

Ana Isabel Condón Abanto

Ética de la coordinación entre
niveles asistenciales: valorar del
compromiso profesional y la
implicación en la organización
sanitaria

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Altisent Trota, Rogelio
Delgado Marroquín, María Teresa

<http://zaguan.unizar.es/collectio/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones



Tesis Doctoral

ÉTICA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: VALORAR DEL COMPROMISO PROFESIONAL Y LA IMPLICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Autor

Ana Isabel Condón Abanto

Director/es

Altisent Trota, Rogelio
Delgado Marroquín, María Teresa

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2017

**ÉTICA DE LA
COORDINACIÓN ENTRE
NIVELES ASISTENCIALES.
VALOR DEL COMPROMISO PROFESIONAL Y
LA IMPLICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN
SANITARIA.**

Ana Isabel Condón Abanto

Marzo 2017

AGRADECIMIENTOS

Durante la realización de esta tesis doctoral mi vida ha experimentado grandes cambios, tanto en lo personal como en lo profesional, lo que me ha permitido interactuar con multitud de personas en sitios diferentes. Muchas de estas personas me han ayudado, de una forma u otra, a que este trabajo progresase, por lo que me resulta difícil condensar en unas pocas líneas todo mi agradecimiento. No obstante, me siento obligada a mencionar, al menos, a aquellos sin cuya ayuda esta tesis no hubiese sido posible.

Deseo expresar mi agradecimiento a:

A mis directores de tesis, los doctores Rogelio Altisent y Maite Delgado, que confiaron en mí y me dieron esta gran oportunidad; además, su entrega, su tiempo, su paciencia y su tesón han sido un estímulo constante para mí. Maite, tu interés en mi aprendizaje y tu dedicación han trascendido el mero campo científico y creo que has hecho de mí un médico y una persona mucho mejor. Para mí has sido, y siempre serás, mi maestra.

Casi nunca las cosas parten de cero y, desde luego, mi formación científica no es una excepción. Deseo agradecer a los doctores Miguel Rivas, Julián Mozota y al resto de mis tutores y profesores durante mi periodo formativo como especialista su estímulo y enseñanzas para iniciar mis primeros trabajos. Siempre recordaré, con nostalgia y cariño, mis primeros “pinitos” en forma de comunicaciones a congresos, de algunas de las cuales me siento orgullosa.

Siempre se menciona la importancia de la colaboración y en la práctica casi nunca se reconoce lo imprescindible que resulta, especialmente en trabajos como este. Esta tesis no hubiese sido posible sin la colaboración desinteresada de mis compañeros y colaboradores del Grupo de Investigación en Bioética de Aragón - Marisa Rubio, Begoña Buil, Pablo Muñoz, Nieves Martín, Teresa Fernández-Letamendi, Loreto García, Pilar Astier, Mónica Lalanda, André Rochafort y Alfredo Soria-, que me ayudaron en diferentes fases mi investigación: “debriefing”, traducción-retrotraducción, distribución de

cuestionarios para el pilotaje y lectura. Sus críticas, siempre constructivas, y sus sugerencias han mejorado sustancialmente este trabajo.

Este trabajo no hubiese sido posible, por su propia naturaleza, sin el apoyo incondicional de la Organización Médica Colegial y, desde luego, de todos los facultativos que han colaborado con su tiempo, interés y aportaciones en el desarrollo de la fase de validación y pilotaje.

At a given moment, once the topic of this thesis was set, I was eager to experience other health systems and other points of view. Following the instructions given by my advisors, I decided to travel to the United Kingdom, where I worked under the supervision of Drs Peter Spurgeon and Veronica Wilkie. I am very grateful for the interest and the warm welcome they showed me. Dr Veronica Wilkie was even so kind as to invite me to some of her private events, for which I can never thank her enough.

Hace algún tiempo me incorporé al servicio de urgencias del Hospital Universitario Joan XXIII, en principio para unos meses¡y llevo ya tres años! Es evidente que la comprensión y la ayuda, tanto de la jefa –Carme Boqué-, como del resto de compañeros – Nuria Alba, Inma Fonoll, Luisa Mateo, Ana Bager, Gilmar Pugnet...- han sido indispensables, sobre todo estos últimos meses, para conciliar el trabajo diario y la tesis. Pero mi vida en Tarragona no solo está circunscrita al trabajo. Mónica y Ana, muchas gracias por vuestro apoyo incondicional, vuestras bromas en el momento justo, vuestra alegría y vuestros consejos. Marta, desde que llegué me has dedicado mucho de tu tiempo, te has preocupado por mí diariamente y me has cuidado, por todo ello, y resumiendo, “muchas gracias por actuar como la hermana mayor que nunca tuve”. Todos vosotros habéis conseguido hacerme sentir en familia, y esta sensación de tener un apoyo incondicional ante cualquier dificultad es el mejor de los tesoros. Avui per avui no només considero Tarragona casa meva, sino que em sento feliç de que ho sigui.

Al resto de mis amigos, en especial a Laura Bafaluy, Anabel Casbas y Elena Gay, gracias por entenderme y disculparme las veces que no he podido estar ahí, o el poco tiempo que os he podido dedicar este último año. Espero que el resultado os haga sentir orgullosos/as y recompensados/as por ese tiempo.

Por último, aunque no en último lugar, agradezco a mis padres, Santiago y Pilar, y a mis hermanos, Santiago y Juan, su apoyo incondicional, sus consejos sus ánimos y su insistencia. Espero poderos devolver lo que me habéis dado, o al menos un poco. Creo que algunas partes de esta tesis tienen vuestro sello y creo que no hubiese podido llegar al final sin vuestra ayuda.

Esta investigación ha sido financiada por del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III, con cargo al proyecto PI13/02603.

A mis padres, Santiago y Pilar, y a mis hermanos, Santiago y Juan.

*“Un hombre viaja alrededor del mundo para buscar lo
que necesita y vuelve a su hogar para encontrarlo”*

George Moore.

ÍNDICE

Executive Summary	Pág.12
Introducción	Pág.36
1. Definición de coordinación. Marco conceptual.....	Pág.40
2. Problemas que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales.....	Pág.45
3. Factores determinantes de la coordinación.....	Pág.49
4. Procesos básicos y tipos de mecanismos de coordinación.....	Pág.50
5. Herramientas y modelos puestos en marcha para mejorar la coordinación.....	Pág.53
6. Organización Sanitaria Integrada.....	Pág.72
7. Evaluación de la coordinación entre niveles asistenciales. Indicadores.....	Pág.81
8. Sistemas Sanitarios.....	Pág.94
9. Liderazgo y compromiso profesional.....	Pág.104
10. Coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva ética: una revisión en profundidad.....	Pág.115
Justificación	Pág.118
Hipótesis	Pág.126
Objetivos	Pág.128
Metodología	Pág.130
1. Revisión bibliográfica.....	Pág.132
2. Elaboración y validación de un cuestionario.....	Pág.140
3. Propuesta de versión inglesa del cuestionario.....	Pág.170
4. Consideraciones éticas.....	Pág.172
Resultados	Pág.174
1. Revisión en profundidad.....	Pág.175
2. Resultados de validación del cuestionario.....	Pág.181
3. Resultados cuestionario. Población general.....	Pág.200
4. Resultados cuestionario. Muestra de Aragón.....	Pág.277
5. Resultados traducción-retrotraducción.....	Pág.319
Discusión	Pág.321

Conclusiones.....	Pág.352
Conclusions.....	Pág.354
Anexos.....	Pág.356
Bibliografía.....	Pág.412

ETHICS IN THE COORDINATION BETWEEN LEVELS OF CARE.

VALUE OF ENGAGEMENT AND
INVOLVEMENT IN THE HEALTHCARE
ORGANISATION.

EXECUTIVE SUMMARY

Ana Isabel Condón Abanto

March 2017

The health systems of developed countries are undergoing constant reform driven by the continuous incorporation of scientific and technical innovations to healthcare, the progressive implementation of citizens' rights in health-related matters, and the challenges of social equality. The recent economic recession, of an unforeseeable magnitude, requires the acceleration of new and far-reaching reforms that minimise the social repercussions of this threat to health services. The priority is therefore to reduce the areas of inefficiency in order to fully exploit resources, in an endeavour to 'do more with less', through the application of the Pareto Principle.

First, it is necessary to point out that healthcare is currently delivered to patients by means of three basic levels of care: primary (primary care), secondary (hospital) and tertiary or specialist consultative care, although the Spanish General Health Act only recognises two levels of care. Primary care (PC) refers to the care delivered by a series of healthcare professionals (general practitioners, paediatricians, nurses, social workers, physiotherapists, dentists and, occasionally, psychologists), who work outside of hospitals at the first level of care delivered to users. This purpose of this level of care is to deal with and resolve the most common health problems in the population, promotion of health-related activities, and prevention of illness. It is highly accessible and has a low level of technical complexity (Alfaro et al., 2002). The main characteristic of this level is the possibility to provide a solution to most of the health problems of the patients who approach these practices. Specialist health care (SC) is a term covering diagnostic and therapeutic resources of greater complexity and greater technical means, which are mostly concentrated in hospitals for efficiency.

While healthcare delivery has traditionally been divided into two or three completely independent levels of care, without overlap and operating in parallel, rarely considering or evaluating what is being carried out at the level of care to which the professional does not belong, a number of questions arise: What is the meeting point? Are professionals really interested in coordinating themselves? Are professionals aware of the importance of coordination during the disease process as a way of improving the quality of care and the efficiency

of the system? Are managers aware of the problem? Are the governments of the different countries adequately encouraging integrated healthcare?

Before attempting to answer these questions, it may be relevant to consider whether the term 'coordination' is used correctly and whether professionals actually understand its meaning. A bibliographical review shows that most authors are in agreement as to the poor use of terms in relation to this concept, often considered abstract. In most cases, professionals are unaware of its meaning and real significance. When we speak of coordination, it is necessary to correctly define and delimit the term, because it can be confused with terms that might otherwise seem similar but which are actually quite different (Haggerty et al, 2002; Reid et al, 2002; Starfield, 1980; Terraza et al 2006). Terms such as communication, continuity, longitudinality and integration, among others, may give rise to confusion if they are not used in the correct context and/or appropriate situation. Healthcare coordination is a two-way process that is influenced by many external and internal factors. Different governments in Western countries have dealt with the issue superficially by introducing changes that have worked for some organisations and groups of healthcare professionals; however, this has not been the case for others with apparently the same characteristics, creating a real problem when it comes to considering common strategies for improving coordination between PC and SC services.

A review of the different health systems and their organisational policies will reveal that not all are at the same level in this regard. Many professionals in the United Kingdom consider the issue to have been resolved, and taken further through the introduction of concepts such as medical leadership and professional commitment, seen as one of the possible solutions to achieving the overall goals of the organisation. Moreover, these disciplines have been introduced into the academic education of doctors, in graduate courses and in post-graduate and specialist training.

Consequently, the coordination between levels of care, has traditionally been a 'black hole' in healthcare management throughout the world, resulting in the misuse of resources (repetition of tests and consultations), patient insecurity (errors owing to the lack of communication between professionals), flawed patient information (dilution of professional responsibility for shared patients, discrepancies between professionals (in prescribing and sharing responsibilities), lack of agreement over waiting times in patient flow) waiting lists managed by staff who are unaware of real patient needs), patient dissatisfaction when they perceive the scarcity of communication and understanding between the doctors who share their care at the different levels, and the frustration of professionals at the inability of the institution to articulate inter-professional coordination (contribution to burnout). Improving healthcare coordination will depend, among other factors, on the healthcare organisation model and mechanisms for coordination used by organisations (Henao et al., 2009). Much effort has been made to improve coordination between the primary and secondary care levels, both at policy and organisational levels, with poor results obtained in most cases. The cause of this failure is most likely due to the fact that those solutions applied to organisational technique, with little consideration given to the ethical dimension of the issue. It goes to confirm that the best 'in vitro' organisational models do not offer the best 'in vivo' results, if two far-reaching ethical goals are not previously achieved: first, the individual engagement of professionals, and second, that the organisation provides the conditions for a 'cooperative climate' that allows communication and facilitates trust between the professionals who share responsibility for delivering care to patients. However, certain authors in recent years have identified the value system to be an essential factor to take into account when promoting the coordination and integration of care, and for meeting the targets imposed by the organisation (Henao et al., 2009).

This introduction deals with concepts such as coordination between levels of care, integration, and continuity of care, and highlighted the factors involved in the coordination between levels of care, problems for achieving it, and the

importance of achieving it, regardless of the healthcare model in place, in addition to the measures and tools implemented in order to improve this key element for ensuring quality healthcare and sustainability of the system.

The review made of the literature also makes it clear that it is not possible to reach a state of adequate coordination between levels of care if professionals do not become involved with or committed to their institution and the organisation of their work, at the same time as it becomes involved with and committed to them. A definition is given of the role that leadership, as an internal factor of the process in the scheme of integrated healthcare organisations, can play (with the strength of having validated indicators for measuring the process). Finally, light is shed on the role the promotion of professional leadership from the perspective of professionalism, of professional and institutional commitment, could come to play in ensuring the good coordination between levels of care, exceeding their current position in the explanatory charts of healthcare organisations, to encompass everything with an ethical approach of appealing to the responsibility of all the players involved.

The Bioethical Research Group of Aragon (GIBA) works on the hypothesis that the deficient coordination between levels of care can be largely attributed to the search for solutions in organisational methods, with little consideration given to the ethical dimension of the issue. It goes to confirm that the best 'in vitro' organisational models do not offer the best 'in vivo' results, if two far-reaching ethical goals are not previously achieved: first, the individual engagement of professionals, and second, that the organisation provides the conditions for a 'cooperative climate' that allows communication and facilitates trust between the professionals who share responsibility for delivering care to patients.

GIBA has since 2005 been working on a line of research that began by analysing the ethical issues of the PC consultation (FIS PI 05/2590), in which when classifying the difficulty of ethical problems stated by GPs by frequency and difficulty, it was found that the difficulties in the relationship with other specialists ranked the highest, above more conventional issues until now

reflected in bioethics literature, which was seen as a surprising result in our field.

This research was continued in 2010–2012 (FIS PI 09/1735) with analysis of the ethical dimension in the relationship between levels of care by means of qualitative studies, with the following conclusions that coincided with research conducted in similar settings at the same time (Henao et al., 2009 and later (Vázquez et al., 2015):

1. Professionals identified the **absence of mutual understating** as the source of the lack of rapport between doctors working in PC and hospitals. The physical and cultural distance between professionals working in a hospital setting and those working in PC was clearly patent.
2. They acknowledged the **value of cooperation**, clearly identified **patient welfare** as the main justification of the profession and coincided in considering cooperation to be essential in order to deliver patients with the quality healthcare they deserve, although they considered that this collaboration was non-existent or clearly insufficient in practice.
3. The **prescription of drugs** was where the pressure of external agents was most clearly observed to differentiate in each healthcare setting. While healthcare organisations have attempted to modify prescribing habits in PC, both through education and salary adjustments, a void has been left with regard to professionals practising in hospitals that is occupied by the pharmaceutical industry.
4. The **hierarchical relationship** between professionals, supported by the complexity of the corpus of medical knowledge and required specialisation, meant that hospital specialists became the point of reference and trust when this was warranted by the seriousness or complexity of the situation. The **continuity of care**, after a hospital discharge, required the following-up of treatment plans that were often

the source of conflict when doubts of their relevance were raised, owing to lack of dialogue.

5. The fragmentation of medicine and the difficulty of establishing internal limits was dealt with by professionals through the value of **loyalty**, in order to avoid criticism from colleagues and the generalisation of stereotypes.
6. **Mutual understanding and personal contact** were identified as keys to maintaining a relationship of genuine cooperation.
7. The standardisation of work as demonstrated by the use of guidelines was a strategy which, in addition to reducing uncertainty and providing consistent care, served to establish contextual internal limits for the profession when, in situations not covered by strict protocol, the opportunity was taken to **agree on a course of action**.
8. Initiatives taken by organisations to promote coordination styles, based on mutual adaptation, were well received by everybody. Both PC and hospital doctors stated that they were willing to work within a relationship based on **trust and personal dialogue**. This willingness was confirmed in other contexts.
9. Critical attitudes, particularly in front of patients, and the use of inappropriate language were identified as contrary to professional standards. Criticism was only considered to be justified when patient care was at risk. But even in such cases respect for the person was required.
10. References to the **necessary involvement of the organisation** to make possible cooperative practice highlights the impact on the organisation's ability to control its own work. It was seen that there was an impact from the work contract type and regime of employee/public service personnel on the status of the professional.

11. The values of **loyalty, respect and altruism** were present in the discourse of all participants; however, the absence of explicit references to the code of good medical practice when ethical issues in the relationship between GPs and hospital specialists were considered raises doubt as to the ability to apply the proposed rules to teamwork. Reinterpretation of the notion of teamwork may be required in order to make room for explicit rules to define the values of the profession applied to the relationship between the different levels of care.

12. The appearance of non-health-related elements that condition health status, the commercialisation of healthcare, economic ideologies that dominate healthcare models, and gaps in the ethical education of medical students has placed the medical profession in a difficult situation, a genuine existential crossroads, with a series of important challenges that must be faced decidedly and intelligently if it is to survive as a differentiated and core profession in the health system.

In short, an explanatory model can be constructed of the relationship ethics between professionals that determines the professional and institutional commitment of practising doctors. This model is summarised by three main points:

- a) Professional altruism (threatened by conflicts of interest, particularly regarding prescription and continuous education)
- b) Respect (for difference of opinion, of hierarchy, in manner)
- c) Loyalty (to patients, to colleagues, to the institution)

By continuing to develop this line of research, we considered conducting an intervention study that would provide evidence that the promotion of professional commitment to and involvement in the organisation would lead to an objective improvement in coordination between levels of care, particularly in achieving better results for service quality and patient safety. The literature was

reviewed to find the existence of a multifactorial intervention tool aimed at encouraging motivation (professional values) and the development of teamwork skills in professionals. The main objective of the tool would be to facilitate human contact between professionals in the healthcare network who shared patients, as this had been the main and unanimous conclusion of qualitative studies conducted with primary and secondary-level doctors (also involving health service managers) who were invited to seek keys to improving inter-level coordination.

This approach is fully in tune with the Medical Leadership Competence Framework (MLCF), which was developed at the University of Warwick, United Kingdom, under the leadership of Professor Peter Spurgeon. This is a programme aimed at developing five transversal competences (demonstrating personal qualities, working with others, improving services, managing services, and setting direction) taught at undergraduate and postgraduate levels and as part of continuous practice for managers. The MLFC is taught in conjunction with the National Health Service and the Academy of Medical Royal Colleges. The programme revolves around the promotion of professional engagement, considered key to improving healthcare outcomes.

Engagement as conceived in the MLCF, reviewed in another section, is a construct that we define as professional commitment to and involvement in the institution. During a prior stay by the doctoral candidate in the UK, it was made evident that there was a huge cultural distance in terms of professionalism, between the healthcare systems of that country and Spain. Before going further into a description of the above-mentioned intervention study, it would be appropriate to explain the baseline conditions that exist in Spain.

In order to be in a position to make comparisons with the situation outside of Spain, it will be necessary to extrapolate this assessment – with its corresponding instrument – to other countries. Does there currently exist or would it be possible to construct a valid and reliable instrument that would allow

the ethical dimension of the relationship between levels of care? No such tool has been found in the literature, so this research has attempted to fill this void.

The main aim of this work was to describe the current state of ethical issues affecting the relationship between the levels of care in Spain. For this purpose, an in-depth bibliographical review was performed into the coordination between levels of care from an ethical perspective, and a questionnaire was produced and validated through which the ethical issues in the relationship between the different levels could be described. It was used to analyse the response given by a sample of practising doctors in the Aragon region and a representative sample of licensed doctors in Spain.

A secondary aim was to include a transcultural translation of the of the validated Spanish-language instrument into English as the first step for its use in other settings.

In order to confirm that the questionnaire was capable of doing what it was designed for, the next step was to validate its content (confirming that an instrument is representative of the phenomenon under study): the previous process of qualitative research and the debriefing method guaranteed that it consisted of the fundamental dimensions of the study. Construct validity (degree of correlation between the operating definition of the concept and the real events observed) came through the process by which the questionnaire was created and could be verified through exploratory and confirmatory factor analysis, which led to its definitive version. Reliability (internal consistency) was measured by Crombach's α for the questionnaire, its domains or factors, and each item in relation with its domain and the questionnaire as a whole. Its stability over time was verified by means of a test-retest correlation during pilot testing in Zaragoza.

The driving force behind all of this work was the reflection on the contradictions between the results obtained using the same tools or organisation models in apparently similar circumstances, including objective measurements using

indicators, and considering the hypothesis that putting professional values into practice is what explains these differences.

The thorough bibliographical review confirmed that the literature to date does not provide explicit information related to the ethical questions that permeate the coordination between the different levels of care, and that it is limited to a description of the situation in different settings, and what instruments, organisational measures and management models are associated with worse or better outcomes, with contradictory results. Indicators have even been created and validated to measure coordination between levels.

A work was published in 2009 with the aim of analysing coordination in healthcare delivery from the perspective of managers and professionals (Henao et al., 2009). This work involved two groups of informants (18 managers, 3 of whom were not directly related to the delivery of care; and 23 professionals: 9 PC GPs, 11 specialist consultants and 3 doctors working at long-term care facilities). The results highlighted the difficulty in describing the concept, particularly by healthcare professionals, which required the use of more specific terms by researchers when analysing healthcare coordination. Although the interviewees coincided in considering healthcare coordination as necessary, they essentially pointed out the benefits of savings in the use of resources and did not associate it with continuity of care. Nonetheless, it was striking that informants attributed the complexity of coordinating between healthcare levels to the historic separation between the different levels and professionals (PC vs SC, doctors vs nurses, etc.). which contributed to the formation of values contrary to collaboration and teamwork.

The main aim of this research was to create and validate a questionnaire to describe ethical issues in the relationship between levels of care. In fact, in addition to providing information unknown until that time, the operational objectives allowed us to come closer to confirming the validity of the use of the questionnaire. The process for creating the questionnaire involved reducing the initial 67 items derived from the 11 domains of the previous qualitative stage

down to 25 items and 8 explanatory factors for the variability of the responses from licensed doctors in Spain. The 11 initial domains attempted to respond to the three basic pillars of professional and institutional commitment, from the ethical perspective, which underlies health care delivery when it is shared and requires the participation of different levels of care: altruism, loyalty and respect. As recommended by the literature, the guidelines that should direct professional relationships are: consideration of the patient as our basic interest, respectful treatment and the obligation to use health resources in a way that is both appropriate and prudent. The structure for this is by:

1. Internal environmental factors: Communication, mutual understanding, Good relations.
2. Facilitating factors:
 - a. Internal: Value system (Professional ethics)
 - b. External: Coordination mechanisms
3. External environmental factors: Working conditions.

Through the bibliographical review, it was seen that many authors coincide in associating this separation with the training of the different professional groups, the use of different working methods and mutual disregard and mistrust (Alfaro et al., 2002). As the result of the above, the authors of this work concluded that it came as no surprise that the value system should emerge in the results as one of the main determining factors of coordination, or that no mechanisms for coordination were proposed that could create spaces for collaboration in order to bring about a cultural change. Kornaki et al. had already labelled this a conflict of cultures in 1996. On the other hand, the analysis of opinions allowed a hierarchical order to be established in the determining factors for coordination and a framework for understanding how the players perceived the relationship between factors. (Figure 1). The figure shows that according to informants, communication, mutual understanding and a good relationship between

professionals of the different levels of care formed the core of the coordination determinants, influenced primarily by the existing mechanisms for coordinating healthcare activities, and also by the value systems of the professionals involved in delivering patient care.

The system of values and attitudes is seen as the interest of professionals in cooperating and communicating with the other levels of care, which mechanisms of communication would determine the degree of communication, information exchange and consensus on action to care for patients by the professionals involved in this activity.

Finally, working conditions, explained as structural and organisational elements for the purpose of creating a suitable climate in which professionals are able to coordinate their activity.

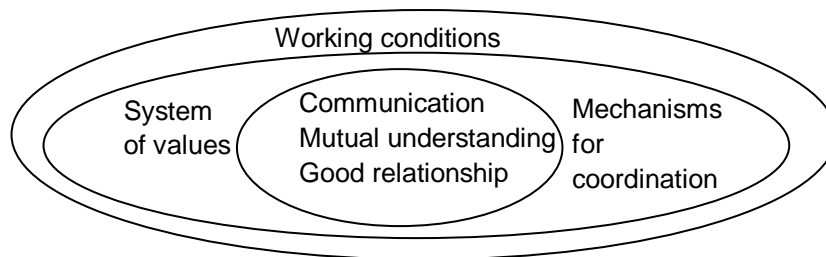
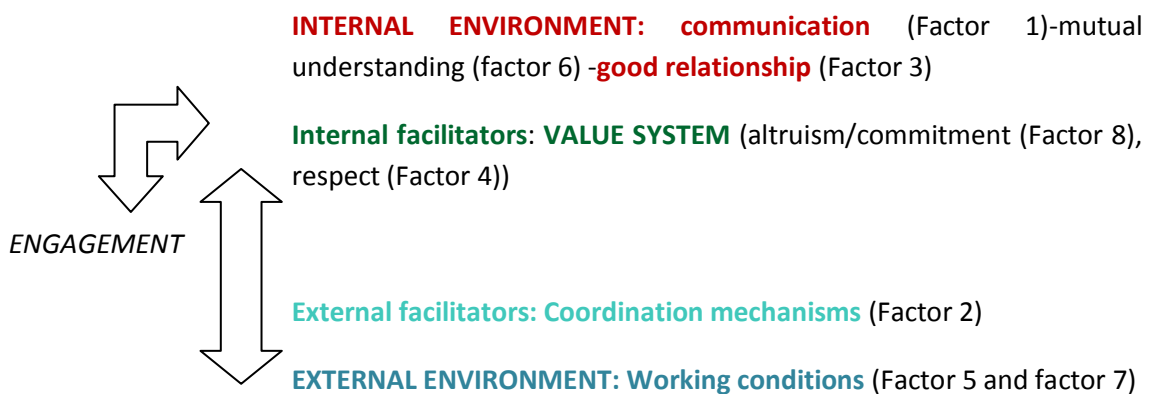


Figure 1: Determining factors of healthcare coordination and their interrelationships (Modified from: (Henao et al., 2009).

The final version of the ERNA questionnaire (below) confirms this explanatory model (Figure 2).



DATOS DEMOGRÁFICOS:
Sexo: Hombre Mujer Edad: _____
Ámbito laboral: Hospital Atención Primaria Provincia _____
Tipo de trabajo: Público Privado Mixto
Especialidad en la que trabaja _____, Está haciendo el MIR? Sí No

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

1. P.7 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
2. P.8 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
3. P.11 Creo que el grado de resolutiveidad clínica de los médicos de atención primaria es alto:
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
4. P.13 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto:
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

5. P.21 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
6. P.22 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
7. P.23 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|

EL RESPETO A LA JERARQUÍA

8. P.25 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
9. P.26 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
10. P.27 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
11. P.29 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

12. P.33 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|

13. P.34 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

14. P.37 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
- Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.**
15. P.38 Protocolos de actuación clínica consensuados.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
16. P.39 Reuniones entre médicos de primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
17. P.40 Formularios de derivación por procesos.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
18. P.41 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|

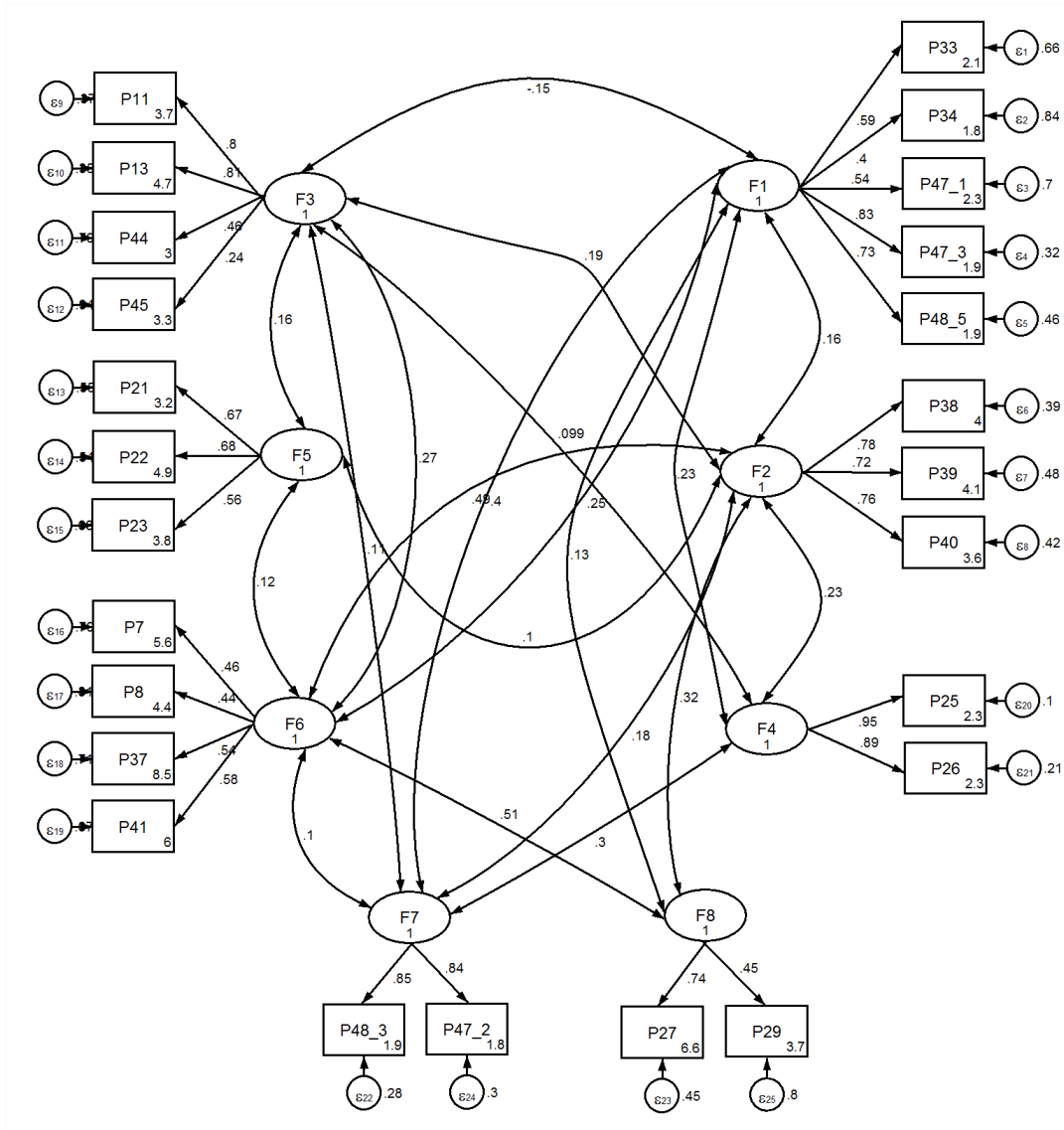
LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.

19. P.44 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena:
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
20. P.45 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena:
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| De acuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
21. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...
- P.47.1 Por teléfono
- | | | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Fácil |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
- P.47.2 Por correo electrónico
- | | | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Fácil |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
- P.47.3 Por contacto personal
- | | | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Fácil |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
22. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...
- P.48.3 Por correo electrónico
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Baja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alta |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
- P.48.5 Por contacto personal
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Baja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alta |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|

Muchas gracias por su participación

Figure 2: Proposed factor model.



Factor 1 (Communication-mutual understanding – internal environment) is not associated with factor 5 (organisational model/domain working conditions – external environment). Factor 2 (cooperation on care plans – external facilitator) is associated with all. Factor 3 (altruism/commitment to the patient – internal facilitator) is not associated with Factor 8 (commitment to the institution – internal facilitator). Factor 4 (respect for the hierarchy – internal facilitator) is not associated with factor 5, factor 6 (mutual understanding: loyalty – internal environment) or factor 8. Factor 5 is not associated with factor 1, factor 4, factor 7 (communication tools – external facilitator) or factor 8.

The validation process was long and laborious. It began with the first exploratory factor analysis, conducted during pilot testing in Zaragoza, which coincided with the enactment of the Spanish law governing prescription by active ingredient and the widespread implementation of the electronic prescription system in PC, and finished with the new exploratory and confirmatory factor analysis carried out with data from the sample of responses from the national sample.

One limitation to point out from the validation stage is that of the experts initially chosen, only three of them completed the three debriefing rounds. This made it impossible to perform any quantitative measurements of the process, which was therefore qualitative. The methodology section gives a detailed description of how the process was conducted with the aim of clarifying the fact that qualitative, although subjective, does not mean arbitrary. However, the combination of the debriefing process with the factor analysis is what allowed progress to be made by quantitatively confirming the selection of items until the definitive version was achieved.

The original study design contemplated the validation procedure taking place during pilot testing of the questionnaire in Zaragoza. As explained in the previous sections, the participation response was much lower than expected and the number of valid questionnaires obtained to perform the exploratory factor analysis did not reach the minimum recommended. It did allow the detection of a series of important items that could not be overlooked and could require reformulation (carried out during the successive debriefing rounds) and the consequent need to perform a new process of exploratory and confirmatory factor analysis in the general population.

The findings obtained permit the consideration that the instrument as created is useful given current circumstances and it can be stable if no new high-impact and/or far-reaching variations occur, which should be taken into account with regard to the validity and usefulness of the instrument. With regard to this point, the fact that a double factor analysis was performed, not only on different

samples but in different time frames, and statistically significant results were obtained for the items included in the final version of the ERNA questionnaire confirms the strength of the version presented.

The validation process enabled us to:

1. Select the items whose content was relevant (content validity) and reflected information related to the same factor (construct validity). Thus the 25 final items allowed us to retrieve the information that the initial 67 would have given, but more efficiently (usefulness of the questionnaire, as a dimension of its validity) and in a more ordered and methodical fashion.
2. Create a factor model, which permitted the interrelationship between structural factors to be assessed with independent variables, which were responsible for the variability in responses to the questionnaire. Although the validated model did not confirm the general baseline (all factors are interrelated), it is in agreement with the explanatory theoretical model of the functioning and management of the coordination/relationship between levels of care: internal environmental factors, facilitators (internal and external) and external environmental factors.

The approach to the responses to the ERNA questionnaire, which in this research work is no more than a pilot study, given that a powerful and representative enough sample of the population of licensed doctors in Spain has not yet been achieved, involves two perspectives:

1. A descriptive approach, with the compilation of the responses provided to each of its 25 items, distributed into the surviving domains after the validation process. For this, consideration was given to the setting of our autonomous region: Aragon.
2. An exploratory approach, of how far the final response from the representative sample of the population of licensed doctors in Spain can be extended with the ERNA factor model resulting from the validation process.

These are two different and complementary approaches that allow us to give shape to the results that will be obtained once the definitive representative sample is achieved and detailed analysis of their responses is performed.

Results of the sample of licensed doctors in Aragon

The following can be said in relation to the responses from doctors licensed to practise in Aragon to the questionnaire made available to them on the Spanish Medical Colleges Organisation (OMC) website, who were given access by means of an e-mail from the secretariat of the medical colleges of the Aragonese provinces of Zaragoza, Huesca and Teruel to all licensed doctors registered with them on the permission and agreement of their respective chairpersons:

- The response percentage was low, as expected. The number of responses obtained was in the same proportion as those received at a Spain-wide level, which in the case of Aragon did not reach the 354 completed questionnaires required to guarantee the desired accuracy and power. After the sending of a second invitation containing the link to the questionnaire, the 250 responses obtained provided information on the ethical issues arising in the relationship between levels of care in Aragon, for a 95% confidence level and a precision of 6.2%.
- It was decided that conventional mail would not be used to attempt to recruit those doctors who did not use e-mail, given that the distribution of responder ages showed that those less likely to respond were the younger groups, the population that makes most use of new technologies. Moreover, experience of obtaining responses by means of direct distribution to professionals and direct collection during the intermediate stage between the debriefing and the initial factor analysis in Aragon confirmed the ineffectiveness of this method.

The degree of saturation experienced by healthcare professionals in general and by doctors in particular, with the number of questionnaires that they receive requesting 'a few moments' of their time, is behind this

low response rate and is difficult to improve on or overcome. One option could have been to provide some form of recompense for their voluntary and anonymous participation. This would entail two problems: the first related to maintaining anonymity to ensure submission; the second resulting from the need to have economic resources to finance any recompense. When applying to the Health Research Fund (FIS) for project finance, a significant item considered was to cover registration to the national conferences of the different specialities in order to stimulate participation. This item of funding was not granted. This circumstance – the low voluntary participation that forms one of the limitations of the study – is also a strength. All those who did participate did so altruistically and voluntarily without any conflict of interest.

- The analysis of the results in Aragon led to the deduction that we had sufficient information from PC doctors, mainly in Zaragoza (comprising the main population of doctors in Aragon), without counting the opinion of doctors in training, who only had token participation in the research. Providing access to the questionnaire via social networks might have been a valid option, which should be considered in future research, and would have resolved the serious problem of authenticating the professional identity of the responder. It should be pointed out that access to the questionnaire was in fact advertised through the online publication *Médicos y Pacientes* (Doctors and Patients), although its effectiveness in improving the response rate was not as expected.
- While the sample belongs to Aragon as a whole, in actual fact, it is only the province of Zaragoza which maintains representativeness according to the study variables.

Results of pilot testing the model on the national sample of confirmatory factor analysis.

The main variables that influenced the results were healthcare setting (PC/SC), type of work (public/private and mixed) and type of speciality (non-GP or GP). In effect, when we analysed the data according to the setting variable

(PC/hospital), statistically significant differences were found in factors: 1 (communication and mutual understanding), 3 (altruism/commitment to patients), 4 (respect for hierarchy), 5 (organisational model/working conditions), 7 (communication tools), and 8 (commitment to the institution). Factor 6 (mutual consideration/loyalty) was included when non-parametric tests were applied. Therefore, statistically significant differences were not found only in factor 2 (cooperation on care plans). The cultural difference that has traditionally prevailed at both levels of care, which have even been considered two airtight compartments of care organisation, and the different organisational model found at present led to a prediction that these differences would exist. Nevertheless, it is striking that precisely factor 2, which is related to instruments of coordination based on standardisation of tasks (procedures, case meetings and referral forms) is where no differences are found. There may be two explanations for this. The first runs along the lines that professionals accept these tools and include them in their daily practice, and therefore there are no conflicts in this regard, or because they are instruments that do not achieve their objective (improving the coordination between levels of care) owing to their functioning being dependent on the engagement of the professionals.

According to whether the variable for study was the speciality of respondents depending on whether they belonged to the group of non-GPs versus GPs, statistically significant differences were found in factors: 1 (communication and mutual understanding), 3 (altruism/commitment to patients), 4 (respect for hierarchy), 5 (organisational model/working conditions), 8 (commitment to the institution), and 7 (communication tools) when non-parametric tests were applied. This is probably regarded to the philosophy of patient-centred care, ie the integrated focus of the general practice specialist compared to the illness/tract or system-centred care of the non-GP. However, it was interesting that when specialties were grouped according to non-surgical versus surgical, the only statistically significant differences were found in factor 1 (communication and mutual understanding) and 3 (altruism/commitment to

patients). There is something about operating theatres that mark a difference with regard to an internal environmental factor and an internal facilitator.

The analysis of results according to type of work (public/private and mixed) in the total sample of responders until February 2017 has its limitations, because for those Spanish autonomous regions in which there are different management models including mixed public-private management systems, the interpretation made of the question to ascertain how many licensed doctors worked exclusively in the public health system, exclusively in the private sector, or in both may not answer this question. It actually referred to their working relationship (contract) with a public management model, a private management model or a mixed management model. For this reason, the results of this variable should only be evaluated for public and private respondents. Thus, when the responses related to this variable were analysed, statistically significant differences were found in factors: 1 (communication and mutual understanding), 3 (altruism/commitment to patients), 4 (respect for hierarchy), 6 (mutual consideration/loyalty), and 7 (communication tools). The clear difference in organisation and management between a public system and a private system, where the concept of business is a characteristic feature, gave an indication that this difference would exist. This may have two connotations, one is the ability of a private company to stimulate its workers and engage them in and commit them to their profession; the public sector in Spain does not have this, although on the other hand, the efficiency demanded by a private company often does not achieve the desired quality and/or does not favour integration of care, owing to the fact that there is no one way of managing what are basically highly complex networks that make coordination an almost impossible milestone.

BIASES AND LIMITATIONS

With regard to validation, of the experts initially chosen, only three of them completed the three debriefing rounds. This made it impossible to perform any quantitative measurement of this process, which was therefore qualitative,

which although indicating subjectivity, does not mean arbitrariness. However, the combination of the debriefing process with the factor analysis is what allowed progress to be made by quantitatively confirming the selection of items until the definitive version was achieved.

The lack of centralised and valid data to provide the denominators for some of the variables of interest (work setting: PC/hospital; type of work: public/private/mixed; age – without grouping by groups) and the percentage of information lost in others (specialisation, specialty training), which would allow the external validity of the obtained results to be ensured is the main limitation of the analysis of these results. One of the contributions the present study might have achieved was that of a centralised database at the level of the OMC, an umbrella organisation for all licensed doctors in Spain. Although throughout this project there was significant refinement, improvement and centralisation of databases, this was not enough, for example, to allow the denominators for a fundamental variable of this research to be ascertained, the work setting (PC/SC). For this reason, the results obtained with a significantly powerful sample should be considered merely as descriptive of the current situation in Spain and would require new research along the same lines of work.

The strategy to achieve a high and also representative response did not produce more promising results, either in its pilot stage – clearly weak – or in its definitive version. This gives cause for reflection and is something to bear in mind in future research. It was unable to achieve sample of respondents that was representative of the general population of licensed doctors, for instance, by age. The group of the youngest licensed doctors and, more particularly, of those over 65 years of age were under-represented, with statistical significance. At the time the report for the present work was written, representation by autonomous region had not been achieved, which hindered application of the factor model to the obtained sample of respondents, which would have allowed results to be obtained by analysing that model.

STRENGTHS AND FUTURE LINES OF RESEARCH

Once of the achievements of the present work, consolidated with other research projects centralised at the level of the OMC, was the refinement and progressive compilation of good quality information on the socio-demographic variables of licensed doctors in Spain. Although there is still no existing centralised database for this information, the available information has been significantly improved and refined, allowing the denominators to be known for the calculation of the representativeness of the samples required for new studies on a national level.

The secondary objective of producing a version transculturally translated into English has been accomplished (attached), which is an important contribution of this research work. It will allow the research process for analysing these issues in other English-speaking environments to be commenced and comparisons to be made. At the same time, the Spanish version may become the starting point for studying these universal issues in Spanish-speaking countries.

The reflection made on the obtained results presents an opportunity to reconsider the role that the relationship of continuity (coordination) between levels of care plays in education of doctors at graduate and postgraduate level in Spain and beyond the country's borders, and the role it must play in the immediate future.

DEMOGRAPHIC DATA:
 Gender: Male Female Age: _____
 Workplace: Hospital Primary care Region _____
 Health System where you work: Public Private Mixed
 Your speciality (where you works) _____ Junior doctor? Yes NO

ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTCARE LEVELS

MUTUAL RESPECT AND CONSIDERATION

1. P.7 The ability of professionals to treat each other with consideration and respect is important for the quality of patient care.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
2. P.8 When I have a problem with a colleague, I try to resolve our differences by talking to him/her.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
3. P.11 My personal feeling is that doctors in Primary Care have a high level of clinical effectiveness.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
4. P.13 My impression is that doctors in Primary Care are very committed.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|

RESPECT FOR BOUNDARIES OF COMPETENCE

5. P.21 5.1 I refer patients to another level of health care whenever a problem is too complex for me to handle.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
6. P.22 5.2 I refer patients to another level of health care whenever they need additional diagnostic tests to which I have no access.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
7. P.23 5.3 I refer patients to secondary care depending on the severity of the problem.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|

RESPECT FOR HIERARCHIES

8. P.25 6.1 Clinicians and managers trust each other.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
9. P.26 6.2 Clinicians and managers understand each other.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
10. P.27 6.3 Clinicians should participate actively in the organisation of healthcare provision.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
11. P.29 6.4 As a clinician, I would be willing to accept more management responsibilities in the practice where I normally work.
- | | | | | | | |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Disagree | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Agree |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|

COMMITMENT TO PATIENTS AND MANAGEMENT OF SECOND OPINIONS

12. P.337.1 Whenever I decide that a patient should be seen by secondary care, first I speak to the colleague who will be taking charge of the patient.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Never | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Always |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|

13. P.34 7.2 Whenever I feel a patient should be seen by a hospital colleague, I can choose who will my patient be under.

Never	1	2	3	4	5	Always
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------

COOPERATION IN CARE PLANS

14. 8.1 I think that patient safety would be improved if the coordination between primary and secondary care doctors were improved.

Disagree	1	2	3	4	5	Agree
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

Define your level of agreement with the use of the following strategies to improve coordination between primary and secondary care professionals:

15. P.38 8.2.1 Mutually agreed clinical pathways.

Nothing	1	2	3	4	5	A lot
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

16. P.39 8.2.2 Meetings to comment on individual cases.

Nothing	1	2	3	4	5	A lot
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

17. P.40 8.2.3 Referral forms by process.

Nothing	1	2	3	4	5	A lot
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

18. P.41 8.3 The ability of professionals to work as a team is important to deal with a patient in an efficient way.

Disagree	1	2	3	4	5	Agree
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

SHARING INFORMATION BETWEEN PRIMARY CARE AND HOSPITAL

When patient care is shared, the information gathered in reports is important for patient safety.

