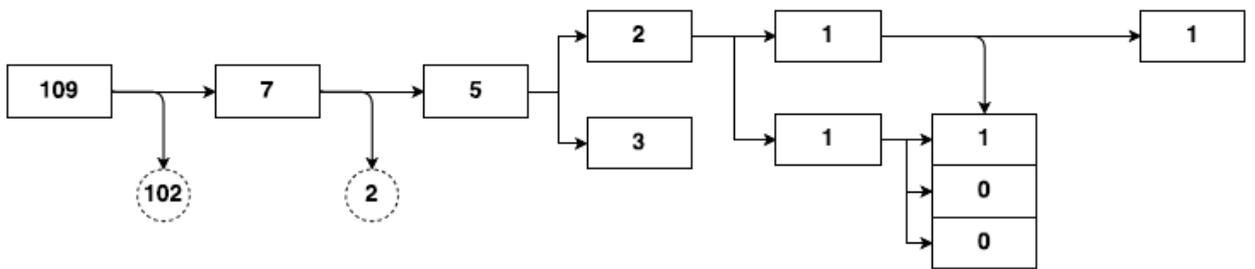
10

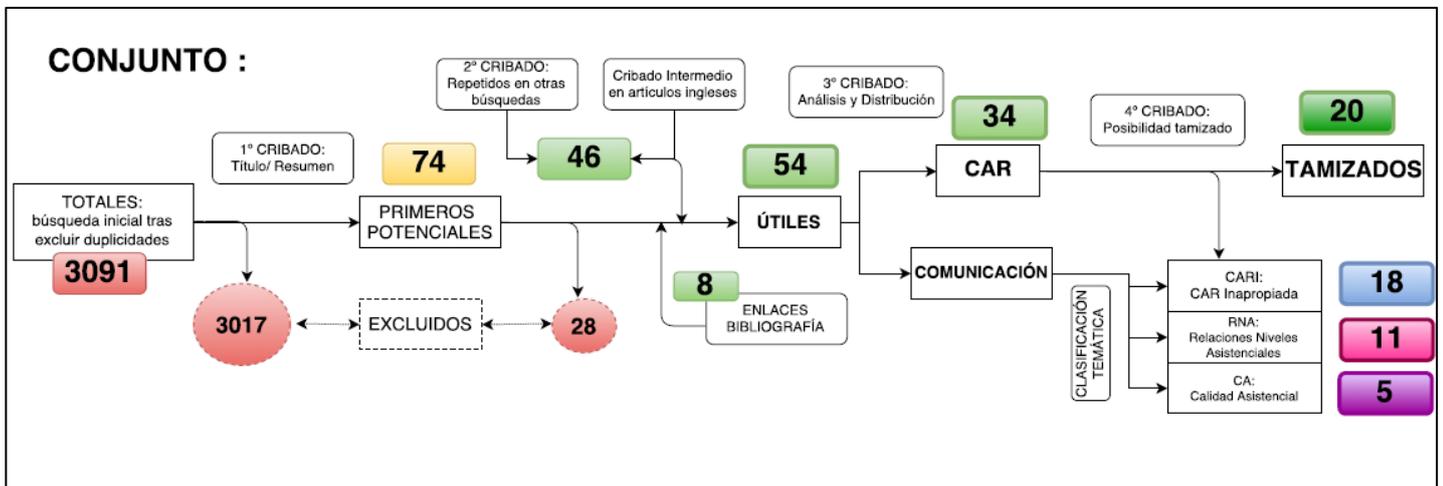
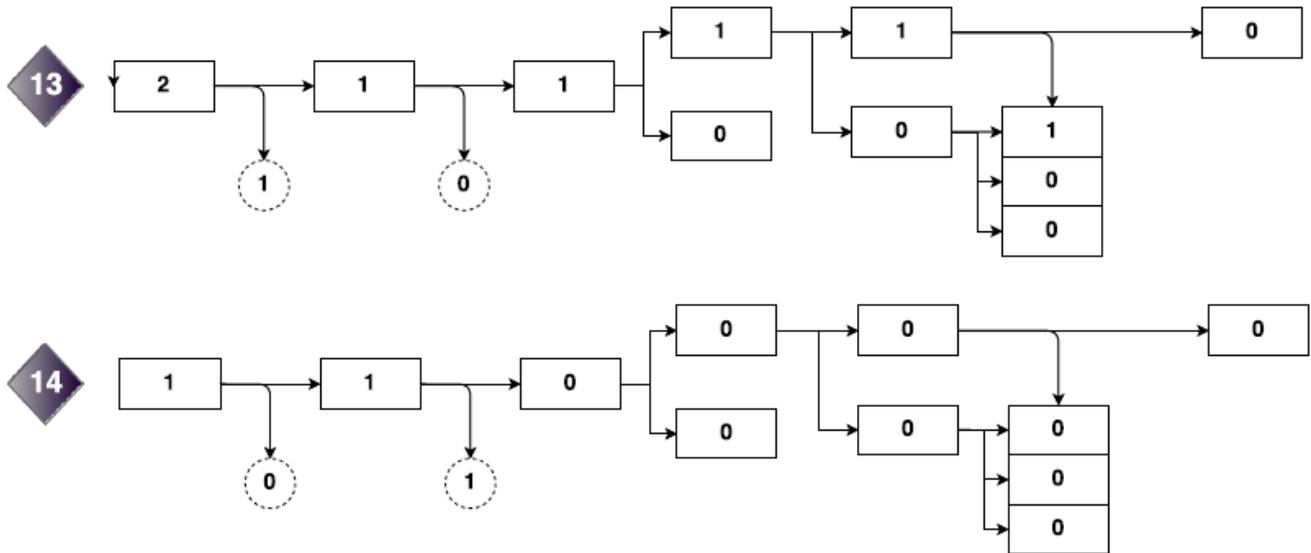
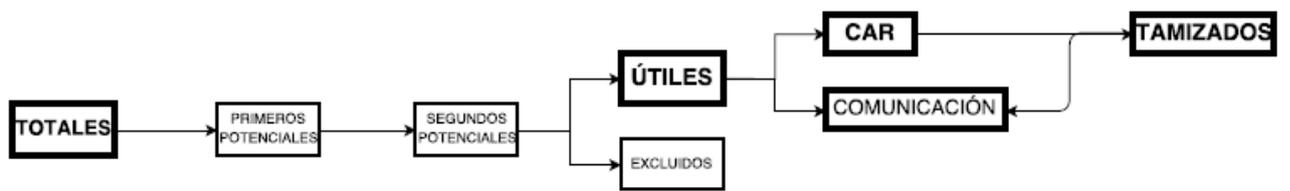