19. P.44 9.1I think the quality of referral letters issued by primary care doctors is good.

Disagree	1	2	3	4	5	Agree
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

20. P.45 9.2 I think the quality of reports issued by hospital outpatient departments is good.

Disagree	1	2	3	4	5	Agree
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

21. 9.4 When responsibility for patient care is shared by colleagues, communication is...

P. 47.1 9.4.1 By telephone.

Difficult	1	2	3	4	5	Easy
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.47.2 9.4.2 By e-mail.

Difficult	1	2	3	4	5	Easy
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.47.3 9.4.3 By personal contact.

Difficult	1	2	3	4	5	Easy
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

22. 9.5 When responsibility for providing patient care is shared, effectiveness of communication is...

P.48.3 9.5.2 E-mail.

Low	1	2	3	4	5	High
------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.48.5 9.5.3 Personal contact.

Low	1	2	3	4	5	High
------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

Thank you very much for your participation

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados están realizando permanentes reformas impulsadas por la incorporación continua de innovaciones científico-técnicas a la asistencia sanitaria, el progresivo desarrollo de los derechos ciudadanos en cuestiones de salud, y los retos de la equidad social. La reciente recesión económica, de dimensiones impredecibles, exige acelerar nuevas y profundas reformas que minimicen las repercusiones sociales de esta amenaza sobre las prestaciones sanitarias. Para ello es prioritario reducir los espacios de ineficiencia para rentabilizar los recursos, aspirando a “hacer más con menos”, aplicando el Principio de Pareto.

En primer lugar, es necesario remarcar que en la actualidad la atención sanitaria de los pacientes se realiza a través de tres niveles asistenciales fundamentales: Nivel primario (atención primaria), Nivel secundario (hospital) y nivel terciario o sociosanitario, aunque en España la Ley General de Sanidad solo reconoce dos. La atención primaria de salud (AP) engloba la asistencia sanitaria prestada por una serie de profesionales (médicos de atención primaria, pediatras, personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos y, en ocasiones psicólogos), que trabajan fuera del ámbito hospitalario, en el primer nivel de atención del usuario. Éste nivel asistencial tiene como objetivo ocuparse de la resolución de los problemas más frecuentes de la población, de la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Tiene una alta accesibilidad y una baja complejidad tecnológica. (Alfaro et al, 2002). La principal característica de este nivel radica en la posibilidad de dar solución a la mayor parte de los problemas de salud de los pacientes que acuden a dichos centros. Por su parte, la atención sanitaria especializada (AE) agrupa los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y los mayores recursos tecnológicos, centrados mayoritariamente en los hospitales por razones de eficiencia.

Si tradicionalmente se define la asistencia en dos o tres niveles asistenciales completamente independientes, sin cruzarse sus caminos y circulando de forma paralela pero no conjunta, sin plantearse ni valorar en muchas ocasiones

que se realiza en el otro nivel asistencial al que el profesional pertenece, las preguntas a plantearse serían: ¿Cuál es el punto de encuentro?, ¿Interesa realmente a los profesionales coordinarse?, ¿Son conscientes, los profesionales, de la importancia de la coordinación durante el proceso de enfermedad como mejora de la calidad de la asistencia, así como de la eficiencia del sistema? ¿Son realmente los gestores conscientes del problema? ¿Los gobiernos de los diferentes países impulsan de manera adecuada la integración asistencial?

Probablemente, antes de intentar responder a dichas cuestiones lo adecuado sería plantearse si el término “coordinación”, se utiliza de forma adecuada y si los profesionales conocen realmente el significado del mismo. Revisando la bibliografía, la mayor parte de los autores inciden en el mal uso de los términos en relación con dicho concepto, en muchas ocasiones abstracto. Los profesionales en la mayor parte de los casos no conocen el significado y la importancia real del mismo. Así, cuando hablamos de coordinación es necesario definir y delimitar correctamente el término ya que podemos confundirlo con otros de significado “a priori” similar pero sin embargo diferente (Haggerty et al, 2002; Reid et al, 2002; Starfield, 1980; Terraza et al 2006). Hablar de comunicación, continuidad, longitudinalidad, integración... puede llevar a confusión si no los utilizamos en el contexto acertado y/o la situación adecuada. La coordinación asistencial es un proceso bidireccional, que se ve influido por múltiples factores externos e internos. Los diferentes gobiernos de los países occidentales han tratado el tema de forma superficial, planeando cambios, que mientras en unas organizaciones o grupos asistenciales han funcionado, en otros con aparentemente las mismas características no ha sido así, suscitando un problema real a la hora de plantear estrategias comunes para la mejora de coordinación entre atención primaria y especializada.

Si se revisan los diferentes sistemas sanitarios y sus políticas organizativas no todos se encuentran en el mismo punto respecto al tema. En Inglaterra muchos profesionales asumen el asunto como superado, yendo más allá, introduciendo conceptos como liderazgo médico y compromiso profesional (implicación),

vistos como una de las posibles soluciones para conseguir objetivos globales de la organización. Es más, se han introducido dichas disciplinas en la formación académica de los médicos, tanto en el grado como en los estudios de postgrado y especialización.

Así pues, la coordinación entre niveles asistenciales, particularmente entre primer y segundo nivel, ha sido tradicionalmente un “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 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 burnout). La mejora de la coordinación asistencial dependerá entre otros factores, del modelo de organización asistencial y de los mecanismos de coordinación utilizados en las organizaciones. (Henaó et al, 2009). Se han invertido muchos esfuerzos en mejorar la coordinación entre primer y segundo nivel asistencial, tanto a nivel de políticas como a nivel organizativo, obteniendo pobres resultados en la mayoría de los casos. La causa de este fracaso probablemente se deba a que dichas soluciones se han buscado en relación con la técnica organizativa sin apenas valorar 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. Si bien es cierto, que algunos autores en los últimos años han identificado el sistema de valores como factor fundamental a valorar para promover la coordinación e integración asistencial, así como para la consecución de las metas propuestas por la organización (Henao et al, 2009).

1. Definición de Coordinación asistencial. Marco conceptual de la coordinación entre niveles asistenciales: definición tradicional y nuevos términos.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, coordinación es:

1. “Acción y efecto de coordinar o coordinarse”.
2. “Relación gramatical entre palabras o grupos sintácticos del mismo nivel jerárquico, de forma que ninguno de ellos esté subordinado al otro”.

Bien, entonces según la RAE ¿qué es coordinar?

1. “Unir dos o más cosas de manera que formen una unidad o un conjunto armonioso”.
2. “Dirigir y concertar varios elementos”.
3. “Unir sintácticamente dos o más elementos del mismo nivel jerárquico”.

Parece evidente entonces que en el ambiente sanitario donde el seguimiento del paciente a lo largo de su o sus enfermedad/es está realizado por varios profesionales del mismo o diferente nivel asistencial, este concepto sea básico y necesario para alcanzar la calidad asistencial y la eficiencia deseada. Bien, pues a pesar de su relevancia y de los esfuerzos realizados para mejorarla tanto a nivel político como organizativo, la falta de coordinación entre niveles asistenciales es una constante en los diferentes sistemas de salud, independientemente de su modelo, y, de forma particular, uno de los problemas

más relevantes del Sistema Nacional de Salud español. (Agúndez et al, 2000; Alonso et al, 2002; Meneu et al, 2005; Ortún et al, 1998).

Si revisamos la literatura, destaca en primer lugar la confusión en la utilización de términos (Terraza et al, 2006) como continuidad asistencial, coordinación o longitudinalidad que, en ocasiones, también se confunden con estrategias concretas, como la gestión de casos o la atención compartida (Peiró et al, 2003).

Coordinación, continuidad e integración asistencial se suelen utilizar indistintamente y con frecuencia sin una definición explícita. (Reid et al, 2002; Starfield, 1980; Terraza et al 2006). Si bien es cierto que dichos términos se basan en el enlace existente entre las múltiples fuentes de provisión durante el proceso de la atención, aluden a conceptos diferentes y por ello algunos autores han realizado un esfuerzo de delimitación de los términos desde una perspectiva global (Haggerty et al, 2002; Shortell et al, 2000; Starfield, 2002).

La **coordinación asistencial** se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos (Starfield, 2002). Es decir la conexión armoniosa de los diferentes servicios sanitarios necesarios para la asistencia de un paciente a lo largo del continuo asistencial (Vázquez et al, 2015). La **integración asistencial** por su parte, se consideraría cuando la coordinación alcanza su grado máximo (Øvretveit et al, 1995; Vázquez et al, 2005). Por tanto, la coordinación asistencial es un objetivo intermedio pero necesario para la consecución de los objetivos finales de la organización: Eficiencia (Marshall et al 2011) y continuidad de la atención (Reid et al, 2002). Es decir, en teoría, la integración asistencial debería contribuir a un sistema sanitario más eficiente, equitativo y de alta calidad (Aller et al, 2015; Vázquez et al, 2015; Waibel et al, 2015) a través de mejoras en la coordinación asistencial, continuidad asistencial y acceso de los pacientes al sistema (Waibel et al, 2015). En consecuencia, el análisis del funcionamiento de cualquier sistema sanitario debería tener en

cuenta dichos resultados finales (eficiencia, equidad y calidad asistencial) y considerar los resultados intermedios (coordinación asistencial, continuidad asistencial y acceso al sistema sanitario). Con relación al funcionamiento de los sistemas sanitarios y el impacto de la integración sanitaria en los mismos, ha surgido un nuevo concepto en los últimos años: la organización sanitaria integrada, del que hablaremos más adelante.

La **continuidad asistencial**, se considera entonces como el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. Se define como el grado de coherencia, unión y consistencia con las necesidades médicas y el contexto personal de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del proceso asistencial (Haggerty et al, 2002). La continuidad asistencial depende de varios factores, entre los que se encuentra una adecuada coordinación entre los proveedores. De esta forma, la coordinación asistencial se considera un prerrequisito para una correcta continuidad asistencial (Waibel et al, 2015). Los diferentes aspectos que rodean a la continuidad asistencial están estrechamente relacionados y asumen diferente grado de relevancia en relación a la situación clínica concreta. (Reid et al, 2002). Según Reid et al, se pueden establecer tres tipos o dimensiones de continuidad asistencial: continuidad de información, continuidad de gestión y continuidad de relación, los dos primeros íntimamente relacionados con la coordinación asistencial.

1. La **continuidad de información** se define como la disponibilidad, uso e interpretación de los acontecimientos previos para proporcionar una atención adecuada en la circunstancia actual del paciente. La transferencia de información es el nexo de unión de un proveedor a otro, de un servicio a otro y/o de un nivel asistencial a otro.
2. La **continuidad de gestión** implica la provisión de la asistencia coordinada en el tiempo. Es decir se trata de que todos los profesionales, servicios o niveles asistenciales que son necesarios para la asistencia de un paciente a lo largo del continuo asistencial, actúen de forma sincronizada y garantizando un orden secuencial coherente con las necesidades del

paciente en cada momento, con el fin de complementar los servicios y evitar pérdidas, duplicidades en pruebas o en servicios solicitados. Para evaluarla se utilizan procesos centinela, los cuales por su naturaleza crónica o recurrente requieren servicios de múltiples proveedores y a largo plazo.

3. Y, finalmente la **continuidad de relación**: relación de un paciente con el proveedor a lo largo del tiempo. Se basa en la relación estable y sostenida con un único proveedor, que, por tanto favorece la confianza mutua, la continuidad de la información y la responsabilidad del proveedor con el paciente.

Ahora bien, los sistemas sanitarios están divididos en unidades operativas que agrupan recursos y actividades por funciones, es decir la atención sanitaria esta seccionada principalmente en dos niveles asistenciales en función de la complejidad: El nivel primario y el nivel especializado, con diferentes subespecialidades a su vez. La **coordinación entre niveles asistenciales** se define entonces como el grado de conexión entre los profesionales y/o entre los servicios, correspondientes a los diferentes niveles asistenciales de la organización, que son necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial de manera sincronizada y con un objetivo común. Parece evidente pues, que una adecuada coordinación entre niveles asistenciales evitaría la duplicidad de pruebas diagnósticas, la peligrosa polimedicación, los conflictos en los planes de cuidado (Vázquez et al, 2015) y, por otra parte, favorecería la reducción de costes mejorando la calidad asistencial (Ovretveit, 2011). Por su parte la coordinación entre niveles asistenciales se puede subdividir en dos dimensiones: La coordinación de la información y la coordinación de la gestión o del manejo clínico. O, mejor dicho, la coordinación entre niveles asistenciales consistiría en la coordinación entre ambas: Coordinación de la información y coordinación de la gestión y/o manejo clínico (Aller et al, 2015).

1. **Coordinación de la información**: Como ya hemos comentado y parece evidente, el traspaso de información del paciente de forma adecuada, es

condición necesaria para coordinar las actividades entre los proveedores y un requisito indispensable para conseguir la continuidad asistencial. Ahora bien se convierte en un verdadero reto cuando se trata de traspasar información de un paciente de un nivel asistencia al otro. A su vez la coordinación de la información se subdivide o comprende dos aspectos o subdimensiones: (Vargas et al, 2015).

b. **Transferencia de la información:** Hace referencia a los mecanismos formales e informales de intercambio de información sobre el paciente entre los distintos niveles asistenciales que participan en su atención.

c. **Uso de la información:** Se trata de la utilización de la información de eventos previos atendidos en otro nivel asistencial diferentes al actual, con el fin de poder orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual en un paciente que recibe asistencia en otro nivel asistencial.

2. **Coordinación de la gestión y/o manejo clínico:** hace referencia a la coordinación de la atención del paciente. Este tipo de coordinación cobra una gran importancia cuando para la atención de una patología específica de un paciente se requiere la actuación de varias especialidades y se combinan formas de atención formal e informal a lo largo del tiempo. Tiene como objetivo la provisión de servicios secuenciales y complementarios, dentro de un plan de atención compartida por los diferentes niveles asistenciales que participan en la atención y seguimiento de los pacientes (Aller, 2015).

Comprende tres subdimensiones:

a. **La longitudinalidad del seguimiento:** se refiere al seguimiento adecuado de los pacientes, cuando se transfieren de un nivel a otro. Por ejemplo, un control adecuado y cumplimiento de visitas de control por parte de atención primaria cuando un paciente es dado de alta desde atención especializada.

- b. **La consistencia de la atención:** implica la presencia de un objetivo clínico y terapéutico común entre los profesionales que comparten la atención del paciente de los diferentes niveles asistenciales. Se han intentado realizar continuas mejoras dentro de este campo, con el fin de aumentar la coherencia entre las decisiones clínicas de los diferentes profesionales, como por ejemplo: las guías de práctica clínica o los programas de gestión de casos.
 - c. **La accesibilidad entre niveles asistenciales:** consiste en una prestación de la atención del paciente sin interrupciones a través de los diferentes niveles asistenciales a lo largo del episodio clínico del paciente.
3. Si pretendemos delimitar las dimensiones que componen la coordinación entre niveles asistenciales, **la continuidad de relación** tiene escasa relevancia en este contexto salvo en el caso en el que un mismo proveedor actúe en diferentes niveles asistenciales o exista la figura del gestor de casos.

2. Problemas que dificultan la Coordinación entre niveles asistenciales.

La coordinación entre niveles asistenciales es un aspecto que tanto los profesionales sanitarios de los diferentes niveles como los gestores y profesionales de la administración sanitaria reconocen como importante para el buen funcionamiento y sostenibilidad del sistema sanitario público (Henaó et al, 2009). Sin embargo la literatura (Agúndez et al, 2000; Alfaro et al, 2002; Alonso et al, 2002; Alonso et al, 2000; Ortún, 1998; Vergeles-Blanca, 2002) describe una serie de problemas que comúnmente se presentan en la coordinación asistencial. Dichos problemas pueden clasificarse en aquellos dependientes de los propios médicos, de los pacientes y los factores relacionados con el propio sistema sanitario.

2.1 Derivados del propio sistema sanitario: En general se pueden concretar en los pocos incentivos para la coordinación entre los médicos de atención primaria y los de atención especializada, que se traduce en los escasos elementos que tienen en común, vistos a menudo como dos compartimentos estancos e independientes con estructuras jerárquicas diferentes, objetivos diferentes y en ocasiones contrapuestos (Figura 1).

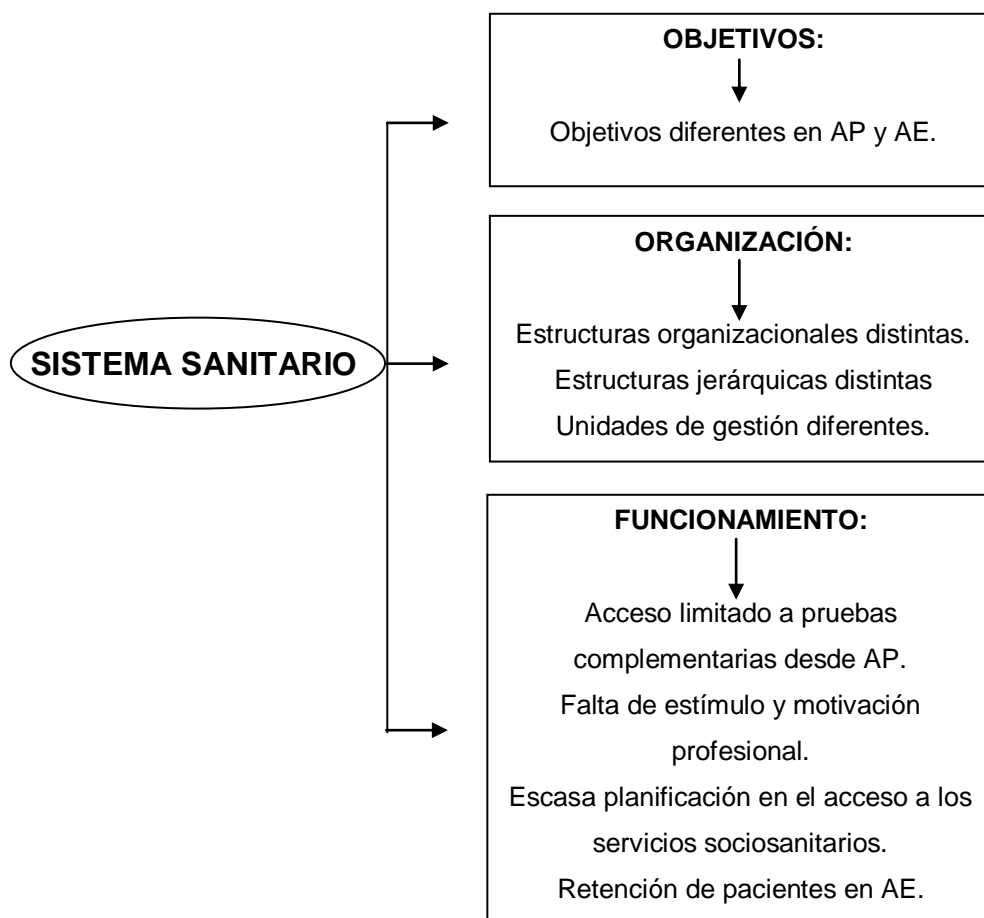


Figura 1. Problemas derivados del sistema sanitario (elaboración propia).

2.2 Derivados de los médicos: Destaca el desconocimiento de la AP por parte de los profesionales de AE y por lo tanto de su forma de trabajar, organizarse y la complejidad propia del ámbito de la asistencia primaria. Así como los médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria realizan rotación por prácticamente todos los servicios

hospitalarios durante buena parte de su periodo formativo, sin embargo llama la atención la ausencia de rotación por parte de residentes de especialidades hospitalarias por los centros de atención primaria y de ahí probablemente este desconocimiento. Por otra parte, otro de los problemas significativos es la falta de guías de práctica clínica o la escasa utilización de las mismas en los procesos asistenciales. Sin embargo (Vergeles-Blanca, 2002), el problema más relevante radica en la falta de comunicación entre niveles y el desconocimiento mutuo (Figura 2)

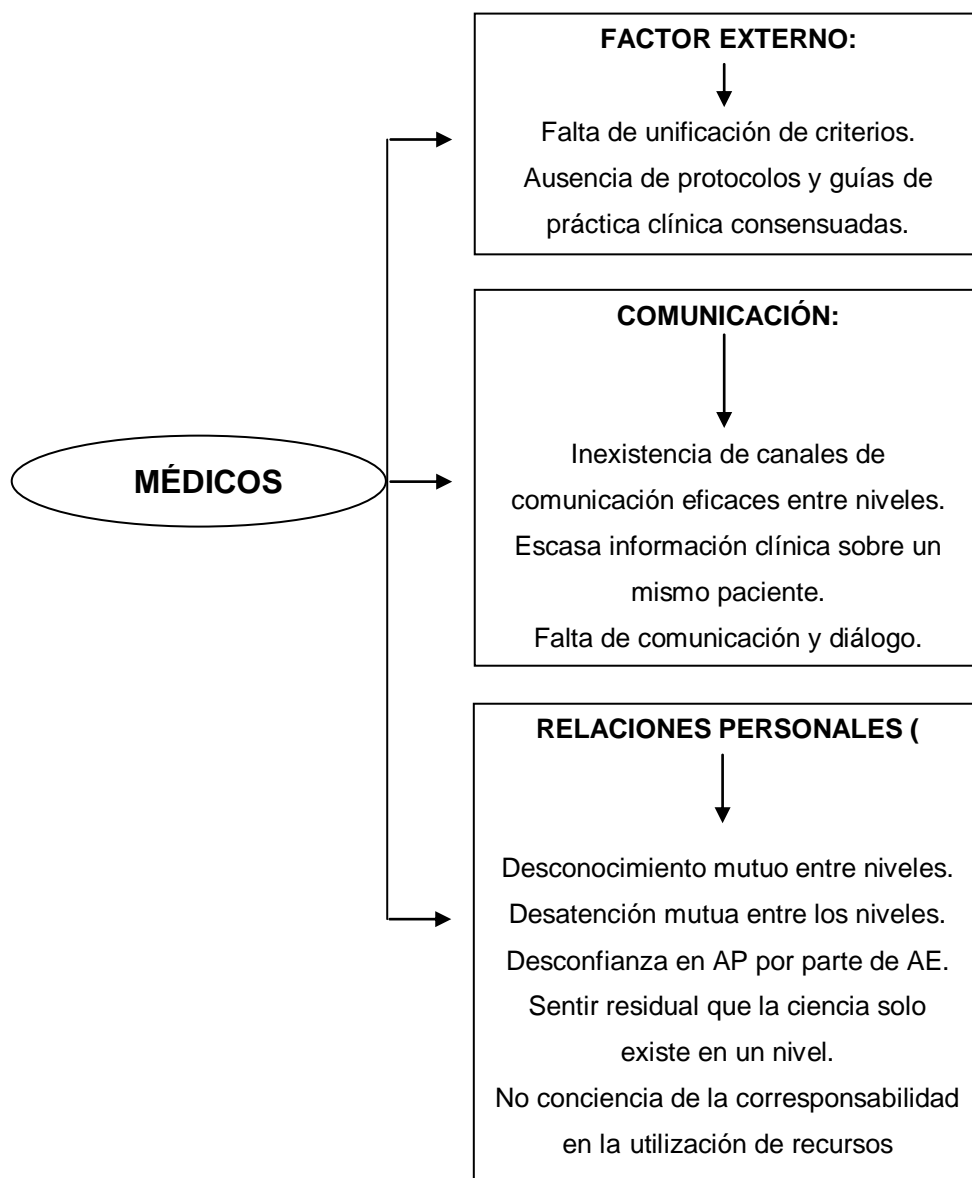


Figura 2. Problemas derivados de los profesionales (elaboración propia).

2.3 Derivados de los pacientes: Destaca la idealización por parte de la sociedad de las nuevas tecnologías hospitalarias, la búsqueda de una asistencia rápida y el acceso a pruebas complejas en los servicios de urgencias hospitalarios (Figura 3).

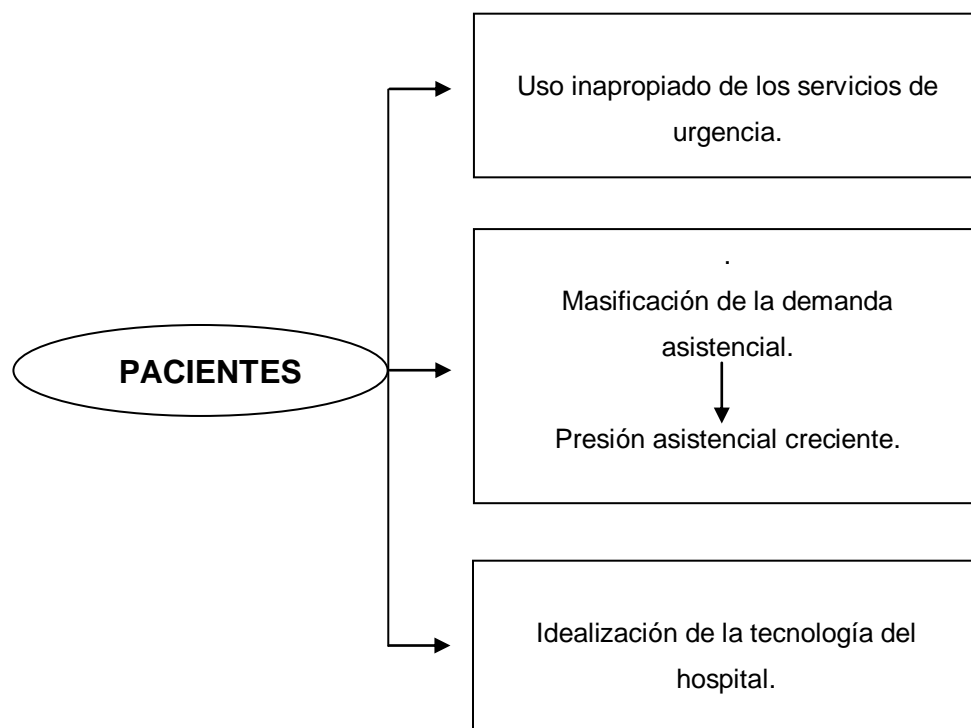


Figura 3. Problemas derivados de los pacientes (elaboración propia).

Lógicamente y como ya se ha expuesto previamente estas deficiencias en la coordinación entre niveles asistenciales traen consigo una serie de consecuencias, agrupadas en tres dimensiones, algunas de ellas transversales y citadas en la bibliografía como: (Alfaro et al, 2002; Alonso et al, 2002; Contel, 2002; Ortún V, 1998; Peiró et al, 2001; Vergeles-Blanca JM, 2002)

1. Pérdidas en la continuidad asistencial.
 - a. Fragmentación del sistema sanitario.
 - b. Pérdida de la continuidad en la provisión de servicios.

- c. Falta de seguimiento de los pacientes hospitalizados.
 - d. Falta de visión global del paciente.
2. Ineficiencia en la gestión de recursos.
- a. Duplicidad de pruebas diagnósticas.
 - b. Derivaciones inadecuadas.
 - c. Disminución en la calidad asistencial prestada.
3. Listas de espera en la derivación al especialista.
- a. Disfuncionalidades.
 - b. Falta de equidad.

3. Factores determinantes de la coordinación.

Una vez detectados los problemas y las consecuencias de los mismos, se puede afirmar que la coordinación asistencial depende de una serie de factores: los relacionados con la propia naturaleza de la actividad (grado de diferenciación e interdependencias) y otros asociados a la capacidad de procesar la información en relación a la actividad asistencial (grado de incertidumbre) (Aller et al, 2013; Terraza et al, 2006) (Figura 4).

Los factores relacionados con la naturaleza de la actividad están interrelacionados entre sí. El grado de diferenciación o división depende del grado de especialización de cada proceso asistencial, y por tanto genera interdependencias entre los profesionales y las unidades. Es decir, un médico de Atención Primaria (AP) sospecha una apendicitis y depende del cirujano para intervenirla, y viceversa, cuando el paciente es operado depende de la unidad de AP, para seguimiento del paciente y evolución de la intervención (curas, posibles complicaciones...). Las interdependencias pueden ser:

1. Compartidas (diversos servicios participan por separado de forma paralela y conservando su identidad hasta el final).

2. Secuenciales (la realización de una tarea depende de que alguien antes haya realizado su trabajo adecuadamente).
3. Recíprocas, (el resultado de una parte es aporte para el resto).

El grado de incertidumbre, se define como la diferencia entre la cantidad de información necesaria para realizar una actividad y la información disponible al respecto y, probablemente sea el factor considerado más importante. (Galbraith et al, 1973).

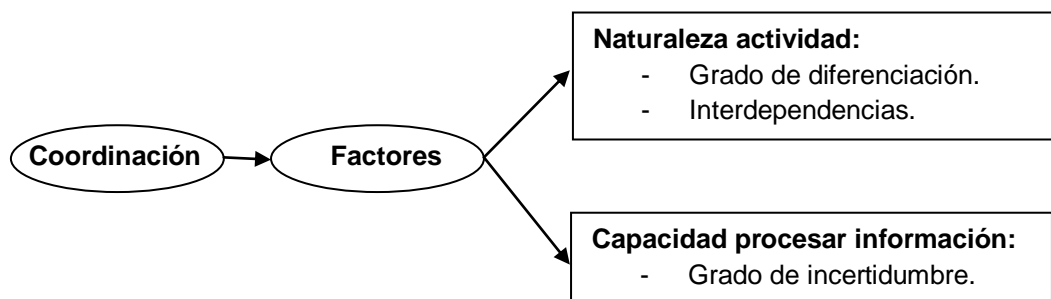


Fig. 4: Factores determinantes de la coordinación (elaboración propia).

4. Procesos básicos y tipos de mecanismos de coordinación.

En primer lugar es necesario diferenciar proceso de mecanismo. Se denomina proceso a la secuencia de ejecución de funciones en respuesta a un evento con el objetivo de lograr un resultado. Mecanismo es el medio por el cual se implementa una función. Es decir, para lograr la coordinación en la atención de un paciente por diversos profesionales de diferentes niveles asistenciales (resultado), se desarrolla una secuencia de ejecución (proceso) de una serie de intervenciones interdependientes. El cómo los profesionales lo realizan, o bien cuál es la herramienta disponible que utilizan para lograrlo, sería el mecanismo. Bien, pues para coordinar las actividades interdependientes, se desarrollan dos

procesos básicos de coordinación (Young et al, 1998): la programación y la retroalimentación (Figura 5).

En 1973, Galbraith fue el primero en elaborar un marco teórico para analizar los distintos mecanismos de coordinación a partir de los procesos básicos aludidos, que más tarde fue ampliado en 1988 por Mintzberg et al. Este marco teórico no está estrictamente contextualizado en las organizaciones sanitarias pero las toma a modo de ejemplo, lo que permite su utilización para sistematizar los mecanismos de los que hacen uso dichas organizaciones para coordinar la asistencia de los pacientes (Terraza et al, 2006).

4.1 Programación.

La programación estandariza y predetermina el trabajo, estableciendo previamente las responsabilidades, las actividades y las habilidades necesarias para llevarlas a cabo. Su utilización resulta adecuada en situaciones con grado de incertidumbre bajo, en situaciones anticipables con interdependencias secuenciales y con necesidad limitada de procesar información (Terraza et al, 2006). El mecanismo de coordinación basado en la programación es la normalización, bien de las habilidades del trabajador (coordinar las operaciones definiendo los conocimientos y habilidades requeridas para realizar un trabajo o acción concreta), de los procesos de trabajo (coordinar los procedimientos especificando y programando la acción en cada una de sus fases), o de los resultados de trabajo (coordinan las acciones en función del resultado final que se espera alcanzar con la tarea).

4.2 Retroalimentación.

En la retroalimentación, la coordinación se realiza mediante el intercambio de información entre unidades y/o profesionales implicados para que los problemas de salud se resuelvan en el nivel donde se genera la información. Este proceso permite un grado de incertidumbre mayor debido a que en muchas ocasiones se debe procesar un gran volumen de

información, cuando hay una gran variabilidad debido a la especialización de las actividades, y cuando las interdependencias pasan de compartidas a secuenciales o recíprocas. En relación a este proceso, los mecanismos asociados dependen de si la comunicación es formal (la supervisión directa y sistemas de información vertical) o informal -la adaptación mutua- (Terraza et al, 2006). En la supervisión directa, la coordinación se consigue a través de una persona que se responsabiliza del trabajo de los demás, da instrucciones y controla sus acciones.

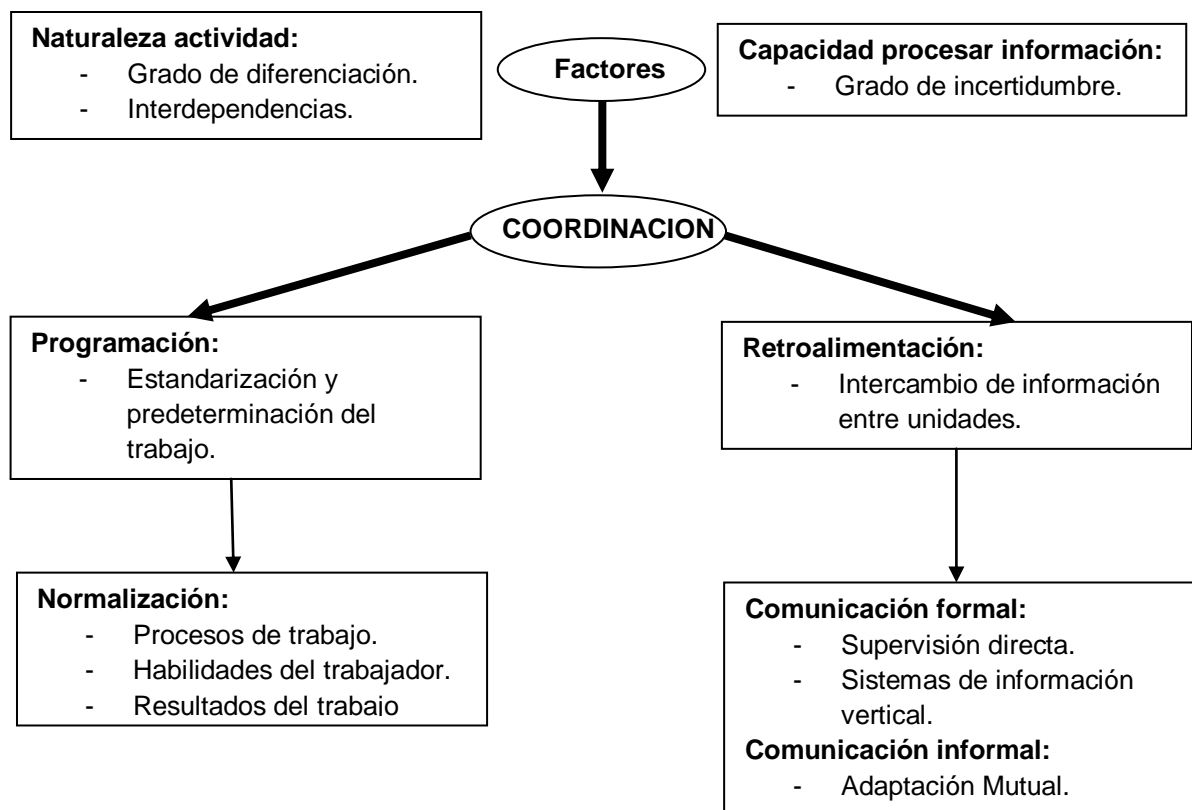


Figura 5: Proceso de coordinación. Fuente: Modificado de Terraza Núñez R et al, 2006.

En el entorno sanitario, donde el grado de incertidumbre es elevado, la supervisión directa resulta poco productiva siendo más eficiente la adaptación mutua, que permite coordinar el trabajo a través de la comunicación informal, siendo los ejecutores del trabajo los responsables de la toma de decisiones y del resultado final. Sin embargo, es necesario remarcar que 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 sociosanitario (Wagner, 2000), o el de salud mental (Goldman et al, 2000).

5. Herramientas y Modelos puestos en marcha para mejorar la coordinación.

Como ya se ha comentado, los gobiernos de diferentes países han detectado un grave problema en lo que a la relación entre niveles asistenciales se refiere y, por tanto, han puesto en marcha diferentes herramientas, modelos o estrategias para intentar subsanar o minimizar dicho problema y por tanto mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Terraza et al (2006) proponen una clasificación de los mismos en función del proceso en el que se apoyan para coordinar la atención, basada en el marco teórico antes expuesto (Galbraith et al, 1973, Mintzberg et al, 1990): Instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales basados en la programación (Figura 6), e instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales basados en la retroalimentación (Figura 7).

5.1 Instrumentos de coordinación ente niveles asistenciales basados en la programación.

5.1.1 Normalización de las habilidades del trabajador.

Tradicionalmente, la normalización de las habilidades del trabajador ha sido la estrategia utilizada, a través de un programa de formación reglado, para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Es decir, cada

profesional conoce de antemano cuál es su papel y tiene claro el lugar que ocupa a lo largo del continuo asistencial (Vázquez et al, 2005). Tal y como advierten Mintzberg et al (1990): “al encontrarse en un quirófano un anestesista y un cirujano durante una intervención quirúrgica, apenas necesitan comunicarse, ya que, gracias a los conocimientos y preparación previa de ambos, saben exactamente qué rol juegan y lo que pueden esperar el uno del otro. Sus habilidades normalizadas forman parte del proceso de coordinación”.

Hoy en día, disponemos de instrumentos alternativos basados en la estandarización de habilidades que pretenden mejorar el acceso al conocimiento especializado en atención primaria, entre los que se encuentran el sistema “experto” y los programas globales de formación continuada.

1. Sistema experto:

El sistema experto agrupa iniciativas donde el especialista actúa bien 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 (Wagner et al, 1996) y es complementario al sistema tradicional de derivación. El objetivo de este sistema es contribuir a aumentar el conocimiento y la capacidad resolutoria de los médicos de atención primaria y por tanto la eficiencia del sistema.

Dentro de este sistema se agrupan estrategias como:

- a. La conformación de grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de atención primaria.
- b. Especialistas que trabajan en centros de atención primaria como expertos locales, formando a los médicos de atención primaria, conociendo el contexto específico de dicho nivel.
- c. Visita conjunta.

- d. Sesiones clínicas para analizar casos concretos.

2. Programas globales de formación continuada:

Los programas de formación continuada tienen como objetivo ampliar los conocimientos especialmente de los médicos de atención primaria. Hablaremos de programa global de formación continuada cuando se realicen de forma sistemática con el fin de alcanzar unos objetivos definidos (Wagner et al, 1996) y son considerados como unos de los métodos más eficaces para realizar un cambio en la práctica clínica diaria, por ser personalizados, basados en las necesidades individuales de aprendizaje y requerir la participación activa del clínico (Grol, 2004). Dichos programas plantean la rotación de médicos de atención primaria en servicios especialistas y viceversa (Vergeles-Blanca et al, 2002) con el fin de contribuir a la coordinación a través de la comunicación y el conocimiento mutuo (Grol et al, 2003).

5.1.2 Normalización de los procesos de trabajo.

Aunque la normalización de las habilidades del trabajador, es todavía hoy la manera principal de coordinar la asistencia, en los últimos años, como consecuencia de la presión para el control el gasto sanitario y el deseo de aumentar la efectividad de las intervenciones (Terraza et al, 2006), se ha producido una expansión de los instrumentos basados en la normalización y estandarización de los procesos asistenciales (Longest et al, 2000) mediante: las GPC (guías de práctica clínica compartida) y los mapas de atención o trayectorias clínicas.

1. Guías de práctica clínica:

Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar al clínico a tomar decisiones sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en situaciones clínicas concretas. Las GPC se basan en señalar

en qué de nivel asistencia resultaría más eficiente la intervención a realizar en cada patología.

Hay que tener en cuenta que la efectividad de éste instrumento depende sobre todo de la estrategia para implementarla, es decir del impacto que tiene la misma en la asistencia sanitaria, no vale solamente con qué este, sino es necesario utilizarla y que los médicos y demás profesionales se encuentren de acuerdo con ella e implicados en dicho proceso.

2. Protocolos clínicos de actuación:

Los protocolos clínicos de actuación o Integrated care pathways son planes de atención basados en la secuencia temporal de las actuaciones, que indican las medidas a tomar y el orden de las mismas ante una enfermedad concreta, con los resultados clínicos esperables y en función de los mismos la actuación a realizar en ese momento. La mayor diferencia con las GPC, es que los protocolos actúan sobre un segmento del continuo asistencial o a un ámbito concreto y las GPC recorren la historia natural de la enfermedad incluyendo todas la actividades a realizar por diferentes profesionales y diferentes niveles de atención (Grifell et al, 2002).

Los puntos clave de este instrumento son (Campell et al, 1998):

- a. La potenciación del trabajo en equipo evidentemente mejora la coordinación.
- b. Son multidisciplinarias, lo que mejora la comunicación entre médicos y profesionales sanitarios y por tanto mejoran la planificación de la atención.
- c. Enlazar de forma secuencial las intervenciones dejándolas establecidas de antemano y siempre en función de los resultados, como ya hemos comentado.

- d. Facilitar la introducción en la práctica de GPC y por lo tanto aumento la efectividad y potenciando la implementación de las mismas en la práctica clínica.

3. Mapas de atención o las trayectorias clínicas:

Los mapas de atención o trayectorias clínicas son programas asistenciales multidisciplinarios que se aplican a enfermos con una patología determinada estableciendo los objetivos y proporcionando la secuencia de actuaciones que cada profesional bien de atención primaria o especializada, debe seguir en un tiempo determinado (Terraza et al, 2006), incluyendo datos de la posible evolución y resultados esperados (Campell et al, 1998).

En resumen, mientras las GPC o los protocolos clínicos de actuación definen la atención o cuidado que ha de recibir el enfermo, los mapas de atención o trayectorias clínicas definen cuándo, cómo y en qué secuencia se ha de proporcionar la intervención y además especifican los objetivos de cada fase.

La planificación del alta hospitalaria es un tipo de mapa de atención cuyo objetivo es reducir la probabilidad de reingreso estableciendo los objetivos a conseguir en el tratamiento de un paciente con una patología concreta en el momento del alta hospitalaria (Terraza et al, 2006).

Guías, mapas y planes contribuyen a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, a lo largo del proceso asistencial ya que reducen la gran variabilidad existente en la práctica clínica al fijar criterios de derivación entre niveles, concretar objetivos comunes y determinar el nivel de atención en el que la asistencia resulta más eficiente (Grifell et al, 2002). No hemos de perder de vista que es necesaria la correcta comunicación e implicación con y de los profesionales encargados del cuidado, porque si no estos instrumentos basados en la normalización de los procesos de trabajo pueden ser vistos por parte de los médicos como medidas inflexibles,

impuestas y con poco margen de maniobra en situaciones complejas y/o con grado de incertidumbre alto como pueden ser los pacientes pluripatológicos y no las utilicen o dejen de utilizarlas.

5.1.3 Normalización de los resultados de trabajo.

En el entorno en el que nos movemos, el sanitario, la estandarización de los resultados para coordinar las actividades resultaría eficaz ya que sería una opción para centralizar la decisión relacionada con la producción de servicios sin embargo, en la práctica la introducción de este mecanismo encuentra importantes limitaciones (Terraza et al, 2006):

- a. Estructuras sanitarias que agrupan profesionales por nivel asistencial y/o especialidad y no por procesos.
- b. Dificultad a la hora de establecer objetivos comunes y globales sobre procesos debido a dicha estructura, así como repartir las responsabilidades sobre los resultados de las intervenciones dentro de la asistencia sanitaria (Mintzberg et al, 1990).
- c. Dificultad de medir o establecer el resultado de un proceso asistencial aunque sea simplemente de forma aproximada (Shortell et al, 2000).

No obstante, los protocolos clínicos de actuación y/o la planificación al alta podrían ser considerados instrumentos de coordinación ente niveles asistenciales basados en la normalización de los resultados de trabajo, ya que tal y como hemos señalado con anterioridad, establecen los resultados a perseguir en cada etapa de decisión durante la atención del paciente, además de que en la planificación al alta se definen los objetivos que el paciente debe de conseguir antes de proceder al alta hospitalaria.

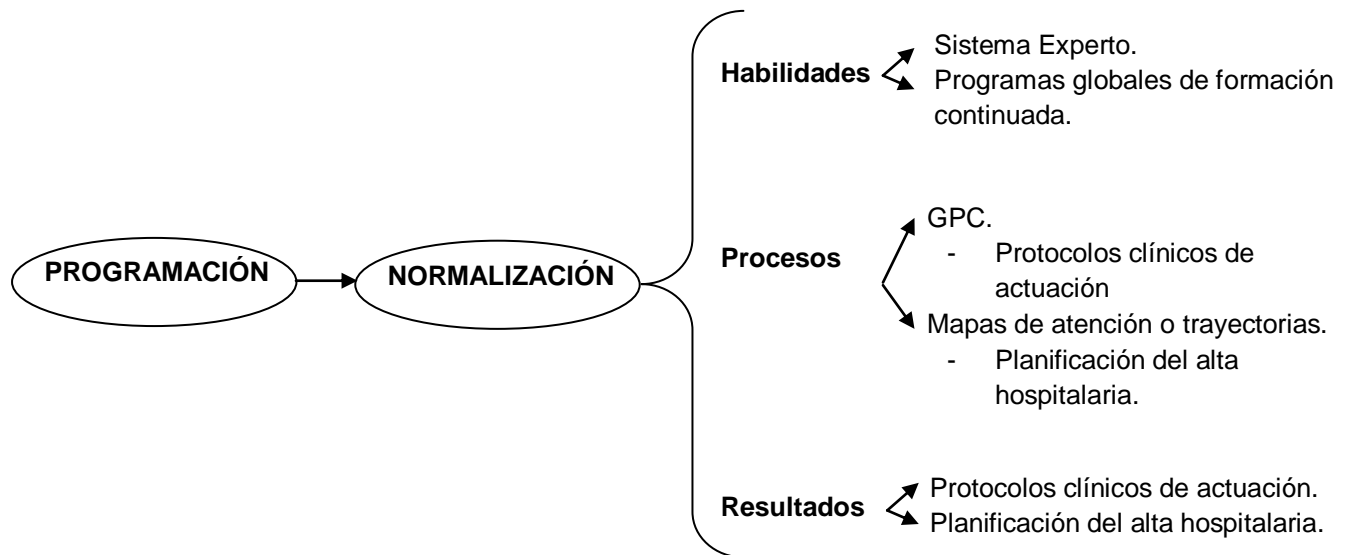


Figura 6: Instrumentos de coordinación basados en la programación (elaboración propia).

5.2 Instrumentos de coordinación ente niveles asistenciales basados en la retroalimentación.

5.2.1 Comunicación formal:

1. Supervisión directa:

La coordinación basada en la supervisión directa se consigue a través de un responsable de las actividades realizadas, quien da instrucciones y controla las acciones de los trabajadores a su cargo. El ejemplo práctico sería el jefe de servicio que supervisa directamente todas las actividades que se realizan en la práctica clínica diaria y se responsabiliza de los resultados del trabajo, es decir el jefe de Cirugía general supervisaría todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en cada jornada laboral en todos los quirófanos pertenecientes a su especialidad y se responsabilizaría del resultado de las mismas. Queda patente, en la realidad que nos rodea, que es un sistema imposible de llevar a cabo a la par que ineficiente. A medida que el grado de incertidumbre aumenta, la información que es necesaria traspasar desde los puntos de acción (cirujanos) hasta el de supervisión

(jefe de servicio) es tan grande que resulta más eficiente descentralizar la toma de decisiones por lo que el uso de este mecanismo es limitado.

2. Sistemas de información vertical:

Los sistemas de información vertical tienen como objetivo: facilitar la información clínica y social de los pacientes a lo largo del continuo asistencial a los distintos profesionales de los diferentes niveles asistenciales encargados de la atención del paciente. De hecho, ya en 1973 Galbraith et al, añaden a los dispositivos de enlace el sistema de información vertical, como una estrategia de coordinación fundamental en las organizaciones en base a la importancia de un acceso fácil y rápido a la información relevante de los pacientes por parte del profesional encargado de la asistencia en un momento concreto.

Las características básicas de un sistema de información vertical son (Terraza et al, 2006):

- a.** Un sistema integrado de registros clínicos con información longitudinal del paciente.
- b.** Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas.
- c.** Sistemas de análisis de información de apoyo de la práctica médica.

Así pues, los instrumentos desarrollados hasta el momento basados en los sistemas de información vertical son: La historia clínica, los partes de interconsulta, los sistemas de información integrados y los sistemas de soporte informatizados.

Así pues, los instrumentos desarrollados hasta el momento basados en los sistemas de información vertical son: La historia clínica, los partes de interconsulta, los sistemas de información integrados y los sistemas de soporte informatizados.

- **Historia Clínica:**

La historia clínica es uno de los instrumentos más utilizados para coordinar la atención basada en facilitar la transmisión de información de un nivel asistencial a otro, es decir, el objetivo es facilitar “la información clínica compartida” sobre todo en los casos en los que varios profesionales deben de intervenir e implicarse en la atención de un paciente. El problema radica cuando dicha información no es accesible para todos los profesionales en el momento adecuado (Warren et al, 1999) o no contienen los datos apropiados para asegurar la coordinación de la información (Velasco et al, 1993). En España, desde hace unos años, existen ya historias clínicas informatizadas homologadas, con unificación de criterios y un registro de calidad (Sobrequés, 2001).

- **Parte de interconsulta: Instrumento tradicional de derivación.**

El parte de interconsulta es la herramienta que tradicionalmente ha utilizado el médico de atención primaria como vía de comunicación con el especialista en el momento de derivación de sus pacientes. El mayor problema de este instrumento radica en la poca rigurosidad al emplearlo siendo, en algunas ocasiones, completado de forma benévola e incluso en otras ni siquiera rellenado o respondido (Rubio et al, 2000), lo que provoca que la eficacia de este instrumento de comunicación se pierda. Por otra parte es necesario remarcar que algunos autores insisten en que una de las causas de esta falta de rigurosidad sea debida, entre otras, a la falta de criterios unificados de derivación. Sin embargo, los factores implicados en esta “derivación inadecuada”, para tomar medidas de prevención y control, son difíciles de abordar (Alonso et al, 2000).

En los últimos años, se ha intentado implementar el parte de interconsulta informatizado, visto como posible solución a los

problemas detectados. Es muy importante señalar que la importancia del mismo se fundamenta en que el parte debe llegar al especialista de forma informatizada, quien debe de dar respuesta de la misma manera, siendo ambas entradas registradas e identificadas. Así mismo, es básico no considerar finalizado completamente el proceso de derivación hasta que la respuesta no llegue al médico de atención primaria y evitar que el paciente sea visto por profesionales diferentes cada vez (Agúndez et al, 2000).

- **Los sistemas de información integrados.**

Los sistemas de información integrados se encargan de hacer posible el acceso e intercambio de información electrónicamente conectando los diferentes proveedores (Oates et al, 2000). Así, un médico de familia puede estar conectado con el especialista, con el paciente, la institución... etc y viceversa. La mejoría de la coordinación a través de este instrumento queda patente ya que facilita tanto la comunicación como el acceso rápido y sencillo a la información clínica requerida en cada caso.

- **Los sistemas de soporte informatizados.**

Los sistemas de soporte de decisiones informatizados, son programas informáticos que ayudan al profesional sanitario en la toma de decisiones cuando se enfrenta a problemas que no están estructurados. Éstos pueden ser: activos (aplicando el conocimiento médico a los datos de un paciente determinando una trayectoria a seguir o conclusión específica a ese caso) o pasivos (proveen información, como pueden ser GPC, protocolos, resultados de estudios complementarios, historia clínica...) (Warren et al, 1999).

Este instrumento mejora la coordinación asistencial, guiando, por ejemplo, al médico de atención primaria a lo hora de decidir si es pertinente o no una derivación, qué información y/ o qué estudios

complementarios ha de dar o haber solicitado en el momento de la derivación con el fin de proporcionar la máxima información y/o al médico especialista en el momento de la derivación.

En resumen, los sistemas de información vertical permiten unir la información de los pacientes y los proveedores a lo largo del continuo asistencial, ayuda a decidir la pertinencia de una prueba diagnóstica o de una derivación, y además mejora el ejercicio profesional de los médicos al contribuir a su adhesión a otros instrumentos de coordinación, como por ejemplo las guías de práctica clínica (Terraza et al, 2006).

5.2.2 Comunicación informal: Adaptación mutua.

La adaptación mutua es uno de los mecanismos teóricos, disponible hasta el momento, para mejorar la coordinación asistencial basado por una parte, en el proceso de coordinación denominado retroalimentación y por tanto en el intercambio de información, así como en la comunicación informal, tal y como se ha descrito previamente. El fundamento de dicho instrumento consiste como su propio nombre indica en la “adaptación” de un profesional (médico de atención primaria) a otro (especialista) y viceversa, ponerse en el lugar del otro, en su contexto con sus características y dificultades propias, así como intentar facilitar la labor del otro con el fin de mejorar entre otras cosas la comunicación y por tanto la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

En la actualidad, dentro de los dispositivos desarrollados hasta la fecha, basados en la adaptación mutua, encontramos desde meros instrumentos informales de comunicación hasta el diseño de grupos formados por varios profesionales con objetivos comunes, los cuales se describen a continuación:

1. Instrumentos informales de comunicación:

Dentro de los instrumentos informales de comunicación, indicados para las situaciones clínicas más sencillas, encontramos:

- Teléfono, particularmente eficaz en el seguimiento de pacientes crónicos (Von Korff et al, 1997).
- Correo postal.
- Correo electrónico.
- Reuniones informales...

2. Dispositivos de enlace:

En situaciones más complejas, los dispositivos informales de comunicación antes expuestos no son suficientes para transferir la información relevante en relación al paciente que se está atendiendo, por lo que hace unos años se decidió implantar otra serie de instrumentos con el fin de facilitar la comunicación y la coordinación entre niveles asistenciales como son “los dispositivos de enlace” entre otros, 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 (Shortell et al, 2000).

- **Puesto de enlace:**

Los puestos de enlace están formados por profesionales sanitarios, cuyo objetivo es facilitar el traspaso de información actuando como fuente de central de “datos” que orienta la comunicación entre diferentes servicios o niveles asistenciales.

En nuestro entorno se han desarrollado varias estrategias basadas en esta “figura”:

- a. “La enfermera de enlace comunitaria” cuyo objetivo principal es potenciar la asistencia domiciliaria encargándose fundamentalmente de asegurar una valoración integral de sus pacientes y sus cuidadores de acuerdo a sus necesidades. Esto determina un plan de acción dirigido a mitigar los problemas de salud existentes y/o prevenirlos, coordinándose con los diferentes niveles asistenciales y/o actuando como eslabón de los mismos (Pérez et al, 2005). “La enfermera de enlace hospitalaria” por su parte, tiene como funciones coordinar, entre otros procesos asistenciales, el alta hospitalaria con el equipo de atención primaria para asegurar la continuidad del cuidado del paciente, gestionar sus necesidades en relación al control, intervenciones y cuidados que necesita al alta hospitalaria, así como ofrecer la información necesaria al equipo receptor y/o viceversa (Pérez, 2004).
- b. “Especialista de referencia” que son mayoritariamente profesionales con conocimiento especializado, como por ejemplo médicos internistas (Rico et al, 2003), que actúan como referencia y unión entre un centro de atención primaria y el hospital de referencia con el fin de gestionar los ingresos de pacientes crónicos, facilitar el acceso a estudios complementarios no disponibles desde atención primaria...
- c. Equipos multidisciplinarios de evaluación y soporte al hospital, formado por unidades cuyo objetivo es coordinar con el recurso sociosanitario más apropiado del área (Gómez-Batiste et al, 1996), el alta hospitalaria de pacientes añosos, dar soporte al equipo de atención primaria en el cuidado de enfermos crónicos y terminales... (Terraza et al, 2006).

- **Otros dispositivos de enlace**, en los que los directivos juegan un papel fundamental son: los comités permanentes, los directivos integradores y las estructuras matriciales (Terraza et al, 2006).
 - a. **Comités permanentes:** Un ejemplo claro de comité permanente serían los comités de gestión entre niveles formados por gestores tanto de atención primaria como especializada cuyo objetivo es, entre otros, coordinar las actividades que involucran a diferentes niveles asistenciales, intercambiando información con el fin de definir objetivos globales y por tanto estrategias y políticas comunes.
 - b. **Directivos integradores** están formados por puesto de enlace que posee una autoridad formal necesaria para integrar las actividades de diferentes unidades operativas con el fin de unificar los objetivos y estrategias locales con los objetivos generales de la organización a la que pertenecen, por ejemplo: Gerentes de área de los diferentes niveles asistenciales.
 - c. **Estructuras matriciales:** Las estructuras matriciales están formadas por grupos de profesionales, principalmente directivos, cuyo objetivo es organizar los recursos en torno a los procesos asistenciales, sin renunciar a la agrupación de las actividades por nivel asistencial o duplicar recursos. En este tipo de estructura la figura de enlace sería el responsable del proceso/producto o programa (por ejemplo: jefe de urgencias), que actuaría como integrador de las decisiones tomadas de forma conjunta entre los servicios implicados en el continuo asistencial (Charns, 1997).

De forma general, cabe destacar que estos dispositivos de enlace funcionarían cuando actúen como nexo de unión entre los profesionales que desempeñen funciones diferentes dentro del continuo asistencial. Su efectividad va a depender de la importancia que los profesionales den a la organización, así como de su

capacidad para integrarse en los procesos de decisión cotidianos y del acceso a la información relevante sobre el proceso asistencial (Galbraith et al, 1973), (Terraza et al, .2006). Más adelante, se expone una corriente reciente de pensamiento centrada en el compromiso con la organización o “engagement”, con base en Reino Unido, y muy en consonancia con lo expuesto anteriormente: los puestos de enlace u otra herramienta puesta en marcha para mejorar la coordinación asistencial no funcionarán si, por una parte el profesional sanitario no se compromete con la organización y por otra, la organización no lo estimula para ello.

3. Grupos de trabajo:

Los grupos de trabajo constituyen otro de los dispositivos, basados en la adaptación mutua, desarrollados tradicionalmente para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Dichos grupos suelen estar formados por un conjunto de profesionales sanitarios con habilidades complementarias que fijan un objetivo y una metodología común siendo responsables del resultado. Según Terraza et al, si seguimos la metodología de Mintzberg (1988), sería necesario establecer la diferencia entre grupo de trabajo y comité permanente en función de la duración del mismo pero según la literatura contextualizada en el ámbito sanitario ambos conceptos suelen estar incluidos y/o referidos como grupo de trabajo. Según el grado de cooperación, los grupos de trabajo se pueden clasificar en: multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios (McClaran et al 1998; Ruddy, 2005; Terraza et al, 2006; Warren et al, 1998,).

a. Los grupos multidisciplinarios son los más comunes, formados por un grupo de profesionales sanitarios con habilidades complementarias que trabajan de forma paralela con papeles perfectamente definidos y un elevado grado de autonomía (Terraza et al, 2006).

- b. Por su parte, **los grupos interdisciplinarios**, 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 con el paciente, designando a un miembro líder como responsable del paciente (Terraza et al, 2006).

- c. Finalmente, la mayor diferencia entre los demás grupos con **los grupos transdisciplinarios** es que éstos 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 ya que reducen la ambigüedad entre los miembros del equipo potenciando la colaboración y minimizando la autonomía de los profesionales (Mickman et al, 2000; Warren et al, 1998).

Bien, como queda de manifiesto, en teoría este dispositivo de enlace debería resultar muy eficaz para mejorar la coordinación asistencial. Ya que dentro de los objetivos de esta herramienta estarían: el estimular a los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado de un paciente a desarrollar una visión global y ayudarles a llegar a un consenso sobre posibles problemas y actuaciones al respecto. Pero en realidad lo que es necesario remarcar es que la efectividad de los grupos referidos estará íntimamente relacionada con: el número de miembros, el compromiso de los miembros con los objetivos establecidos y la existencia de una comunicación regular para resolver problemas, consensuar soluciones y gestionar los conflictos (Mickman et al, 2000).

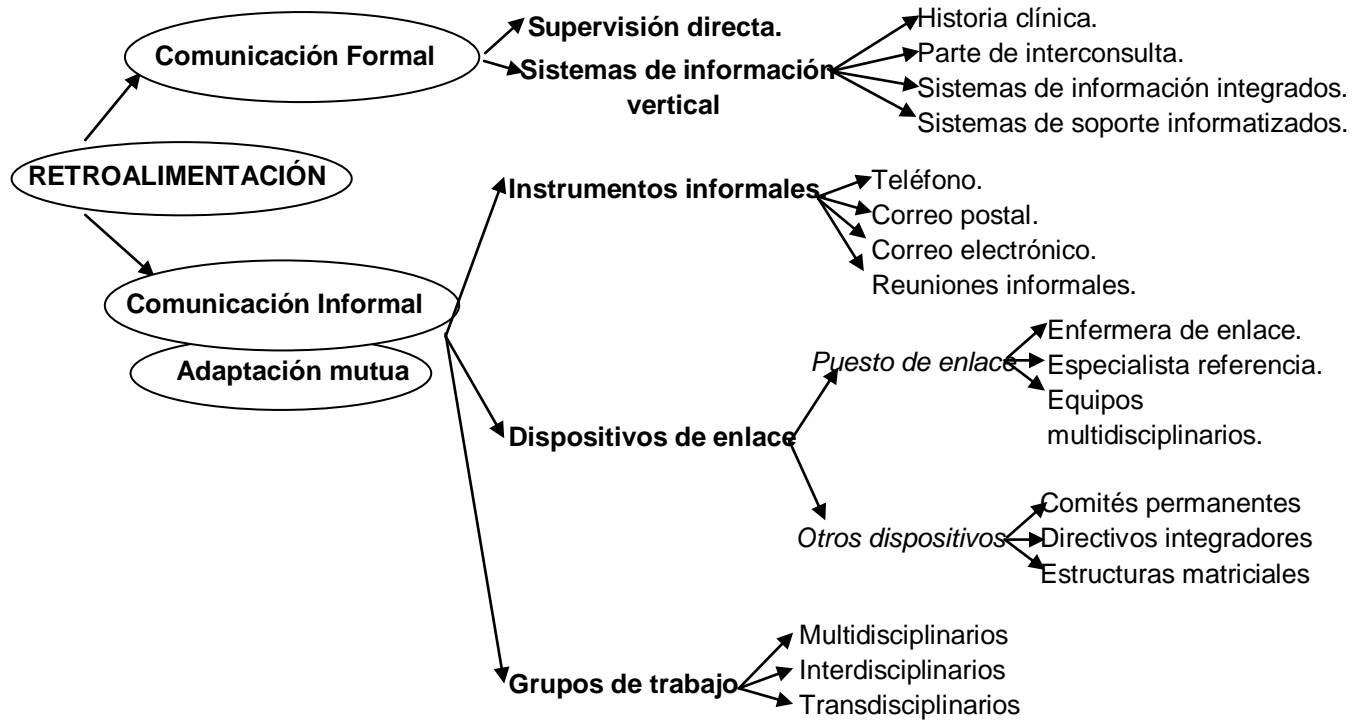


Figura 7: Instrumentos de coordinación basados en la retroalimentación (elaboración propia).

5.3 Estrategias.

Una vez expuestos todos los instrumentos disponibles, desarrollados hasta el momento, para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, surgen una serie de cuestiones: ¿Es suficiente utilizar un solo instrumento? ¿Cada instrumento responde a una única situación clínica concreta? En el caso de que se repitiese la misma situación pero con un paciente o un profesional diferente ¿Se utilizaría el mismo instrumento que en la situación anterior? Como se puede observar hay una serie de cuestiones en relación a dichas herramientas difíciles de contestar dada la complejidad de la práctica clínica actual. Habitualmente no es suficiente con emplear un solo instrumento, sino que lo habitual es que las organizaciones utilicen varios simultáneamente (Mintzberg, 1990). No hay una combinación óptima ya que depende, como ya se ha expuesto, del grado de diferenciación de las tareas, el tipo de interdependencias y el grado de incertidumbre (Terraza et al, 2006). Dada la alta exigencia y dificultad del ejercicio médico actual debido, entre otras causas, a la complejidad propia de los pacientes (pluripatologías,

enfermedades crónicas etc.) que precisan de la atención de varios profesionales de diferentes niveles asistenciales, las organizaciones han desarrollado una serie de estrategias con el fin de asegurar la coherencia y la asistencia integral a través de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Las estrategias más difundidas en la actualidad son: la gestión de casos y el programa de gestión de enfermedades. Ambas son difíciles de distinguir, de hecho en el lenguaje coloquial tienden a confundirse, pero es necesario remarcar que la diferencia radica en que la gestión de casos se refiere a paciente como individuos y los programas de enfermedades a los grupos de pacientes (Gérvás, 2005). En cualquier caso, el punto clave de ambas se basa en la capacitación de los pacientes y de sus familiares (Gérvás, 2008).

5.3.1 Gestión de casos:

La gestión de casos es una estrategia desarrollada con el objetivo fundamental de ofrecer una atención sanitaria coordinada entre diferentes servicios de distintos ámbitos asistenciales mediante la integración y la coordinación de las necesidades del paciente y los recursos (Terraza et al, 2006). La población diana de este programa son aquellos pacientes y familias con grado de “riesgo elevado” porque requieren intervenciones muy costosas, son vulnerables y/o presentan necesidades de salud y sociales muy complejas (Peiró et al, 2003). La figura central de esta estrategia la ocupa el gestor del caso, que así mismo podría formar parte del grupo de profesionales incluidos en el instrumento de coordinación denominado “puesto de enlace” (instrumento de coordinación basado en la adaptación mutua), cuyo papel fundamental sería el de asegurar la coordinación asistencial a lo largo de la enfermedad del paciente asegurando los resultados clínicos y económicos deseables (Hill, 1998). Los instrumentos que este profesional suele utilizar para asegurar dichos objetivos son, por ejemplo, los mapas de atención, grupos de trabajo multidisciplinarios... para definir los objetivos e intervenciones necesarias asegurando la comunicación entre los profesionales implicados (Terraza et al, 2006).

5.3.2 Programas de gestión de enfermedades:

Los programas de gestión de enfermedades nacieron a principios de la década de los noventa en Estados Unidos, impulsado por las empresas farmacéuticas del país en respuesta a las reformas políticas del momento. En aquellos años, Estados Unidos desarrolló una política muy estricta en relación a; la utilización farmacológica incluyendo sanciones y desincentivos para los médicos que no utilizaban los medicamentos incluidos en los formularios aprobados por la organización, control del uso de los servicios hospitalarios, llegando a renegociar los precios pagados por los servicios médicos y hospitalarios. Ante esta situación las empresas farmacéuticas vieron mermados sus beneficios, a lo que respondieron creando este tipo de estrategias (Kesteloot, 1999). Las empresas farmacéuticas desarrollaron programas que orientaban a la asistencia de los pacientes e impulsaban el control de enfermedades, incluyendo evidencias científicas que daban soporte al uso de sus fármacos, haciendo un especial hincapié en el cumplimiento terapéutico (Peiró, 2003). Posteriormente, otras muchas organizaciones de diferente índole desarrollaron este tipo de estrategias sin estar vinculadas a ninguna empresa farmacéutica. De hecho, en la actualidad los programas de gestión de enfermedades dependientes de dichas empresas han ido reduciendo su volumen vendiendo incluso alguna de ellas la filial que se encargaba de diseñar estos programas. En cualquier caso la introducción de este tipo de estrategias nació como un modelo organizativo cuya meta, entre otras, era la coordinación y cooperación de los profesionales sanitarios encargados de la atención del paciente con el fin de mejorar los resultados de la atención de un problema de salud específico (Peiró et al, 2003).

Así pues, los programas de gestión de enfermedades son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias cuya población diana la forma aquellos pacientes con enfermedades en las que el autocuidado en su tratamiento y control tiene un valor fundamental para el control de su enfermedad (Terraiza et al, 2006). Estos programas se desarrollan en torno a

enfermedades de alta prevalencia, elevado coste o en intervenciones que se pueden medir y presentan variaciones significativas en la práctica clínica; como por ejemplo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes (Gervás, 2008). La coordinación de la atención se basa fundamentalmente en la normalización de los procesos de trabajo a través de la utilización de las guías de práctica clínica (Peiró et al, 2003) y sistemas de información vertical para identificar, estratificar el riesgo y conocer los servicios que han utilizado así como evaluar el rendimiento del programa (Terraza et al, 2006).

6. Organización Sanitaria Integrada.

En los últimos años, además de intentar implementar diferentes instrumentos y/o estrategias con el objetivo de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales se han desarrollado alternativas organizacionales con el mismo fin, entre las que se encuentran las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), que surgen como una respuesta estructural a estas demandas de mayor coordinación y contención de costes (Vázquez et al, 2005).

Dichas organizaciones han aparecido sobre todo en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como es el caso de Estados Unidos (Vargas et al, 2007). Así pues, el país pionero en el desarrollo de este tipo de estructura sanitaria fue Estados Unidos en los años ochenta al integrar aseguradoras y proveedores en las organizaciones denominadas “managed care” que competían por los afiliados (Waibel et al, 2015). Posteriormente, Reino Unido, a principios de los noventa con la introducción de los médicos generales como “fundholders”, es decir con presupuesto y capacidad de compra de servicios de otros proveedores (Wilton et al, 1998) y la reciente creación, en 2012, de los grupos de gestión clínica (Clinical Commissioning Groups, CCGs) tras el deseo del gobierno de crear un sistema enfocado a las necesidades de los pacientes incorporando a los médicos de atención primaria (GPs) como líderes de estas comisiones. Los CCGs se encargan de determinar las necesidades de una población concreta y en función de las mismas distribuir los presupuestos y comprar servicios. En España, la comunidad autónoma que ha intentado

implantar este sistema organizacional es Cataluña (Waibel et al, 2015), ya que en la última década el sistema de salud que impera en dicha región es un sistema con diversificación en la titularidad de la provisión (Vázquez et al, 2005).

6.1 Definición.

Una organización sanitaria integrada es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de la salud en la población (Vázquez et al, 2005).

6.2 Características y clasificación.

La estructura de las organizaciones sanitarias integradas dependerá del contexto propio de cada sistema sanitario. De hecho, hasta el día de hoy no todos los países que han implementado este tipo de estrategia organizacional, lo han hecho del mismo modo, sino que lo han adecuado a las características propias de su organización. Así Vázquez et al, 2005, describe los diferentes tipos de OSI en función de una serie de elementos, que denomina características clave. Éstas son:

1. Amplitud.
2. Número de servicios o funciones que provee la OSI a lo largo del continuo asistencial, así como la profundidad de la integración.
3. Número de diferentes unidades que posee una OSI para proveer una determinada función y/o servicio.
4. El nivel de producción interna de servicios.
5. Cantidad de servicios proveídos dentro de la propia organización sanitaria en comparación a la cantidad de servicios que son

comprados a otros proveedores de salud en cualquier etapa particular del continuo de salud.

6. El liderazgo en su constitución y gestión y la forma de relación de las entidades que la constituyen, tipo de propiedad o relaciones contractuales que establece una determinada OSI.

Y a partir de éstas, ofrece una clasificación de las OSIs, según (Vázquez et al, 2005):

1. El tipo de organización que se integra:
 - a. Integración vertical que a su vez podrá ser bidireccional, cuyo objetivo será la unión y coordinación de los servicios en diferentes fases del proceso de atención del paciente, es decir si éstos se encuentran en diferentes etapas del proceso asistencial (atención primaria, atención especializada o atención sociosanitaria).
 - b. Integración horizontal que a diferencia de la integración vertical, ésta se sucederá cuando la unión y/o coordinación pertenezca al mismo nivel asistencial.
2. La producción interna de servicios:
 - a. Integración total formada por un único proveedor. Es decir, la OSI proveerá directamente todos los servicios que ofrecen.
 - b. Cuasi-integración cuando las organizaciones realicen la provisión a través de la subcontratación de servicios.
 - c. No integradas: aquellas redes que dependan completamente de los proveedores externos.

3. El liderazgo, que según el tipo de red estas podrán estar capitaneadas por:
 - a. Hospitales.
 - b. Grupos de médicos.
 - c. Aseguradoras.
 - d. O combinaciones entre ambas.

4. La forma de relación interorganizativa según el tipo de relación que exista entre las diferentes formaciones de la red que integra la OSI:
 - a. Vertical: Única propiedad, donde la OSI ejercerá el control y la propiedad directa sobre todos los componentes de la red.
 - b. Virtual: Entidades independientes que se relacionarán a través de diversas procedimientos jurídicos.

6.3 Factores determinantes.

Las evaluaciones sobre el resultado de los diferentes tipos de OSIs no son concluyentes. No obstante, parece haber un consenso respecto a los elementos externos e internos que influyen en los resultados del proceso de integración asistencial (Vargas et al, 2007). Por lo tanto, los factores que influyen en la organización de dichas estructuras se pueden clasificar, en función del contexto donde se originan, en: factores relacionados con el entorno o externos y los concernientes a la propia organización o internos (Vázquez et al, 2005):

1. Elementos Externos o del entorno:
 - a. Modelos de asignación de recursos y sistemas de incentivos asociado: Tradicionalmente el sistema de pagos ha sido realizado por acto, actividad o presupuesto de manera independiente, facilitando

por tanto, la descoordinación entre niveles asistenciales ya que este tipo modelo de asignación de recursos provoca que los servicios se centren únicamente en su actividad, en su papel en la asistencia de un paciente y en sus resultados, sin preocuparse del acto anterior o posterior. En los últimos años se ha despertado el interés por la financiación capítativa (Shortell et al, 1994) como instrumento para mejorar la coordinación estimulando la cooperación entre ambos servicios. La financiación capítativa ofrece un presupuesto global a los proveedores lo que provoca la sensibilización en relación a las posibles repercusiones de tu actividad en los resultados del resto. Ahora bien, es necesario remarcar que este tipo de financiación precisa un sistema de asignación que debe permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los gastos directos como de los que origina al resto de la organización, que según los expertos debería estimular a la coordinación asistencial debido a la necesaria selección conjunta del nivel asistencial donde el tratamiento del problema de salud resultara más costoefectivo dentro del continuo asistencial.

- b. Características de la población de referencia: Obviamente, en el funcionamiento de estas redes no influye únicamente el presupuesto o modelo presupuestario, sino que también se verá fuertemente influido por las características propias de la población diana, como por ejemplo por la proporción de grupos de edad con mayor carga de enfermedades. Lógicamente encontrarán mayor complejidad de organización aquellas redes con mayor proporción de pacientes añosos con pluripatologías.
- c. La extensión del territorio a cubrir. La extensión del territorio de la que será responsable la OSI será determinante en el funcionamiento de la misma, ya que deberá buscar fórmulas óptimas para llegar a toda la población asegurando la equidad, sin perder de vista la calidad asistencial ni la eficiencia.

- d. Presencia de más proveedores con los que compartir la atención de la población. A más proveedores más variabilidad y por tanto mayor necesidad de buscar estrategias óptimas que estimulen la cooperación entre los diferentes profesionales y favorezcan la coordinación e integridad asistencial.

2. Elementos Internos:

- a. Modelo de gobierno y asignación de recursos: El gobierno de la OSI puede ser diseñado de diferentes formas que puede ir desde un único órgano corporativo hasta múltiples gobiernos con diferentes papeles en la organización (Vázquez et al, 2005). Aunque no existe evidencia científica sobre cuál es el modelo que permitiría alcanzar una mayor integración asistencial, se han definido tres características fundamentales para el buen funcionamiento de la red (Alexander et al, 1995):

- La responsabilidad del gobierno con toda la red.
- La responsabilidad del gobierno con la población objeto de su atención.
- La coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de la OSI, para asegurar la consistencia en la perspectiva, objetivos y estrategias definidas a lo largo de la red, así como la consistencia de los mismos.

- b. Dimensión estratégica: Respecto a la dimensión estratégica será fundamental la definición de los objetivos y las estrategias compartidas por todos los servicios de los diferentes niveles asistenciales (Shortell et al, 2000), así como la capacidad de unificar las actividades desarrolladas dentro de la red. Entre las estrategias para conseguir dicho fin, se definen como más efectivas para lograr la coordinación asistencial y la efectividad (Vázquez et al, 2005): la

planificación estratégica, el fortalecimiento de la atención primaria, el desarrollo de sistemas de información vertical integrados y programas de formación y estrategias compartidos.

- c. Estructura organizativa: El tipo de estructura que adopte la red será fundamental a la hora de facilitar o entorpecer el resultado de la organización. La clave radicará en el grado de integración de las funciones de apoyo y asistenciales que adopte la dirección (Vázquez et al, 2005). Si se desarrolla la estructura en relación a dos niveles asistenciales separados vistos como compartimentos estancos, las metas de la organización se verán mermadas, se detectaran problemas importantes en torno a la coordinación asistencial y se verá limitada la eficiencia de la red (Longest et al, 2000).
- d. Cultura organizativa: La cultura organizativa, es otro de los elementos básicos que influirá en el funcionamiento de una organización sanitaria integrada. Dependiendo de la capacidad que tenga la organización para fomentar; una cultura común, valores y actitudes de colaboración así como el trabajo en equipo y una cultura de cuidado centrado en el paciente (Bergohut et al, 2015), serán los resultados y la consecución de objetivos comunes (Kornaki et al, 1998).
- e. Liderazgo: La capacidad de liderazgo de los miembros de la red orientado a la coordinación y capaz de comunicar los objetivos y estrategias será básico (Vázquez et al, 2005). Tanto la cultura organizativa con la capacidad de liderazgo de los profesionales sanitarios serán imprescindibles para la creación de un clima positivo hacia una cultura común de funcionamiento.
- f. Sistema de incentivos dentro de la propia red: Finalmente, es necesario señalar que la forma de estimular a los profesionales o miembros de la red será imprescindible a la hora de conseguir los resultados propuestos por la organización. El diseño de un sistema de

incentivos adecuado ayudará a estimular a los profesionales a cooperar, implicarse y a crear un clima común para la consecución de resultados tratando los problemas de salud en el nivel más costo-efectivo del continuo asistencial (Vázquez et al, 2005).

En teoría, la asistencia integrada deberá contribuir a un sistema más eficiente, equitativo con alto nivel de calidad asistencial a través de las mejoras en la coordinación, continuidad y acceso al sistema sanitario (Waibel et al, 2015). Por lo tanto, el análisis de este tipo de organizaciones deberá tener en cuenta los denominados resultados u objetivos finales, final outcomes, (eficiencia, equidad y calidad asistencial), así como los resultados intermedios, intermediate outcomes, (coordinación asistencial, continuidad asistencial y acceso al sistema sanitario) (Aller et al, 2015). Es decir, el análisis de las organizaciones sanitarias integradas tienen en cuenta, o deberían tener en cuenta, los siguientes factores: los elementos internos, proceso, desarrollados por dichas redes para lograr sus objetivos, Los elementos externos, contexto, a nivel macro y microeconómico en los que se desenvuelven (incluyendo el tipo de sistema sanitario y sus objetivos en relación a la equidad, eficiencia, calidad y coordinación asistencial) y los actores involucrados en el proceso de coordinación , que son tanto los profesionales sanitarios, como los gestores y los usuarios (Vázquez et al, 2015).

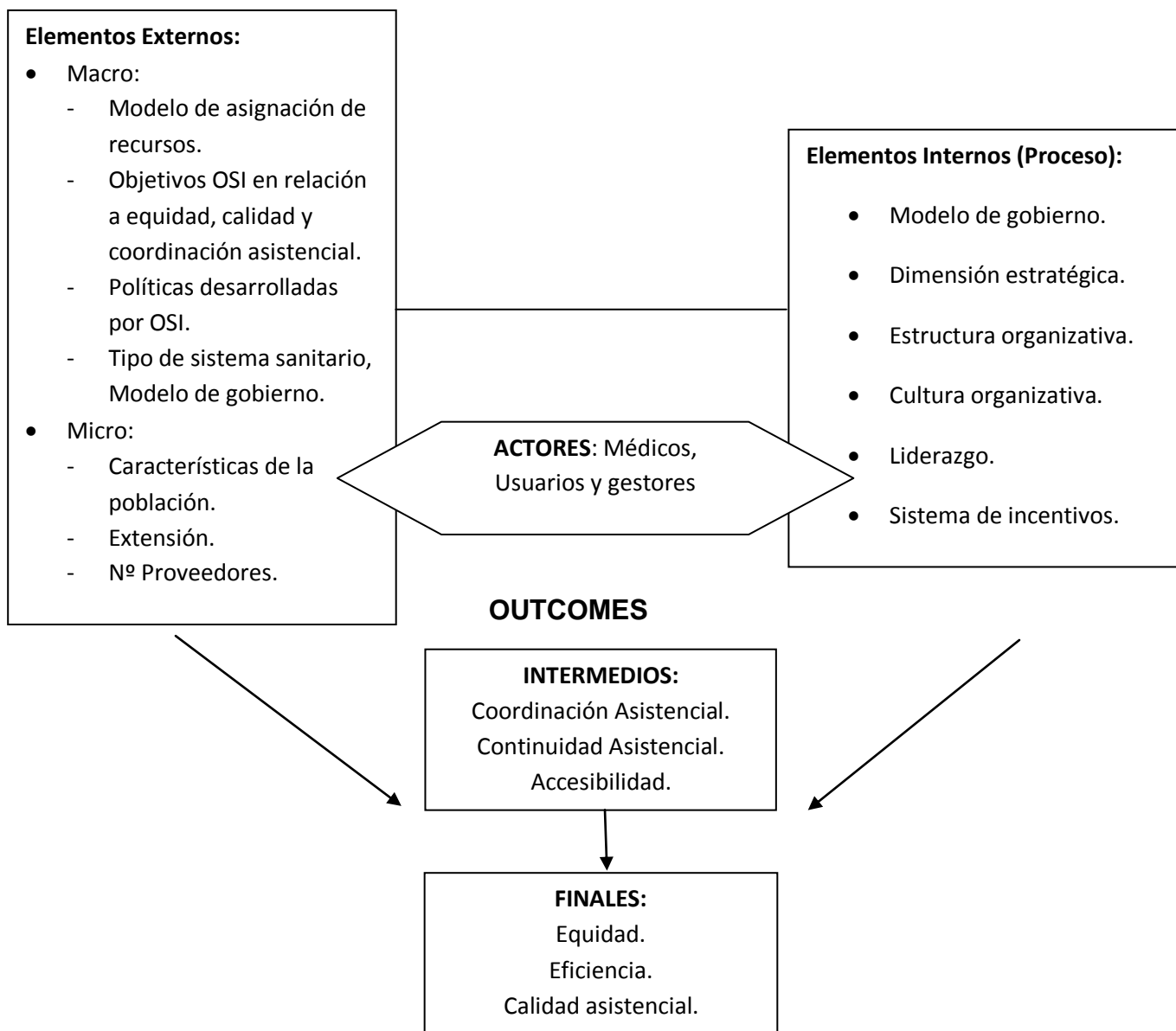


Figura 8: Marco de referencia para el análisis de un organización sanitaria integrada. Fuente: Modificado de Vázquez et al, 2015.

7. Evaluación de la coordinación entre niveles asistenciales.

Indicadores.

A pesar de todo lo expuesto y pese a que las organizaciones sanitarias consideren que la coordinación entre niveles asistenciales es un problema grave y recurrente, la evaluación no solo es escasa (Terraza et al, 2006) si no que la mayoría de estudios que existen son en relación a los efectos de la implantación o estrategia de un instrumento de coordinación (Gervás et al 2006; Johnston et al 1994; Kasje et al, 2004; Lorenz et al, 1999; Peiró et al, 2003; Rubio et al, 2000; Vargas et al 2015; Vázquez et al, 2015; Young et al, 1998) o bien se centran en un único nivel asistencial (Gervás et al 2005; Gervás et al, 2006; Goñi, 1999; Proyecto MPAR-5; Pujol, 2006; Sheaff et al, 2015; Young GJ et al, 1998; Villalbí et al, 2003) o se refieren a su resultado: continuidad asistencial (Aller et al 2010; Fernández et al 2010; Harrison et al, 2002; Letelier et al, 2010; Reid et al 2002). Así mismo, es necesario remarcar que los estudios realizados en nuestro país están focalizados en determinar los factores (Aller et al, 2013; Alonso et al, 2000; Fernández et al, 2004; Fernández et al, 2007; Gené et al, 2010; Henao et al, 2009; Vargas et al, 2006) contexto y/o marco conceptual de problema (Aller et al, 2013; Vargas et al, 2005).

Aller et al 2012 a través de un proyecto en fase piloto (PI10/00348) proponen, a partir de una revisión sistemática de la bibliografía, una selección de indicadores, que a juicio del equipo investigador y pendientes de la validación estadística (estabilidad y factibilidad) evaluarían la coordinación entre niveles asistenciales. Por otra parte añaden otro grupo de ellos con el fin de medir aspectos en relación a la coordinación entre niveles asistenciales no representados bajo los ya publicados en la bibliografía. En un estudio posterior comprueban la estabilidad y fiabilidad de los indicadores descritos, a través de la fase piloto en tres áreas sanitarias de Cataluña, resultando válidos tras el análisis (Aller et al, 2015). Lo que les hace concluir que dichos indicadores podrían ser utilizados para la evaluación de la coordinación entre niveles asistenciales en diferentes contextos u organizaciones.

Si bien es cierto que los investigadores resaltan que la coordinación de la información entre niveles asistenciales no está plenamente representada a través de los indicadores descritos ya que hay atributos no descritos en el grupo final de indicadores, es decir no se describe completamente transferencia de información, más bien el **uso de información**. Como por ejemplo: no se pudo determinar si la información fue realmente leída y usada por el profesional receptor. Esta dificultad para describir un indicador fiable y válido en relación a este tipo de información ya ha sido descrito en la bibliografía (Reid et al, 2002) y refleja la complejidad para registrarlo aunque se considere fundamental para la coordinación entre niveles asistenciales.

Los indicadores propuestos en función de la dimensión a medir son los siguientes, es importante remarcar que los que se presentan son aquellos que resultaron estables y válidos, tras el análisis estadístico:

7.1 Indicadores relacionados con la coordinación de la información a través de niveles asistenciales

7.1.1 Transferencia de la información.

1. Flujo de información entre niveles asistenciales:

Indicador 1: Porcentaje de altas hospitalarias para las cuales existe un informe de alta disponible en Atención primaria en un plazo de 24 horas.

- **Fórmula operativa:**

Informe de alta disponible en AP en las 24 horas posteriores al alta
hospitalaria.

Total de altas hospitalarias.

- **Población:** Pacientes hospitalizados por cualquier causa.

Indicador 2: Tiempo medio de para que el informe de alta hospitalaria esté disponible en atención primaria.

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de las horas que transcurren desde que se produce el alta hospitalaria hasta que el informe está disponible en AP.

Total de altas hospitalarias.

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.

- **Población:** Pacientes hospitalizados por cualquier causa.

Indicador 3: Porcentaje de visitas a urgencias para las cuales existe un informe de alta disponible en Atención primaria en un plazo de 24 horas.

- **Fórmula operativa:**

Informe de consulta a urgencias disponible en AP en las 24 horas posteriores al alta hospitalaria.

Consultas de urgencias hospitalarias.

- **Población:** Pacientes que acuden a urgencias por cualquier causa.

Indicador 4: Tiempo medio de para que el informe de urgencias esté disponible en atención primaria.

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de las horas que transcurren desde que se produce la consulta en urgencias hasta que el informe está disponible en AP.

Total de consultas a urgencias.

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.

- **Población:** Pacientes que acuden a urgencias por cualquier causa.

2. Informes de derivación y de alta debidamente completados:

Indicador 5: Porcentaje de informes de alta hospitalaria debidamente completados.

Se considera que informe de alta hospitalaria estará debidamente completado cuando conste la siguiente información:

- Motivo del ingreso.
- Pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas...)
- Seguimiento o pauta de control del paciente posterior a la consulta en urgencias.
- Lista de medicación habitual.
- Recomendaciones para el paciente.
- **Fórmula operativa:**

Informe de alta debidamente completado. (Según los criterios descritos previamente)

Total de informes de derivación de pacientes con EPOC y/o DM y/o IC.

- Adicionalmente se calcularán indicadores sobre la presencia de cada una de la información previamente descrita.
- **Población:** Pacientes hospitalizados diagnosticados de EPOC y/o DM y/o IC.

3. Transferencia de información entre niveles: medicación y pruebas complementarias. Calidad de información transferida entre niveles asistenciales.

Indicador 6: Porcentaje de informes de urgencias debidamente completados.

Se considera que informe de urgencias estará debidamente completado cuando conste la siguiente información:

- a. Motivo del ingreso.
- b. Pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas...)
- c. Seguimiento o pauta de control del paciente después del alta.
- d. Lista de medicación habitual.
- e. Recomendaciones para el paciente.

- **Fórmula operativa:**

Informe de urgencias debidamente completado. (Según los criterios descritos previamente)

Total de informes de urgencias de pacientes con EPOC y/o DM y/o IC.

Adicionalmente se calcularán indicadores sobre la presencia de cada una de la información previamente descrita.

- **Población:** Pacientes que acude a urgencias diagnosticados de EPOC y/o DM y/o IC.

Indicador 7: Porcentaje de formularios de derivación de atención primaria debidamente completados.

Se considera que informe de derivación estará debidamente completado cuando conste la siguiente información:

- a. Identificación del paciente.
- b. Antecedentes mórbidos relevantes.
- c. Tratamiento médico actual.
- d. Motivo de la derivación.
- e. Información del médico que deriva: nombre y número de colegiado.

- **Fórmula operativa:**

Formulario de derivación debidamente completado. (Según los criterios descritos previamente)

Total de informes de urgencias de pacientes con EPOC y/o DM y/o IC.

Adicionalmente se calcularán indicadores sobre la presencia de cada una de la información previamente descrita.

- **Población:** Pacientes derivados desde atención primaria a atención especializada diagnosticados de EPOC y/o DM y/o IC.

7.2 Indicadores relacionados con la coordinación de la gestión y/o manejo clínico entre niveles asistenciales

7.2.1 Consistencia en la atención:

1. **Coordinación de estudios complementarios a través de los niveles asistenciales involucrados:**

Indicador 8: Porcentaje de consultas de atención especializada no urgente ni preferente de pacientes diagnosticados de insuficiencia

cardiaca en que se solicitan pruebas que han sido realizadas en atención primaria en los últimos seis meses.

- **Fórmula operativa:**

Primeras consultas en AE en que se solicita una Rx Tórax o ECG o Analítica general a pacientes derivados desde AP de forma no urgente ni preferente, que tenían estas pruebas desde hace menos de 6 meses.

Total de primeras consultas de AE de pacientes derivados desde AP por insuficiencia cardiaca de forma no urgente ni preferente.

- **Población:** Pacientes con diagnóstico de IC.

Indicador 9: Porcentaje de consultas de atención especializada de pacientes diagnosticados de EPOC en que se solicitan espirometrías que han sido realizadas en atención primaria en los últimos seis meses.

- **Fórmula operativa:**

Primeras consultas en AE en que se solicita una espirometría a pacientes derivados desde AP de forma no urgente ni preferente, que tenían estas pruebas desde hace menos de 6 meses.

Total de primeras consultas de AE de pacientes derivados desde AP por insuficiencia cardiaca de forma no urgente ni preferente.

- **Población:** Pacientes con diagnóstico de IC.

2. Coordinación del manejo del tratamiento entre los niveles asistenciales implicados:

Indicador 10: Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus que durante el ingreso hospitalario han iniciado un tratamiento con insulina y en cuya

historia de atención primaria consta que se le ha realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta.

- **Fórmula operativa:**

Pacientes diabéticos que durante el ingreso se haya iniciado un tratamiento con insulina y en cuya historia clínica de AP consta que se le haya realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta.

Pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario se les haya iniciado tratamiento con insulina.