11



12





ANEXO V: TAMIZ [Las tabla han sido cortadas en dos partes]

ORIGINALES

| NºT.BASE | TIPO CAR | AUTOR | TITULO | OBJETIVO | NUTRE | REDISTR. / AC CRIB/ C.REAL | Refuerzo AP | | Actuación RELACIÓN Prof. | | | |
|----------|----------|----------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------------------|--------------|-----------|--------------------------|-------------|-------------|-----|
| | | | | | | | ACCESIBILIDA | FORMACIÓN | CONOCIMIEN | CONTACTO DI | PREDISPOSIC | |
| 2 | CAR | López Álvarez | Cirugía de alta | visitas hospita | AP | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | CAI | San José Lapo | Atención espe | < ingresos ina | URG/ AP | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | CAU/CAR | Montijano Cal | La consulta de | sitás/ < listas de | Propia (criba | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 5 | CAU | Cancer Pérez, | Diagnóstico d | <nº visitas | ropia (cribada | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 10 | CAR | Fernández Peí | Consultas de | ciencia/ <ingr | AP | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | CAR/CAU | Almazán Gonz | La consulta ú | rjorar eficacia | AP/IC/URG | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 14 | UDR | Rubio-Rivas, N | Unidad de diag | resgo inadecu | URG/ AP | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,5 |
| 15 | CRC | Martínez Pilla | Efectividad de | d/< ingresos/< | AP | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | UDR | Capell, S; | Unidad de dia | encia / factor t | URG/AP/CE | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 18 | CAR/CD | Cerdán Carbo | Mejora de la | on eficaz/>efic | AP | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | CAI | Falces, C; | Consulta inme | jorar eficacia | AP/IC | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 28 | CAI | San José Lapo | Consulta de a | ficiencia servi | AP/URG | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 29 | CDR/CAI | Franco Hidalg | Unidad de dia | <ingresos/> c | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 32 | CAR | Fernández-Ga | Estructura dia | eficacia de C | ocrinología/ | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 36 | CAR | Juan Ruiz, Fra | Alta resolució | eficacia de C | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 37 | COD | Sanchis-Bayar | Consulta de o | espera/> eficie | AP/URG | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 40 | CAR/CAU | María Montija | Grado de satis | jorar eficacia | Lista espera | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 44 | CAR | Martínez Mae | Un modelo de | encia CE/ < ing | AP/Lista Esper | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 50 | CAR | Rut Andrea | Diagnóstico d | ciencia/< ingr | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 54 | CAR/CAU | Páez Álvaro | The one-stop | > eficiencia | AP | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