- **Población:** Pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus.

3. Adecuación de la derivación: Intervenciones realizadas en el nivel asistencial más apropiado:

Indicador 11: Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca correctamente derivados de manera no urgente desde atención primaria a las consultas externas especializadas.

- **Fórmula operativa:**

Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca y derivados correctamente de manera no urgente a consulta de cardiología o medicina interna.

Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que han sido derivados a consulta de cardiología o medicina interna en el último año.

- **Población:** Pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada.

Indicador 12: Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca correctamente derivados de manera desde atención primaria a urgencias.

- **Fórmula operativa:**

Pacientes con reagudización de la insuficiencia cardiaca y derivados correctamente a urgencias.

Pacientes que acuden a urgencias por descompensación de insuficiencia cardiaca derivados desde AP.

- **Población:** Pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada.

4. Finalización del proceso diagnóstico cuando está implicado más de un nivel asistencial. Trayectoria diagnóstica completada:

Indicador 13: Porcentaje de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca en el último año a los que se les ha realizado un ecocardiograma como parte del proceso diagnóstico.

- **Fórmula operativa:**

Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca a los que se les ha realizado un ecocardiograma como parte del proceso diagnóstico.

Total de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca en el último año.

- **Población:** Pacientes con diagnóstico insuficiencia cardiaca.

7.2.2 Seguimiento entre niveles asistenciales. La longitudinalidad del seguimiento.

1. Comunicación entre los niveles asistenciales involucrados:

Indicador 14: Porcentaje de altas hospitalarias en las que se ha realizado el contacto entre el hospital y la atención primaria previa al alta del paciente ingresado por exacerbación grave de EPOC.

- **Fórmula operativa:**

Altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbaciones graves de pacientes EPOC en los que se ha contactado con AP previo al alta.

Altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbaciones graves de pacientes EPOC en el *último año*.

- **Población:** Pacientes con ingreso hospitalario por exacerbación grave de EPOC.

Indicador 15: Porcentaje de altas hospitalarias en las que se ha realizado el contacto entre el hospital y la atención primaria previa al alta del paciente ingresado por insuficiencia cardiaca descompensada.

- **Fórmula operativa:**

Altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a descompensaciones de insuficiencia cardiaca en los que se ha contactado con AP previo al alta.

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca e ingresados por descompensación.

- **Población:** Pacientes con descompensación de una insuficiencia cardiaca.

2. Visitas de seguimiento después del alta hospitalaria.

Indicador 16: Porcentaje de altas hospitalarias por exacerbación de EPOC que tienen una consulta con atención primaria en menos de 72 horas tras el alta.

- **Fórmula operativa:**

Altas hospitalarias por exacerbación grave de EPOC que tienen una consulta con AP en menos de 72 horas post alta.

Altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbaciones graves de pacientes EPOC en el *último año en las que se ha establecido contacto previo al alta.*

- **Población:** Pacientes ingresados en el hospital con exacerbación grave de EPOC.

Indicador 17: Porcentaje de altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca descompensada que tienen una consulta con atención primaria en menos de días tras el alta.

- **Fórmula operativa:**

Altas hospitalarias por descompensación de IC en las que se hizo valoración por parte de AP dentro de la primera semana post alta.

Altas hospitalarias por descompensación de IC en el *último año en las que se ha establecido contacto previo al alta.*

- **Población:** Pacientes ingresados en el hospital por una descompensación de la insuficiencia cardiaca.

7.2.3 Accesibilidad entre niveles de atención.

1. Tiempo de espera de la derivación:

Indicador 18: Tiempo medio transcurrido desde que un paciente con insuficiencia cardiaca es derivado de forma no urgente ni preferente desde atención primaria a cardiología hasta que es atendido.

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de los días transcurridos desde que un paciente con IC es derivado de forma no urgente ni preferente desde AP a cardiología hasta que es atendido.

Total de pacientes con IC que son derivados de forma no urgente ni preferente en AP a cardiología.

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.

- **Población:** Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca.

Indicador 19: Tiempo medio en días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) desde la atención primaria hasta la primera consulta con atención especializada.

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de los días transcurridos desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) desde AP hasta la primera consulta programada en diagnóstico rápido.

Total de pacientes derivados desde AP a AE por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata).

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.
- **Población:** Pacientes con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata).

Indicador 20: Tiempo medio en días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) hasta el diagnóstico de cáncer.

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de los días transcurridos desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) desde AP hasta el diagnóstico de cáncer.

Total de pacientes con sospecha de cáncer iniciada en AP (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) y con diagnóstico posterior de cáncer.

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.
- **Población:** Pacientes con diagnóstico de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata).

Indicador 21: Tiempo medio en días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) hasta el inicio del tratamiento de cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia).

- **Fórmula operativa:**

Sumatorio de los días transcurridos desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) iniciada en AP hasta el inicio del tratamiento por cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia).

Total de pacientes diagnosticados de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) derivados al centro de referencia desde AP que inician tratamiento con cirugía y/o quimioterapia y /o radioterapia en el mismo hospital al que fueron referidos desde AP.

- **Cálculo adicional:** Mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.

.

- **Población:** Pacientes con diagnóstico de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) que inician tratamiento con cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia en el mismo hospital al que fueron referidos desde la atención primaria.

8. Sistemas sanitarios.

Como ya se ha mencionado previamente, existen múltiples conceptos, instrumentos, estrategias... en relación a la coordinación entre niveles asistenciales. Los diferentes países coinciden en que la deficiente coordinación entre niveles asistenciales da como resultado una disminución de la calidad asistencial y de la eficiencia del sistema. Hay muchas herramientas que han intentado analizar y/o mejorar este problema. Lo que queda claro, es que cada sistema sanitario y/o cada país tienen una serie de características propias, lo que se traduce en que mientras en un país una herramienta, estrategia o diseño organizacional puede ser útil en otro no tanto, lo que hace necesario conocer las características de cada uno antes de decidir implementar la medida.

En primer lugar, es necesaria la definición del concepto de sistema sanitario para posteriormente poder definir los diferentes tipos del mismo. Así pues, la Organización Mundial de la Salud define sistema sanitario como: “conjunto de estructuras organizativas, centros, servicios y actividades del sector público y privado de un país para dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud”. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido por el mismo organismo como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Lógicamente los resultados de la salud de la población, dependerán entre otras cosas del modelo en el que se encuadre el sistema sanitario de ese país. En función del diseño los resultados en torno a la equidad, efectividad, eficiencia, satisfacción y universalidad variarán. Por otra parte, dependiendo de los modelos organizativos y presupuestarios, se priorizaran uno u otro objetivo. Evidentemente no hay ningún modelo perfecto y que de resultados excelentes en torno a los conceptos expuestos previamente, porque en el caso de existir todos los países optarían por el mismo diseño de organización sanitaria. Según la OMS, para que un sistema sanitario se considere adecuado para una población determinada debe tener las siguientes características:

- a. Universalidad.
- b. Atención integral: Deberá de atender a la promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, tratamiento y rehabilitación además de a la asistencia.
- c. Equidad.
- d. Eficiencia.
- e. Flexibilidad, con el fin de adaptarse rápidamente a los cambios.
- f. Involucrar a la población en la participación dentro del sistema.

Los sistemas sanitarios se organizan en torno a tres modelos, principalmente: Modelo liberal, tradicional de Estados Unidos, Modelo socialista, típico de

países comunistas, poco extendido en la actualidad y modelo mixto (tabla 1). A lo largo de este apartado nos centraremos en los sistemas sanitarios, que a nuestro juicio tienen mayor relevancia respecto al tema en cuestión, que son: el modelo liberal y mixto en sus dos vertientes: sistema de seguros sociales y sistema nacional de salud.

	LIBERAL	SOCIALISTA	MIXTO
Financiación estatal	<p>No</p> <p>Sometido a la ley de oferta y demanda.</p> <p>Falta de equidad.</p>	<p>Si, en su totalidad, basado en la solidaridad financiera de los miembros de la sociedad.</p>	<p>Vía impuestos o cotizaciones sociales obligatorias.</p>
Cobertura	<p>No universal. El estado realiza una contribución mínima encarada a atender a los grupos marginales principalmente.</p>	<p>Universal. Gratuita.</p>	<p>Universal.</p>
Medios de producción	<p>Privados. El usuario paga directamente al proveedor o a las compañías de seguros.</p>	<p>Son de propiedad pública y el estado se encarga de gestionarlos.</p>	<p>Pueden ser públicos o privados, cumpliendo unos parámetros de calidad asistencial.</p>

Tabla 1: Características de los sistemas sanitarios.

8.1 Modelo liberal.

El modelo liberal es el que tradicionalmente se ha impuesto en Estados Unidos, también denominado de “libre mercado”. En dicho modelo sanitario el estado no se responsabiliza de la salud de sus ciudadanos, sino que responde a las leyes de mercado de oferta-demanda, lo que favorece la competitividad de los diferentes proveedores, que se traduce en avance tecnológico e investigación clínica muy potente. El estado destina una parte presupuestaria pequeña a la sanidad ciudadana, que prácticamente en su totalidad se invierte en la salud de los grupos desfavorecidos y/o sin recursos (redes de beneficencia). El usuario del sistema paga directamente al proveedor o a través de compañías aseguradoras, es decir actúa como cliente solicitando o eligiendo un servicio, lo que se traduce en libertad de elección del profesional.

8.2 Modelo mixto.

En Europa, los sistemas sanitarios se configuran principalmente en torno al modelo mixto, formado a su vez por dos vertientes diferentes: el sistema de seguridad social (modelo Bismarck) financiado por cotizaciones sociales obligatorias y el sistema nacional de salud (modelo Beveridge) financiado a través de los impuestos. En ambos casos la financiación es eminentemente pública (Sistema de información sanitaria. Información de estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

8.2.1 Modelo Beveridge.

El modelo Beveridge, es el denominado “sistema nacional de salud”, en el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios y se financian mayoritariamente de los impuestos. Se basa en la solidaridad o en el principio retributivo y posibilita el acceso universal, bajo el control del parlamento. Bajo este diseño el sistema sanitario es un recurso universal, estable y fácil de recaudar en los países en los que el sistema fiscal está organizado correctamente; una parte muy importante de los

recursos son obtenidos de las rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco y electricidad (Sistema de información sanitaria. Información de estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

Las características comunes de funcionamiento del sistema sanitario bajo este modelo se pueden resumir en:

1. Financiación a través de impuestos.
2. Acceso universal.
3. Control gubernamental, con gran implicación del estado en la gestión.
4. Presupuestos del Estado.
5. Médicos asalariados o por capitación.
6. Cierta sector privado.
7. Algunos copagos por parte de los usuarios.

El referente internacional de este patrón es Reino Unido, su Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) se creó en 1948, inspirado en el Informe Beveridge.

Los países europeos que organizan su sistema de salud en torno a este modelo son: Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. En la tabla que visualizamos a continuación se resumen las características de los países europeos organizados en torno a este modelo y las diferencias entre ellos.

	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión de la atención primaria	% Provisión pública en Hospitales	Libertad de elección de MAP	Filtro para acceso a los especialistas	Listas de espera como problema político
Dinamarca	NO	Privada	97%	Limitado	SI	SI
España	SI	Pública	75%	Limitado	SI	SI
Finlandia	NO	Pública	89%	Limitado	SI	SI
Irlanda	NO	Privada	100%	SI	Parcialmente	SI
Italia	SI	Pública	81%	SI	SI	SI
Portugal	NO	Pública	86%	Limitado	SI	SI
Reino Unido	SI	Privada	96%	SI	SI	SI
Suecia	NO	Pública	98%	Limitado	NO	SI

Tabla 2: Resumen de las principales características de los países con SNS. Fuente: Health in transition (OMS). (Sistema de información sanitaria. Información de estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

8.2.2 Modelo Bismark.

El otro patrón tradicional se conforma en torno a los “sistemas de seguridad social”, financiados por cotizaciones sociales obligatorias. Las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de la riqueza económica de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios. En este sistema los impuestos generales también tienen un papel financiando las primas de los seguros de los

sectores desfavorecidos y sin cobertura y, financiando determinados tipos de asistencia pública como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

En algunos países con sistemas de seguros de salud, la frontera entre un seguro de salud público y un seguro de salud privado es borrosa; aquellos países donde los fondos de los seguros de salud, con o sin ánimo de lucro, están altamente regulados a fin de garantizar la cobertura universal, podrían, con razón, ser considerados seguros públicos de salud (Sistema de información sanitaria. Información de estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión de la atención primaria	% Provisión pública en Hospitales	Libertad de elección de MAP	Filtro para acceso a los especialistas	Listas de espera como problema político
Alemania	SI	Privada	49%	SI	SI	NO
Austria	NO	Privada	72%	SI	NO	NO
Bélgica	SI	Privada	34%	SI	NO	NO
Francia	SI	Privada	66%	SI	NO	NO
Grecia	NO	Pública	69%	SI	NO	SI
Luxemburgo	SI	Privada	68%	SI	NO	NO
Países Bajos	SI	Privada	96%	SI	SI	SI

Tabla 3: Resumen de las principales características de los países con SSS. Fuente: Health in transition (OMS)

	Modelo “Beveridge”	Modelo “Bismark”
Financiación	Impuestos Presupuestos del estado	Cuotas obligatorias pagadas por empresarios y/o trabajadores
Acceso	Universal	Universal: Impuestos generales financian las primas de los sectores sin cobertura
Cobertura	100%	100%
Control	Gubernamental Gran implicación del estado en la gestión	NO Gubernamental “Fondos”: Entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan los recursos
Personal empleado	Médicos asalariados o por capitación	Los “Fondos” contratan hospitales, médicos de familia... para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto
Copago	Alguno por parte de los usuarios	Alguno por parte de los usuarios y sistemas de reembolso
Países	Dinamarca España Finlandia Irlanda Italia Portugal Reino Unido Suecia	Alemania Austria Bélgica Francia Grecia Luxemburgo Países Bajos

Tabla 4: Comparativa Sistemas Sanitarios en Europa. Fuente: OMS Oficina Regional para Europa. Reforma de los Sistemas Sanitarios en Europa.

8.3 Sistema Nacional de Salud. Historia y situación actual.

El sistema sanitario español se ha transformado mucho a lo largo de su historia. Con la promulgación de la Constitución en 1978, comenzaron a producirse una serie de cambios importantes, que provocaron los cambios organizativos posteriores, como fueron la transferencia de las competencias en promoción, prevención y planificación territorial a las Comunidades Autónomas. En 1986 se proclamó la Ley General de Sanidad que creó y definió el Sistema Nacional de Salud, denominado INSALUD, universalizando en 1989, el derecho a la asistencia sanitaria haciéndose cargo el Estado de todos los cuidados que precisen los ciudadanos. Este hecho, consiguió alcanzar la universalización entendida como cobertura con financiación pública basada en impuestos y no en base a cuotas a la Seguridad Social (Salvador et al, 2015), aunque es necesario remarcar que todavía existe un 5% de la población en base a una cobertura “especial”, además de que en 2012 se excluyeron los inmigrantes indocumentados, salvo situaciones de urgencia o enfermedades infecciosas (Salvador et al, 2015).

Otra de las fechas a destacar en materia de salud española es a principios de 2002, cuando se produce la transferencia del INSALUD a todas las comunidades autónomas que no disponían todavía de las competencias sobre servicios sanitarios de la Seguridad Social (Belenes, 2003), creándose así 17 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tenían y tienen la principal jurisdicción sobre la organización y prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio (Informe SESPAS 2012). A pesar de estas competencias el Ministerio de Sanidad y Política social conserva la autoridad sobre determinados ámbitos estratégicos, como la legislación relativa a medicamentos, y también continúa siendo la garantía de que la prestación de los servicios cumpla los criterios de equidad para todos los ciudadanos. Más tarde en 2003, se promulgó la Ley de Cohesión y Calidad con el fin de asegurar la coordinación y cooperación

entre las comunidades autónomas tratando temas como las prestaciones, la cartera de servicios o los medicamentos, El objetivo de dicha ley fue garantizar la equidad del sistema sanitario español a lo largo de todo su territorio. El máximo responsable de la coordinación del Sistema nacional de salud es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que está formado por la Ministra de Sanidad y sus 17 consejeros pertenecientes a las consejerías de Sanidad de los 17 departamentos de Salud (Informe Sespas, 2012).

Las características actuales del Sistema Nacional de Salud Español son:

1. Carácter público y “universal”.
2. Definición de los derechos y deberes de los ciudadanos, así como de los poderes públicos.
3. Descentralización de los servicios sanitarios.
4. Integración de todas las estructuras y servicios públicos al servicio de salud.
5. La organización típica en áreas básicas de salud, estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud español. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se considera área básica de salud: aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de Atención Primaria bajo su dependencia organizativa y funcional. Estas a su vez se subdividen en zonas básicas de salud que es la delimitación geográfica que sirve como referencia al equipo de atención primaria para su actuación.
6. Desarrollo de un modelo de atención primaria que integre las actividades asistenciales, prevención y promoción de la salud.

Durante las últimas décadas en España se ha experimentado con todo tipo de fórmulas de gestión y cambios en las formas organizativas. De hecho, se puede comprobar cómo han convivido modelos de gestión central tradicionales con modelos empresariales aplicados a ciertos institutos y unidades de gestión, al mismo tiempo del desarrollo de fórmulas públicas dotadas de personalidad jurídica diferenciada cuyo objetivo era la búsqueda de una flexibilidad en la gestión.

Aunque la mayoría de Comunidades Autónomas tienen un funcionamiento similar, existen algunas diferencias o estrategias de gestión particulares en algunas de ellas, que se definen a continuación:

1. Cataluña: La característica principal, a diferencia del resto de comunidades autónomas, es que en Cataluña existen varios proveedores sanitarios distintos. La contratación de servicios va desde empresas, mutuas, fundaciones o incluso grupos de médicos.
2. Madrid: Externalización de servicios.
3. Valencia: Introducción de empresa privada en la gestión de servicios públicos, principalmente hospitales.
4. País Vasco: La característica propia de dicha región es la creación de un programa centrado en el paciente crónico con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y sobre todo la eficiencia del sistema.

9. Liderazgo y compromiso profesional.

Por otra parte, la tan mencionada situación económica actual plantea la necesidad de tomar una serie de medidas no tomadas hasta el momento dirigidas a mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario, sin perder de vista la calidad de la atención sanitaria, ni la satisfacción de los usuarios del sistema, como ya se ha expuesto. Hoy en día, en Europa y Norteamérica a pesar de las medidas puestas en marcha para mejorar la coordinación entre niveles

asistenciales, hay consenso de la necesaria implicación positiva de los médicos en el desarrollo y sostenibilidad de las organizaciones en las que trabajan, así como del papel de los líderes médicos, nexo de unión entre las gerencias y el personal médico y sanitario en general para la consecución de objetivos globales (Spurgeon et al, 2008).

9.1 Concepto de liderazgo médico.

Al revisar la bibliografía, llama la atención la extensa producción literaria sobre el tema. Varios autores, deslumbrados con el concepto de liderazgo médico, -tal y como se usa el término hace que éste sugiera un modelo implícito en sí mismo-, no dejan clara la diferencia entre la noción de liderazgo y las connotaciones derivadas de su puesta en práctica en cada situación asistencial. Según Spurgeon et al, hay una tendencia a confundir la cuestión de quiénes son los líderes con qué hacen los líderes (Spurgeon et al, 2007). Una posible explicación es que muchos de los autores, pese a tener una amplia experiencia en la estructura, política y gestión de los servicios sanitarios, carecen de la formación y experiencia práctica específica con relación a la disciplina “liderazgo médico”.

La noción clásica de liderazgo, como capacidad intrínseca, ha tendido a producir una lista interminable de cualidades personales que un individuo, designado para ser líder, debería poseer. Desgraciadamente un profesional excelente que tenga todas las cualidades defendidas por este concepto clásico, no existe. En realidad los profesionales poseen algunas de éstas y en diferentes grados, pero no todas. Este tipo de definiciones no especifican cuáles son las características más importantes que debe poseer un líder, o en qué grado las debe poseer.

Por otra parte, cuando se ha intentado poner en práctica este modelo, se ha objetivado que existe un conjunto infinito de combinaciones de propiedades personales, que permitirían a un individuo ser líder y funcionar como tal. Dicho de otro modo: no existe un conjunto de características

inequívocas que definan a un líder. Por tanto, es muy complejo definir el término liderazgo, dado que muchos individuos pueden contribuir al mismo pero por caminos diferentes, dependiendo de su conjunto particular de fortalezas y debilidades. Según Grint, el término liderazgo debería ser considerado como un concepto con múltiples facetas, aspectos o características (Grint et al, 2001). Una de las definiciones más comúnmente aceptadas procede de Northouse, autor de referencia, que define liderazgo como “un proceso mediante el cual un individuo influye en un grupo de individuos para conseguir un objetivo común” (Northouse et al, 2010).

En 2005 Willcocks et al, propusieron de forma concisa las diferentes determinaciones del concepto de liderazgo, en términos de aplicabilidad de estos modelos en el mundo médico. Willcocks diferencia 5 tipos de tendencias o modelos en cuanto a las descripciones del liderazgo: “teoría del rasgo”, “estilos de liderazgo”, “teoría de contingencia”, “liderazgo transaccional y transformacional” y, finalmente, la más moderna, la “teoría del liderazgo compartido o distributivo” (Willcocks et al, 2005). (Anexo 1).

Desde la teoría del rasgo hasta el liderazgo compartido.

Desde 1930 cada una de las teorías ha ido ocupando una secuencia temporal concreta sucediéndose unas a otras o superponiéndose, comenzando con el modelo de los rasgos dominantes. El hilo de pensamiento de cada una de las aproximaciones tiende a emerger de nuevo, o persistir y llegar a ser abarcadas, a menudo re-encuadradas, en las aproximaciones siguientes.

El concepto de liderazgo médico fue descrito por primera vez en 1930, haciendo énfasis en las características personales poseídas por líderes ilustres, normalmente militares o líderes políticos. Desde esta perspectiva, el líder médico debería tener unas cualidades específicas (inteligencia, confianza en sí mismo, dirección, integridad y entendimiento) que otros no

poseen y que, además, deberían ser estables a través de situaciones diferentes. Aunque este modelo ha sido superado por los siguientes persiste su influencia hasta la actualidad. Así Higgs et al, en 2003, añadieron a la lista de características específicas citadas, la inteligencia emocional (Higgs et al, 2003).

La crítica principal a este modelo deriva de su insistencia en que estas características son innatas y por tanto unos las tienen y otros no. Entonces... ¿No se puede enseñar o aprender a ser líder? Por otra parte, ninguna actuación puede ser mantenida o sostenida de manera invariable a lo largo del tiempo y en diferentes circunstancias.

Así, muchos de los intentos para entrenar o desarrollar dichas características no han dado resultados. En 2001, Alimo-Metcalfe et al, reavivaron el interés por saber cuáles podrían ser las condiciones principales que debería tener un líder médico y cómo hacen posible el liderazgo. Sus descripciones son más sofisticadas y acomodadas al concepto moderno (Inspiración motivacional, integridad, preocupación genuina y accesibilidad) (Alimo-Metcalfe et al, 2001). Pero sigue siendo un lista de cualidades y no dejan claro si un líder necesita todas o alguna de ellas, qué grado necesita de cada una o si existe la posibilidad de aplicarlas por igual en las diferentes circunstancias.

Esta teoría podría ser válidamente argumentada situando el énfasis en las características personales principales para procesos seleccionados. En 2005 Willcocks et al, puntualizaron que mientras muchos de los médicos tienen varias de las cualidades necesarias para ser líderes según la teoría de los rasgos, no todos poseen las mismas. Probablemente la distribución difiera para las diferentes especialidades; es más, el médico puede usar ciertas cualidades personales en la relación médico-paciente y sin embargo no ser capaz de aplicarlas en el contexto del equipo al que pertenece.

Como respuesta a las limitaciones de la teoría de los rasgos, surgió la aproximación al concepto de los estilos de liderazgo. Así, la teoría sobre estilos de liderazgo surge en parte como solución a la teoría de los rasgos ante su incapacidad para reconocer el impacto sobre la situación en la cual el liderazgo sucede.

Esencialmente, es un modelo dicotomizado donde los líderes se centran, bien en la tarea o bien en las personas involucradas. En realidad su aplicación puede ser más compleja, ya que la elección de un estilo definido de liderazgo deja en el aire la determinación de cuál es el mejor estilo y cómo determinar el más apropiado en cada momento. Es exactamente la misma discusión que encontramos en el ámbito de la medicina, dónde no está claro si diferentes especialidades o grupos de especialidades necesitan competencias/habilidades específicas.

Para solucionar las debilidades de la teoría de los estilos surgió la denominada teoría de contingencia, en la que se intenta reconocer y describir la complejidad de las diferentes situaciones y sugerir cuál sería el estilo más apropiado para cada situación.

Pese a lo atractivo de este modelo, que integra estilo y contexto, ha sido criticado por no especificar el conjunto de situaciones conflictivas que pretende resolver. Darmer et al, sugirieron que más bien depende de quién defina la situación de la que se trata. Por una parte es necesario conocer a fondo los diferentes estilos de liderazgo y por otra poseer la habilidad dual de reconocer el estilo que la situación demanda y aplicar el estilo adecuado en un contexto dinámico que implica un cambio constante (Darmer et al, 2000). En la práctica, en un grupo o conjunto de médicos es poco probable que exista un número suficiente de potenciales líderes clínicos para poder unir estilo y contexto, o por otra parte que el contexto sea lo suficientemente susceptible de adaptación para que el líder designado sea capaz de abordarlo. Si pensamos en el constructo médicos-gerentes encontramos un ejemplo práctico. Ni los médicos de a pie, ni los directivos,

ven el contexto de la misma forma que lo puede ver el líder, o bien están poco dispuestos a cambiarlo.

Tras la inestabilidad y turbulencia fruto del proceso de globalización, surge un nuevo concepto de liderazgo denominado liderazgo transformacional que entra en contraste con el concepto más tradicional de liderazgo (Liderazgo transaccional). Esta nueva corriente de pensamiento se basa en que el médico tiene que ser capaz de arreglárselas con el constante cambio. Además tiene que motivar e inspirar a otros para que vean más allá del trastorno inicial que provoca el cambio. Este concepto ha demostrado ser muy atractivo, ya que proyecta a líderes abordando situaciones impredecibles y dinámicas, siendo opuesto al enfoque tradicional (liderazgo transaccional), que tiende a establecer orden y control más acorde quizás con ambientes estables. Ahora bien, es necesario remarcar que esta teoría corre el riesgo de volver a coincidir con la antigua corriente de la “teoría de los rasgos”, recuperando el héroe carismático que se maneja en circunstancias difíciles.

En la bibliografía, no es infrecuente considerar liderazgo y gestión como conceptos diferentes e incluso antagónicos. Spurgeon et al, concluyen que no hay tal diferencia; más bien se trataría de una falsa dicotomía, que surge de considerar ambos conceptos como una dimensión única cuando en realidad son complementarios entre sí (Spurgeon P et al, 2008). Spurgeon y Cragg sugieren que para llevar a cabo y mantener un cambio se requiere que los líderes tengan experiencia y conocimientos de gestión y organización. Por tanto, son dos funciones que se complementan y se apoyan en función de las situaciones. Se precisan ambos roles, aunque está claro que algunos líderes tendrán capacidades de gestión, otros no y viceversa. Como ya se ha comentado, la noción de que hay un líder perfecto que conseguirá tomar todas las decisiones correctas o un sistema perfectamente dirigido y sin errores, es presuntuosa (Spurgeon P et al, 2007).

El enfoque del liderazgo transformacional aplicado a nuestro sistema sanitario se muestra muy atractivo dado que, desde esta perspectiva, los líderes médicos serían capaces de crear un estado de ánimo adecuado para el cambio en el resto de sus colegas. Sin embargo, dada la tensión del propio cambio, esta corriente impulsada por líderes puede ser vista como sospechosa por los propios médicos responsables del cambio, ya que parece surgir de fuentes externas. Una reciente revisión sobre el tema (Northhouse, 2010), revela que si los líderes creen realmente en lo que están haciendo y diciendo, el resto de sus colegas asimilaban y aceptarán el cambio. Éste es el verdadero concepto de liderazgo. Como el propio nombre indica, tales líderes son descritos como genuinos y actúan por y con convicción. Esta corriente se puede considerar como un nuevo modelo de liderazgo. Si bien tiene el atractivo de una base moral para el comportamiento de un líder, no está claro hasta qué punto se puede traducir en acciones, ya que no todos vemos de la misma forma la filosofía de las acciones bien hechas.

Finalmente todas estas teorías han evolucionado a la concepción más moderna: el liderazgo compartido. Los médicos asistimos cada vez más a problemas más complejos y las organizaciones han visto crecer la confianza en los equipos multidisciplinares. De ahí esta teoría, que aspira a sustentar esta manera de trabajar. Este enfoque se podría definir como un proceso dinámico, interactivo e influyente entre los individuos de un grupo, con el objetivo de transferirse de uno a otro la capacidad para lograr las metas del grupo o de la organización. La clave para distinguir esta teoría de las más tradicionales, es que el proceso implica algo más que la influencia de un líder posicional sobre los subordinados. Según Pearce y Conger, el liderazgo en este caso es distribuido entre un conjunto de individuos en vez de ser centralizado en las manos de un individuo único que actúa en el papel de líder. La experiencia, el conocimiento y capacidad individual de cada miembro, son valorados y utilizados por el equipo para distribuir o compartir el trabajo de liderazgo a través del grupo, en respuesta a cada

contexto y cambio que suceda (Pearce et al, 2003). El equipo multidisciplinar ha llegado a ser la unidad organizativa de más rápido crecimiento. Hoy en día, ya no es posible tener el conocimiento y experiencia suficiente para resolver la complejidad de los problemas diarios por una única persona o única disciplina. De hecho, actualmente es más probable que los avances provengan de la interacción entre diferentes disciplinas que de una sola. Esta teoría es igualmente relevante dentro de la profesión médica. Los clínicos están cada vez más especializados como resultado de los avances de la tecnología y la ciencia que mejoran el conocimiento. Utilicemos como ejemplo el paciente Diabético. Dentro de éste modelo, el liderazgo pasa de un individuo a otro a lo largo de todo el recorrido de la atención del paciente, lo que proporciona la atención del cuidado a través de un nexo de unión, centro de la red periférica. Si nos remitimos al ejemplo anterior, la prestación de la atención y cuidado que precisa un paciente diabético evolucionado es proporcionada por diferentes profesionales especializados (Médico de Familia, Cirujano Vascular, Endocrino, Nefrólogo...). Si aplicásemos el concepto de liderazgo compartido, uno de estos profesionales se encargaría de asegurar que la información necesaria para el cuidado y tratamiento del este paciente fuese transferida de forma correcta entre los diferentes profesionales, y su vez estos profesionales transferirían y compartirían la información de forma correcta tan al/con el resto de los profesionales, como al/con el profesional nexo de unión entre los mismos.

En el momento en el que nos encontramos debemos de tomar conciencia de que todos los profesionales sanitarios, que formamos parte de una organización, estamos llamados a sacar lo mejor de nosotros mismos, colaborando para que los demás miembros del grupo obtengan, a su vez, lo mejor de sí mismo en sus respectivos desempeños, por el bien del funcionamiento y de los resultados o metas de la organización sanitaria. Todos debemos asumir un liderazgo. Ha llegado la hora de trabajar no sólo juntos, sino también en auténticos equipos, algo que sólo el liderazgo

compartido hará posible. Estamos ante un reto formativo que las instituciones sanitarias necesitan perentoriamente.

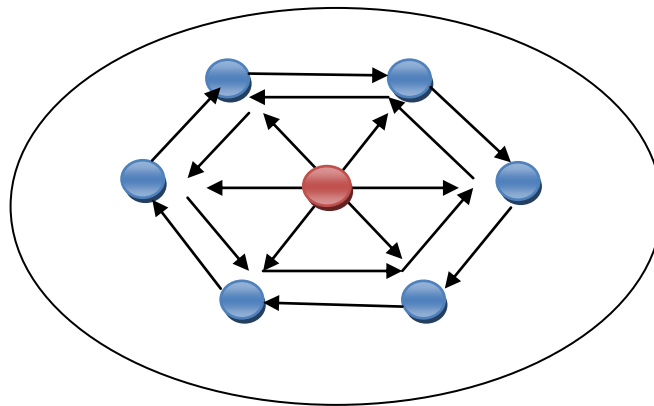


Figura 9: Continuidad del cuidado a lo largo de la enfermedad. Red de Liderazgo compartido/Liderazgo distributivo (elaboración propia).

9.2 Concepto de compromiso profesional.

En los últimos años, el concepto “engagement” ha sido objeto de debate como posible solución para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios en Europa, siendo vista como una de las pocas estrategias para asegurar que los cambios sean implantados de forma efectiva, desbancando conceptos más tradicionales como satisfacción profesional o motivación. Existe evidencia científica del beneficio, en términos de productividad, satisfacción y bajos ratios de absentismo laboral, de las organizaciones con profesionales comprometidos. De hecho, se ha comprobado que en los centros sanitarios donde los profesionales están comprometidos con el plan estratégico de la organización y la toma de decisiones obtienen mejores resultados que en los que los profesionales están apartados de dichas funciones (Goldstein et al, 2004).

En base a esta evidencia, el instituto para la innovación y mejora del NHS (National Health System of England) junto con el real colegio de médicos de Inglaterra desarrollaron un programa formativo recogiendo las competencias básicas, en torno a liderazgo y gestión, que se deberían de

adquirir. Dicho programa pretende asegurar las habilidades, en relación a ambas disciplinas, que todo médico debe de adquirir durante la carrera y la formación posterior, basado en los beneficios de formar profesionales motivados, mejorando el compromiso profesional y por tanto mejorar los resultados finales de la organización.

A pesar de la introducción de este programa formativo y por tanto de la evaluación de dichas competencias, muchos médicos no están comprometidos positivamente con la organización en la trabajan, y su labor en términos de liderazgo y gestión no están a la altura de lo que cabría esperar. Según Spurgeon et al, si persiste el problema de la falta de compromiso profesional (particularmente en liderazgo y gestión), es esencial crear un medio fiable para evaluarlo, no solo para identificar buenas prácticas sino también para monitorizar el cambio.

El compromiso profesional: “Concepto multidimensional”.

Como suele ocurrir con otros términos que adquieren impacto, el concepto de compromiso profesional, en ocasiones, es un término mal usado y que pierde el significado específico. Mientras en el contexto político, “engagement” suele ser usado como “el proceso la capacidad de persuadir a otros hacia un punto de vista particular”, en el contexto sanitario, la idea de “profesional comprometido”, es alguien que aprecia y se siente orgulloso de la organización donde trabaja además de desear que su organización sea vista como excelente por los demás. Cuando un profesional adquiere esta visión y se comporta como tal es cuando está dispuesto a dar más de lo mínimamente exigido y hacer un esfuerzo adicional por la reputación de la organización donde trabaja. (Spurgeon et al, 2011).

Durante los últimos diez años “The Gallup Organization”, ha realizado una investigación exhaustiva del compromiso profesional en base al seguimiento de la satisfacción laboral. A través de las conclusiones de su investigación se puede construir el concepto de compromiso profesional en

base a confianza (entrega, disponibilidad), integridad (sentimiento de ser tratado con justicia), orgullo (sentimiento positivo sobre el hospital donde se trabaja) y pasión (integrar la organización como parte de tu vida).

En primer lugar es necesario diferenciar el término “cumplimiento del deber profesional (clinical commitment) de compromiso profesional (engagement). El primer término, asume el compromiso profesional como el cumplimiento de los deberes y obligaciones relacionados con el puesto/cargo de cada trabajador en la organización sanitaria. Sin embargo el cumplimiento del deber profesional no significa la interiorización del deber, aceptación voluntaria y autónoma del compromiso, sino únicamente el compromiso formal de una obligación. Por otra parte, encontramos muchas definiciones en torno al concepto de compromiso profesional. En 2007, Wellis et al publican dos definiciones de compromiso profesional, desde la perspectiva de “sentimientos personales de cada individuo de la plantilla que forma el equipo” y son:

1. “El grado en el que los individuos disfrutan, creen en lo que hacen y se sienten valoradas”.
2. “El grado en el que los empleados ponen esfuerzo en su trabajo en forma de capacidad intelectual, tiempo y energía”.

Posteriormente en 2008, Spurgeon et al, van más allá, definiendo el compromiso profesional como “La contribución activa y positiva de los médicos dentro de su labor profesional para mantener y mejorar los resultados de la organización, la cual reconoce el compromiso de los profesionales apoyando y fomentando la asistencia de calidad “.

Las formas tradicionales de medir este concepto solo valoraban el “extremo” personal del concepto “compromiso”. Actualmente, se ha comprobado que este concepto no sólo depende del empleado, como individuo independiente, sino también de la organización, siendo definido este concepto como “policonstructo”: (Fig. 6). Se trata por tanto de un

concepto bidireccional. Así, en las organizaciones en las que los profesionales están comprometidos con el sistema pero su organización no les estimula, el resultado son unos pocos profesionales frustrados, y por el contrario en el caso en que las organizaciones estimulan a los profesionales, pero éstos no tienen capacidades individuales, observamos como resultado profesionales que se sienten desbordados ante cualquier cambio.



Figura 10: Modelo de compromiso profesional según Spurgeon et al, 2008. Fuente: Modificado de Spurgeon et al, 2008.

10. Coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva ética: una revisión en profundidad.

Todos los apartados anteriores han repasado los elementos constitutivos/implicados en la coordinación entre niveles asistenciales (CENA), incluyendo una propuesta de acercamiento al mismo desde la perspectiva de la promoción del profesionalismo y liderazgo. Esto implica un

abordaje desde la ética personal de los diferentes actores involucrados, y desde la ética profesional e institucional, un enfoque que no aparecía como tal en los artículos citados hasta ahora (con excepción de los relativos al *engagement*), si bien estaba implícita en muchos de ellos. ¿Eran todas las fuentes bibliográficas las que son? Porque muchos de las referencias que ya han sido citadas sí que “son” (incluían cuestiones éticas, sin nombrarlas específicamente). ¿Cuántos artículos podían faltar?

La solución simple de añadir el término MeSH “Ethics” a la búsqueda con los descriptores MeSH: “Integrated healthcare systems”, “Continuity of care”, “Interprofessional relations”, “Delivery of Healthcare/Integrated organization and administration”, “Delivery of healthcare integrated”, “Health services needs and demand”, “Institutional management teams” y “Attitude of health personnel” y no MeSH: “Engagement”, “Healthcare coordination”, “Healthcare coordination mechanism”, “Healthcare coordination evaluation”, “Healthcare coordination activities” y “Relationship between health care levels”, ...daba pocos o ningún resultado con los motores de búsqueda en las grandes bases de datos bibliográficas. Parecía oportuno, por lo tanto, revisar en profundidad los trabajos que han estudiado la ética de la relación entre niveles asistenciales, tanto en lo que concierne a la detección de los problemas, como al valor del compromiso profesional y liderazgo médico. Los objetivos específicos de esta búsqueda han sido: 1. Determinar los descriptores o palabras clave más adecuadas para la búsqueda del concepto. 2. Organizar en una lista los trabajos más relevantes disponibles en la literatura. 3. Describir la metodología llevada a cabo en los distintos estudios. 4. Identificar el tipo de revistas donde habían sido publicados. En definitiva, examinar la bibliografía publicada y situarla específicamente dentro de la perspectiva ética. Todo ello, con el objetivo de terminar de trazar el marco de referencia del trabajo de investigación propiamente dicho, del que este apartado cierra la introducción, a la vez que pretende dar respuesta al primer objetivo operativo del proyecto y cuyo procedimiento metodológico se describe más adelante.

La temática de los trabajos se dividió en tres secciones:

- Sección 1: definición y contextualización de los instrumentos, evaluación de la validez de los mismos y evaluación de los resultados tras la implementación del instrumento.
- Sección 2: definición de indicadores para medir la coordinación entre niveles asistenciales, evaluación de la validez de los mismos y revisión literaria sobre herramientas de evaluación.
- Sección 3: definición del concepto: características/atributos/factores; percepción; revisión literaria sobre el concepto o aspectos directamente relacionados y características o atributos para la atención integral de los pacientes.

De la búsqueda bibliográfica cabe destacar que sea en Europa donde se encuentran la mayor parte de artículos publicados, más concretamente en Reino Unido y España, países con modelos de atención sanitaria mayoritariamente públicos, a diferencia de EEUU donde la sanidad es fundamentalmente privada. ¿Cobra allí menos importancia resolver la continuidad asistencial, a razón de los pocos artículos de interés encontrados en relación al tema en cuestión? Probablemente esto sea engañoso ya que, dada la tradición de considerar la sanidad estadounidense como un negocio, con mentalidad mercantil, donde el paciente actúa como cliente en la mayor parte de los casos, la coordinación entre proveedores de servicios puede ser un problema ya valorado y resuelto –para ese sistema sanitario-. De hecho, la mayor parte de los instrumentos diseñados para mejorar la relación entre niveles asistenciales están basados en instrumentos puestos en marcha en dicho territorio, como el modelo de Gestión de casos. Ahora bien, la mayoría de ellos, a pesar de considerarse la solución perfecta para mejorar la coordinación, una vez puestos en marcha se ha comprobado que no eran la panacea aparente en un primer momento: su efectividad y eficiencia depende del compromiso profesional y organizacional de los diferentes servicios y sistemas de salud implicados.

El hecho de que dentro de España sea en Cataluña donde más trabajos se han publicado puede justificarse por la coexistencia de varios proveedores de la atención sanitaria y distintos modelos de gestión y financiación (pública, privada y mixta).

La revisión de la literatura realizada confirma la hipótesis de partida: se necesita profundizar en la dimensión ética y la promoción del compromiso profesional y organizacional para resolver las necesidades y problemas de la falta de coordinación entre niveles asistenciales. De cara a futuras revisiones del tema los descriptores más adecuados para la búsqueda del concepto serían:

En términos MeSH: “Integrated healthcare systems”, “Continuity of care”, “Interprofessional relations”, “Delivery of Healthcare/Integrated organization and administration”, “Delivery of healthcare integrated”, “Health services needs and demand”, “Institutional management teams” y “Attitude of health personnel”.

En términos no MeSH: “Professionalism”, “Engagement”, “Healthcare coordination”, “Healthcare coordination mechanism”, “Healthcare coordination evaluation”, “Healthcare coordination activities” y “Relationship between health care levels”, acompañados de “Hospitalists” y “General practitioners”.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la introducción se han definido conceptos como coordinación entre niveles asistenciales, integración y continuidad asistencial, han quedado patentes los factores implicados en la coordinación entre niveles asistenciales, los problemas para su consecución, la importancia de conseguirla, independientemente del modelo sanitario en el que se trabaje, así como las medidas y herramientas puestas en marcha para conseguir mejorar este elemento clave para asegurar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema.

La revisión de la literatura también ha dejado claro que no es posible alcanzar una adecuada coordinación entre niveles asistenciales si los profesionales no se implican –se comprometen- con su institución y su organización laboral, al mismo tiempo que ésta se implica y compromete con ellos. Se ha definido el papel que el liderazgo, como factor interno del proceso en el esquema de las organizaciones sanitarias integradas puede desempeñar (con la fortaleza de contar con indicadores validados para medir el proceso). Finalmente, se vislumbra el papel que la promoción del liderazgo profesional desde la perspectiva del profesionalismo, del compromiso profesional e institucional, podría llegar a jugar en el aseguramiento de una buena coordinación entre niveles asistenciales, superando su localización actual en los esquemas explicativos de las organizaciones sanitarias, para envolverlo todo desde un enfoque ético de llamada a la responsabilidad de todos los actores implicados.

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.

Desde 2005 el GIBA viene desarrollando una línea de investigación que se inició analizando las cuestiones éticas en la consulta de atención primaria (FIS PI 05/2590), donde se detectó que al clasificar por frecuencia y dificultad los problemas éticos declarados por los médicos de familia, el primer puesto fue ocupado por las dificultades en la relación con otros especialistas, por delante de las cuestiones más clásicas que hasta ahora viene reflejando la bibliografía bioética, lo que constituyó un resultado sorprendente en nuestro medio.

Durante 2010-12, se ha continuado esta investigación (FIS PI 09/1735) analizando la dimensión ética de la relación entre niveles asistenciales mediante estudios cualitativos, concluyendo, como otras investigaciones en ámbitos cercanos y coincidentes en el tiempo (Henaó et al., 2009) y posteriores (Vázquez et al, 2015) lo siguiente:

13. Los profesionales identifican en la **falta de conocimiento mutuo** el origen de la falta de confraternidad entre los médicos de atención primaria y hospitalaria. La distancia -física y cultural- entre los profesionales que trabajan en el hospital y los que trabajan en atención primaria es claramente manifiesta.
14. Reconocen el **valor de la cooperación**, identifican claramente **el bien del paciente como el eje** de la razón de ser de la profesión y coinciden en considerar la cooperación como imprescindible para poder dar al paciente la atención de calidad que merece, aunque consideran que en la práctica esta colaboración, o no existe, o es claramente insuficiente.
15. La **prescripción farmacéutica** es donde más claramente se observa cómo la presión de agentes externos incide de forma diferente en cada contexto asistencial. Mientras, las organizaciones sanitarias tratan de modificar los estilos de prescripción en primaria, tanto con formación como con modificaciones salariales, dejan un vacío en los profesionales de ejercicio hospitalario que es ocupado por la industria farmacéutica.

16. La **relación jerárquica** entre profesionales, argumentada por la complejidad del cuerpo de conocimientos médicos y la necesaria especialización, pone al especialista hospitalario como el referente de confianza cuando la situación, por gravedad o complejidad, así lo requiere. La **continuidad de los cuidados**, una vez fuera del hospital, requiere el seguimiento de unos planes terapéuticos que son fuente de conflicto cuando, por falta de diálogo, se generan dudas sobre su pertenencia.
17. La fragmentación de la medicina y las dificultades de establecer los límites internos se abordan por los profesionales desde el valor de la **lealtad**, evitando críticas entre colegas y generalización de tópicos.
18. El **conocimiento mutuo y el trato personal** son identificados como claves para mantener una relación de auténtica cooperación.
19. La normalización del trabajo concretado en la utilización de guías es una estrategia que, además de disminuir la incertidumbre y estandarizar la atención, sirve para establecer de manera contextualizada los límites internos de la profesión cuando, más allá de la rigidez de un protocolo, se aprovecha la oportunidad para **consensuar las pautas de actuación**.
20. Las iniciativas de las organizaciones para promover estilos de coordinación, basadas en la adaptación mutua, son bien recibidas por todos. Médicos de atención primaria y hospitalaria se declaran dispuestos a trabajar en una relación basada en **la confianza y el diálogo personal**. Esta disposición se confirma en otros contextos.
21. Las actitudes de crítica, máxime delante de los pacientes, y las expresiones maledicentes, son identificadas como contrarias al ideario del profesional. Sólo cuando la atención al paciente está en riesgo se considera justificada la crítica. Aún en estos casos esta debe ser respetuosa con la persona.

22. Las referencias a la **necesaria implicación de la organización** para hacer realidad la práctica cooperativa hace patente el impacto en la capacidad de control de la organización del propio trabajo. Se vislumbra la huella que, en el estatus de profesional, dejan las relaciones contractuales y el régimen de empleado-funcionario.
23. Los valores de **lealtad, respeto y altruismo** están presentes en los discursos de todos los participantes, sin embargo, la ausencia de referencias explícitas a la deontología médica cuando se plantean las cuestiones éticas en la relación entre especialistas de primaria y hospitalaria plantean la cuestión de la aplicabilidad de las normas propuestas en el trabajo en equipo. Posiblemente es precisa una reinterpretación del trabajo en equipo que dé cabida a normas explícitas que definan los valores de la profesión aplicados a la relación entre niveles asistenciales.
24. La aparición de elementos no estrictamente sanitarios que condicionan el estado de salud, la mercantilización de la misma, las ideologías economicistas que dominan los modelos sanitarios, y el vacío en la educación deontológica de los estudiantes de medicina han puesto la profesión médica en una situación difícil, verdadera encrucijada vital, con una serie de retos importantes que se deben afrontar con decisión e inteligencia si se quiere sobrevivir como profesión diferenciada y nuclear en el sistema sanitario.

En definitiva, puede construirse un modelo explicativo de la ética de relación entre profesionales, que determina el compromiso profesional e institucional de los facultativos. Este modelo se resumía en tres ejes:

- a) Altruismo profesional (amenazado por los conflictos de interés, sobre todo en la prescripción y en la formación continuada),
- b) Respeto (a la diferencia de opinión, a la jerarquía, en el trato).

c) Lealtad (hacia el paciente, hacia el colega, hacia la institución).

Continuando el desarrollo de esta línea de investigación nos planteamos realizar un estudio de intervención que permita obtener evidencias de que la promoción del compromiso profesional y la implicación en la organización se traduce en una mejora objetiva de la coordinación entre niveles asistenciales, y específicamente en el logro de mejores resultados en la calidad del servicio y la seguridad del paciente. Para ello, se buscó en la literatura la existencia de una herramienta de intervención multifactorial dirigida a promover la motivación (valores profesionales) y la capacitación del profesional para el trabajo en equipo. El objetivo principal de la herramienta sería facilitar el contacto humano entre los profesionales de la red asistencial que comparten pacientes, habiendo sido ésta la principal y unánime conclusión de los estudios cualitativos que se ha realizado con médicos de primer y segundo nivel asistencial, (incluyendo también gestores de servicios de salud) a quienes se invitó a buscar las claves para mejorar la coordinación entre niveles.

El anterior planteamiento está en plena sintonía con el “Medical Leadership Competence Framework” (MLCF), desarrollado en la Universidad de Warwick (UK) bajo la dirección del Profesor Peter Spurgeon. Se trata de un programa de formación en cinco competencias transversales (cualidades personales, trabajando con otros, mejora de la calidad, gestión de recursos y sintonía con la gerencia) que se imparte en el Grado de Medicina, en la formación de médicos especialistas y en formación continuada de gestores. EL MLCF se imparte en alianza con el National Health Service y la Academy of Medical Royal Colleges. Este programa gira en torno a la promoción del “engagement” de los profesionales, considerado como la clave para mejorar los resultados de la asistencia.

El “engagement” tal como lo conciben el MLCF y se ha revisado en otro apartado, es un constructo que traducimos como: compromiso profesional e implicación en la institución. En una estancia previa en Reino Unido realizada por la doctoranda, se puso en evidencia la enorme distancia cultural, en lo que

a profesionalismo se refiere, entre uno y otro ámbito asistencial. Por todo ello, previamente al mencionado estudio de intervención, parece conveniente clarificar, a nivel nacional, cuál es la situación de partida.

Para poder hacer comparaciones con la situación fuera de España, será necesario extrapolar esta valoración -con su correspondiente instrumento- a otros estados. ¿Existe o es posible construir un instrumento válido y fiable que permita valorar la dimensión ética de la relación entre niveles asistenciales en el momento actual? No se ha encontrado en la literatura ninguna herramienta al respecto, por lo que esta investigación se plantea llenar este vacío.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL 1:

Las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales constituyen un buen reflejo del compromiso profesional e institucional de los facultativos.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL 2:

Es posible describir las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales, tanto a nivel estatal como fuera de nuestras fronteras.

- Hipótesis operativa 2.1:

Es posible elaborar un instrumento válido y fiable para describir las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales

- Hipótesis operativa 2.2:

Es posible validar transculturalmente el instrumento para poder utilizarlo fuera de España.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL 3:

La determinación de las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales constituye el punto de partida para poner en práctica intervenciones que promuevan el compromiso profesional e institucional, necesario para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir el estado actual de las cuestiones éticas en la coordinación entre niveles asistenciales en nuestro ámbito.

- Objetivo operativo 1.1:

Hacer una revisión en profundidad de la bibliografía sobre la coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva ética.

- Objetivo operativo 1.2:

Elaborar y validar un cuestionario para describir las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales.

- Objetivo operativo 1.3:

Analizar las respuestas de la muestra de facultativos en Aragón.

- Objetivo operativo 1.4:

Analizar las respuestas al cuestionario validado de una muestra representativa de los médicos colegiados en España.

OBJETIVO SECUNDARIO:

Traducir transculturalmente al inglés el instrumento validado en castellano, primer paso para su validación transcultural.

Para responder al objetivo principal del estudio se ha procedido a la construcción y validación de un cuestionario específicamente diseñado, sobre la base de la información obtenida previamente mediante técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad y grupos focales) en nuestro ámbito, corroborado por la bibliografía (Henao et al, 2009).

Al mismo tiempo, se ha realizado una revisión bibliográfica en profundidad para dejar definido el marco conceptual de la coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva ética. La solución simple de añadir el término MeSH “Ethics” a la búsqueda con los descriptores MeSH: “Integrated healthcare systems”, “Continuity of care”, “Interprofessional relations”, “Delivery of Healthcare/Integrated organization and administration”, “Delivey of healthcare integrated”, “Health services needs and demand”, “Institutional management teams” y “Attitude of health personnel” y no MeSH: “Engagement”, “Healthcare coordination”, “Healtcare coordination mechanism”, “Healthcare coordination evaluation”, “Healthcare coordination activities” y “Relationship between health care levels”,daba pocos o ningún resultado con los motores de búsqueda en las grandes bases de datos bibliográficas. La revisión en profundidad ha permitido aproximarse al análisis del concepto (ética-coordinación) y asegurar que no existía ningún instrumento validado previo que permitiera evaluarlo.

Para responder al objetivo secundario: obtener una versión en inglés del cuestionario validado, se ha elegido como técnica para conseguir la adaptación transcultural, la traducción inversa (Translation back translation).

Para facilitar la comprensión del apartado de metodología se comienza explicando el tipo y procedimiento desarrollado para realizar la revisión bibliográfica, para después exponer todo lo relacionado con el objetivo principal del presente trabajo: La construcción y validación de un cuestionario autoadministrable de respuestas cerradas. El tercer apartado hace referencia a la traducción-retrotraducción al inglés.

1. Revisión bibliográfica.

1.1 Tipo de revisión.

Es fundamental en cualquier investigación realizar una revisión bibliográfica en profundidad sobre el tema a estudio. Se requiere que dicha búsqueda sea llevada a cabo de una manera estructurada y eficaz así como una posterior gestión crítica de los resultados encontrados (Vilanova, 2012).

No todas las revisiones deben ser sistemáticas o amplias, existen gran variedad de clasificaciones sobre ello. No obstante, no es tan importante saber diferenciar entre una revisión descriptiva, un meta-análisis, una revisión sistemática y otros tipos de revisión evaluativa, exhaustiva, etc., sino tener claro el objetivo, es decir, la información necesaria para resolver la cuestión. Existen gran variedad de clasificaciones: revisión narrativa, revisión descriptiva, meta-análisis, revisión sistemática, revisión evaluativa, exhaustiva, etc., ya que no todas las revisiones deben ser revisiones sistemáticas. Una revisión en profundidad puede responder con la información necesaria para resolver la cuestión que se aborda en este caso.

Se llaman fuentes primarias, a artículos principales, libros, etc. que pueden servir de base para una búsqueda preliminar sobre el tema. Las fuentes secundarias son revisiones, bases de datos, resúmenes, buscadores especializados, etc. (Guirao-Goris et al, 2008; Vilanova, 2012). Para elegir las bases de datos a consultar, primero hay que elegir el idioma. Si se pretende que la revisión sea amplia incluirá el inglés y por otro lado también se tendrá en cuenta, además de las bases de datos más conocidas, bases específicas del área a estudiar. Es importante elegir bases reconocidas, no obstante para que la búsqueda no deje silencios hay que tener en cuenta bases pequeñas, sobre todo en temas muy novedosos.

A la hora de llevar a cabo una búsqueda en profundidad, es necesario estudiar detenidamente los términos alternativos o sinónimos, variantes

ortográficas, descriptores o palabras clave en tesauros (Gálvez, 2002; Guirao-Goris et al, 2008; Vilanova, 2012).

La búsqueda puede ser simple o avanzada, lo lógico es comenzar por la búsqueda simple que, en general, generará un número elevado de resultados. Por ello, de allí hay que pasar a la búsqueda avanzada: delimitar el tiempo (año de publicación), palabras clave en el resumen o el título, uso de los operadores booleanos, combinación de las palabras clave por separado, juntas, etc. (Gálvez, 2002; Pedraz, 2004).

En cuanto al número de referencias necesarias para conseguir unos resultados fiables, hay que intentar mantener un equilibrio entre la exhaustividad y la precisión. Se aconseja hacer una búsqueda amplia para no descartar documentación y después llevar a cabo una revisión crítica que extraiga los documentos verdaderamente servibles (Gálvez, 2002). Una vez seleccionados las referencias o documentos provisionales se deben analizar de manera pormenorizada según criterios de selección y calidad previamente establecidos.

En nuestro estudio, se ha desarrollado una revisión en profundidad (no sistemática), aunque se hayan tenido en consideración las recomendaciones PRISMA para la realización de revisiones sistemáticas (Moher et al, 2009). Una revisión en profundidad (Ferreira González et al, 2011), comparte características con las revisiones narrativas, -en la medida en que la síntesis de los artículos se basa en resúmenes cualitativos-, y con las revisiones sistemáticas, dado que la estrategia de revisión ha incluido:

1. La definición de una pregunta estructurada.
2. La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes.

3. La selección, mediante criterios explícitos, reproducibles y uniformemente aplicados a los artículos que serán incluidos en la revisión.
4. 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.
5. El análisis, presentación e interpretación de los resultados.

La heterogeneidad de artículos encontrados no ha permitido el uso de métodos estadísticos para combinar los resultados de los estudios revisados, lo que, por otra parte, no era objetivo de esta revisión.

Para todo el proceso se ha contado con el apoyo y supervisión de una bibliotecaria experta en la realización de búsquedas bibliográficas en el ámbito sanitario.

1.2 Procedimiento.

a. Definición de preguntas de interés.

1. *¿Cuáles son los dominios/componentes del constructo “Ética de la relación entre niveles asistenciales” en medicina?*
2. *¿Existe algún instrumento válido para medir la Ética de la relación entre niveles asistenciales en medicina?*

b. Identificación y selección de artículos.

Fase 1. Revisión manual de artículos clave y definición de descriptores.

Como primera estrategia de búsqueda se decidió revisar manualmente los artículos citados en cinco estudios seleccionados referidos al tema - relación entre niveles asistenciales y el valor del compromiso profesional

y liderazgo médico-, dónde aunque la dimensión ética del tema en cuestión no formaba parte de los objetivos, estaba implícita en los mismos.

Se tuvieron en cuenta los idiomas inglés y castellano, por lo que se eligieron, para comenzar las bases de datos (MEDLINE, EMBASE e Índice Médico Español) y motores de búsqueda recomendados y reconocidos (PUBMED, SCOPUS, CLINICALKEY y BDDOC). Para que la búsqueda no dejara silencios se tuvieron posteriormente en cuenta otras fuente de datos: IBECS, ISOC y COCHRANE PLUS.

Para la identificación de las palabras clave o descriptores, se comenzó señalando todas las palabras clave de las citas bibliográficas de los cinco artículos primarios (Grint, 2011; Henao et al, 2009; Spurgeon et al, 2011; Terraza el al, 2006; Vargas et al, 2007), algunas de ellas repetidas. Si los artículos carecían de sección de palabras clave (palabra clave, Keyword, Keywords, Key Word o Key words), se decidió consultarlas en PubMed para extraer los términos descriptores Medical Subject Headings (MeSH)¹ de dichas referencias.

Se comprobó que en las publicaciones identificadas se usaban varios descriptores para hacer referencia a la relación entre niveles asistenciales, por lo que se decidió utilizar los siguientes conceptos de búsqueda, en inglés y castellano, términos MESH (“Integrated healthcare systems”, “Continuity of care”, “Interprofessional relations”, “Delivery of Healthcare/Integrated organization and administration”, “Delivery of healthcare integrated”, “Health services needs and demand”, “Institutional management team”, “Attitude of health personnel”) y no MESH (“Healthcare coordination”, “Healthcare coordination mechanism”, “Healthcare coordination evaluation”, “Healthcare coordination activities”,

¹ El MeSH o Medical Subject Headings es el vocabulario controlado que emplea Medline y otras bases de datos biomédicas para procesar la información que se introduce en cada una de ellas. Contiene encabezamientos de materias, calificadores (subencabezamientos), definiciones, referencias cruzadas, sinónimos y listas de términos estrechamente relacionados. Consta de más de 33.000 términos ordenados en estructuras jerárquicas llamadas árboles, que se revisan anualmente para asegurar que constituyan un fiel reflejo de la práctica y la terminología médica actual.

“Relationship between health care levels”) “relación entre niveles asistenciales”, “coordinación entre niveles asistenciales” y “Organizaciones sanitarias integradas”.

Tras la selección de los descriptores a partir de los artículos primarios, se realizó una búsqueda simple de cada uno de ellos, obteniendo una gran cantidad de material por lo que se decidió restringir la búsqueda a las referencias que se centraban en la población a estudio (facultativos), combinando los descriptores iniciales con los siguientes Medical Staff, Hospitalists, Hospital physician, Family practice, General Practitioners y Primary health care (operador and). Aun así, para evitar posibles referencias perdidas y de interés para el objetivo del estudio, se incluyeron aquellas extraídas de los estudios de las referencias principales. Por otra parte, se decidió agregar Leadership y Engagement (liderazgo y compromiso profesional) con el fin de contextualizar dichos términos en la relación entre niveles asistenciales. Y dado que el objetivo del estudio era valorar la dimensión ética del problema se añadieron los descriptores: Ethics y Bioethics (ética y bioética).

En un primer momento se decidió restringir la búsqueda a los últimos 5 años, pero tras comprobar los silencios de la misma, dado que muchos de los artículos seleccionados en la búsqueda global inicial no aparecían y se consideraba que éstos eran claves para comprender el tema en cuestión se decidió ampliarla a 10 años (2005-2015).

Tras todo el análisis preliminar se actualizó de nuevo la búsqueda siguiendo la misma metodología hasta Marzo de 2016.

[Fase 2. Revisión en profundidad.](#)

En una segunda fase, a través del gestor de referencias bibliográficas ENDNOTE, se detectaron las citas duplicadas en las bases de datos; MEDLINE/PUBMED, EMBASE/SCOPUS, IME/BDDOC e ISOC/BDDOC, que se eliminaron. Posteriormente, y a partir de las referencias

seleccionadas se comprobó manualmente los duplicados en relación al resto de bases de datos (IBECS, COCHRANE PLUS). Se analizaron exhaustivamente los títulos y resúmenes del total referencias, descartando las que aunque incluían los descriptores expuestos, se referían a los siguientes temas:

- Relacionados con los profesionales médicos pero desde un punto de vista específico para una especialidad concreta y no en términos generales, que era el objetivo del estudio, visto como la relación entre dos niveles asistenciales: Atención primaria y especializada y no como una especialidad con el médico de atención primaria.
- Relacionados con una patología concreta, como por ejemplo: paciente psiquiátrico, cardiópata crónico etc... Ya que el objetivo del estudio como se ha expuesto previamente era el ejercicio de la medicina en global y no en una situación clínica específica.
- Relacionados con otros profesionales sanitarios: trabajadores sociales, enfermería, auxiliares de enfermería... O bien aquellos que se centraban en la relación entre dichos profesionales y la población médica. Si bien es cierto que se incluyeron aquellos en los que la figura de uno de estos profesionales sanitarios se veía como un dispositivo de enlace y por lo tanto mecanismo de coordinación entre niveles asistenciales.
- Relacionados con estudiantes de medicina o médicos internos residentes; programa formativo de estudiantes centrado en habilidades específicas, compromiso docente médico-estudiante/MIR, satisfacción de los profesionales con la docencia y viceversa, de los estudiantes con sus docentes, papel de atención primaria dentro del programa docente de medicina actual.
- Relacionados con la teoría organizacional, economía empresarial, macrogestión, Coaching, Burn-out... Ahora bien, se analizaron

aquellos en los que se trataba la gestión de recursos desde el punto de vista asistencial; el papel del médico gestor, la necesaria implicación del profesional sanitario en la gestión de recursos, así como las competencias de cada nivel asistencial, acceso a recursos y resolutivead de los médicos tanto de atención primaria como hospitalarios.

Fase 3. Depuración de citas encontradas.

Tras el análisis exhaustivo de las referencias descritas que a priori, estaban directamente relacionadas con el propósito de la revisión. Dichos trabajos fueron revisados en profundidad a través de una plantilla de revisión confeccionada previamente, tras definir los criterios de inclusión y exclusión (Anexo 2).

Criterios de inclusión:

- Descripción/definición del concepto de coordinación/relación entre niveles asistenciales.
- Descripción/definición de “nuevos términos” en relación al gran proceso de coordinación, así como la diferencia con otros conceptos en relación a dicho proceso.
- Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales.
- Instrumentos desarrollados hasta la actualidad con el fin de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Indicadores de continuidad asistencial y/o coordinación entre niveles asistenciales.
- Ética de la relación entre niveles asistenciales.

- Definición e historia del liderazgo médico.
- Compromiso médico. “Engagement”.

Criterios de exclusión:

- Estudios que no abordaban la temática de manera específica y global (nivel asistencial: atención primaria/atención especializada), aunque abordaban ciertos aspectos de la coordinación entre niveles.
- Originales que abordaban cuestiones éticas específicas, es decir situaciones o casos concretos.
- Estudios de casos clínicos concretos, comunicaciones a congresos, respuestas a artículos publicados, entrevistas, notas de prensa.
- Originales en otro idioma que no fuese inglés o castellano.
- Imposibilidad de conseguir el original.

La búsqueda y lectura una a una de las citas seleccionadas permitió descartar las publicaciones que no cumplían realmente los criterios de inclusión definidos. Se eliminaron los artículos imposibles de conseguir, aquellos que, a pesar de las cribas previas, se refería a casos clínicos, comunicaciones a congresos, respuestas a artículos publicados, etc. Este proceso queda recogido en el anexo 3 de la página de este documento.

Fase 4. Lectura y clasificación de los artículos. Valoración de la calidad

Tras una primera lectura, se tabularon las siguientes variables: referencia, año de publicación, factor de impacto de la revista (2015), población o país, objetivo, idioma (Inglés y Español), muestra y tamaño de la misma, relación con profesión y/o estamento concreto, diseño y metodología, uso de cuestionarios, resultados, conclusiones y utilidad (en función de la evidencia, validez o fiabilidad).

Posteriormente, se hizo una lectura crítica más exhaustiva (anexo 4) y se decidió dividir los originales encontrados en tres grupos; estudios que analizaban la utilidad de un instrumento de coordinación entre atención primaria y atención especializada, estudios que definían posibles indicadores para valorar la coordinación entre atención primaria y especializada y originales que abordaban el tema definiendo el concepto, explicando atributos o características del constructo, instrumentos disponibles para mejorar la coordinación, revelando la importancia del mismo etc.

Se valoraron los artículos atendiendo a los siguientes criterios; el propósito y objetivos estaban claramente descritos(a), el diseño del estudio se describía adecuadamente (b), los métodos de investigación eran apropiados (c), en el caso del análisis de un instrumento de coordinación, si estos estaban claramente descritos (d). Referencia explícita de los conceptos de validez y fiabilidad y resultados (e) y conclusiones de interés para la comprensión del concepto, factores, características, mecanismos, instrumentos disponibles en la profesión médica (f).

2. Elaboración y Validación del cuestionario.

Validar un cuestionario implica confirmar que el instrumento “vale” para lo que pretende valer. Dicho de otro modo, comprobar que el instrumento tiene validez de contenido, de constructo y de criterio (si existe un patrón oro con el que comparar).

Confirmar que un instrumento es representativo del fenómeno a estudiar (validez de contenido) obliga a demostrar que recoge las dimensiones fundamentales del mismo. En nuestro caso la validez de contenido deriva de la fase previa de investigación cualitativa de la que deriva el primer borrador del cuestionario. La revisión en profundidad planificada ha pretendido contribuir también a ella.

La validez de constructo (grado de correlación entre la definición operativa del concepto y los hechos reales observados) viene dada por el proceso de elaboración del cuestionario y puede comprobarse con los resultados, al confirmar las hipótesis de partida.

La validez de criterio se obtiene al comparar el instrumento elaborado con el patrón oro disponible, si éste existe. Cuando no es así, debe asegurarse la validez de constructo. Para ello se propuso realizar un análisis factorial, técnica estadística multivariante cuyo principal objetivo, dentro del proceso de validación de escalas, es proporcionar la estructura interna de una escala, de las dimensiones subyacentes, elaborando de esta forma una estructura más simple, con menos dimensiones, proporcionando la misma información y permitiendo globalizar así el entendimiento del fenómeno estudiado. La coordinación entre niveles asistenciales es una variable que no puede ser observada directamente. Para alcanzar éste objetivo, el análisis factorial utiliza un conjunto de variables aleatorias inobservables que se conocen en la literatura como factores comunes, de forma que las covarianzas o correlaciones entre los ítems que forma el instrumento son explicadas por dichos factores y cualquier porción de la varianza que no consigan explicar estos factores, se asigna a unos términos residuales conocidos como factores específicos. De esta forma, el análisis factorial simplifica la modelización convirtiendo, por eliminación de redundancias expresadas en altas correlaciones entre variables, un amplio conjunto de variables en factores “estructurales”.

Sin embargo, no se trata de una técnica de dependencia, es una técnica de interdependencia entre ítems. Tampoco es una técnica de agrupación, aunque puede aplicarse con fines de agrupación sobre matrices de correlaciones entre objetos, lo habitual es su aplicación sobre matrices de correlaciones entre variables.

Por otra parte, conviene confirmar que el instrumento es fiable (permite distinguir si la variación en las respuestas se debe a un error de medida o a

un cambio real), es decir, debe confirmarse su consistencia interna, su estabilidad en el tiempo y la determinación de la utilidad.

El estudio de la consistencia interna trata de descubrir si los ítems que forman la escala tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos, es decir si son estables. Las correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala le confiere al instrumento lo que se denomina consistencia interna u homogeneidad. Para ello se hizo uso del coeficiente alfa de Cronbach que es un modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Más concretamente se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de *Pearson* entre todas las preguntas, si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas.

Se debe medir si la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permanece estable respecto a la condición que se mide, es decir si mantiene la estabilidad temporal. Para medir este tipo de confiabilidad se debe aplicar la escala dos veces, en diferentes momentos, pero en una situación de estabilidad del fenómeno que se pretendía evaluar, comparando dichas respuestas (Cabrera et al, 2001; Cuñado-Barrio et al, 2002).

La determinación de la utilidad hace referencia a la aplicabilidad del instrumento en el escenario real. Esta fase no depende de la aplicación de procedimientos estadísticos, sin embargo, en la validación de un cuestionario es relevante describir el tiempo promedio requerido para aplicar el instrumento, la necesidad de condiciones particulares en las cuales haya que poner al sujeto antes de iniciar el procedimiento, el grado de capacitación o calificación profesional que requieren quienes se encargarán de aplicar el instrumento, y la forma, método y tiempo requerido para calificar la puntuación del mismo.

2.1 Ámbito

El presente trabajo se encuadra dentro de un proyecto de investigación que tiene por objeto describir las cuestiones éticas implicadas en la relación entre niveles asistenciales a nivel nacional, una vez validado el cuestionario. El ámbito del proyecto es, por tanto, nacional.

Se conocen de manera directa, de los datos disponibles en la Organización Médica Colegial (OMC) las variables de toda la población de médicos colegiados en España (sin disgregación por Colegios): provincia, sexo y edad (aunque agrupada en quinquenios y grupos de edad ≤ 45 años, 46-65 años, ≥ 66 años-). La especialidad se conoce en el 66% de los colegiados. Las variables: tipo de ejercicio, MIR, situación (activo/jubilado) proceden de otras fuentes.

A modo de resumen:

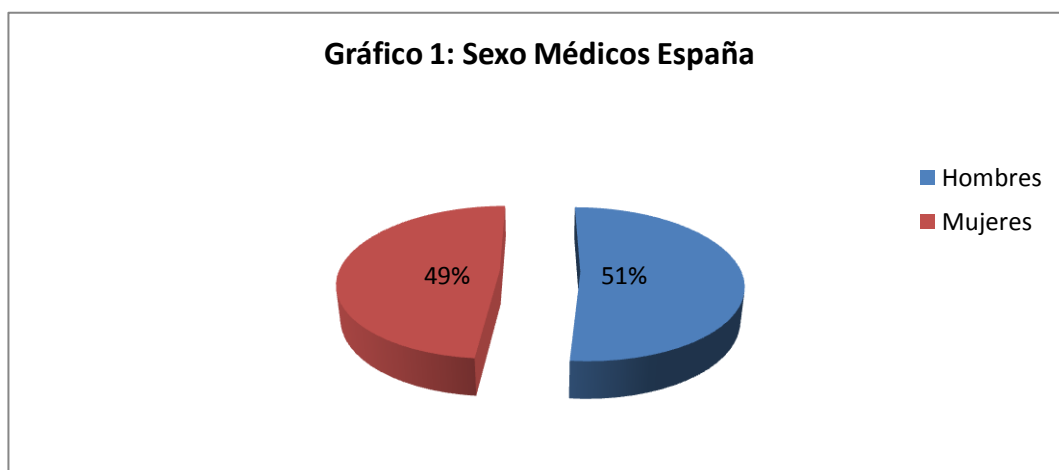
- A corte del 31/12/2015 había 240.588 médicos colegiados en toda España.
- Tenemos la variable Provincia en todos los colegiados; no hay datos perdidos.
- Para la variable Sexo, hay 63 colegiados (0.03%) con este dato perdido.
- Para la variable Edad, hay 28837 colegiados (11.9%) con este dato perdido.
- Para la variable Especialidad, hay 81475 colegiados (33.9%) con este dato perdido.
- Para la variable MIR, el 8,5% de los colegiados constan como MIR.
- No fue posible lograr una distribución de los colegiados por tipo de trabajo (público/privado), ámbito (primaria/hospital). Esta información ha

debido extrapolarse de distintas fuentes y publicaciones (estadísticas del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, principalmente).

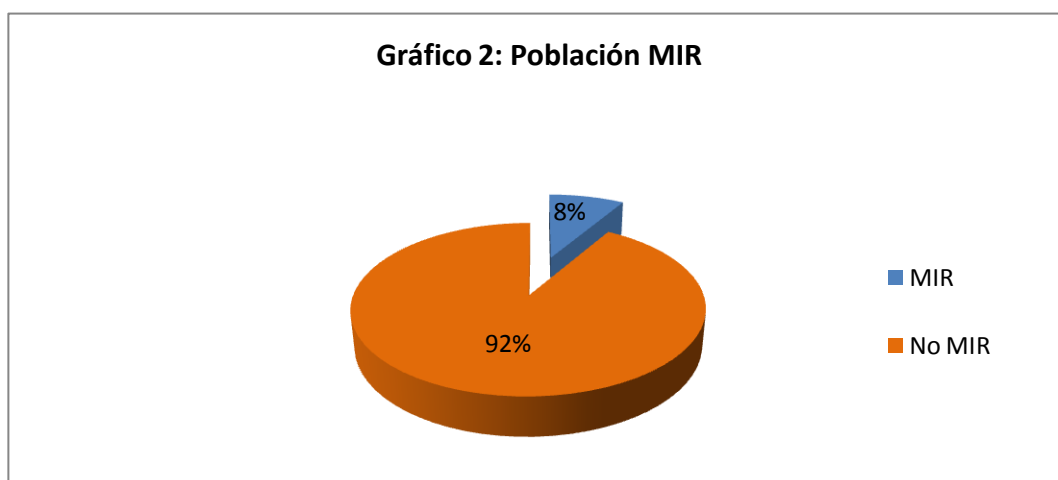
Nº COLEGIADOS	TOTAL	%	PERDIDOS	% PERDIDOS
Por provincia	240588	100.00%	0	0%
Por especialidad	159113	66.14%	81475	33.86%
Por sexo	240525	99.97%	63	0.03%
Por quinquenios	211751	88.01%	28837	11.99%
Por grupos de edad	211751	88.01%	28837	11.99%

De cada uno de los estratos de las variables de interés se puede decir:

1. Por sexo: la población masculina representa el 51,5% de la total.



2. Por estado MIR/No MIR el 8.5% del total de colegiados son MIR



3. Por Grupo de Edad, el grupo de 45-65 años es el más numeroso (50.1%).

Con **Datos del último informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) publicados en la página web del MSSSI en junio 2016** puede decirse que el SNS dispone de 3.023 centros de salud y 10.081 consultorios de atención primaria. Igualmente se dispone de una red de 453 hospitales, de los cuales 325 son de dependencia pública. **Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,2 % de las camas hospitalarias en funcionamiento**, cuya tasa total en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes.

La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 112.346 médicos. La **atención primaria** cuenta con **34.900 médicos**. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 77.446 médicos. La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada. En 2014, el SNS contaba con 29.546 residentes en formación postgrado en alguna de las 3.242 unidades docentes acreditadas en el Sistema Nacional de Salud, lo que supone un 26,3% de los facultativos en activo y un 12,3% del total de colegiados (frente al 8,5% de dato conocido desde las fuentes de la OMC). La oferta de plazas de la Convocatoria 2014/15 alcanzó un total de 7.527 plazas, un 3.3% menos que en la convocatoria previa

En cuanto al tipo de ejercicio (público/privado/mixto) puede deducirse de los datos del último informe del Sistema Nacional de Salud publicado en la página web del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en junio de 2016. Si de los 453 hospitales de la red 325 son públicos (128 mixtos o privados), la cobertura de camas del SNS es del 79,2% y hay en activo en centros de la red pública a diciembre de 2015 un total de 112346 médicos (77446 especialistas de hospital, 34900 de atención primaria).

1. Dando por hecho que el porcentaje de médicos de AP privados es pequeño, considerando que hay 77446 especialistas; 61337 se hacen cargo del 79,2% de las camas hospitalarias, 16190 facultativos con ejercicio privado o mixto, se harían cargo del 20,8% de camas restantes, lo que da una idea de la proporción de ejercicio público y privado (incluyendo el mixto).
2. Si hay 112346 médicos en activo en la red pública y se calcula que con ejercicio privado o mixto (pasa a privado cuando se jubilan por edad en la pública) puede haber 20340 facultativos especialistas de los 240588 colegiados, el porcentaje de activos ($112346 + 16109 = 128455$) es del 53,4%. De éstos, el 12,4% pertenecen al ámbito privado.

Las tablas expuestas a continuación resumen los datos de los médicos colegiados españoles conocidos a día de hoy.

COLEGIO	TOTAL (nº)	TOTAL FILA (%)
Álava	1867	0.78%
Albacete	1856	0.77%
Alicante	7387	3.07%
Almería	2397	1.00%
Ávila	813	0.34%
Badajoz	3346	1.39%
Islas Baleares	5360	2.23%
Barcelona	29968	12.46%
Burgos	1911	0.79%
Cáceres	2001	0.83%
Cádiz	5073	2.11%
Castellón	2351	0.98%
Ciudad Real	2336	0.97%
Córdoba	3704	1.54%
Cuenca	764	0.32%
A Coruña	6034	2.51%
Gerona	1956	0.81%
Granada	4760	1.98%
Guadalajara	1048	0.44%
Guipúzcoa	3932	1.63%
Huelva	1946	0.81%
Huesca	1002	0.42%
Jaén	2145	0.89%
León	2408	1.00%
Lleida	1781	0.74%
La Rioja	1574	0.65%
Lugo	1541	0.64%
Madrid	41801	17.37%
Málaga	7760	3.23%
Murcia	6842	2.84%
Navarra	3931	1.63%
Ourense	1482	0.62%
Asturias	6130	2.55%
Palencia	901	0.37%
Las Palmas	5118	2.13%
Pontevedra	4247	1.77%
Salamanca	2525	1.05%
Santa Cruz de Tenerife	4785	1.99%
Cantabria	3455	1.44%
Segovia	791	0.33%
Sevilla	9646	4.01%
Soria	590	0.25%
Tarragona	3088	1.28%
Teruel	671	0.28%
Toledo	2536	1.05%
Valencia	14131	5.87%
Valladolid	3400	1.41%
Vizcaya	7254	3.02%
Zamora	901	0.37%
Zaragoza	6736	2.80%
Ceuta	325	0.14%
Melilla	281	0.12%
TOTAL	240588	100.00%

Tabla 5: Número y porcentaje de Colegiados por provincia.

COLEGIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL (nº)	TOTAL FILA (%)
Álava	856 (0.36%)	1011 (0.42%)	1867	0.78%
Albacete	982 (0.41%)	871 (0.36%)	1856	0.77%
Alicante	4004 (1.66%)	3383 (1.41%)	7387	3.07%
Almería	1272 (0.53%)	1125 (0.47%)	2397	1.00%
Ávila	428 (0.18%)	385 (0.16%)	813	0.34%
Badajoz	1781 (0.74%)	1565 (0.65%)	3346	1.39%
Islas Baleares	2965 (1.23%)	2395 (1.00%)	5360	2.23%
Barcelona	15812 (6.57%)	14097 (5.86%)	29968	12.46%
Burgos	970 (0.40%)	941 (0.39%)	1911	0.79%
Cáceres	1121 (0.47%)	880 (0.37%)	2001	0.83%
Cádiz	2929 (1.22%)	2144 (0.89%)	5073	2.11%
Castellón	1186 (0.49%)	1165 (0.48%)	2351	0.98%
Ciudad Real	1320 (0.55%)	1016 (0.42)	2336	0.97%
Córdoba	2054 (0.85%)	1650 (0.69%)	3704	1.54%
Cuenca	417 (0.17%)	347 (0.14%)	764	0.32%
A Coruña	3089 (1.28%)	2945 (1.22%)	6034	2.51%
Gerona	1188 (0.49%)	768 (0.32%)	1956	0.81%
Granada	2599 (1.08%)	2161 (0.90%)	4760	1.98%
Guadalajara	501 (0.21%)	546 (0.23%)	1048	0.44%
Guipúzcoa	1863 (0.77%)	2069 (0.86%)	3932	1.63%
Huelva	1096 (0.46%)	850 (0.35%)	1946	0.81%
Huesca	527 (0.22%)	475 (0.20%)	1002	0.42%
Jaén	1272 (0.53%)	873 (0.36%)	2145	0.89%
León	1241 (0.52%)	1167 (0.49%)	2408	1.00%
Lleida	890 (0.37%)	891 (0.37%)	1781	0.74%
La Rioja	784 (0.33%)	790 (0.33%)	1574	0.65%
Lugo	744 (0.31%)	797 (0.33%)	1541	0.64%
Madrid	19341 (8.04%)	22460 (9.34%)	41801	17.37%
Málaga	4302 (1.79%)	3458 (1.44%)	7760	3.23%
Murcia	3722 (1.55%)	3120 (1.30%)	6842	2.84%
Navarra	1847 (0.77%)	2084 (0.87%)	3931	1.63%
Ourense	780 (0.32%)	702 (0.29%)	1482	0.62%
Asturias	3089 (1.28%)	3041 (1.26%)	6130	2.55%
Palencia	454 (0.19%)	447 (0.19%)	901	0.37%
Las Palmas	2810 (1.17%)	2308 (0.96%)	5118	2.13%
Pontevedra	2170 (0.90%)	2077 (0.86%)	4247	1.77%
Salamanca	1409 (0.59%)	1116 (0.46%)	2525	1.05%
Santa Cruz de Tenerife	2418 (1.01%)	2367 (0.98%)	4785	1.99%
Cantabria	1756 (0.73%)	1699 (0.71%)	3455	1.44%
Segovia	419 (0.17%)	372 (0.15%)	791	0.33%
Sevilla	5333 (2.22%)	4313 (1.79%)	9646	4.01%
Soria	305 (0.13%)	285 (0.12%)	590	0.25%
Tarragona	1577 (0.66%)	1511 (0.63%)	3088	1.28%
Teruel	376 (0.16%)	295 (0.12%)	671	0.28%
Toledo	1351 (0.56%)	1185 (0.49%)	2536	1.05%
Valencia	7145 (2.97%)	6986 (2.90%)	14131	5.87%
Valladolid	1643 (0.68%)	1757 (0.73%)	3400	1.41%
Vizcaya	3452 (1.44%)	3802 (1.58%)	7254	3.02%
Zamora	487 (0.20%)	414 (0.17%)	901	0.37%
Zaragoza	3287 (1.37%)	3449 (1.43%)	6736	2.80%
Ceuta	212 (0.09%)	113 (0.05%)	325	0.14%
Melilla	189 (0.08%)	92 (0.04%)	281	0.12%
TOTAL	123765 (51.46%)	116760 (48.54%)	240588	100.00%

Tabla 6: Número y porcentaje de colegiados por sexo y provincia.

COLEGIO	< o igual a 45	45-65	> o igual a 66	TOTAL (nº)	TOTAL FILA (%)
Álava	692 (0.33%)	962 (0.45%)	213 (0.10%)	1867	0.78%
Albacete	822 (0.39%)	874 (0.41%)	160 (0.08%)	1856	0.77%
Alicante	2972 (1.40%)	3563 (1.68%)	852 (0.40%)	7387	3.07%
Almería	861 (0.41%)	1310 (0.62%)	226 (0.11%)	2397	1.00%
Ávila	241 (0.11%)	460 (0.22%)	112 (0.05%)	813	0.34%
Badajoz	1352 (0.64%)	1714 (0.81%)	280 (0.13%)	3346	1.39%
Islas Baleares	2051 (0.97%)	2717 (1.28%)	592 (0.28%)	5360	2.23%
Barcelona	¿?	¿?	¿?	29968	12.46%
Burgos	644 (0.30%)	1022 (0.48%)	245 (0.12%)	1911	0.79%
Cáceres	677 (0.32%)	1108 (0.52%)	216 (0.10%)	2001	0.83%
Cádiz	1805 (0.85%)	2653 (1.25%)	615 (0.29%)	5073	2.11%
Castellón	895 (0.42%)	1168 (0.55%)	288 (0.14%)	2351	0.98%
Ciudad Real	970 (0.46%)	1127 (0.53%)	239 (0.11%)	2336	0.97%
Córdoba	1319 (0.62%)	1967 (0.93%)	418 (0.20%)	3704	1.54%
Cuenca	234 (0.11%)	437 (0.21%)	93 (0.04%)	764	0.32%
A Coruña	2106 (0.99%)	3122 (1.47%)	806 (0.38%)	6034	2.51%
Gerona	151 (0.07%)	1049 (0.50%)	112 (0.05%)	1956	0.81%
Granada	1670 (0.79%)	2291 (1.08%)	799 (0.38%)	4760	1.98%
Guadalajara	382 (0.18%)	559 (0.26%)	106 (0.05%)	1048	0.44%
Guipúzcoa	1319 (0.62%)	2109 (1.00%)	504 (0.24%)	3932	1.63%
Huelva	677 (0.32%)	1063 (0.50%)	206 (0.10%)	1946	0.81%
Huesca	221 (0.10%)	665 (0.31%)	116 (0.05%)	1002	0.42%
Jaén	669 (0.32%)	1196 (0.56%)	280 (0.13%)	2145	0.89%
León	760 (0.36%)	1333 (0.63%)	315 (0.15%)	2408	1.00%
Lleida	659 (0.31%)	903 (0.43%)	219 (0.10%)	1781	0.74%
La Rioja	525 (0.25%)	871 (0.41%)	178 (0.08%)	1574	0.65%
Lugo	486 (0.23%)	900 (0.43%)	155 (0.07%)	1541	0.64%
Madrid	17793 (8.40%)	17654 (8.34%)	6354 (3.00%)	41801	17.37%
Málaga	2859 (1.35%)	3972 (1.88%)	927 (0.44%)	7760	3.23%
Murcia	2885 (1.36%)	3277 (1.55%)	680 (0.32%)	6842	2.84%
Navarra	1493 (0.71%)	2006 (0.95%)	432 (0.20%)	3931	1.63%
Ourense	431 (0.20%)	877 (0.41%)	174 (0.08%)	1482	0.62%
Asturias	1766 (0.83%)	3484 (1.65%)	879 (0.42%)	6130	2.55%
Palencia	257 (0.12%)	528 (0.25%)	116 (0.05%)	901	0.37%
Las Palmas	1926 (0.91%)	2655 (1.25%)	537 (0.25%)	5118	2.13%
Pontevedra	1421 (0.67%)	2313 (1.09%)	513 (0.24%)	4247	1.77%
Salamanca	824 (0.39%)	1152 (0.54%)	549 (0.26%)	2525	1.05%
Santa Cruz de Tenerife	1877 (0.89%)	2334 (1.10%)	574 (0.27%)	4785	1.99%
Cantabria	1268 (0.60%)	1723 (0.81%)	464 (0.22%)	3455	1.44%
Segovia	236 (0.11%)	421 (0.20%)	134 (0.06%)	791	0.33%
Sevilla	3413 (1.61%)	4729 (2.23%)	1504 (0.71%)	9646	4.01%
Soria	135 (0.06%)	384 (0.18%)	71 (0.03%)	590	0.25%
Tarragona	1175 (0.55%)	1513 (0.71%)	400 (0.19%)	3088	1.28%
Teruel	181 (0.09%)	421 (0.20%)	69 (0.03%)	671	0.28%
Toledo	968 (0.46%)	1543 (0.59%)	324 (0.15%)	2536	1.05%
Valencia	5230 (2.47%)	6865 (3.24%)	2036 (0.96%)	14131	5.87%
Valladolid	1227 (0.58%)	1627 (0.77%)	546 (0.26%)	3400	1.41%
Vizcaya	2535 (1.20%)	3802 (1.82%)	863 (0.41%)	7254	3.02%
Zamora	208 (0.10%)	547 (0.26%)	146 (0.07%)	901	0.37%
Zaragoza	2212 (1.04%)	3501 (1.64%)	1023 (0.48%)	6736	2.80%
Ceuta	104 (0.05%)	190 (0.09%)	31 (0.01%)	325	0.14%
Melilla	73 (0.03%)	170 (0.08%)	38 (0.02%)	281	0.12%
TOTAL	77856 (36.77%)	1015971 (50.05%)	27924 (13.19%)	240588	100.00%

Tabla 7: Número y porcentaje de colegiados por grupos de edad y provincia.