| Implican COORDINACIÓN real | | | | | | S. EVALUACIÓN / Comentario no medido | | | Resplado | Items | RESULTADO |
|----------------------------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-------------------|-----------|
| PROTOCOLO | PROTOCOLO | BIDIRECCION | SEGUIMIENTO | VÍAS DIRECTA | PROF. ENLAC | MODELO | PROFESIONALE | PACIENTES | Administrac. | Ética | COMUNICA. |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0 | X | 0 |
| 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0 | Eficiencia/ Calid | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | X | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,5 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,5 | 0 | X | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0,5 | 1 | 1 | Continuidad asist | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | Coordinación int | 1 |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | Calidad | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | Continuidad asist | 1 |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0,5 | 1 | X | 1 |

ORDENADOS POR RESULTADO

| NºT.BASE | TIPO CAR | AUTOR | TITULO | OBJETIVO | NUTRE | REDISTR. / AC CRIB/ C.REAL | Refuerzo AP | | Actuación RELACIÓN Prof. | | | |
|----------|----------|----------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------------------|--------------|-----------|--------------------------|-------------|-------------|-----|
| | | | | | | | ACCESIBILIDA | FORMACIÓN | CONOCIMIEN | CONTACTO DI | PREDISPOSIC | |
| 2 | CAR | López Álvarez | Cirugía de alta | visitas hospita | AP | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | CAI | San José Lapo | Atención espe | < ingresos ina | URG/ AP | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | CAR | Fernández Peí | Consultas de | ciencia/ <ingr | AP | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | UDR | Rubio-Rivas, N | Unidad de diag | resgo inadecu | URG/ AP | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,5 |
| 15 | CRC | Martínez Pilla | Efectividad de | d/< ingresos/< | AP | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | CAR/CD | Cerdán Carbo | Mejora de la | on eficaz/>efic | AP | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | CAI | Falces, C; | Consulta inme | jorar eficacia | AP/IC | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 29 | CDR/CAI | Franco Hidalg | Unidad de dia | <ingresos/> c | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 36 | CAR | Juan Ruiz, Fra | Alta resolució | eficacia de C | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 44 | CAR | Martínez Mae | Un modelo de | encia CE/ < ing | AP/Lista Esper | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 54 | CAR/CAU | Páez Álvaro | The one-stop | > eficiencia | AP | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 50 | CAR | Rut Andrea | Diagnóstico d | ciencia/< ingr | AP | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | CAU/CAR | Montijano Cal | La consulta de | sitás/ < listas de | Propia (criba | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 5 | CAU | Cancer Pérez, | Diagnóstico d | <nº visitas | ropia (cribada | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 11 | CAR/CAU | Almazán Gonz | La consulta ú | rjorar eficacia | AP/IC/URG | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 17 | UDR | Capell, S; | Unidad de dia | encia / factor t | URG/AP/CE | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 28 | CAI | San José Lapo | Consulta de a | ficiencia servi | AP/URG | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 32 | CAR | Fernández-Ga | Estructura dia | eficacia de C | ocrinología/ | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 37 | COD | Sanchis-Bayar | Consulta de o | espera/> eficie | AP/URG | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 40 | CAR/CAU | María Montija | Grado de satis | jorar eficacia | Lista espera | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |

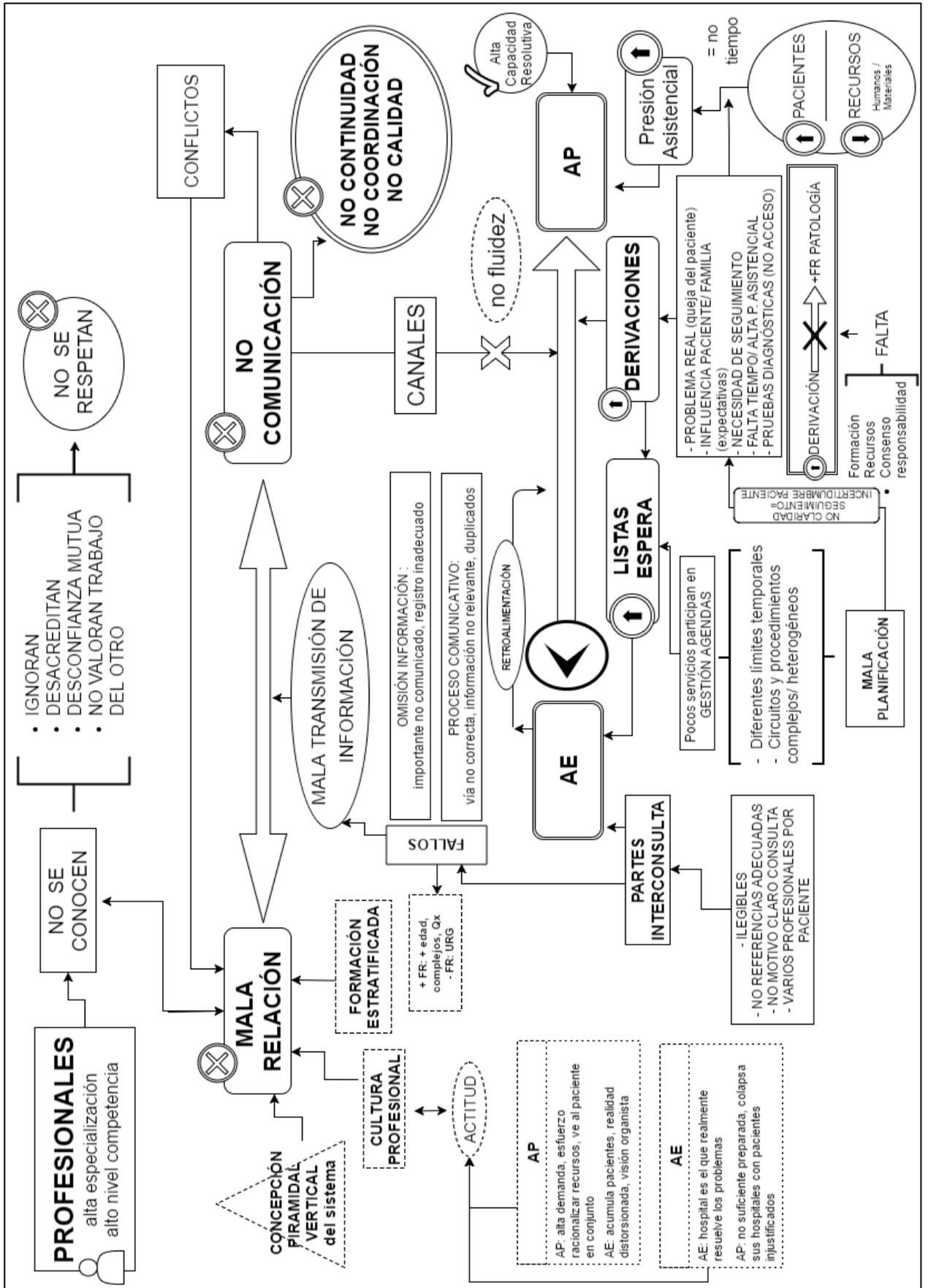
| Implican COORDINACIÓN real | | | | | | S. EVALUACIÓN / Comentario no medido | | | Resplado | Items | RESULTADO |
|----------------------------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-------------------|-----------|
| PROTOCOLO | PROTOCOLO | BIDIRECCION | SEGUIMIENTO | VÍAS DIRECTA | PROF. ENLAC | MODELO | PROFESIONALE | PACIENTES | Administrac. | Ética | COMUNICA. |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0 | Eficiencia/ Calid | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,5 | 1 | X | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | Coordinación int | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | Continuidad asist | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0,5 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0 | X | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,5 | 0 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | X | 0 |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | X | 0 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | Calidad | 0 |