ESPECIALIDAD	TOTAL (nº)	TOTAL FILA (%)
Alergología	1162	0.73%
Análisis Clínicos	1794	1.13%
Anatomía Patológica	1774	1.11%
Anestesiología y Reanimación	7158	4.50%
Angiología y Cirugía Vascul ar	704	0.44%
Aparato Digestivo	3249	2.04%
Bioquímica Clínica	372	0.23%
Cardiología	3662	2.30%
Cirugía Cardiovascular	596	0.37%
Cirugía General y Apto. Digestivo	5673	3.57%
Cirugía Oral y Maxilofacial	657	0.41%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	6380	4.01%
Cirugía Pediátrica	477	0.30%
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	1053	0.66%
Cirugía Torácica	386	0.24%
Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología	2074	1.30%
Electrorradiología	137	0.09%
Endocrinología y Nutrición	1709	1.07%
Estomatología	3537	2.22%
Farmacología Clínica	235	0.15%
Geriatría	854	0.54%
Hematología y Hemoterapia	2265	1.42%
Hidrología Médica	236	0.15%
Inmunología	200	0.13%
Medicina de la Educación Física y del Deporte	1235	0.78%
Medicina del Trabajo	5574	3.50%
Medicina Familiar y Comunitaria	38830	24.40%
Medicina Física y Rehabilitación	2114	1.33%
Medicina Intensiva	2647	1.66%
Medicina Interna	8357	5.25%
Medicina Legal y Forense	687	0.43%
Medicina Nuclear	562	0.35%
Medicina Preventiva y Salud Pública	1156	0.73%
Microbiología y Parasitología	1041	0.65%
Nefrología	1608	1.01%
Neumología	2569	1.61%
Neurocirugía	731	0.46%
Neurofisiología Clínica	713	0.45%
Neurología	2390	1.50%
Obstetricia y Ginecología	7484	4.70%
Oftalmología	4516	2.84%
Oncología Médica	1342	0.84%
Oncología Radioterápica	706	0.44%
Otorrinolaringología	2734	1.72%
Otras	2	0.00%
Pediatría y sus áreas específicas	11924	7.49%
Psiquiatría	5563	3.50%
Radiodiagnóstico	4678	2.94%
Reumatología	1283	0.81%
Urología	2323	1.46%
TOTAL	159113	100.00%

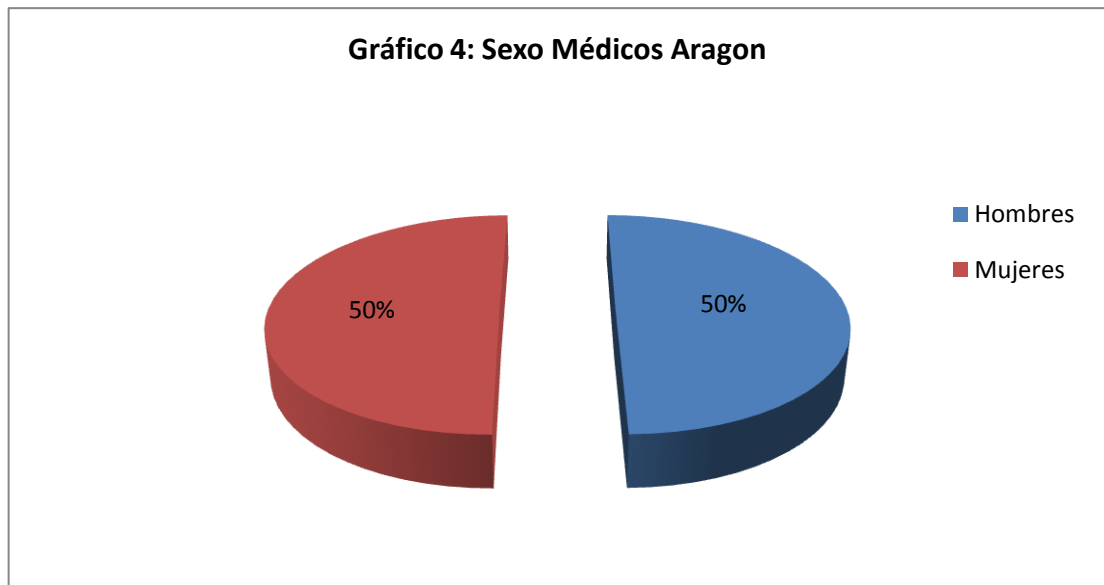
Tabla 8: Número y porcentaje de colegiados por especialidad.

Para la fase piloto en Aragón, los datos de la población de referencia son los siguientes:

En Aragón, según los últimos datos publicados (Datos del último [informe del Sistema Nacional de Salud](#), disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, junio de 2016) había un total de 8409 médicos colegiados (el 3,5% del total a nivel de todo el Estado). En Huesca 1002 (11,92%), en Teruel 671 (7,98% del total) y en Zaragoza 6736 (80,10% de todos los médicos en Aragón).



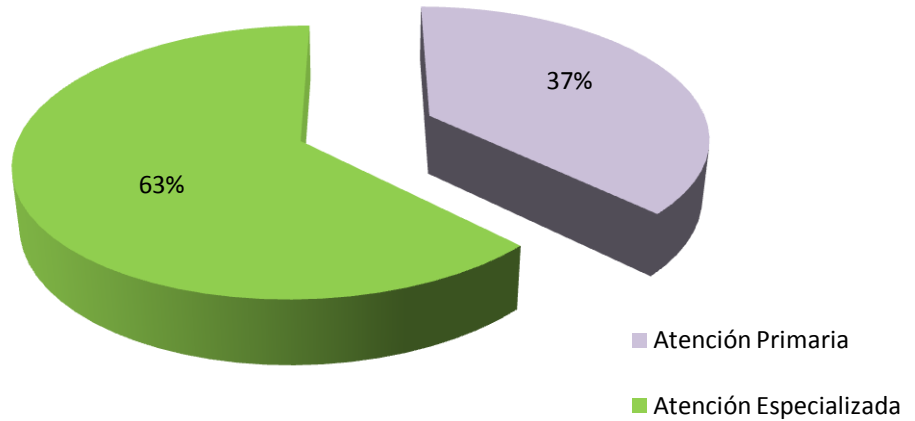
La distribución por sexo es: 4190 hombres de 8409 (49,83% de hombres). Por sexo y provincia: Huesca: 527 hombres (52,6%) y 475 mujeres. Teruel: 376 hombres (56%) y 295 mujeres. Zaragoza: 3287 hombres (48,8%) y 3459 mujeres.



En 2014 (datos publicados en la web del Gobierno de Aragón el 5 de febrero de 2015) los [datos de personal médico](#) eran: Aproximadamente en activo 4452 (el 52,9% de los colegiados, similar a la cifra nacional).

- En [Atención Primaria en Aragón](#), trabajan 1661 médicos (37,3% del total en activo)
 - 1483 médicos de familia: 33,3% del total de médicos en activo (Huesca 322; Teruel 261; Zaragoza 900).
 - 178 pediatras de AP: 4% del total en activo (Huesca 29; Teruel 15; Zaragoza 134).
- [Especialistas](#) (en 2014) 2791 en hospitales (2628 en medicina pública y 163 en la medicina privada). En formación (entre ellos MIR): 720 (623 en la pública y 24 en la privada): 16% del total de médicos aragoneses en activo.

Gráfico 5: Medicos por Nivel Asistencial en Aragón (2014)



2.2 Cálculo del tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral para el pilotaje del cuestionario consideró que se precisaban al menos cinco cuestionarios respondidos por cada ítem de la versión del cuestionario pilotada, incluyendo facultativos de atención primaria y especializada. Así se esperaba obtener al menos 275 respuestas completas (todos los ítems respondidos). Para realizar la prueba test-retest se consideró que, al menos, eran necesarias 30 encuestas cumplimentadas en ambos envíos.

Según la fórmula de cálculo de tamaño muestral para proporciones: $n_{\infty} = k^2 \cdot p \cdot q / e^2$; $n = n_{\infty} / (1 + n_{\infty} / N)$ Donde n_{∞} es el tamaño de la muestra para poblaciones infinitas, N es de la población total, k el valor asociado a la distribución muestral del estadístico a un nivel de significación determinado ($z_{\alpha/2} = 1,99$ para una significación del 95%; $z_{\alpha/2} = 2,58$ para una significación del 99%), p la proporción en que se da la característica de estudio en la población, $q = 1 - p$ y e , el error máximo permitido en la estimación de la proporción; $p = 0.5$; en este caso, $e = 0.01$ (1%).

Para una N de 240588 facultativos colegiados en España, el tamaño muestral para una precisión del 2% y significación del 95% la muestra debe contener **2378** respuestas; para una significación del 99% debe alcanzar las **4077**.

Estos envíos, tras la valoración de la representatividad de los cuestionarios recibido en el primer envío (en función de las variables: sexo, edad, especialidad, ámbito -primaria o especializada-, autonomía de procedencia), se continúan haciendo en el momento actual por conglomerados, para alcanzar el objetivo de representatividad de los respondedores.

En Aragón, para una N = 8409 de facultativos colegiados, el tamaño muestral para una precisión del 5% y significación del 95% la muestra debería contener **368** respuestas. Considerando como población los médicos en activo en Aragón (4452) –los que mayoritariamente siguen teniendo respuesta a las misivas dirigidas desde los Colegios de Médicos-, para una precisión del 5% y significación del 95% la muestra de respondedores debería contener **354 facultativos**.

Dado que la tasa de respuesta a los cuestionarios es baja (10-30%, aún con re-envíos), se planteó no realizar muestreo previo, facilitando el acceso al cuestionario on-line a todos los colegiados. Tras hablar con los responsables de la OMC desde su web se facilitó un acceso directo a la versión electrónica del cuestionario. Cada Colegio de Médicos, previo contacto y aceptación por su cúpula directiva, remitía una carta informativa por e-mail a todos los médicos colegiados. La representatividad de la muestra de respondedores era lo que habría que asegurar, comparando número y características de la muestra de participantes con la población de referencia, antes descrita: provincia de Aragón, ámbito de trabajo, especialidad, sexo, edad, tipo de institución –pública o privada/concertada-, médico en formación (MIR).

2.3 Procedimiento de validación

2.3.1. Elaboración del primer borrador del cuestionario autocumplimentable con preguntas de respuestas cerradas dirigidas a conocer las opiniones según una escala tipo Likert de 1 a 5 desde nunca/nada de acuerdo a siempre/totalmente de acuerdo. Los ítems y dimensiones procedían de la información disponible de estudios cualitativos previos dirigidos a explorar las cuestiones éticas implicadas en la relación entre niveles asistenciales (PS 09/1735). Estas cuestiones se distribuían en tres ejes:

1. Amenazas al altruismo:

- a. La gestión de los conflictos de interés en la prescripción -2 ítems-.
- b. La gestión de los conflictos de interés en la formación continuada -10 ítems-)

2. Respeto:

- a. Consideración mutua -9 ítems-.
- b. Respeto a la diferencia de opinión -3 ítems-.
- c. Respeto a los límites competenciales -5 ítems-.
- d. Respeto a la jerarquía -6 ítems-

3. Lealtad:

- a. Lealtad al paciente y las solicitudes de cambio de médico -5 ítems-
- b. Lealtad entre colegas: cooperar en los planes de cuidados -9 ítems-
- c. Lealtad entre colegas: compartir información -5 ítems-.

d. Lealtad al médico con facultades menoscabadas -8 ítems-.

El anexo 5 recoge el primer borrador del cuestionario ERNA, que contenía 67 ítems.

2.3.2. Debriefing es una de las técnicas utilizadas en la fase previa a la utilización de un cuestionario con la finalidad de conseguir varios objetivos (Hess J et al, 1995):

1. Identificar las palabras, términos o conceptos que los encuestados no entienden, no interpretan sistemáticamente, o no interpretan lo que el investigador tiene la intención.
2. Identificar las cuestiones que los encuestados no puede responder con precisión y tienen dudas de sus respuestas.
3. Evaluar las opciones de respuestas cerradas.
4. Evaluar la sensibilidad de las preguntas.
5. Obtener sugerencias para la revisión de la redacción de las preguntas y estructura del cuestionario.

La versión del cuestionario recogida en el anexo 5 se envió para la realización del debriefing a un grupo de expertos pertenecientes o colaboradores del Grupo de Investigación en Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Sus características vienen definidas en la Tabla 9. Junto a una carta de presentación explicando brevemente el proyecto de investigación (anexo 6), se envió una tabla Excel incluyendo la versión inicial del cuestionario ERNA y las preguntas a cumplimentar para el debriefing (anexo 7). El texto de apoyo para el debriefing, insertado en la carta de invitación y petición de colaboración voluntaria era:

“El cuestionario que se adjunta es un borrador del definitivo dirigido a conocer las cuestiones éticas relacionadas con la relación entre niveles asistenciales y está en fase de validación. Te pedimos que lo cumplimentes y nos comentes:

- a. ¿Cuánto tiempo has invertido en cumplimentarlo? ----minutos
- b. ¿Te ha resultado demasiado largo para cumplimentar? Si/No/Aceptable
- c. ¿Todo lo que se pregunta te parece de interés? Si/No
- d. ¿Podrías indicar aquello que no te resulta de interés? Indica la sección y la fila donde se ubica el contenido menos interesante.
- e. ¿En qué preguntas tienes problemas o dudas sobre lo que se te pregunta? Por favor, anótalo en esta hoja.
- f. ¿Las preguntas están escritas en lenguaje coloquial o alguna suena a un uso de lenguaje forzado?

“Muchas gracias por tu colaboración”.

	Década	Sexo	Perfil	CEA	Grado Experto BE	Ámbito Laboral	Experiencia Asistencial
1	50	Mujer	ASISTENCIAL DOCENCIA	NO	Superior	Primaria	Superior
2	40	Mujer	GESTIÓN INVESTIGACIÓN DOCENCIA ASISTENCIAL	NO	Básico	Especializada	Media
3	40	Hombre	ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN	SI	Superior	Especializada	Superior
4	60	Mujer	ASISTENCIAL GESTIÓN DOCENCIA	SI	Superior	Especializada	Superior
5	50	Mujer	ASISTENCIAL DOCENCIA INVESTIGACIÓN	SI	Superior	Primaria	Superior
6	40	Mujer	INVESTIGACIÓN ASISTENCIAL	NO	Superior	Primaria	Media
7	50	Hombre	DOCENTE INVESTIGACIÓN ASISTENCIAL GESTIÓN	SI	Superior	Primaria	Superior
8	40	Mujer	ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN DOCENCIA	SI	Superior	Primaria	Superior

Década (edad): 30 (30-40 años)-40 (40-50 años) -50 (50-60 años) -60 (>60 años) - **Grado de experiencia en bioética:** <3 años: básico, 3-5 años: medio, >5 a: superior -**Perfil** actividad laboral a la que dedica/ha dedicado la mayor parte de su tiempo curricular (en el caso de que coexistan varias se recogen por orden de importancia); **Ámbito de trabajo: Primaria/especializada (incluye planificación y gestión)** -**CEA (Comité de Ética Asistencial) pertenencia:** sí o no -**Experiencia asistencial:** mínima<5 años, media 5-10 años, superior>10 años. Marcados con azul los expertos que respondieron a dos de las rondas del debriefing. Azul y subrayado los expertos que respondieron a las tres rondas.

Tabla 9: Características de los expertos que participaron en la fase de debriefing del ERNA.

La finalidad era descubrir la opinión de los expertos sobre las características de cada ítem expuesto: posibilidad de eliminación (si, no), idoneidad de pertenencia con respecto a los demás ítems de la misma dimensión (1-mínima, 5-maxima), relevancia (1-mínima, 5-maxima) y necesidad de modificación (si, no) relacionándola además con la claridad y comprensión (1-claro y comprensible, 2-difícil de entender, 3-incomprensible), la naturalidad (1- muy

natural, 2- bastante natural, 3- nada natural) y familiaridad, mediante los métodos de indagación y parafraseo -redactar significado percibido con sus propias palabras-, para comprobar la comprensión.

Se realizaron las modificaciones en cuanto al lenguaje y expresión, cuando fue necesario, atendiendo a las siguientes reglas:

1. Si al menos dos de los expertos decidían eliminar un ítem, éste se quitaba del cuestionario.
2. Si dos o más expertos contestaban que un ítem tenía mínima o poca idoneidad (puntuaciones 1 o 2), se eliminaba del instrumento. En caso de puntuación 3 se solicitaba mayor definición al experto.
3. Con respecto a la relevancia, si dos o más contestaban mínima o poca relevancia, el ítem se eliminaba del instrumento.
4. Para la modificación de los ítems se evaluaron la necesidad de variación, su claridad y comprensión y la naturalidad de su enunciado, de manera que, para que un ítem no fuera modificado, debían ser valoradas como óptimas estas tres características (puntuaciones 4 o 5).

Los comentarios de los expertos, así como sus respuestas a las preguntas sobre el instrumento en general, se usaron para las transformaciones pertinentes de los ítems, en tres vueltas, tanto antes como después del análisis factorial exploratorio realizado durante el pilotaje en Zaragoza (Gusi et al, 2009; Ojeda et al, 2012).

Respondieron a la primera vuelta del debriefing los ocho expertos invitados. El mayor problema detectado era el tiempo de cumplimentación, superior a 15 minutos, lo que suponía un problema a resolver.

En esta primera ronda, si bien se eliminaron ítems considerados redundantes, recolocando alguno en otra dimensión teórica, dando lugar a una nueva versión del cuestionario (Anexo 8, 58 ítems). No sugirieron nuevos ítems, ni se modificó

la formulación de ninguno de los existentes. Por ello, se volvió a repetir la propuesta de colaboración. En esta ocasión sólo hubo respuesta de cinco colaboradores (anexo 9). En la tercera ronda, que llevó a la modificación de la redacción de la versión anterior del cuestionario, obteniendo la utilizada para el pilotaje y análisis factorial exploratorio y confirmatorio con población estatal, sólo participaron dos expertos, además de la doctoranda. Además de reescribirse varios ítems, tomando en consideración los resultados del análisis factorial exploratorio en la muestra de piloto de Zaragoza, también se modificaron las variables demográficas (anexo 10).

2.3.3. Análisis Factorial inicial y definitivo.

El estudio estadístico para valorar la estabilidad antes y después se realizó en la fase exploratoria durante el pilotaje en Zaragoza. El estudio de la consistencia interna y en el análisis factorial se realizó en dos fases: la fase exploratoria durante el pilotaje del cuestionario en Zaragoza y la fase definitiva con respuestas de la población de todos los facultativos colegiados en España.

- a. Pilotaje con primer análisis factorial exploratorio. La población de estudio en esta fase eran los médicos colegiados en la provincia de Zaragoza, con sus tres Sectores Sanitarios, por elección oportunista. En esta fase NO se utilizó el correo (ni electrónico ni convencional). El procedimiento para obtener la muestra de respondedores necesaria fue el siguiente, tras informar y obtener la autorización de las gerencias/ direcciones correspondientes-.

1. EN HOSPITAL:

Tras hablar con el jefe de servicio, se quedaba para acudir a su departamento a la hora de la sesión clínica para, antes de que los facultativos volvieran a sus respectivas tareas, solicitar su participación voluntaria en la investigación. Se insistía en que era una encuesta libre, por sí alguien no quería o no podía cumplimentarla en ese momento Se

incluían también los residentes que estaban en el servicio en ese momento.

2. EN ATENCION PRIMARIA:

Tras hablar previamente con el coordinador/a del centro de salud o responsable de docencia, se le entregaba un sobre con el número de copias necesario para distribuir a todos los médicos del equipo, incluyendo a los residentes de medicina de familia. Se ofrecía la posibilidad de acudir posteriormente a los centros que estuvieran interesados a realizar una sesión básica sobre ética y deontología, y explicar en qué consistía el estudio de forma más pormenorizada.

En ambos ámbitos, a los profesionales que se mostraron más colaboradores se les solicitó consentimiento para cumplimentar otro cuestionario pasadas dos semanas. Si accedían, en el momento de volver a entregarles el cuestionario se les explicaba que era el mismo y que el objetivo era comparar sus respuestas para valorar la estabilidad de las mismas en el tiempo.

b. Fase definitiva

Con el objetivo de realizar un análisis factorial exploratorio y confirmatorio con muestra de la población general, considerando un mínimo de 10 respuestas por ítem en cada fase de análisis (mitad exploratorio, mitad confirmatorio), se contó con todas las primeras respuestas recibidas consecutivamente al lanzar el acceso al cuestionario a nivel estatal. Con esta misma muestra global se replicó la determinación de la consistencia interna del instrumento.

2.4 Procesamiento y análisis estadístico.

Los datos fueron introducidos de forma automatizada desde la versión electrónica del cuestionario en la correspondiente base de datos en Excel.

El procesamiento de los cuestionarios recibidos en papel fue realizado por un único profesional, que verificó la corrección de los mismos una vez introducidos. Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico Software StataSE 14 con su módulo Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) mediante la construcción del diagrama (Paths Diagrams Builder). También se ejecutó con el Software R y algunos test o gráficos con el IBM SPSS Statistics versión 23, contando con el apoyo de un estadístico con experiencia en la validación de cuestionarios.

Para el proceso de validación del cuestionario se realizó lo siguiente:

1. Análisis de fiabilidad: permite estudiar las propiedades de las escalas de medición y de los elementos que componen las escalas, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

- a. El coeficiente **Alfa de Cronbach** (1951) es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Más concretamente se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las preguntas si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas. La expresión para calcular el alfa de Cronbach viene dado por:

$$\alpha = \frac{K\bar{p}}{1 + (K - 1)\bar{p}}$$

Donde K es el número de preguntas y \bar{p} la media de correlaciones entre preguntas.

Al evaluar los resultados de estos coeficientes debe tenerse en cuenta que sus valores se afectan por el número de ítem en la escala; según esto, al aumentar el número de ítem del instrumento el valor del coeficiente alfa se incrementa de forma artificial. Los valores que se recomiendan para estos índices son entre 0,7 y 0,9 (70% a 90%) (Cabrera et al, 2001). Valores bajos sugieren que la

escala es poco homogénea. Esto puede interpretarse como que la escala puede estar evaluando diferentes fenómenos y que no muestra consistencia ante diferentes condiciones de aplicación. Valores mayores de 0,9 sugieren una estructura demasiado homogénea, en la cual probablemente existan ítems redundantes por lo que cabría la posibilidad de que éstos sean eliminados.

- b. Entre las ventajas de esta medida se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem.

2. Evaluación de la sensibilidad al cambio (antes y después)

Se compararon las distribuciones de los ítems mediante pruebas no paramétricas para muestras pareadas (Prueba de rangos y prueba de Wilcoxon).

3. Evaluación de la utilidad

En cuanto a la utilidad, no se utilizaron pruebas estadísticas, si bien se consideraron los siguientes parámetros:

- a. El tiempo necesario para cumplimentar el cuestionario (mejor cuanto más breve), en función del número de ítems y su dificultad de respuesta.
- b. El formato de respuesta cerrada, en una escala autoadministrada, que facilita su aplicación al estandarizar las condiciones de administración y limita posibles sesgos en cuanto a los evaluadores.
- c. El pilotaje sobre una muestra de la población a la que va dirigida (Zaragoza), requisito indispensable para su aplicación.
- d. La facilidad de administración, a través de una plataforma electrónica que permitiera su cumplimentación de manera intuitiva,

sin necesidad de entrenamiento previo de los participantes (Sánchez et al, 2004).

4. Análisis factorial:

Para descubrir la adecuación del uso del análisis factorial se realizaron dos pruebas. Para medir la adecuación muestral se escogió la propuesta por Kayes, Meyer y Olkin (KMO). Se puede definir el coeficiente de correlación parcial como un indicador de la fuerza de relación entre dos variables eliminando la influencia del resto. Con esta definición, si las variables comparten factores comunes, el coeficiente de correlación parcial debería ser bajo, ya que se eliminarán los efectos lineales de otras variables. Resumiendo, para que un análisis factorial sea aplicable a las variables, la medida de adecuación muestral debería ser próximo a cero. En consecuencia, si existe un valor alto, podemos pensar en eliminar del análisis ese ítem. El KMO toma valores entre cero y uno, y al igual que cualquier correlación cuanto mayor sea este valor mejor será el análisis factorial. De esta forma se aconsejan valores mayores de 0,75.

Viene dada por la ecuación:

$$KMO = \frac{\sum_{j \neq i} \sum_{j \neq i} r_{ij}^2}{\sum_{j \neq i} \sum_{j \neq i} r_{ij}^2 + \sum_{j \neq i} \sum_{j \neq i} r_{ij}^2(p)}$$

Donde r_{ij} es el coeficiente de correlación parcial entre las variables X_i y X_j eliminando la influencia del resto de variables.

Por otro lado se usó el Test de esfericidad de Bartlett para examinar la matriz de correlaciones. Este test contrasta la hipótesis (siempre bajo la normalidad multivariante) de que la matriz de correlaciones es la identidad. Esto significaría que las variables no están relacionadas entre sí (coeficientes de correlación dos a dos nulas). Bajo la hipótesis

nula el estadístico de este contraste se distribuye de forma asintótica como una chi-cuadrado con $p(p-1)/2$ grados de libertad, donde p sería el número de variables o ítems introducidos en el análisis. Concluyendo, si no se rechaza la hipótesis nula significaría que las variables no están relacionadas y, bajo este supuesto, se debería reconsiderar la aplicación de un análisis factorial.

Ya que el objetivo fundamental del análisis factorial es determinar un número reducido de factores, que puedan representar a los ítems originales fue necesario llevar a cabo una extracción de factores. Un modelo factorial tiene la siguiente forma;

$$R_p = AA' + \psi$$

Donde R es la matriz de correlaciones poblacionales de las p variables o ítems incluidos en el análisis y Ψ es una matriz diagonal de las especificidades.

En este caso, las soluciones dadas para la matriz A no tienen por qué ser únicas, sino que puede haber diferentes soluciones. En este contexto aparecen lo que se conoce con el nombre de rotaciones de la matriz (rotaciones ortogonales de cargas factoriales que no altera el modelo) que nos ofrece distintas soluciones sin modificar el modelo. Existen diversos métodos para extraer factores. Se ha usado el método de Componentes Principales que es el más conocido en la literatura y, con diferencia, el más utilizado. Para la determinación del número de factores se consideraron varios criterios complementarios.

a. Criterios para decidir el número de factores:

1. Kaiser Criterion (Guttman, 1954):

Esta regla sugiere que se deben retener todos los factores que tengan autovalores (eigenvalue) de 1.0 o mayor; con el

razonamiento de que un factor no debe explicar menos que la varianza equivalente que hubiera explicado una sola de las variables del análisis.

El cuadrado de la correlación entre una variable y un factor es la proporción de varianza explicada por esa variable. Si se suman todos los cuadrados de los pesos factoriales de las variables en un factor (columna de la matriz factorial) obtenemos el autovalor de ese factor, que expresa la magnitud de varianza explicada por ese factor.

El punto de corte de 1 se fija porque las variables están estandarizadas con la varianza igual a 1 y sería inadecuado interpretar un factor que explique menos varianza que la explicada por una variable particular (Kahn, 2006).

Si dividimos el autovalor de un factor por el número de variables y multiplicamos ese valor por 100 obtenemos el **porcentaje de varianza explicada** por ese factor particular. Se recomienda que la solución factorial explique, al menos, un 50% de la variabilidad total del respuesta al test (Merenda, 1997).

El inconveniente principal de esta regla es que generalmente conduce a la extracción de demasiados factores, particularmente en tests con muchos ítems (50 o más).

2. Análisis de Scree Plot (Cattell, 1966):

Este método complementa al anterior y se basa también el análisis de la magnitud de los Autovalores (eigenvalues) pero a partir de la tendencia que se observa en el Scree Plot.

Se procuran seleccionar un grupo reducido de factores que tengan **eigenvalues significativamente superiores a los demás**, para lo cual se identifica el punto de inflexión en la curva

del scree Plot (también referido como el codo por su semejanza con un brazo) a partir del cual la curva se transforma a una línea “plana” o relativamente recta.

Sobre la gráfica resultante se traza una línea recta base a la altura de los últimos autovalores (los más pequeños) y aquellos que queden por encima de esa línea base indicarán el número de factores a retener.

3. Análisis paralelo (Horn, 1965):

Esta regla suele complementar las anteriores cuando el número de variables iniciales y factores resultantes es elevado.

El procedimiento es basado en el principio de que los factores a extraer deben dar cuenta de más varianza que la que es esperada de manera aleatoria. El procedimiento reordena las observaciones de manera aleatoria entre cada variable y los autovalores (eigenvalues) son recalculados a partir de esta nueva base de datos aleatoriamente ordenada.

Los factores con autovalores (eigenvalues) mayores a los valores aleatorios son retenidos para interpretación.

La lógica del procedimiento es que solamente deben interpretarse los factores reales que explican más varianza que los aleatorios (Kahn, 2006).

4. Juicio teórico:

Es importante que también se tome en cuenta el juicio teórico del investigador.

En ocasiones la teoría puede indicar el número de factores que es relevante extraer y el analista puede estar interesado en

comprobar que los ítems convergen en los factores en los que teóricamente se esperarían que lo hicieran y que a su vez su peso en los otros factores es relativamente bajo.

b. Rotación e interpretación de los factores.

Una vez extraídos los factores iniciales, estos deben someterse a un procedimiento denominado rotación.

El resultado inicial del análisis factorial es una matriz factorial no rotada, es decir la matriz de correlaciones de las variables con los factores. Esta matriz factorial inicial es difícil de interpretar y, en casi todos los casos donde se extrae más de un factor, es indispensable obtener una matriz adicional de factores rotados (Carroll, 1953).

Se rota los factores con la finalidad de eliminar las correlaciones negativas importantes y reducir el número de correlaciones de cada ítem en los diversos factores.

c. Bondad de ajuste de los modelos factoriales: Como se ha expuesto en el primer párrafo de este apartado de análisis factorial, existen varios contrastes que se pueden realizar para evaluar si la extracción de los factores en su conjunto es significativa.

1. Test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin).

2. Test de esfericidad de Bartlett.

Ambos tests han sido aplicados en las fase exploratoria y confirmatoria del análisis factorial realizado. En el análisis confirmatorio definitivo también se ha aplicado.

3. Indicadores Root mean square error of approximation (RMSEA) (Browne y Cudeck, 1993) y Standardised root mean square residual (SRMR) obtenido al dividir el valor de RMSEA por la desviación típica. Se utilizan modelos de ecuaciones estructurales (SEM) (Fouquet 2000). Se ajusta el modelo mediante estimación por máxima verosimilitud por ser un método que proporciona estimaciones consistentes, eficientes y no sesgadas. Aunque la estimación por ML exige que las variables estén normalmente distribuidas, la violación de esta condición no afecta a la capacidad del método para estimar de forma no sesgada los parámetros del modelo.

La Bondad de ajuste se midió mediante los indicadores Root mean square error of approximation (RMSEA) (Browne y Cudeck, 1993) y Standardised root mean square residual (SRMR) obtenido al dividir el valor de RMSEA por la desviación típica.

Se partió de un modelo con ecuaciones de medida donde se representan las relaciones de los factores con sus ítems y donde todos los factores están relacionados mediante una covariación. Se eliminaron aquellas relaciones entre factores cuya covarianza no era significativa.

Con el modelo factorial propuesto se estimaron las puntuaciones estandarizadas de los factores. La puntuación factorial es la puntuación estandarizada de un sujeto a un factor. Al estar estandarizada la puntuación, la media es 0 y las puntuaciones negativas indican puntuaciones bajas (inferiores a la media). De esta forma, se pueden calcular medias e intervalos de confianza de las puntuaciones estandarizadas de los factores en los grupos de comparación, observando “dirección” de la puntuación de los distintos factores en función de la variable de estudio. Así, se compararon dichos valores según las características de la población (mediante

comparación de dos grupos medias t-student, o comparación de más de dos grupos: ANOVA de 1 factor).

Tras el proceso de validación, además del pilotaje de las respuestas a los ítems del cuestionario siguiendo el modelo factorial propuesto con la muestra del análisis confirmatorio, se realizó un análisis descriptivo de los datos de la muestra de colegiados de Aragón y la de colegiados a nivel estatal: Las variables cualitativas (sexo, ámbito, especialidad etc.. y las puntuaciones de los ítems) se presentan mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría. Las variables estudiadas cuantitativas (puntuación de los ítems y la variable edad) se exploran con la prueba de conformidad de Kolmogorov – Smirnov. (Prueba de bondad de ajuste a una distribución normal) y se dan indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles). En Aragón, se compararon los valores de los ítems según características de la población, dando valores de tendencia central (media mediana), valores de posición no central (Cuartil 1 y Cuartil 3) y medidas de dispersión (Desviación Estándar). Al no seguir las puntuaciones una distribución normal en los grupos de comparación, se realizan test no paramétricos (U de Mann Whitney ó Kruskal Wallis).

3. Propuesta de versión inglesa del cuestionario

Se decidió hacer uso del método de traducción-retrotraducción (*Translation-Back translation method*): traducción inglés-castellano, discusión de la misma para realizar una primera versión, valoración de la equivalencia conceptual, claridad y naturalidad de cada una de las frases y elaboración de una segunda versión.

Algunas corrientes actuales ponen en duda la eficacia del método de traducción-retrotraducción en su versión más simple (McKenna et al, 2005; Muñoz et al, 2013) debido a la fijación por obtener valores altos del grado de

equivalencia entre la versión original y la retrotraducción. Por ello, se optó por considerar más importantes los factores culturales (adecuación práctica) que los lingüísticos literales, sin dejar de lado una buena corrección lingüística (Muñiz, et al, 2013). Para ello se siguieron las recomendaciones propuestas por Beaton et al, 2000 y Epstein et al, 2015, que demostraron que un comité de expertos contribuye sustantivamente a mejorar la adaptación transcultural, y el resto de directrices internacionales y revisiones sobre la adaptación transcultural (Escobar-Bravo, 2004; Fitzpatrick et al, 1998; International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project, 2013; McKenna et al, 2005; Muñiz, et al, 2013; Terwee et al, 2007; Uysal et al, 2013; Wild, et al, 2005).

Así pues los pasos que se siguieron fueron los siguientes (anexo 11):

1. Se partió de la versión original en español, traducida al inglés por dos personas bilingües, con lengua de origen inglesa y con experiencia en literatura científica sanitaria.
2. Ambas traducciones fueron discutidas simultáneamente entre los traductores y el equipo investigador hasta alcanzar un consenso, generando la primera versión de la encuesta en inglés.
3. Un profesional médico con perfil asistencial, con experiencia laboral en países de habla inglesa, evaluó la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta de esta primera versión. Con las modificaciones pertinentes, se obtuvo una segunda versión.
4. La segunda versión en inglés, se retro-tradujo de nuevo al español, por un traductor especializado en temas médicos (bilingüe pero con lengua de origen español), para obtener la primera retro-traducción.

5. Esta versión fue analizada por el equipo investigador y uno de los traductores, para evaluar la equivalencia conceptual y consensuar la segunda versión en inglés.

4. Consideraciones éticas

El proyecto del estudio se envió al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón para que evaluara su adecuación a los requisitos éticos de investigación clínica que especifica la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. El Anexo 12 Recoge el dictamen positivo del CEICA. En todo momento se ha garantizado el anonimato de los participantes así como el tratamiento confidencial de los datos.

El proceso de consentimiento informado de los participantes en la fase de debriefing se implementó mediante la respuesta voluntaria a la solicitud de colaboración, tras el envío de una carta de presentación en la que junto a la información sobre los objetivos y finalidad del proyecto, se especificaba qué debían realizar y de qué manera, en cada una de las fases, reiterando el carácter voluntario de su participación, así como el compromiso de confidencialidad en el procesamiento, análisis y publicación de los resultados por parte del equipo investigador, así como su disposición a remitir los mismos a quien estuviera interesado (anexo 6).

El consentimiento informado de los participantes que respondieron a las diferentes versiones de cuestionario, -bien en la fase piloto con distribución y recogida personalizada de la versión en papel para el análisis factorial exploratorio desarrollada en Zaragoza, entre la segunda y tercera vuelta del debriefing, bien en la fase de difusión on line del cuestionario ERNA- queda asegurado mediante la respuesta voluntaria y anónima al cuestionario, cuyo link venía precedido de una carta de presentación que explica de forma clara, veraz y comprensible el carácter voluntario de la encuesta y el compromiso de confidencialidad en el procesamiento, análisis y publicación de los resultados (anexo 13). La difusión de esta carta conteniendo el link

contaba con la aprobación y visto bueno tanto de la cúpula directiva de cada Colegio de Médicos como de la OMC.

RESULTADOS

1. Resultados de la revisión en profundidad.

Fase 1. Revisión manual de artículos clave y definición de descriptores.

Para la identificación de las palabras clave o descriptores, se comenzó señalando todas las palabras clave de las citas bibliográficas de los cinco artículos primarios (Grint, 2011; Henao et al, 2009; Spurgeon et al, 2011; Terraza et al, 2006; Vargas et al, 2007). En total se revisaron 216 (4+37+11+88+76) referencias, algunas de ellas repetidas. Sólo 30 artículos carecían de sección de palabras clave (palabra clave, Keyword, Keywords, Key Word o Key words), por lo que se decidió consultarlas en PubMed para extraer los términos descriptores Medical Subject Headings (MeSH) de dichas referencias.

Fase 2. Revisión en profundidad.

Se encontraron un total de 2090 referencias (Anexo 14) siguiendo la búsqueda con los criterios previamente descritos en el apartado de metodología. En una segunda fase, a través del gestor de referencias bibliográficas ENDNOTE, se detectaron 263 citas duplicadas en las bases de datos; MEDLINE/PUBMED, EMBASE/SCOPUS, IME/BDDOC e ISOC/BDDOC, que se eliminaron. Posteriormente, y a partir de las referencias seleccionadas se comprobó manualmente los duplicados en relación al resto de bases de datos (IBECS, COCHRANE PLUS). En total se eliminaron 315 duplicados. Se analizaron exhaustivamente los títulos y resúmenes de un total de 1775 referencias, descartando 1514 por no referirse al tema objeto de la búsqueda.

Fase 3. Depuración de citas encontradas.

Tras el análisis exhaustivo de las referencias descritas, quedaron finalmente 261 citas que a priori, estaban directamente relacionadas con el propósito de la revisión. Dichos trabajos fueron revisados en profundidad a través de una

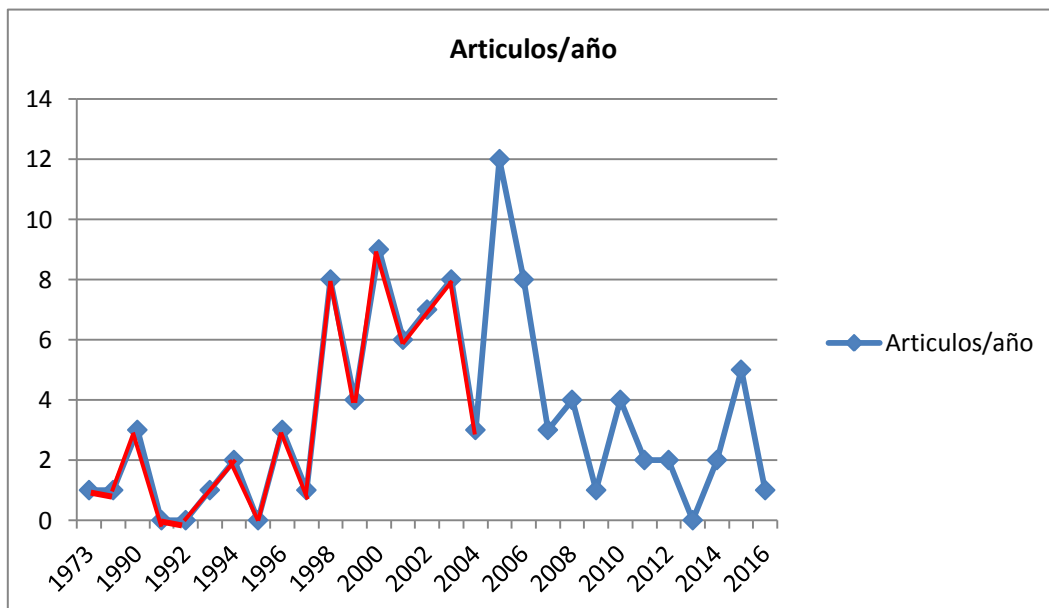
plantilla de revisión confeccionada previamente, tras definir los criterios de inclusión y exclusión (anexo 2).

La búsqueda y lectura una a una de las 261 citas seleccionadas permitió descartar 108 publicaciones por no cumplir realmente los criterios de inclusión definidos. Fue imposible conseguir 12 artículos. Se eliminaron 24 trabajos por tratarse, a pesar de las cribas previas, de casos clínicos, comunicaciones a congresos, respuestas a artículos publicados... Al finalizar esta fase se obtuvieron 117 trabajos que fueron los que posteriormente se analizaron. Todo el procedimiento queda recogido en el anexo 3.

El análisis de concepto se ha recogido en el apartado 10 de la introducción por constituir el marco de referencia del presente trabajo. En el apartado de metodología se describe pormenorizadamente el procedimiento de revisión realizado. De manera complementaria, según las fases de la revisión en profundidad puede decirse que:

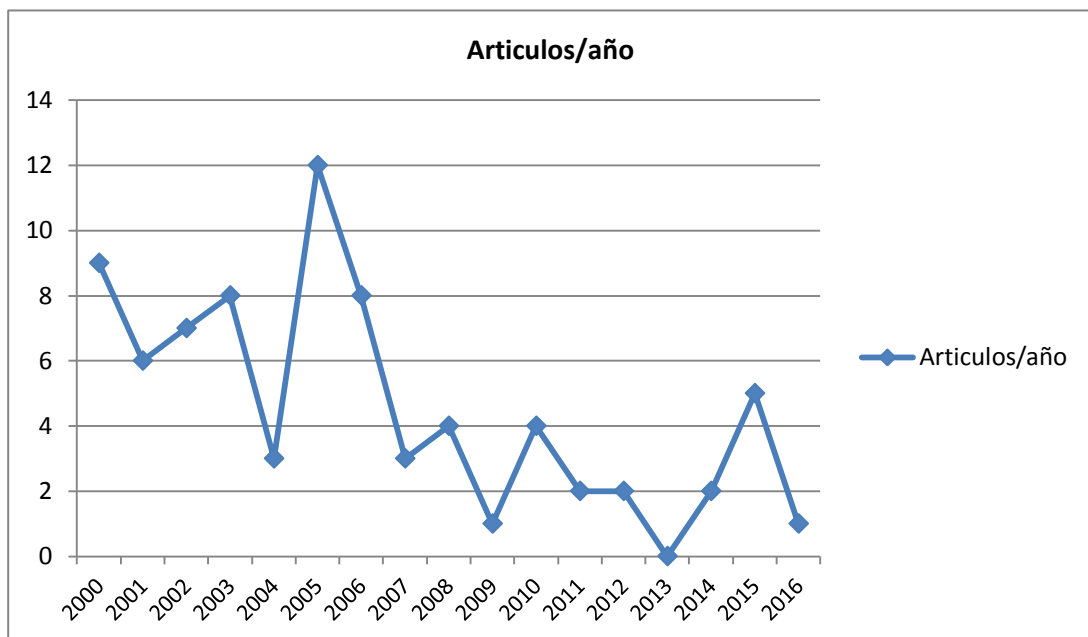
El proceso de revisión en profundidad, llevó a la lectura de 117 estudios publicados entre 1973 y 2016 (Gráficos 6 y 7).

Gráfico 6: Nº Artículos/Año encontrados siguiendo los criterios de selección en los últimos 10 años más los rescatados de la bibliografía inicial por su relevancia.



La línea azul recoge los artículos publicados por año en el periodo de búsqueda seleccionado 2005-abril 2016 y la línea roja muestra los artículos según año de publicación citados en la bibliografía inicial.

Gráfico 7: N° Artículos/Año encontrados siguiendo los criterios de selección en los últimos 10 años.



Fueron diversos los países o poblaciones donde se llevaron a cabo los estudios, algunos multinacionales. (Gráfico 8). Si reagrupamos, por continente, encontramos que el 77% de los trabajos fueron realizados en Europa, el 14% en Norte América (12% EEUU, 2% Canadá), el 4% en Latino América, el 1% en África y el 2% en Australia. (Gráfico 9).

Gráfico 8: Nº Artículos revisados según país de procedencia.

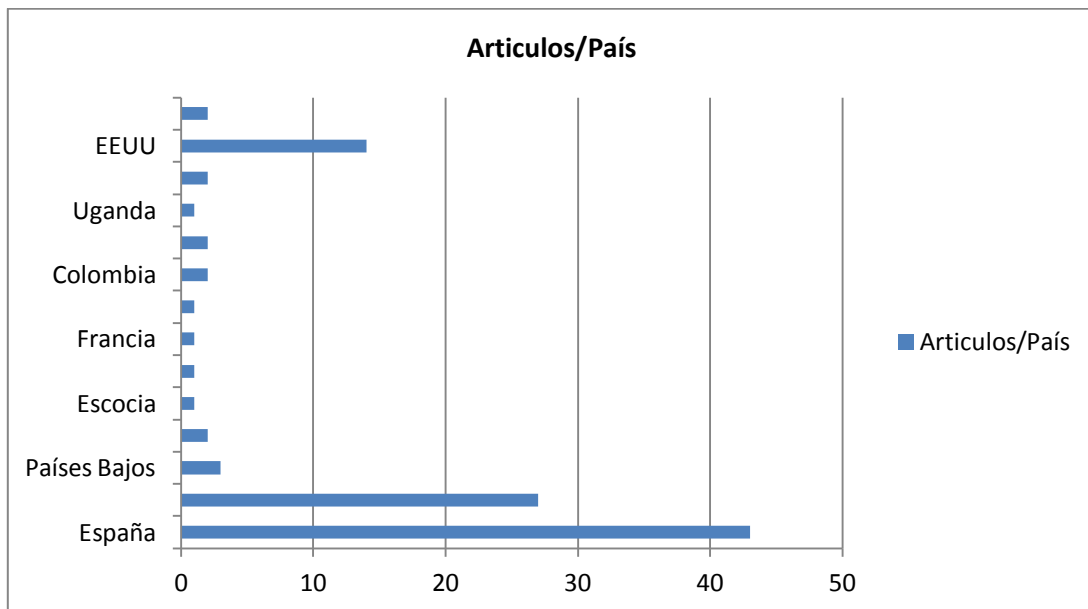
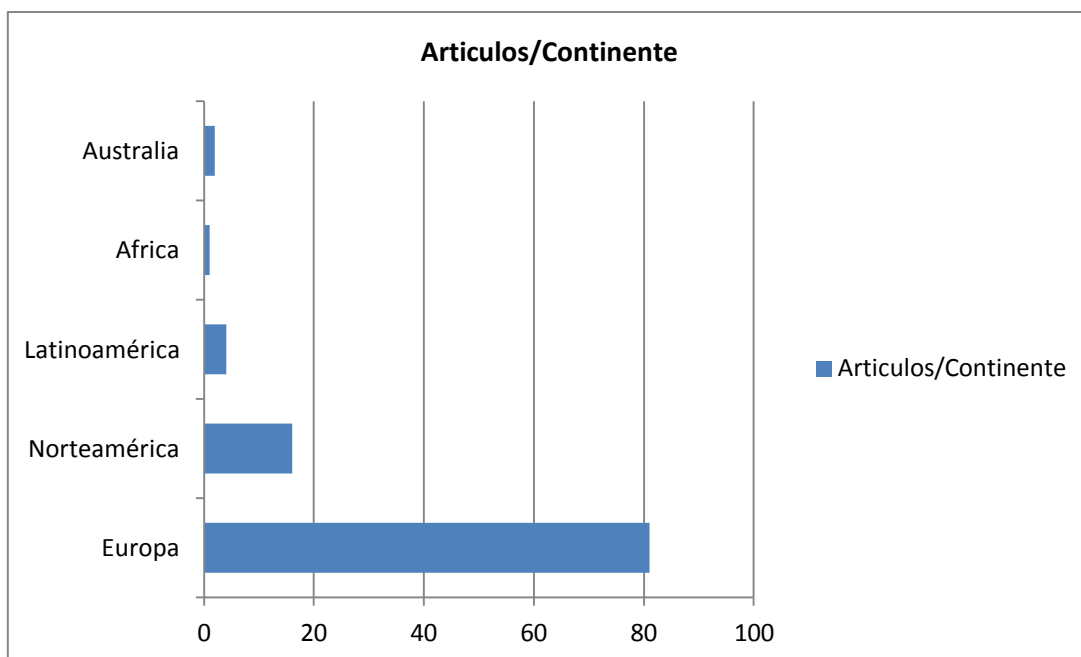
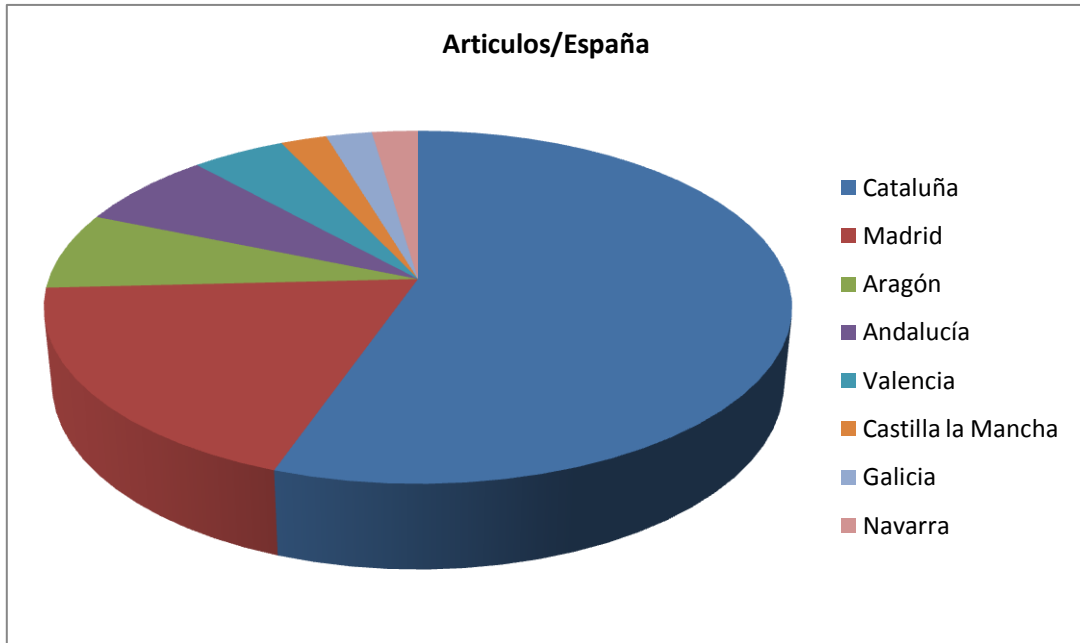


Gráfico 9: Nº Artículos revisados según continente de procedencia.



En el caso de nuestro país, más de la mitad han sido desarrollados en Cataluña (53,7%), y el resto engloban: 19,5% en Madrid, 7,3% en Aragón, 7,3% en Andalucía, 4,9% en Valencia, 2,4% en Castilla la Mancha, 2,4% en Galicia y 2,4% en Navarra (Gráfico 10).

Gráfico 10: N° Artículos revisados según Comunidad Autónoma (España) de procedencia.

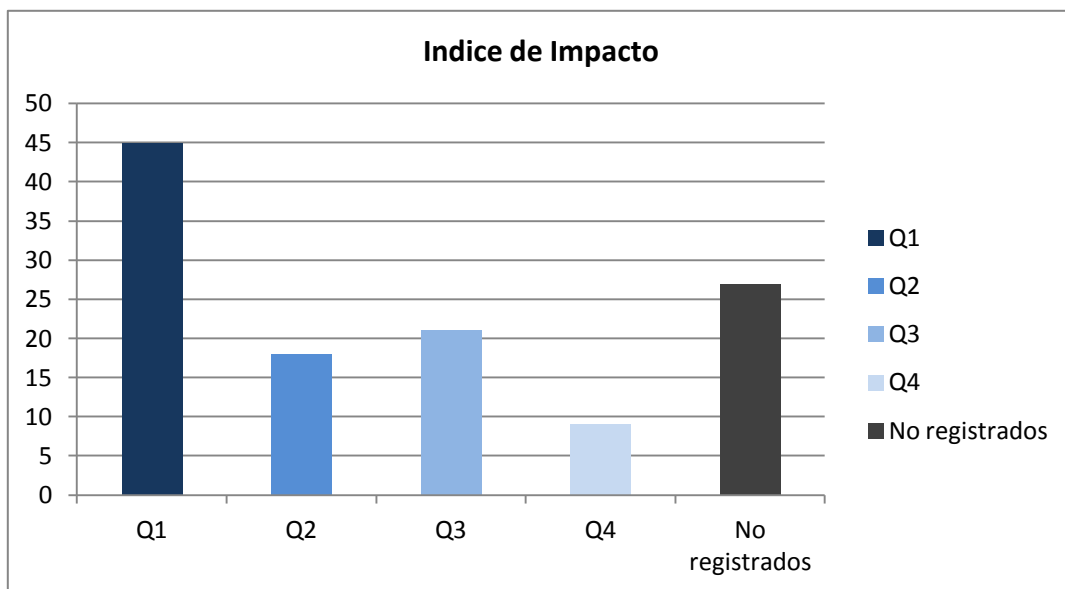


Como se observa en los gráficos mostrados, la distribución temporal de los artículos publicados en referencia al tema en cuestión no es uniforme. Destaca el pico detectado en el año 2005. Llama la atención que gran parte de ellos pertenecen a nuestro ámbito, España. Probablemente guarde relación con la finalización de las transferencias de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas en el año 2004, que produjo cambios en la organización de los servicios sanitarios, pasando la responsabilidad de la gestión centralizada a las diferentes comunidades autónomas y planteándose la necesidad de buscar alternativas más eficientes a las respuestas organizativas existentes. A ello se añadió la necesaria adaptación constante a los rápidos avances en tecnología y la aparición de

nuevos tratamientos, que llevó y lleva consigo el alto nivel de especialización de la profesión sanitaria, manteniendo la centralización de gran parte de la asistencia en los centros hospitalarios.

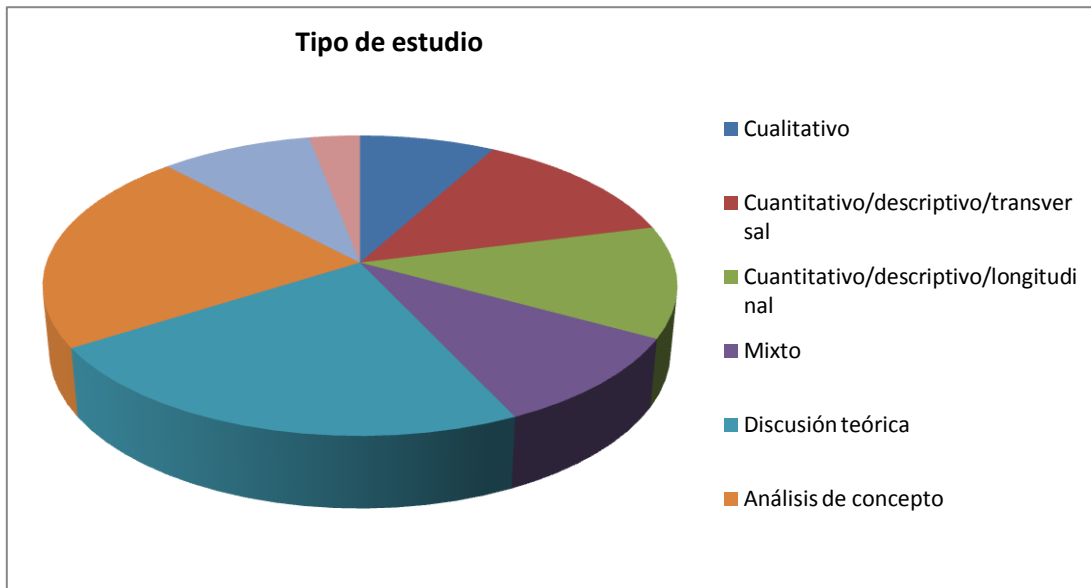
Si bien algunos trabajos fueron publicados en revistas que no estaban incluidas en Journal Citation Reports 2015 (n=27). (Gráfico 11), llama la atención que la mayoría de artículos fueron publicados en revistas pertenecientes al primer cuartil (Q1), por lo que si se advierte la gran repercusión del tema.

Gráfico 11: N° Artículos publicados la clasificación de las revistas por Índice de Impacto.



Los diseños llevados a cabo incluían: cualitativo/descriptivo y de carácter fenomenológico 9(8%); cuantitativo/descriptivo/transversal 15(13%); cuantitativo/descriptivo/longitudinal 14(12%); mixto 12(10%); discusión teórica 27 (23%); análisis de concepto 26(22%); revisión sistemática 11(9%); estudio de casos 3 (3%). (Gráfico 12).

Gráfico 12: Metodología utilizada en los artículos revisados.



En relación al contenido de los mismos: 45 estudios analizaban la utilidad de un instrumento/herramienta de coordinación entre atención primaria y atención especializada; 18 estudios definían posibles indicadores para valorar la coordinación entre atención primaria y especializada, y 39 originales abordaban el tema definiendo el concepto, explicando atributos o características del constructo, instrumentos disponibles para mejorar la coordinación, revelando la importancia del mismo etc.

2. Resultados de la validación del cuestionario.

2.1 Proceso de Debriefing.

Las modificaciones que ha ido siguiendo el cuestionario en las tres rondas de debriefing, complementado con los resultados del primer análisis factorial exploratorio (muestra piloto en Zaragoza) y del segundo análisis factorial, exploratorio y confirmatorio (primeros 1229 respondedores de la población general) ha dado como resultado el cuestionario final validado. El anexo 5 muestra la primera versión del cuestionario ERNA, el anexo 10 la

versión mandada a todos los colegiados y el anexo 15 la versión con los ítems validados manteniendo el modelo con las dimensiones originales.

2.2 Aplicación de la metodología estadística.

2.2.1 Fase exploratoria. (Pilotaje en Zaragoza).

Base de datos: 69 variables (ítems 64). 138 cuestionarios.

1. Fiabilidad.

a. Consistencia interna. Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach (basada en los elementos tipificados)	N de elementos
0,838	0,848	64

Nota: Valor > 80 se considera un valor aceptable.

Tabla 10: Consistencia interna. Alfa de Cronbach. 64 ítems. 138 cuestionarios.

Al realizar este análisis, se encontraron varios ítems cuya correlación elemento total obtenida era muy baja o negativa. Sin embargo, eliminar estos ítems no suponía un aumento del indicador de fiabilidad significativa, tal y como muestra la tabla expuesta a continuación. Por tanto, se decidió realizar en análisis factorial en la muestra pilotaje en Zaragoza con todos los ítems iniciales.

Ítem	()	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P18	V26	-0,234	0,846
P16	V24	-0,199	0,844
P19	V27	-0,110	0,842
P10	V18	-0,095	0,842
P36	V44	-0,056	0,841
P9	V17	0,003	0,842
P1	V6	0,015	0,842
P30	V38	0,046	0,839
P23	V31	0,075	0,839
P31	V39	0,082	0,839
P42	V50	0,084	0,840
P35	V43	0,091	0,840
P24	V10	0,141	0,838
P52	V66	0,152	0,838
P44	V52	0,163	0,838
P46	V54	0,167	0,837
P22	V30	0,197	0,837

Tabla 11: Consistencia interna. Alfa de Cronbach si elimina el elemento. 64 ítems. 138 cuestionarios.

b. Estabilidad al cambio (antes y después).

Se compararon las distribuciones de los ítems mediante pruebas no paramétricas para muestras pareadas. (Prueba de rangos y prueba de Wilcoxon).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los ítems a excepción del ítem 35, que se eliminó.

Ítem	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50 (Mediana)	75
P35 Antes	2,50	1,17	1	5	1,75	2	3,25
P35 Después	3,17	1,26	1	5	2	3	4

Tabla 11: Estabilidad al cambio. 64 ítems. 138 cuestionarios.

2. Análisis factorial.

a. Criterios para decidir el número de factores.

- i. Kaiser Criterion (Gutman, 1954): En nuestro caso tenemos inicialmente 25 factores que cumplen la regla de autovalor superior a 1 y 8 factores al menos explican el 50% de la variabilidad de respuesta, tal y como se expone en la tabla mostrada a continuación.

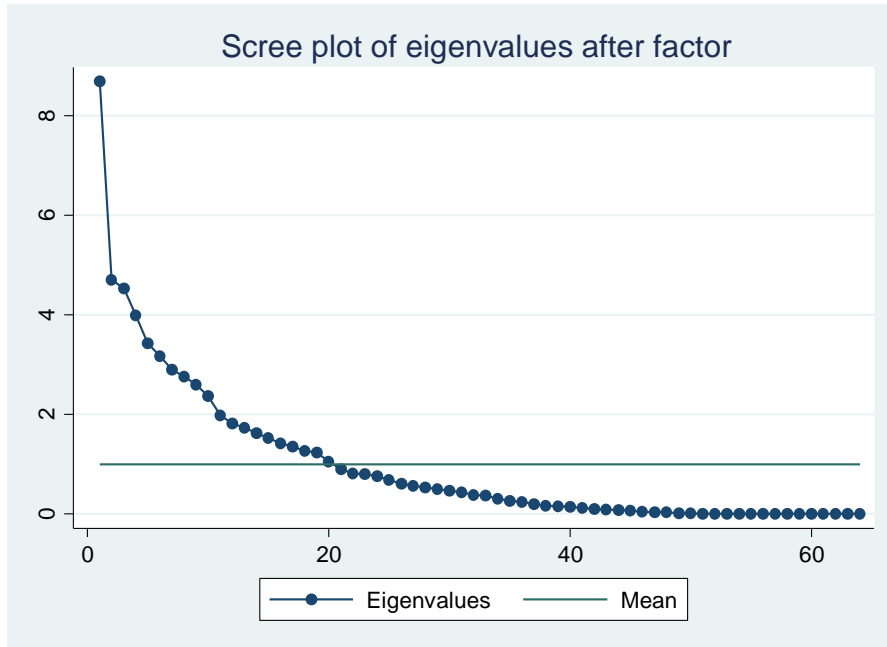
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,689	13,576	13,576	8,689	13,576	13,576
2	4,697	7,340	20,916	4,697	7,340	20,916
3	4,529	7,076	27,993	4,529	7,076	27,993
4	3,991	6,236	34,228	3,991	6,236	34,228
5	3,425	5,352	39,580	3,425	5,352	39,580
6	3,167	4,948	44,529	3,167	4,948	44,529
7	2,902	4,535	49,064	2,902	4,535	49,064
8	2,758	4,310	53,374	2,758	4,310	53,374
9	2,597	4,057	57,431	2,597	4,057	57,431
10	2,366	3,696	61,127	2,366	3,696	61,127
11	1,981	3,096	64,223	1,981	3,096	64,223
12	1,816	2,837	67,060	1,816	2,837	67,060
13	1,733	2,708	69,769	1,733	2,708	69,769
14	1,625	2,539	72,307	1,625	2,539	72,307
15	1,522	2,378	74,685	1,522	2,378	74,685
16	1,421	2,220	76,905	1,421	2,220	76,905
17	1,352	2,112	79,017	1,352	2,112	79,017
18	1,270	1,985	81,002	1,270	1,985	81,002
19	1,238	1,934	82,936	1,238	1,934	82,936
20	1,049	1,640	84,576	1,049	1,640	84,576
21	,895	1,398	85,974			
22	,813	1,271	87,245			
23	,803	1,254	88,499			
24	,756	1,182	89,681			
25	,687	1,074	90,755			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales. Autovalores superiores a 1.

Tabla 12: Kaiser Criterion. Análisis de componentes principales.

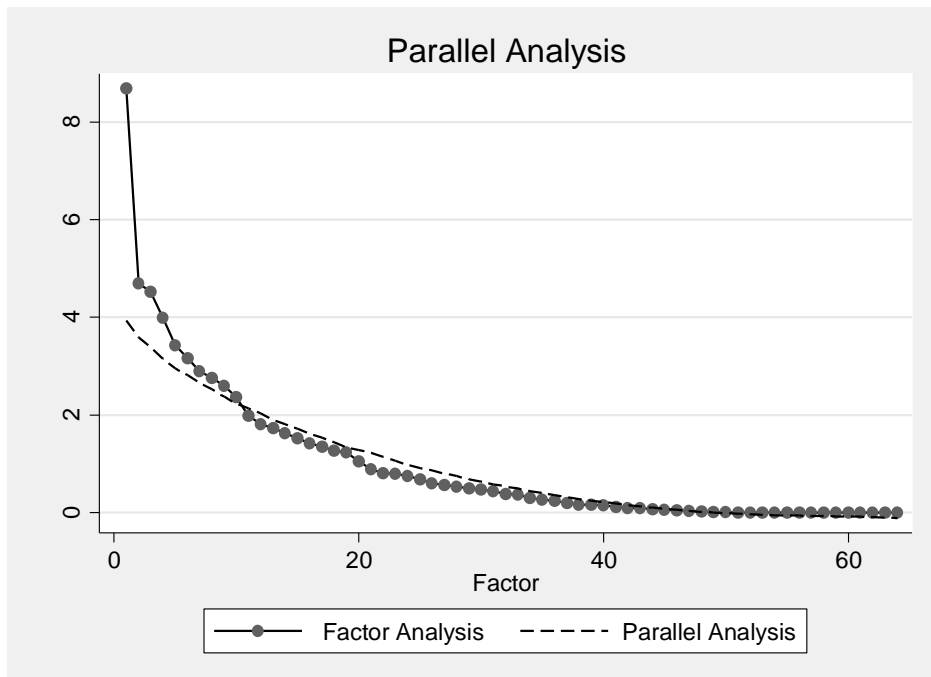
- ii. Análisis del Scree Plot (Catell, 1966): Como se observa en la gráfica 13 que se muestra a continuación se cruza en el valor 20, lo que nos demuestra que estableceríamos hasta 20 factores.

Gráfico 13: Análisis del Scree Plot.



- iii. Análisis paralelo (Horn, 1965).

Gráfico 14: Análisis paralelo.



A continuación se presentan los factores con autovalores (Eigenvalues) mayores a los valores aleatorios.

Factor	Autovalores Iniciales	Autovalores Paralelos*	Diferencia
1	8,689	3,900	4,789
2	4,697	3,600	1,098
3	4,529	3,347	1,181
4	3,991	3,159	0,832
5	3,425	3,004	0,421
6	3,167	2,817	0,350
7	2,902	2,684	0,219
8	2,758	2,532	0,226
9	2,597	2,355	0,241
10	2,366	2,200	0,166

Tabla 13: Análisis paralelo. Factores con autovalores (Eigenvalues) mayores a los valores aleatorios.

En nuestro caso se identifican 10 factores.

- iv. Juicio teórico. En la versión inicial del ERNA derivada de los estudios cualitativos el total de ítems se distribuían en 11 dimensiones que tras la primera ronda de debriefing ya quedaron reducidas a 10 lo que apoyaría la identificación de 10 factores por el análisis factorial. Si bien la reflexión sobre estas dimensiones planteaba la posibilidad de redistribuirlas en 8 o incluso 6 dimensiones, en torno a los tres ejes fundamentales: Altruismo, respeto y lealtad, desde lo ético, para dar respuesta a las guías que deben orientar las relaciones profesionales: consideración del paciente como nuestro interés fundamental, trato respetuoso y obligación de utilizar los recursos de salud de forma adecuada y prudente.

b. Rotación e interpretación de los factores.

El problema que se observa en las tablas presentadas a continuación es la evidencia de que debía repetirse el análisis factorial con un número suficiente de cuestionarios respondidos.

En análisis realizado es a partir de considerar 10 factores.

Matriz de componentes rotados(a)											
Pregunta	Ítem	Componente									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AMENAZAS AL ATRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PRESCRIPCIÓN											
P1	V6			-0,494					0,388		
P2.1	V7			-0,332		0,482					
P2.2	V8	0,326						0,371	0,481		0,352
P2.3	V9								0,616	0,326	0,392
P2.4	V10									0,554	
ALTRUISMO Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA											
P3	V11					0,726					
P4	V12					0,824					
P5	V13					0,658					0,341
P6	V14					0,366		0,380			
EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA											
P7	V15			0,669							
P8	V16			0,718	0,320						
P9	V17						0,549				
P10	V18				0,352		-0,572	-0,353			
P11	V19					0,323	0,764				
P12	V20			0,579				0,370			0,430
P13	V21			0,505			0,548				0,529
P14	V22	0,307		0,713				0,329			0,649
P15	V23			0,398			0,643				
EL RESPETO A LA DIFERENCIA DE OPINIÓN											
P16	V24		-0,322	-0,570	0,318						0,466
P17	V25				0,502						0,416
P18	V26					-0,497			-0,341		
EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES											
P19	V27		-0,489		0,366						
P20	V28			0,327							0,488
P21	V29					0,322			0,610	0,311	
P22	V30					0,602					
P23	V31					0,408					

EL RESPETO A LA JERARQUIA						
P24	V32	0,734				-0,509
P25	V33	0,760		0,315		
P26	V34	0,766				0,309
P27	V35		0,521			
P28	V36		0,455			
P29	V37		0,745			
LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA						
P30	V38	-0,525				
P31	V39			0,337		0,682
P32	V40					0,665
P33	V41	0,469				0,315
P34	V42	0,328		0,496		
LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS						
P35	V43					0,504
P36	V44	-0,384				
P37	V45		0,681			
P38	V46				0,802	
P39	V47	0,341			0,663	
P40	V48				0,766	
P41	V49		0,584	0,301		
P42	V50					0,640
P43	V51	0,760				
LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN						
P44	V52			0,425	0,444	-0,481
P45	V53	0,506	0,397			
P46	V54		0,317			
P47.1	V55	0,504				
P47.2	V56	0,673				
P47.3	V57	0,692				
P48.1	V58	0,610				
P48.2	V59	0,334			0,345	-0,392
P48.3	V60	0,737			0,319	
P48.4	V61	0,766				
P48.5	V62	0,705	0,341			
EL MÉDICO CON FACULTADES MENOSCABADAS: LA LEALTAD BIEN ENTENDIDA						
P49	V63	0,306	0,459			0,482
P50	V64	0,370	0,361		-0,301	-0,487
P51	V65		0,472			0,413
P52	V66				-0,334	-0,430
P53	V67	0,472				
P54	V68					
P55	V69					

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Casillas vacías indican correlación < |0,30|

Tabla 14: Rotación e interpretación de los factores.

Las correlaciones entre un ítem y un factor deberían ser de **0,35**, al menos, y no debería existir una correlación superior a **0,30** de esa variable con otro factor para obtener una solución aproximada a la estructura simple. De no ser así estaríamos reteniendo ítems complejos, así como soluciones factoriales insatisfactorias y difíciles de interpretar.

A la vista de la rotación de factores del primer análisis con la muestra piloto en Zaragoza y considerando el criterio teórico, parecía conveniente repetir el estudio con un número suficiente de respuestas y confirmar la conveniencia de reducir de 10 a 8 factores dado que:

- Los iniciales factor 4 (ítems: p27, 28, 29, 37,41) de la versión del ERNA de 58 ítems, y factor 7 (ítems: p38, 38, 39, 40) parecían estar relacionados, si bien teóricamente el inicia factor 7: cooperación en los planes de cuidado, valora la lealtad entre colegas, las preguntas recogía la opinión sobre las estrategias puestas desde la organización para facilitar el trabajo en equipo y el compromiso profesional de todos sus facultativos (inicial factor 4).
- Los iniciales factor 5 (ítems p 3, 4, 5, 18, 22, 23) de la versión del ERNA de 58 ítems y el factor 8 (ítems: p21, 42, 52) también parecían estar relacionados reflejando lealtad bien entendida, hacia los profesionales y los colegas.

2.2.2 Fase definitiva. (Muestra global)

Base de datos: 25 ítems.

- Para el exploratorio: 548 cuestionarios.
- Para el confirmatorio: 681 cuestionarios.

1. Fiabilidad. Consistencia interna: Alfa de Cronbach.

Muestra	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach	
		(basada en los elementos tipificados)	N de elementos
Exploratorio	0,78	0,78	25
Confirmatorio	0,76	0,76	25

Tabla 15: Fiabilidad. Consistencia interna: Alfa de Cronbach. Analisis factorial exploratorio y confirmatorio.

En general se suele aceptar que su valor debe ser superior a 0,7 y que a medida que aumenta mejora la consistencia interna de la escala. No obstante, valores elevados (vg: superiores a 0,9) pueden ser indicativos de la existencia de ítems redundantes.

No se encontraron ítems cuya correlación elemento total corregida fuera muy baja o negativa. Eliminar cualquiera de estos ítems no suponía un aumento del indicador de fiabilidad significativa tal y como muestra la tabla expuesta a continuación.

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido		Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Muestra Exploratorio	P7	0,23	0,77	Muestra Confirmatorio	P7	0,23	0,75
	P8	0,31	0,77		P8	0,29	0,75
	P11	0,13	0,78		P11	0,13	0,76
	P13	0,25	0,77		P13	0,19	0,76
	P21	0,12	0,78		P21	0,12	0,76
	P22	0,13	0,78		P22	0,18	0,76
	P23	0,18	0,77		P23	0,15	0,76
	P25	0,35	0,77		P25	0,37	0,75
	P26	0,36	0,77		P26	0,36	0,75
	P27	0,24	0,77		P27	0,24	0,75
	P29	0,21	0,77		P29	0,22	0,76
	P33	0,30	0,77		P33	0,33	0,75
	P34	0,31	0,77		P34	0,25	0,75
	P37	0,26	0,77		P37	0,31	0,75
	P38	0,43	0,76		P38	0,37	0,75
	P39	0,44	0,76		P39	0,34	0,75
	P40	0,45	0,76		P40	0,41	0,74
	P41	0,35	0,77		P41	0,32	0,75
	P44	0,21	0,77		P44	0,24	0,75
	P45	0,32	0,77		P45	0,36	0,75
P47.1	0,39	0,76	P47.1	0,35	0,75		
P47.2	0,39	0,76	P47.2	0,39	0,74		
P47.3	0,42	0,76	P47.3	0,37	0,75		
P48.3	0,42	0,76	P48.3	0,44	0,74		
P48.5	0,43	0,76	P48.5	0,36	0,75		

Tabla 16: Consistencia interna. Alfa de Crombach si elimina el elemento.

3. Análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

a. Criterios para decidir el número de factores.

- i. Kaiser Criterion (Gutman, 1954): En nuestro caso y tal como se observa en los datos expuestos a continuación, 8 factores explican el 62,7% de la variabilidad total de la respuesta, y el 61,7% en el caso de la muestra confirmatoria.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,289	16,496	16,496	4,289	16,496	16,496
2	2,784	10,707	27,203	2,784	10,707	27,203
3	2,151	8,272	35,475	2,151	8,272	35,475
4	1,732	6,661	42,136	1,732	6,661	42,136
5	1,620	6,231	48,367	1,620	6,231	48,367
6	1,315	5,059	53,426	1,315	5,059	53,426
7	1,229	4,727	58,153	1,229	4,727	58,153
8	1,056	4,062	62,215	1,056	4,062	62,215
9	,960	3,692	65,907			
10	,904	3,478	69,385			
11	,859	3,304	72,689			
12	,783	3,012	75,701			
13	,738	2,838	78,539			
14	,696	2,677	81,216			
15	,628	2,417	83,633			
16	,581	2,233	85,866			
17	,545	2,097	87,963			
18	,532	2,046	90,009			
19	,501	1,926	91,935			
20	,423	1,628	93,564			
21	,382	1,468	95,032			
22	,345	1,327	96,359			
23	,313	1,202	97,561			
24	,303	1,164	98,725			
25	,204	,786	99,511			
26	,127	,489	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.
Muestra = Muestra Exploratorio

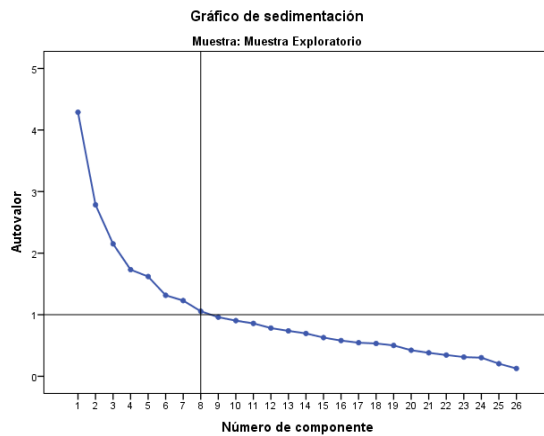
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,029	15,495	15,495	4,029	15,495	15,495
2	2,780	10,691	26,185	2,780	10,691	26,185
3	2,068	7,953	34,139	2,068	7,953	34,139
4	1,747	6,718	40,857	1,747	6,718	40,857
5	1,615	6,210	47,067	1,615	6,210	47,067
6	1,426	5,485	52,552	1,426	5,485	52,552
7	1,237	4,759	57,311	1,237	4,759	57,311
8	1,132	4,352	61,663	1,132	4,352	61,663
9	,935	3,595	65,259			
10	,914	3,517	68,776			
11	,885	3,404	72,180			
12	,770	2,963	75,143			
13	,720	2,769	77,912			
14	,677	2,602	80,514			
15	,655	2,518	83,031			
16	,608	2,340	85,371			
17	,567	2,179	87,550			
18	,538	2,068	89,619			
19	,465	1,787	91,406			
20	,462	1,778	93,183			
21	,418	1,609	94,792			
22	,374	1,438	96,230			
23	,352	1,352	97,582			
24	,299	1,150	98,733			
25	,190	,732	99,464			
26	,139	,536	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.
Muestra = Muestra Confirmatorio

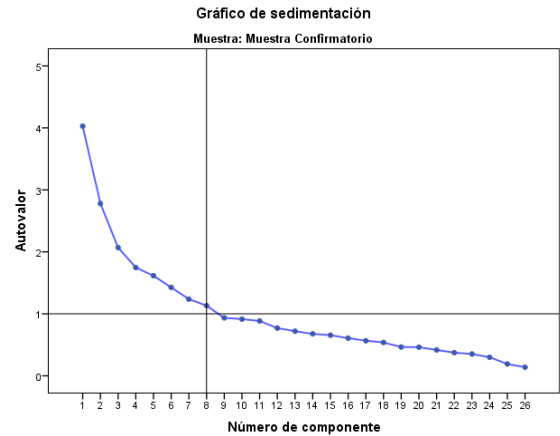
Tablas 17 y 18: Kaiser Criterion. Análisis de componentes principales. Muestra exploratoria y muestra confirmatoria.

- ii. Análisis del Scree Plot (Catell, 1966): Tal y como se observa en los gráficos expuestos a continuación el cruce se realiza en el valor 8, es decir, daríamos por adecuado 8 factores. (Gráficos 15 y 16).

**Gráfico 15: Análisis del Scree Plot.
Muestra Exploratorio.**



**Gráfico 16: Análisis del Scree Plot.
Muestra: Confirmatorio.**



- iii. Análisis paralelo (Horn, 1965): Esta regla, como ya se ha descrito en la metodología suele complementar las anteriores cuando el número de variables iniciales y factores resultantes es elevado. En nuestro caso, no lo consideramos así, pues hemos reducido 25 ítems y 8 factores.

b. Rotación e interpretación de los factores.

El análisis realizado, a partir de considerar los ocho factores, es el siguiente:

Matriz de componente rotado^{a,b}

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
P47.3	,775							
P33	,722							
P48.5	,656							
P34	,617							
P47.1	,560							
P38		,843						
P39		,817						
P40		,793						
P44			,756					
P13			,754					
P11			,754					
P45			,584					
P25				,927				
P26				,924				
P21					,781			
P23					,781			
P22					,724			
P7						,699		
P41						,697		
P37						,582		
P8						,552		
P47.2							,860	
P48.3							,850	
P29								,815
P27								,772

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. Muestra = Muestra **Exploratorio**

b. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Matriz de componente rotado^{a,b}

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
P47.3	,746							
P33	,706							
P48.5	,694							
P47.1	,671							
P34	,574							
P38		,830						
P40		,805						
P39		,782						
P13			,792					
P11			,757					
P44			,751					
P45			,425					
P41				,668				
P37				,628				
P8				,596				
P7				,547				
P26					,938			
P25					,932			
P21						,787		
P23						,741		
P22						,729		
P47.2							,868	
P48.3							,858	
P29								,785
P27								,726

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. Muestra = Muestra **Confirmatorio**

b. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Tablas 19 y 20: Rotación e interpretación de factores. Muestra exploratoria y muestra confirmatoria.

De forma operativa, la interpretación de estas tablas viene recogida en la siguiente, que refleja el peso específico de cada ítem para cada factor, así como la redistribución de los ítems del cuestionario ERNA por factor, desde su modelo de aplicación y distribución por factores.

Tabla 21: Redistribución de los ítems del cuestionario ERNA por factor desde su modelo de aplicación y distribución por dimensiones.

Factor 1: COMUNICACIÓN-CONOCIMIENTO MUTUO.
P33. Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente. LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN.
P34. Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá. LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN.
P47.1 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.
P47.3 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.
P48.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es... Por contacto personal. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACION
Factor 2: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.
P38. Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada. Protocolos de actuación clínica consensuados. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.
P39. Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada. Reuniones para comentar casos individuales. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.
P40. Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada. Formularios de derivación por procesos. LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.

Factor 3. ALTRUISMO/COMPROMISO CON EL PACIENTE

P11. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta. **EL RESPETO Y CONSIDERACIÓN MÚTUA.**

P13. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto. **EL RESPETO Y CONSIDERACIÓN MÚTUA.**

P44. Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena. **LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.**

P45. Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena. **LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.**

Factor 4. RESPETO A LA JERARQUIA

P25. La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza. **EL RESPETO A LA JERARQUÍA**

P26. La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión. **EL RESPETO A LA JERARQUÍA**

Factor 5. MODELO ORGANIZATIVO/condiciones de trabajo.

P21. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado. **EL RESPETO A LOS LÍMITES COMPETENCIALES.**

P22. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso. **EL RESPETO A LOS LÍMITES COMPETENCIALES.**

P23. Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema. **EL RESPETO A LOS LÍMITES COMPETENCIALES.**

Factor 6: CONSIDERACIÓN MUTUA: LEALTAD.

P7. La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto. **EL RESPETO Y CONSIDERACIÓN MÚTUA.**

P8. Si tuviera un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias. **EL RESPETO Y CONSIDERACIÓN MÚTUA.**

P37. Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria. **LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.**

P41. La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo. **LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADO.**

Factor 7: HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN.

P47.2 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: **Por correo electrónico.** LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.

P 48.3 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es... **Por correo electrónico.** LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN.

Factor 8: COMPROMISO CON LA INSTITUCIÓN.

P27. Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa. RESPETO A LA JERARQUÍA.

P29. Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual. RESPETO A LA JERARQUÍA.

Se marca en rojo la dimensión a la que correspondía en la versión del cuestionario ERNA utilizada y en negrita aparece el ítem con mayor peso específico en cada factor.

c. Bondad de ajuste de los modelos factoriales.

i. Prueba de esfericidad de Bartlett:

- Si Sig. (p-valor) < 0.05 aceptamos H0 (hipótesis nula) > se puede aplicar el análisis factorial.
- Si Sig. (p-valor) > 0.05 rechazamos H0 > no se puede aplicar el análisis factorial.

Prueba de KMO y Bartlett^a

	Muestra Exploratorio	Muestra confirmatorio
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0,71	0,69
p-valor	<0,001	<0,001

Tabla 22: Bondad de ajuste de los modelos factoriales.

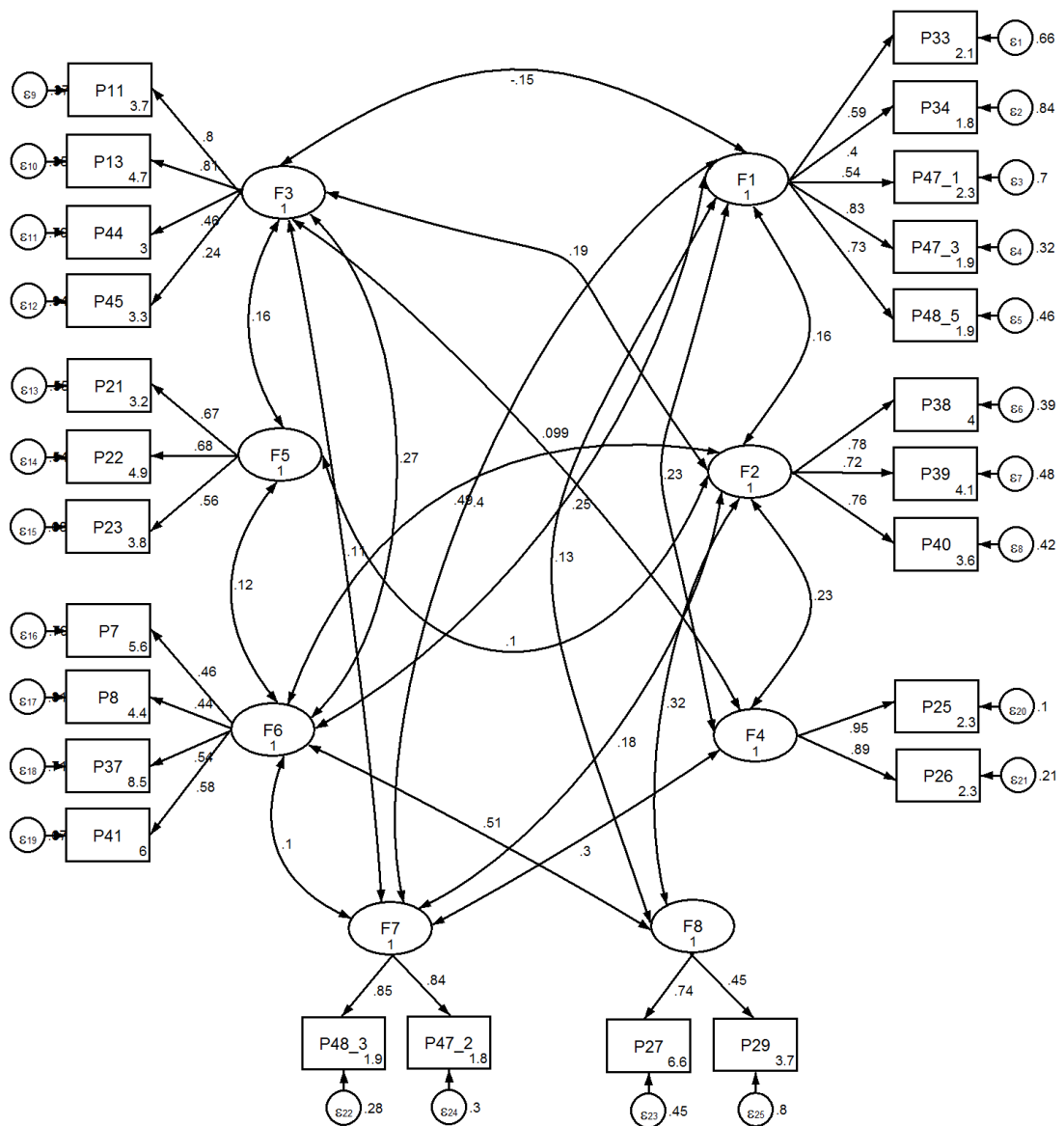
- ii. Indicadores Root mean square error of approximation (RMSEA) (Browne y Cudeck, 1993) y Standardised root mean square residual (SRMR) obtenido al dividir el valor de RMSEA por la desviación típica.

Indicador	Valor en Nuestro modelo	Niveles aceptables según bibliografía
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0,061 IC 95%: (0,056 - 0,065)	< 0,07
Standardised root mean square residual (SRMR)	0,059	< 0,08
	Niveles combinados RMSEA y SRMR	RMSEA < 0,06 SRMR < 0,09

Tabla 23: Indicadores Root mean square error of approximation (RMSEA) (Browne y Cudeck, 1993) y Standardised root mean square residual (SRMR).

La figura adjunta recoge el modelo final propuesto. El diagrama indica medidas estandarizadas relacionadas con el modelo estimado. Cada ítem explica una parte del factor. El valor de dentro del ítem es la parte constante del modelo y el valor al lado del error es la variabilidad del error, cuanto más próximo a 0 mejor. El valor que va entre factores es la covarianza entre esos factores.

Figura 11: Modelo factorial propuesto.



d. Juicio teórico:

En esta ocasión se confirmaba la impresión de que era conveniente reducir a 8 factores en lugar de los 10 obtenidos por el primer factorial exploratorio con la pequeña muestra del pilotaje en Zaragoza.

3. Resultados cuestionario. (Población general).

3.1 Estadística descriptiva. Representatividad de la muestra.

Se ha obtenido respuesta de 2629 colegiados en España, esto supone el haber alcanzado el tamaño muestral suficiente para asegurar la potencia para una precisión del 2% y una significación estadística de 95%. (La muestra debía contener al menos 2378 respuestas para una precisión del 2% y significación del 95%, o bien 4077 respuestas para una significación del 99%).

En cuanto a la representatividad de la muestra, las siguientes tablas y gráficos recogen la comparación de distribución de las variables de interés entre la población de referencia y la muestra de respondedores finales. Aunque por sexo y por MIR la proporción no coincide exactamente con la población las diferencias no son estadísticamente significativas, siempre que para la variable MIR se tome como referencia el 8.5% de los datos procedentes de la OMC. Si se considera la cifra más probable del 12.5% las diferencias si son significativas.

SEXO	Nº	%	ESTANDAR
Hombre	1303	49,6%	51,5%
Mujer	1326	50,4%	48,5%
Total general	2629	100,0%	100,0%

MIR	Nº	%	ESTANDAR
SI	197	7,5%	8,5%
NO	2432	92,5%	91,5%
Total general	2629	100,00%	100,0%

TIPO_TRABAJO	Nº	%	ESTANDAR
Mixto	423	16,09%	?
Privado	341	12,97%	?
Público	1865	70,94%	?
Total general	2629	100,00%	

GRUPO DE EDAD	Nº	%	ESTANDAR
<45 años	830	31,6%	36,8%
45-65 años	1706	64,9%	50,1%
>65 años	93	3,5%	13,1%
Total general	2629	100,00%	100,0%

QUINQUENIO	Nº	%	ESTANDAR
≤35	425	16,2%	18,40%
36-40	232	8,8%	9,38%
41-45	239	9,1%	8,99%
46-50	315	12,0%	10,23%
51-55	417	15,9%	11,74%
56-60	617	23,5%	17,48%
61-65	291	11,1%	10,61%
≥66	93	3,5%	13,19%
Total general	2629	100,00%	100,0%

Han respondido colegiados de todas las provincias españolas con excepción de Ceuta y Melilla. Región autonómica no representada, que sin embargo constituye el 0.2% del total nacional de colegiados. El resto de comunidades autónomas tienen representación en los 2629 cuestionarios analizados. No obstante, la distribución por Provincias y por Autonomías no mantiene la proporción de referencia en algunos casos.