ANEXO VI: TABLAS DE RESULTADOS

| RESULTADOS POSITIVOS | | |
|-----------------------------------|--|--------------|
| CARACTERÍSTICAS | | Artículos |
| Tipo de modelo | CAR pura | 7 |
| | Variante CAR | 5 |
| Duración superior al año | | 6 |
| Servicios en común | M. Interna | 3 |
| | Cirugía | 2 |
| Fuente de nutrición principal | AP | 10 |
| Incluyen medidas refuerzo AP | Total | 6 |
| | Nutren de AP | 4 |
| Incluyen mejora de la relación | Solo implican contacto directo | 3 |
| | No implican ni contacto físico ni directo | 2 |
| | No contaron con la predisposición conjunta de otros servicios/ niveles | 2 |
| Protocolos | Disponían, pero no era consensuado | 3 |
| Bidireccionalidad y Seguimiento | Claro para el paciente y los profesionales | 11 |
| Vías directas de comunicación | | Todos |
| Profesional de enlace | | 4 |
| No sistema de cribado eficiente | | 2 |
| Búsqueda | Incluía “consulta alta resolución” | 6 |
| Contenían palabras clave de ética | (calidad, continuidad, motivación profesional) | 4 |

| RESULTADOS NEGATIVOS | | |
|-----------------------------------|--|----------------|
| CARACTERÍSTICAS | | Artículos |
| Tipo de modelo | CAR pura | 5 |
| | Variante CAR | 3 |
| Duración superior al año | | 4 |
| Servicios en común | M. Interna | 3 |
| | Cardiología | 2 |
| Fuente de nutrición principal | AP | 3 |
| | Lista espera propia | 4 |
| Incluyen medidas refuerzo AP | Total | 0 |
| | Nutren de AP | 0 |
| Incluyen mejora de la relación | Solo implican contacto directo | 2 |
| | No implican ni contacto físico ni directo | 6 |
| | No contaron con la predisposición conjunta de otros servicios/ niveles | 5 |
| Protocolos | Que fuesen consensuados | Ninguno |
| Seguimiento | Claro para el paciente y los profesionales | 4 |
| Bidireccionalidad | Específicamente constatada | 1 |
| Vías directas de comunicación | | 4 |
| Profesional de enlace | | 0 |
| No sistema de cribado eficiente | | 2 |
| Búsqueda | Incluía “consulta alta resolución” | 3 |
| Contenían palabras clave de ética | (calidad, continuidad, motivación profesional) | 1 |

ANEXO VII: DIAGRAMA RNA



ANEXO VIII: DIAGRAMAS DE ANÁLISIS DE RNA

FIGURA 1: DIAGRAMA TAMIZ

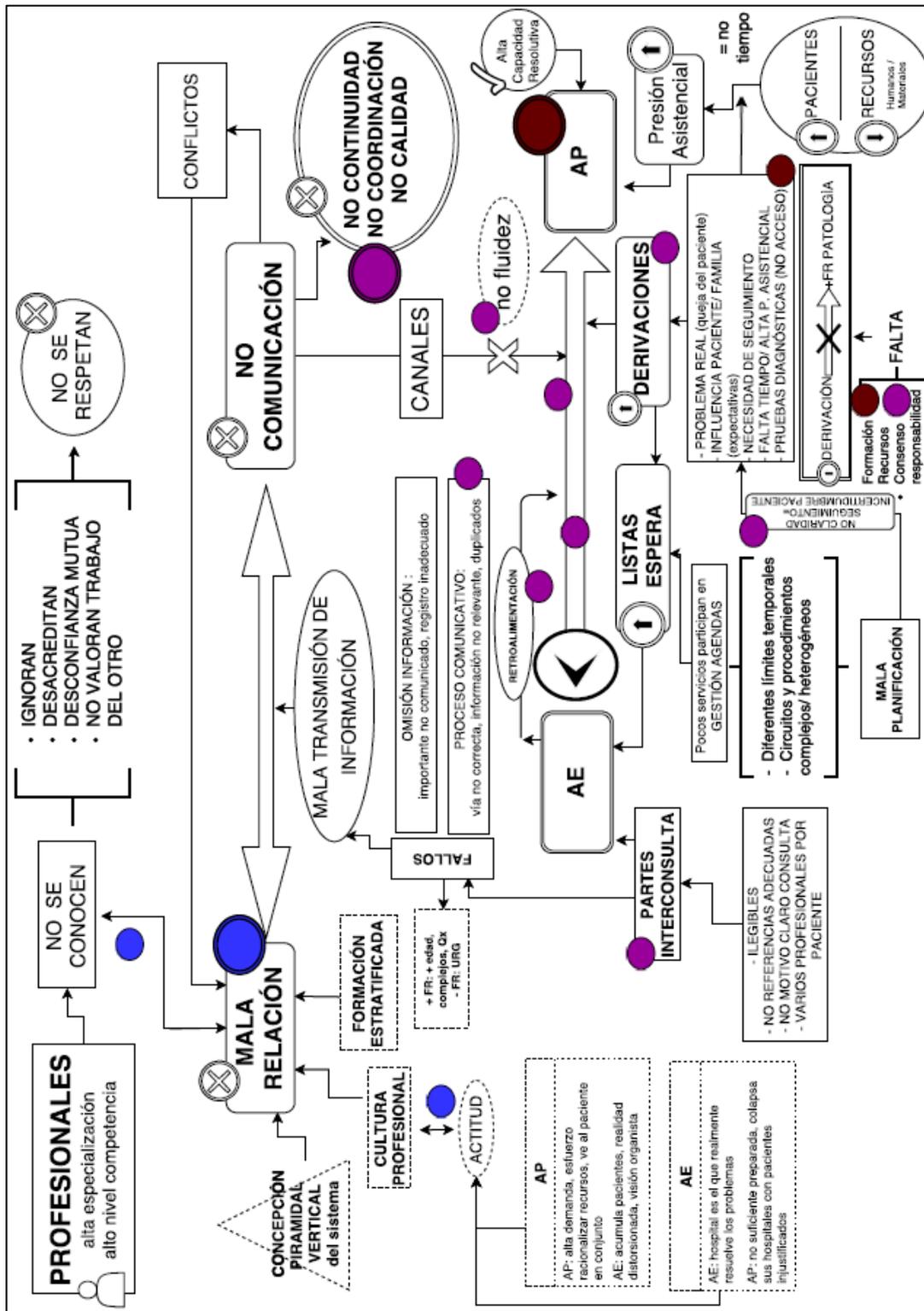


FIGURA 2: RESULTADOS GRUPO POSITIVO

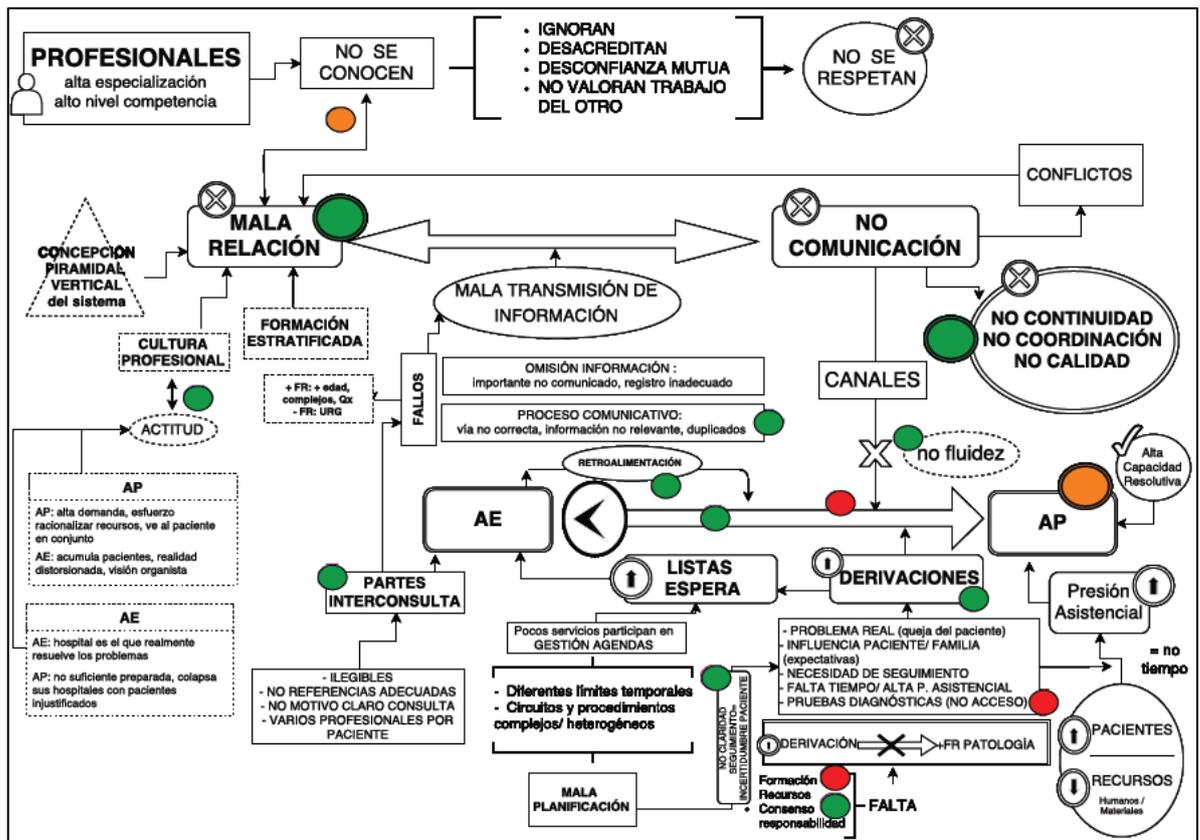
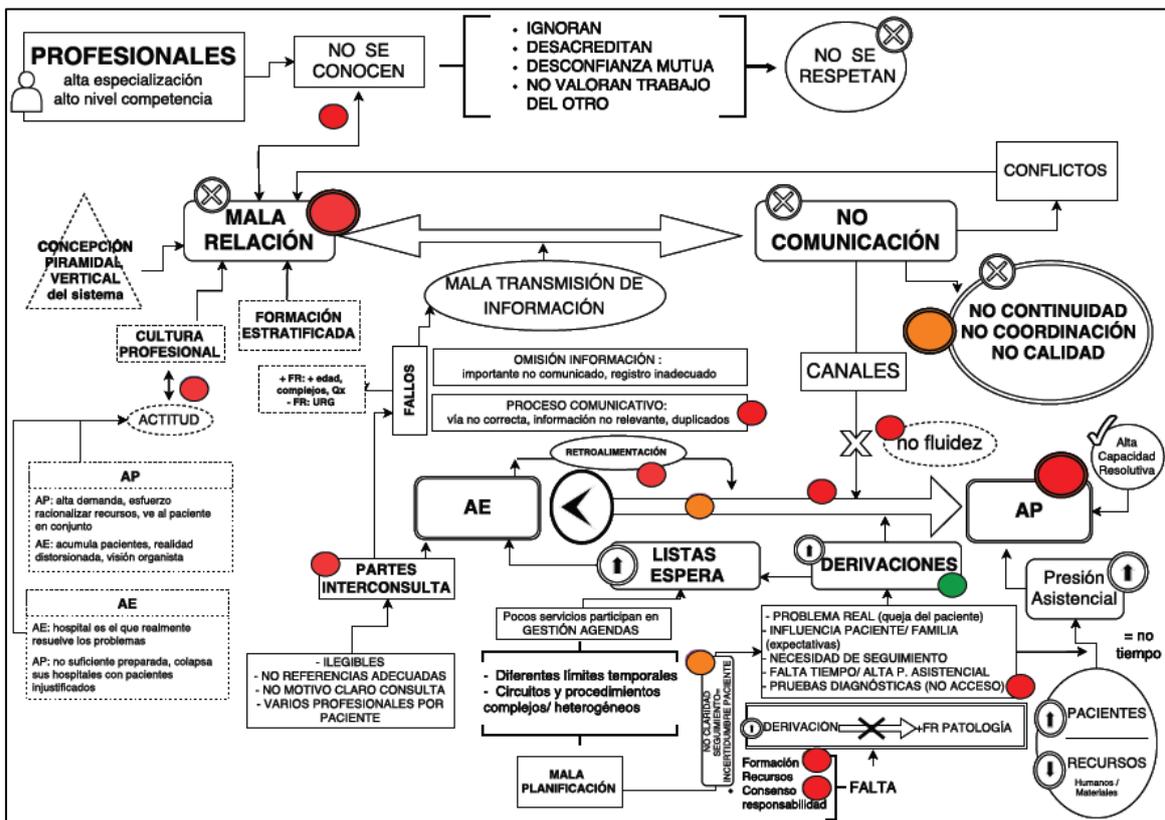


FIGURA 3: DIAGRAMA GRUPO NEGATIVO



ANEXO IX: CUESTIONARIO

| | |
|---|--|
| <p>Antes de implantar el modelo CAR en su servicio debería plantearse si:</p> | |
| <p>1. ¿Se llevarían a cabo medidas para reforzar la fuente principal de sus derivaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ofrecería en las condiciones adecuadas sesiones de formación o consultorías que se encargaran de proporcionar una formación continuada y adecuada con respecto a la patología que pretende que deriven a su consulta? - ¿Les permitiría acceso a pruebas diagnósticas necesarias para la adecuada derivación? | |
| <p>2. ¿Implicaría la puesta en marcha de la consulta un aumento de la relación con otros profesionales?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ser afirmativo ¿Qué tipo de contacto establecería con dichos profesionales: físico, verbal directo (telefónico), verbal diferido (correo electrónico)...? | |
| <p>3. ¿Existe predisposición positiva para el cambio de modelo de consulta? ¿Dicha predisposición es compartida por los otros servicios/ niveles implicados en el funcionamiento de la CAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si es negativa ¿Existe posibilidad de mejora en este ámbito? | |
| <p>4. ¿Supondría el aumento de la coordinación con otros niveles asistenciales uno de los objetivos de la puesta en marcha de su consulta? De ser así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Contaría dicha consulta con una guía o un protocolo claro de actuación? ¿Habría sido dicho protocolo consensuado por todos los niveles y especialidades que formarían parte de su desarrollo? De no ser así ¿Los motivos serían resolubles? - Una vez llevada a cabo la consulta, ¿quedaría reflejado por escrito de forma clara tanto para otros profesionales como para el paciente el destino del mismo y su seguimiento? - ¿Contaría con vías de comunicación directa que les permitiera a los demás profesionales ponerse en contacto con la consulta en caso de duda o contratiempo? | |
| <p>5. ¿Dispondría de sistemas de evaluación no solo del propio modelo, sino también del grado de satisfacción de los profesionales implicados y los pacientes atendidos?</p> | |
| <p>6. ¿Contaría con medidas de cribado para acceder a dicha consulta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la respuesta es negativa ¿Sería posible contar con ellas? | |
| <p>7. ¿Contaría su consulta con el respaldo administrativo necesario en caso de que los principales profesionales de los que depende el funcionamiento de la misma no pudiesen cumplir su cometido, la consulta siguiese funcionando?</p> | |
| <p>8. ¿Cabría esperar problemas en la redistribución de los recursos (materiales y/o humanos) de su servicio en la implantación de este nuevo modelo de consulta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ser afirmativa ¿Se han contemplado medidas que los solventen? | |