AUTONOMÍA/ PROVINCIA	Nº	%	ESTANDAR
ANDALUCÍA	204	7,77%	15,57%
Almería	5	0,19%	1,00%
Cádiz	22	0,84%	2,11%
Córdoba	6	0,23%	1,54%
Granada	9	0,34%	1,98%
Huelva	2	0,08%	0,81%
Jaén	139	5,29%	0,89%
Málaga	6	0,23%	3,23%
Sevilla	15	0,57%	4,01%
ARAGÓN	250	9,51%	3,5%
Huesca	41	1,56%	0,42%
Teruel	27	1,03%	0,28%
Zaragoza	182	6,92%	2,80%
ASTURIAS	1	0,04%	2,55%
Asturias	1	0,04%	2,55%
I. BALEARES	9	0,34%	
Baleares (Illes)	9	0,34%	2,23%
I. CANARIAS	5	0,19%	3,02%
Palmas Las	1	0,04%	2,13%
Santa Cruz de Tenerife	4	0,15%	1,99%
CANTABRIA	4	0,15%	
Cantabria	4	0,15%	1,44%
CASTILLA-LA MANCHA	33	1,25%	3,55%
Abacete	2	0,08%	0,77%
Ciudad Real	13	0,49%	0,97%
Cuenca	9	0,34%	0,32%
Guadalajara	5	0,19%	0,44%
Toledo	4	0,15%	1,05%
CASTILLA-LEÓN	230	8,74%	4,91%
Ávila	3	0,11%	0,34%
Burgos	146	5,55%	0,79%
León	4	0,15%	1,00%
Palencia	2	0,08%	0,37%
Salamanca	8	0,30%	1,05%
Segovia	33	1,26%	0,33%
Soria	13	0,49%	0,25%
Valladolid	7	0,27%	1,41%
Zamora	14	0,53%	0,37%

AUTONOMÍA/ PROVINCIA	Nº	%	ESTANDAR
CATALUÑA	138	5,25%	15,23%
Barcelona	8	0,30%	12,46%
Girona	1	0,04%	0,81%
Lleida	1	0,04%	0,74%
Tarragona	128	4,87%	1,28%
CEUTA Y MELILLA	0	0%	0,2%
Ceuta	0	0,00%	0,1%
Melilla	0	0,00%	0,1%
EUSKADI	164	6,24%	5,34%
Araba	1	0,04%	0,78%
Bizkaia	110	4,18%	3,02%
Guipúzkoa	53	2,02%	1,63%
EXTREMADURA	19	0,72%	1,22%
Badajoz	8	0,30%	1,39%
Cáceres	11	0,42%	0,83%
GALICIA	119	4,53%	5,54%
A Coruña	89	3,39%	2,51%
Lugo	2	0,08%	0,64%
Ourense	25	0,95%	0,62%
Pontevedra	3	0,11%	1,77%
LA RIOJA		2,17%	
Rioja, La	57	2,17%	0,65%
MADRID		29,78%	
Madrid	783	29,78%	17,37%
MURCIA		4,94%	
Murcia	130	4,94%	2,84%
NAVARRA		5,36%	
Navarra	141	5,36%	1,63%
C VALENCIANA	342	13%	9,92%
Alacant	283	10,76%	3,07%
Castellón	44	1,67%	0,98%
Valencia	15	0,57%	5,87%
TOTAL	2629	100,0%	100 %

PROVINCIAS SIN PARTICIPAR			
Ceuta	0	0,00%	0,1%
Melilla	0	0,00%	0,1%

PROVINCIA	Nº	%	ESTANDAR
A Coruña	89	3,39%	2,51%
Abacete	2	0,08%	0,77%
Alacant	283	10,76%	3,07%
Almería	5	0,19%	1,00%
Araba	1	0,04%	0,78%
Asturias	1	0,04%	2,55%
Ávila	3	0,11%	0,34%
Badajoz	8	0,30%	1,39%
Baleares (Illes)	9	0,34%	2,23%
Barcelona	8	0,30%	12,46%
Bizkaia	110	4,18%	3,02%
Burgos	146	5,55%	0,79%
Cáceres	11	0,42%	0,83%
Cádiz	22	0,84%	2,11%
Cantabria	4	0,15%	1,44%
Castellón	44	1,67%	0,98%
Ciudad Real	13	0,49%	0,97%
Córdoba	6	0,23%	1,54%
Cuenca	9	0,34%	0,32%
Girona	1	0,04%	0,81%
Granada	9	0,34%	1,98%
Guadalajara	5	0,19%	0,44%
Guipúzkoa	53	2,02%	1,63%
Huelva	2	0,08%	0,81%
Huesca	41	1,56%	0,42%
Jaén	139	5,29%	0,89%
León	4	0,15%	1,00%
Lleida	1	0,04%	0,74%
Lugo	2	0,08%	0,64%
Madrid	783	29,78%	17,37%
Málaga	6	0,23%	3,23%
Murcia	130	4,94%	2,84%
Navarra	141	5,36%	1,63%
Ourense	25	0,95%	0,62%
Palencia	2	0,08%	0,37%
Palmas Las	1	0,04%	2,13%
Pontevedra	3	0,11%	1,77%
Rioja, La	57	2,17%	0,65%

PROVINCIA	Nº	%	ESTANDAR
Salamanca	8	0,30%	1,05%
Santa Cruz de Tenerife	4	0,15%	1,99%
Segovia	33	1,26%	0,33%
Sevilla	15	0,57%	4,01%
Soria	13	0,49%	0,25%
Tarragona	128	4,87%	1,28%
Teruel	27	1,03%	0,28%
Toledo	4	0,15%	1,05%
Valencia	15	0,57%	5,87%
Valladolid	7	0,27%	1,41%
Zamora	14	0,53%	0,37%
Zaragoza	182	6,92%	2,80%
TOTAL	2629	100,0%	99,8%

ESPECIALIDAD	Nº	%	ESTANDAR
Alergología	19	0,72%	0,73%
Análisis Clínicos	8	0,30%	1,13%
Anatomía Patológica	8	0,30%	1,11%
Anestesiología y Reanimación	79	3,00%	4,50%
Angiología y Cirugía Vascul ar	8	0,30%	0,44%
Aparato Digestivo	27	1,03%	2,04%
Bioquímica Clínica	1	0,04%	0,23%
Cardiología	31	1,18%	2,30%
Cirugía Cardiovascular	5	0,19%	0,37%
Cirugía General y del Aparato Digestivo	56	2,13%	3,57%
Cirugía Oral y Maxilofacial	3	0,11%	0,41%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	71	2,70%	4,01%
Cirugía Pediátrica	11	0,42%	0,30%
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	14	0,53%	0,66%
Cirugía Torácica	4	0,15%	0,24%
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	14	0,53%	1,30%
Endocrinología y Nutrición	21	0,80%	1,07%
Estomatología	28	1,07%	2,22%
Farmacología Clínica	3	0,11%	0,15%
Geriatría	27	1,03%	0,54%
Hematología y Hemoterapia	26	0,99%	1,42%
Inmunología	3	0,11%	0,13%
Medicina de Educación Física y Deporte	12	0,46%	0,78%
Medicina del Trabajo	65	2,47%	3,50%
Medicina Familiar y Comunitaria	1082	41,16%	24,40%
Medicina Física y Rehabilitación	39	1,48%	1,33%
Medicina Intensiva	44	1,67%	1,66%

ESPECIALIDAD	Nº	%	ESTANDAR
Medicina Interna	106	4,03%	5,25%
Medicina Legal y Forense	4	0,15%	0,43%
Medicina Nuclear	5	0,19%	0,35%
Medicina Preventiva y Salud Pública	21	0,80%	0,73%
Microbiología y Parasitología	10	0,38%	0,65%
Nefrología	18	0,68%	1,01%
Neumología	27	1,03%	1,61%
Neurocirugía	5	0,19%	0,46%
Neurofisiología Clínica	3	0,11%	0,45%
Neurología	37	1,41%	1,50%
Obstetricia y Ginecología	95	3,61%	4,70%
Oftalmología	49	1,86%	2,84%
Oncología Médica	22	0,84%	0,84%
Oncología Radioterápica	8	0,30%	0,44%
Otorrinolaringología	37	1,41%	1,72%
Otras	105	3,99%	0,00%
Pediatría y sus áreas Específicas	187	7,11%	7,49%
Psiquiatría	77	2,93%	3,50%
Radiodiagnóstico	44	1,67%	2,94%
Reumatología	27	1,03%	0,81%
Urología	33	1,26%	1,46%
TOTAL	1447	100,00%	99,72%

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las variables: provincia, autonomía, edad, Activos/No activos y MIR principalmente es decir en la muestra de respondedores están sobrerrepresentados los grupos: edad de 45-65 años, las especialidades (específicamente medicina de familia) y provincias marcadas con rojo, mientras que está infrarrepresentados los colegios de varias provincias, como Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Islas Canarias o Islas Baleares (marcadas en amarillo).

En resumen, a fecha de hoy:

Sólo se podría presentar una descripción de las respuestas dadas a nivel nacional por los colegiados que han respondido, siendo conveniente continuar el trabajo de reclutamiento de respuestas para asegurar la representatividad de una muestra suficientemente potente, antes de

replicar el modelo factorial explicativo de las interacciones entre ítems y factores.

Se puede dar un análisis descriptivo de las respuestas dadas por los colegiados aragoneses que han respondido el cuestionario y que se presenta más adelante. No es apropiado replicar el modelo factorial propuesto a esta muestra de participantes aragoneses, sino esperar a valorar la implicación (o no) de la variable: autonomía de referencia sobre las respuestas al cuestionario, cuando se replique con la muestra definitiva representativa a nivel estatal.

Se puede, a modo de estudio piloto, analizar el comportamiento de las respuestas a los ítems según el modelo factorial propuesto, con la muestra de cuestionarios incluidos en el análisis confirmatorio. Es lo que se recoge a continuación.

3.2 Estadística analítica.

3.2.1 Análisis ocho factores.

Con el modelo factorial propuesto se estiman las puntuaciones estandarizadas de los factores.

Se comparan dichos valores según las características de la población. (Mediante comparación de dos grupos medias t-student, o comparación de más de dos grupos: ANOVA de 1 factor). Se representan gráficamente mediante Diagramas de Cajas de Tukey o Box Plot.

A continuación se muestran dos tablas con la significación estadística aplicando pruebas paramétricas y no paramétricas para comparación de medias. Posteriormente se añaden los diagramas “Cajas de Tukey” de aquellos que resultaron estadísticamente significativos de las variables: Atención primaria vs Hospital, Especialidad quirúrgica vs No quirúrgica, Especialidad Generalista vs Especialidad no Generalista y Sector público vs Sector privado vs Sector mixto.

	Prueba t-student p-valor				ANOVA	Prueba t-student p-valor		
	Quirúrgica vs No quirúrgica	Generalista vs No generalista	Hombre vs Mujer	AP vs Hospital		Público / Privado / Mixto	Público vs Privado	Público vs Mixto
Factor score (F1)	< 0,001	< 0,001	ns	< 0,001	< 0,001	0,001	0,008	ns
Factor score (F2)	ns	ns	0,006	Ns	Ns	Ns	ns	ns
Factor score (F3)	< 0,001	< 0,001	ns	< 0,001	0,020	Ns	0,014	ns
Factor score (F4)	ns	< 0,001	0,045	< 0,001	0,001	0,007		0,000
Factor score (F5)	ns	0,019	0,001	0,011	Ns	Ns	ns	ns
Factor score (F6)	ns	ns	ns	Ns	0,003	0,007	ns	0,007
Factor score (F7)	ns	ns	ns	,006	< 0,001	0,007	ns	0,007
Factor score (F8)	ns	< 0,001	ns	< 0,001	Ns	Ns	ns	ns

	Prueba U Mann Whitney p-valor				Kruskal Wallis	Prueba U Mann Whitney p-valor		
	Quirúrgica vs No quirúrgica	Generalista vs No generalista	Hombre vs Mujer	AP vs Hospital		Público / Privado / Mixto	Público vs Privado	Público vs Mixto
Factor score (F1)	< 0,001	< 0,001	ns	< 0,001	< 0,001	0,001	0,004	ns
Factor score (F2)	ns	Ns	0,007	ns	ns	Ns	ns	ns
Factor score (F3)	< 0,001	< 0,001	ns	< 0,001	0,009	0,004	0,002	ns
Factor score (F4)	ns	0,002	ns	< 0,001	0,001	< 0,001	ns	< 0,001
Factor score (F5)	ns	0,013	0,001	0,008	ns	Ns	ns	ns
Factor score (F6)	ns	Ns	ns	0,031	< 0,001	< 0,001	ns	< 0,001
Factor score (F7)	ns	0,026	ns	0,003	< 0,001	< 0,001	ns	0,003
Factor score (F8)	ns	< 0,001	ns	< 0,001	ns	Ns	ns	ns

1. Hombre/Mujer.

Respecto al sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores 2, 4 y 5 si se aplicaban pruebas paramétricas y en los factores 2 y 5 si por el contrario se aplicaban test no paramétricos.

Factor 2: Cooperar en los planes de cuidado.

	Sexo	Media	IC 95%	
Factor score (F2)	Hombre	-0,07	-0,14	0,01
	Mujer	0,08	0,00	0,15

Factor 4: Respeto a la jerarquía.

	Sexo	Media	IC 95%	
Factor score (F4)	Hombre	-0,05	-0,12	0,02
	Mujer	0,05	-0,02	0,12

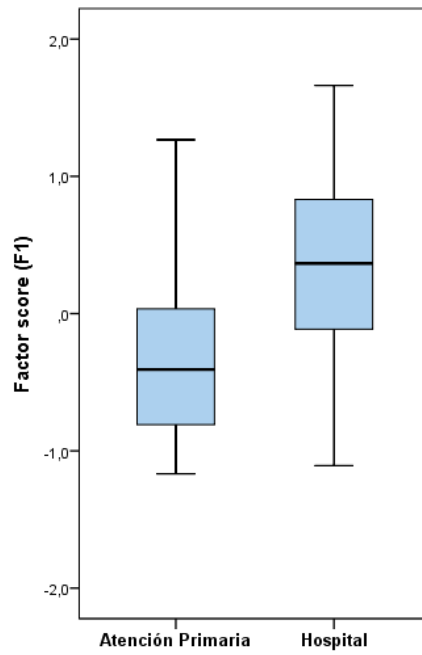
Factor 5: Modelo organizativo/condiciones de trabajo:

	Sexo	Media	IC 95%	
Factor score (F5)	Hombre	-0,04	-0,07	0,00
	Mujer	0,04	0,01	0,07

2. Atención primaria/Hospital.

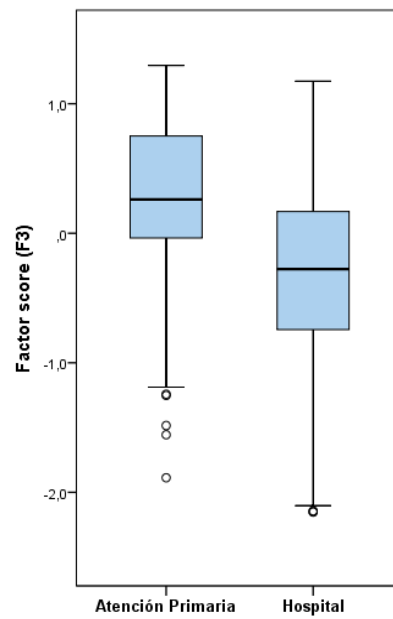
Si los resultados se analizaban en función al nivel asistencial al que pertenecía el participante de la encuesta, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores 1, 3, 4, 5, 7 y 8 si se aplicaban pruebas paramétricas y en el 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, en el caso de aplicar test no paramétricos.

Gráfico 17: Factor 1: Comunicación-Conocimiento mutuo. $p < 0,001$



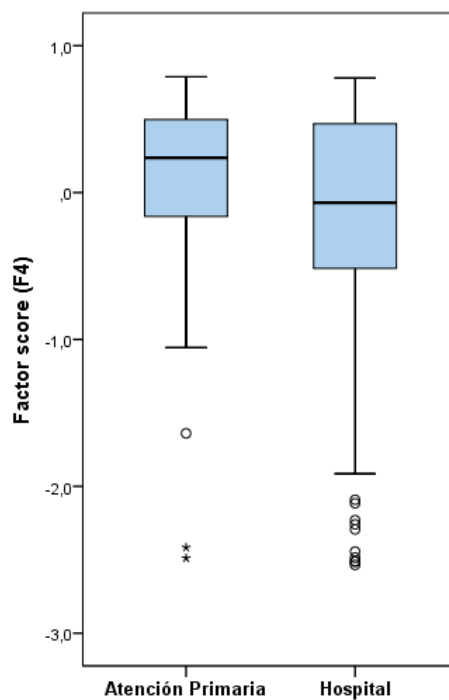
	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F1)	Atención Primaria	-0,32	-0,39	-0,26
	Hospital	0,35	0,29	0,42

Gráfico 18: Factor 3: Altruismo/Compromiso con el paciente. $p < 0,001$



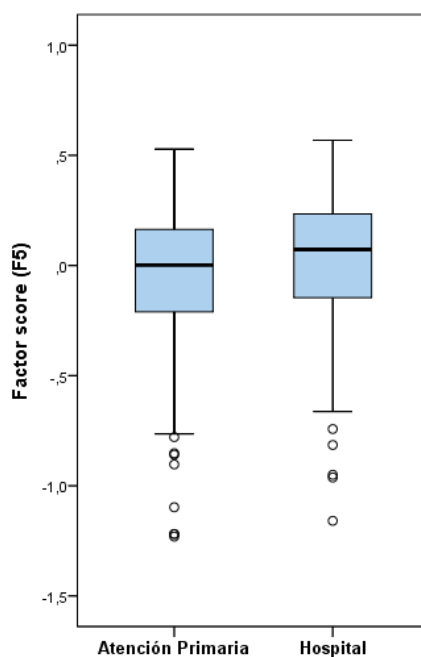
	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F3)	Atención Primaria	0,28	0,22	0,34
	Hospital	-0,31	-0,38	-0,23

Gráfico 19: Factor 4: Respeto a la jerarquía. $p < 0,001$



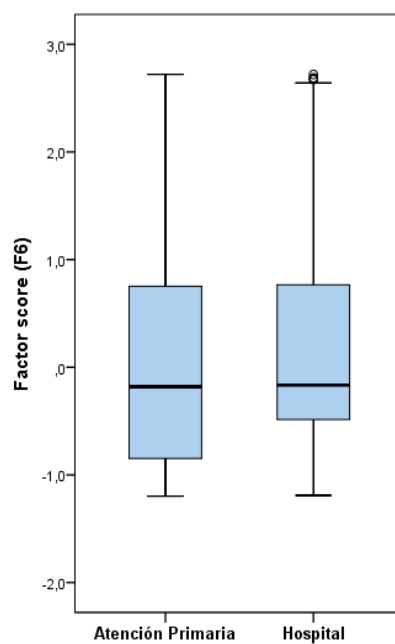
	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F4)	Atención Primaria	0,13	0,07	0,18
	Hospital	-0,14	-0,22	-0,05

Gráfico 20: Factor 5: Modelo organizativo/condiciones de trabajo. $p=0.0011$.



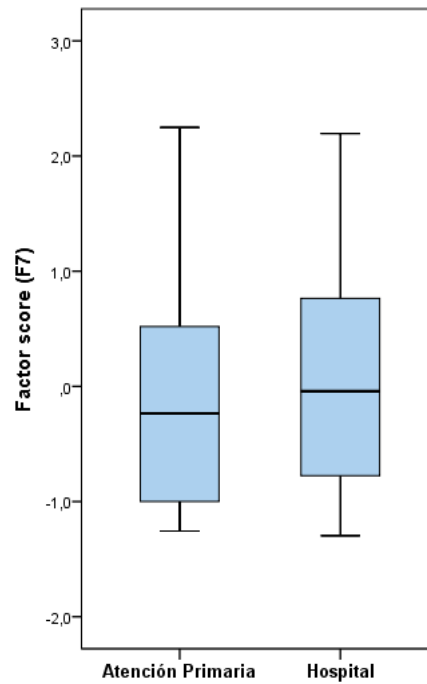
	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F5)	Atención Primaria	-0,03	-0,06	0,00
	Hospital	0,03	0,0	0,06

Gráfico 21: Factor 6: Consideración mutua: Lealtad. $p=0.031$ (Prueba U Mann Whitney)



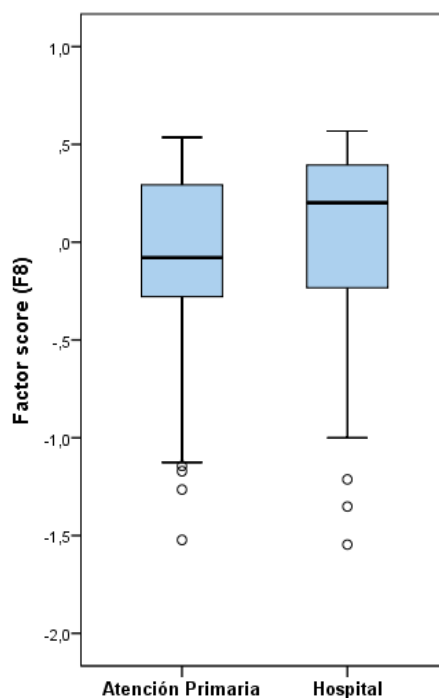
	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F6)	Atención Primaria	-0,05	-0,14	0,04
	Hospital	0,05	-0,04	-0,15

Gráfico 22: Factor 7: Herramientas de comunicación. $p=0,006$



	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F4)	Atención Primaria	-0,09	-0,19	0,00
	Hospital	0,10	0,00	0,24

Gráfico 23: Factor 8: Compromiso con la institución. $p < 0,001$

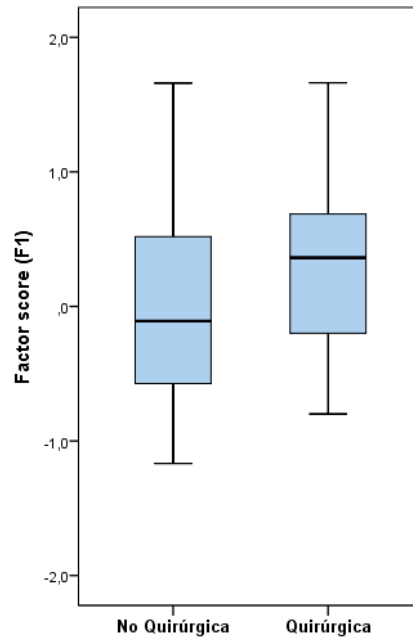


	Ámbito	Media	IC 95%	
Factor score (F8)	Atención Primaria	-0,06	-0,10	-0,01
	Hospital	0,06	0,02	0,10

3. Quirúrgica/No Quirúrgica:

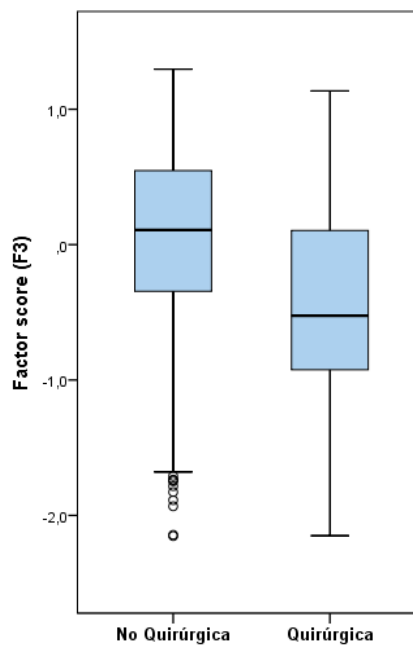
Posteriormente se decidió agrupar la especialidad de los participantes en función de si ésta pertenecía al grupo de las quirúrgicas o de las no quirúrgicas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los factores 1 y 3 aplicando tanto test paramétricos como no paramétricos.

Gráfico 24: Factor 1: Comunicación-Conocimiento mutuo. $p < 0,001$



	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F1)	No quirúrgica	-0,03	-0,08	0,02
	Quirúrgica	0,32	0,16	0,47

Gráfico 25: Factor 3: Altruismo/Compromiso con el paciente. $p < 0,001$

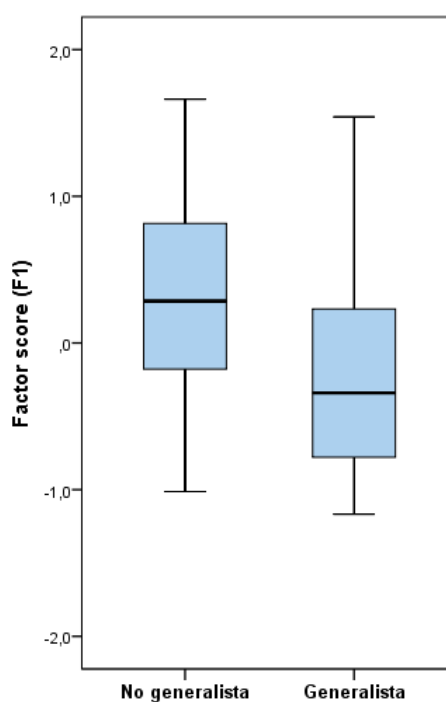


	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F3)	No quirúrgica	0,04	-0,01	0,10
	Quirúrgica	-0,47	0,66	-0,29

4. Generalista/No generalista.

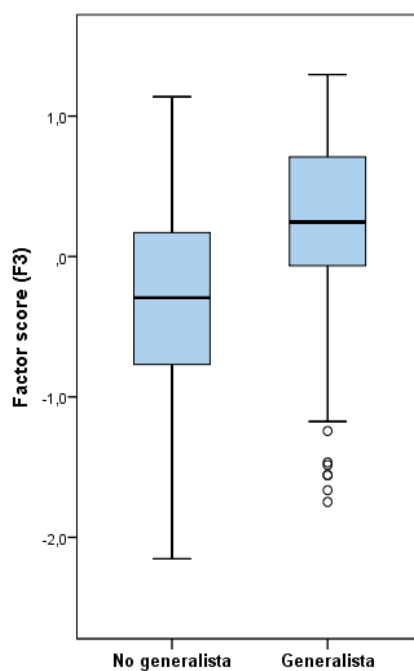
Por otra parte, se decidió reagrupar las especialidades de los respondedores en función de si ésta pertenecía al grupo de las generalistas o de los no generalistas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los factores: 1, 3, 4, 5 y 8 si aplicáramos test paramétricos, añadiendo a estos diferencias estadísticamente significativas en el factor 7 si aplicáramos pruebas no paramétricas.

Gráfico 26: Factor 1: Comunicación-Conocimiento mutuo. $p < 0,001$



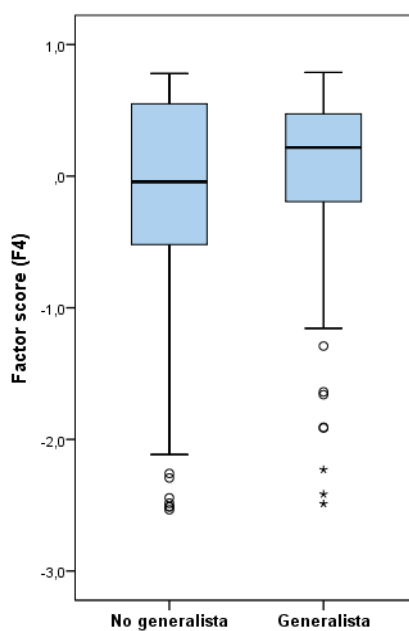
	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F1)	No generalista	0,31	0,24	0,38
	Generalista	-0,24	-0,30	-0,17

Gráfico 27: Factor 3: Altruismo/Compromiso con el paciente. $p < 0,001$



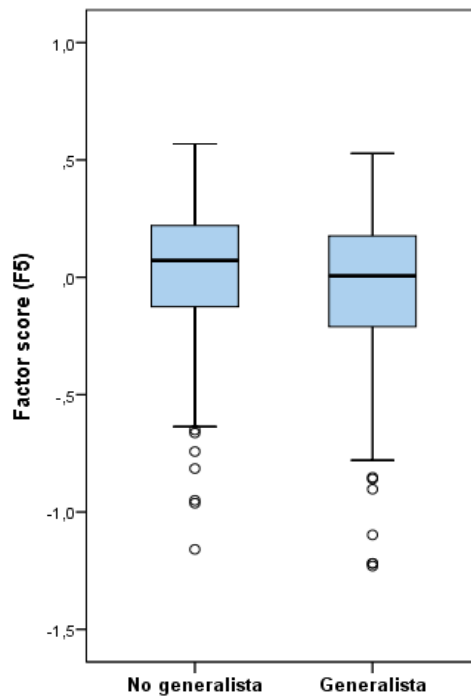
	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F3)	No generalista	-0,33	-0,41	-0,25
	Generalista	0,25	0,19	0,31

Gráfico 28: Factor 4: Respeto a la jerarquía. $p < 0,001$



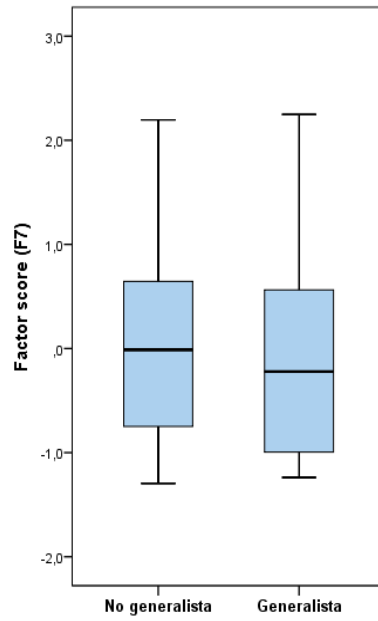
	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F4)	No generalista	-0,11	-0,20	-0,03
	Generalista	0,08	0,03	0,14

Gráfico 29: Factor 5: Modelo organizativo/condiciones de trabajo. p=0,019



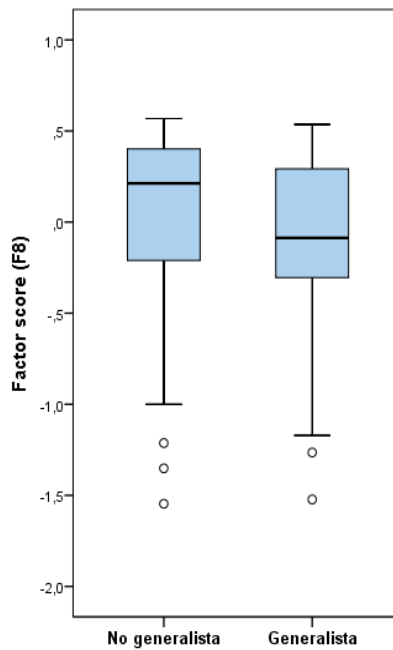
	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F5)	No generalista	0,03	0,00	0,06
	Generalista	-0,02	-0,05	0,01

Gráfico 30: Factor 7: Herramientas de comunicación. $p=0,026$ (Prueba U Mann Whitney)



	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F7)	No generalista	0,08	-0,03	0,19
	Generalista	-0,05	-0,15	0,03

Gráfico 31: Factor 8: Compromiso con la institución. $p<0,001$.

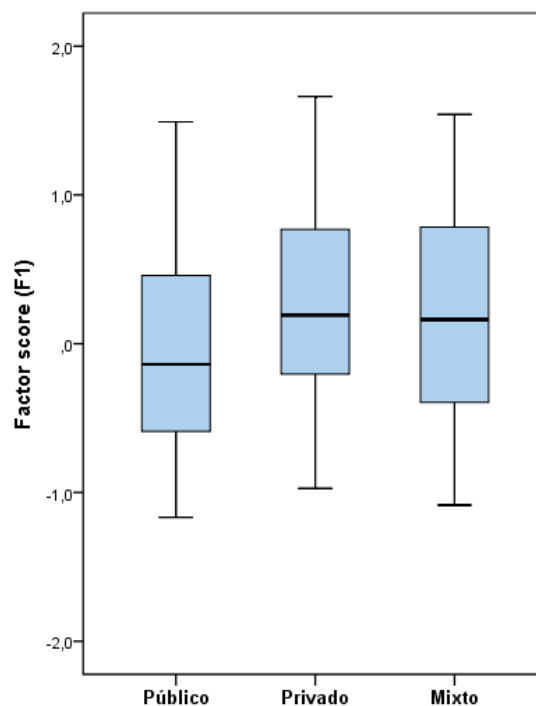


	Especialidad	Media	IC 95%	
Factor score (F8)	No generalista	0,08	0,04	0,13
	Generalista	0,08	-0,10	-0,02

5. Público/Privado/Mixto.

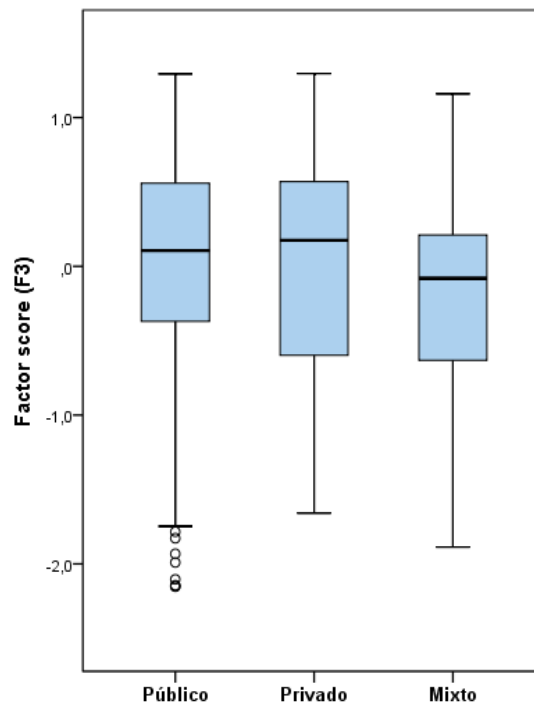
Finalmente se decidió analizar las diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de organización para la que trabajaban los médicos respondedores. Al aplicar test no paramétricos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores 1, 3, 4, 6 y 7, si por el contrario se administraban pruebas no paramétricas se encontraron diferencias únicamente en los factores 2 y 5.

Gráfico 32: Factor 1: Comunicación-Conocimiento mutuo. $p < 0,001$.



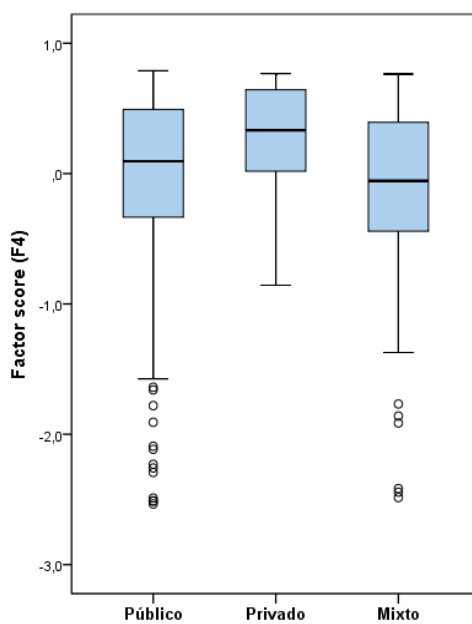
	Tipo de trabajo	Media	IC 95%	
Factor score (F1)	Público	-0,06	-0,12	0,00
	Privado	0,27	0,10	0,44
	Mixto	0,15	0,02	0,28

Gráfico 33: Factor 3: Altruismo/Compromiso con el paciente $p < 0,020$



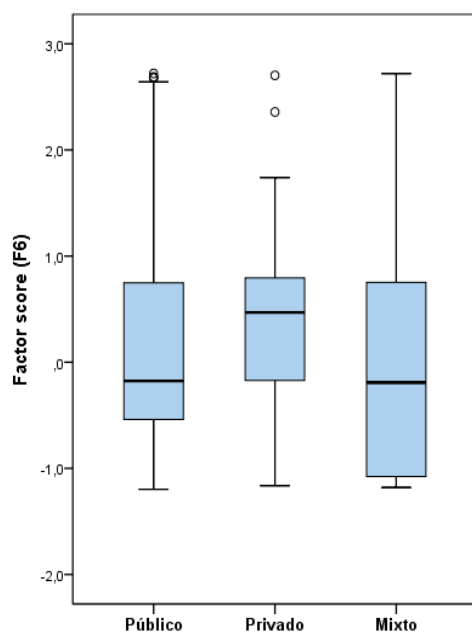
	Tipo de trabajo	Media	IC 95%	
Factor score (F3)	Público	0,01	-0,05	0,07
	Privado	0,12	-0,05	0,28
	Mixto	-0,10	-0,23	0,03

Gráfico 34: Factor 4: Respeto a la jerarquía. $p=0,001$



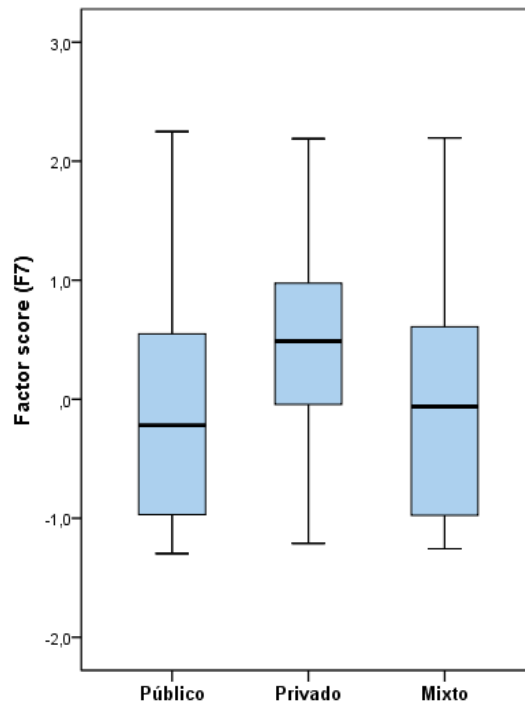
	Tipo de trabajo	Media	IC 95%	
Factor score (F4)	Público	0,00	-0,06	0,05
	Privado	0,27	0,16	0,38
	Mixto	-0,13	-0,26	0,00

Gráfico 35: Factor 6: Consideración mutua: Lealtad. $p=0,003$



	Tipo de trabajo	Media	IC 95%	
Factor score (F6)	Público	-0,03	-0,11	0,05
	Privado	0,38	0,15	0,60
	Mixto	-0,06	-0,23	0,12

Gráfico 36: Factor 7: Herramientas de comunicación. $p < 0.001$.



	Tipo de trabajo	Media	IC 95%	
Factor score (F7)	Público	-0,06	-0,14	0,02
	Privado	0,47	0,25	0,69
	Mixto	0,03	-0,15	0,21

3.2.2 Ítems por factor.

➤ **Factor 1:** Comunicación-Conocimiento mutuo.

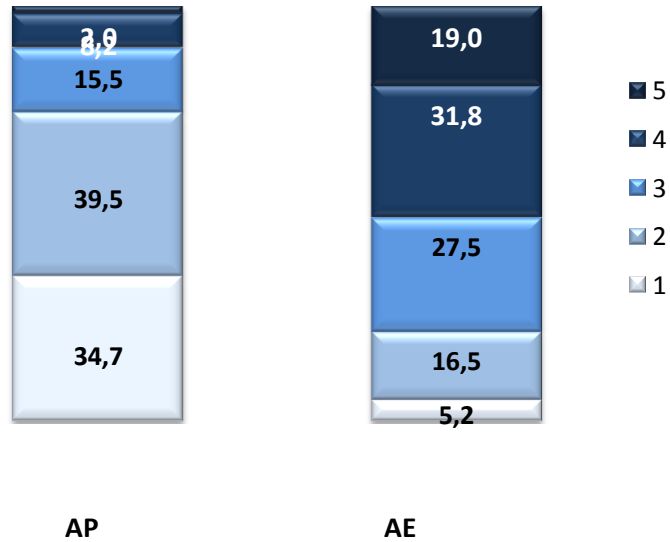
Estadísticos población total	FACTOR 1				
	P33	P34	P47_1	P47_3	P48_5
Media	2,7	2,0	2,8	2,5	2,7
Desviación estándar	1,3	1,1	1,2	1,3	1,4
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
C ₁	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
C ₂ Mediana	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0
C ₃	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0

Quando se analizaron las respuestas en función del sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún ítem. Sin embargo cuando se realizó el análisis en función del ámbito asistencial al que pertenecía el participante se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems pertenecientes al factor uno, tal y como muestra la tabla que se expone a continuación.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 1				
		P33	P34	P47_1	P47_3	P48_5
Atención Primaria	Media	2,0	1,8	2,4	2,0	2,3
	Desviación estándar	1,0	1,1	1,2	1,1	1,3
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
Hospital	C ₃	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0
	Media	3,4	2,3	3,2	3,0	3,2
	Desviación estándar	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0
Prueba U de Mann-Whitney	C ₂ Mediana	4,0	2,0	3,0	3,0	4,0
	C ₃	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0
	p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Pregunta 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Grafico 37: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



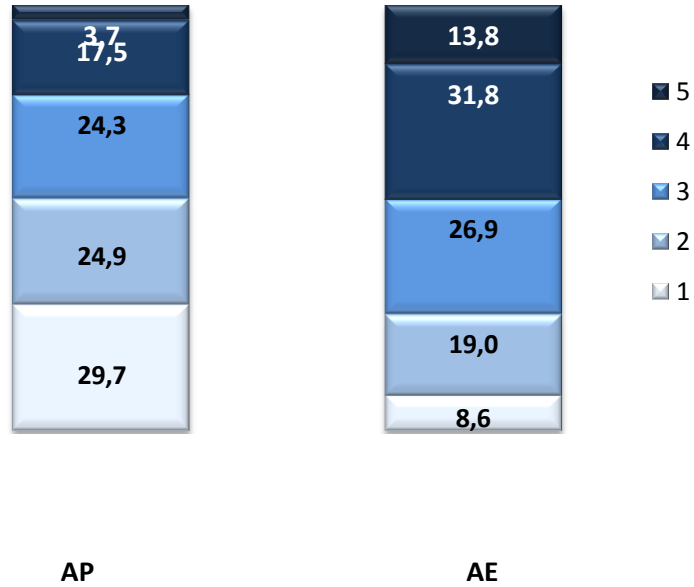
Pregunta 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.

Gráfico 38: P34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.



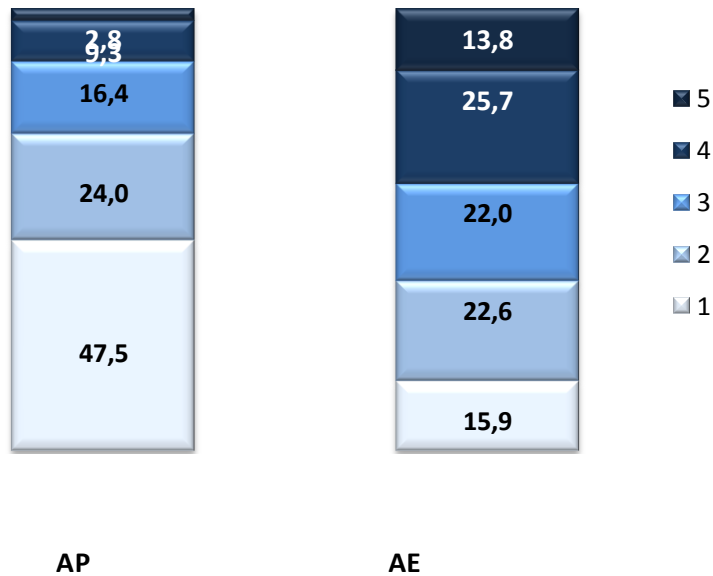
Pregunta 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.

Gráfico 39: P 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.



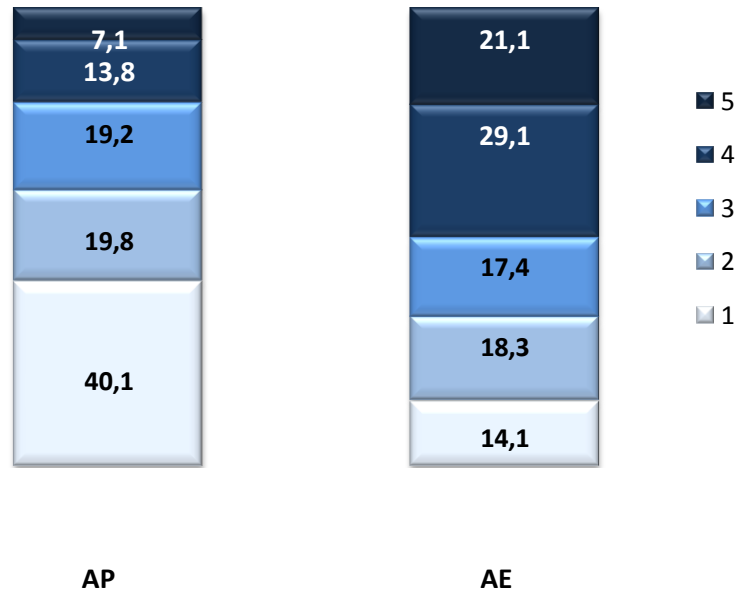
Pregunta 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 40: P 47.5: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.



Pregunta 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 41: P 47.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.

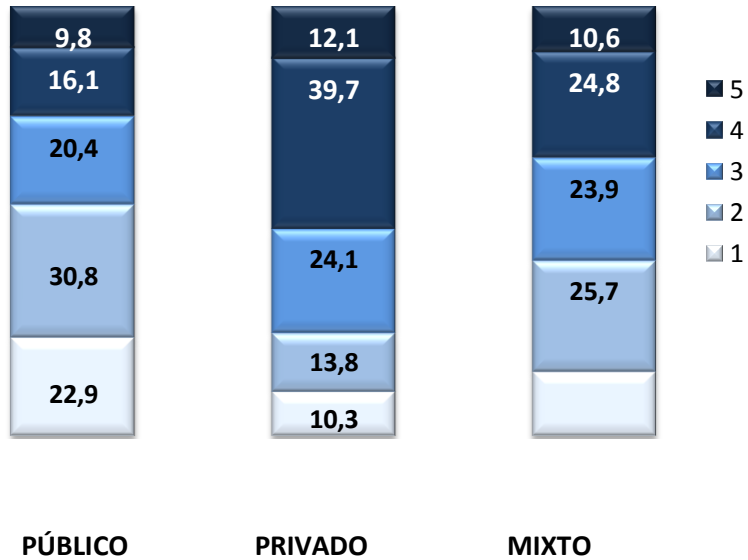


Posteriormente se decidió analizar las respuestas en función del tipo de organización en la que trabajaban los médicos que participaron en el estudio, encontrando diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems salvo en el ítem 48.5, tal y como se observa en la tabla mostrada a continuación.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 1				
		P33	P34	P47_1	P47_3	P48_5
Público	Media	2,6	1,9	2,7	2,4	2,7
	Desviación estándar	1,3	1,0	1,2	1,3	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0
	C ₃	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0
Privado	Media	3,3	2,9	3,2	2,8	2,9
	Desviación estándar	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	2,8	2,0	2,0	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Mixto	Media	2,9	2,1	3,1	2,7	3,0
	Desviación estándar	1,2	1,2	1,2	1,4	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
	C ₂ Mediana	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0
Prueba de Kruskal Wallis	p-valor	< 0,001	< 0,001	0,001	0,009	Ns
U de Mann-Whitney	Público vs Privado	0,000	< 0,001	0,009	0,018	
	Público vs Mixto	0,013		0,002	0,024	
	Privado vs Mixto	0,041	< 0,001			

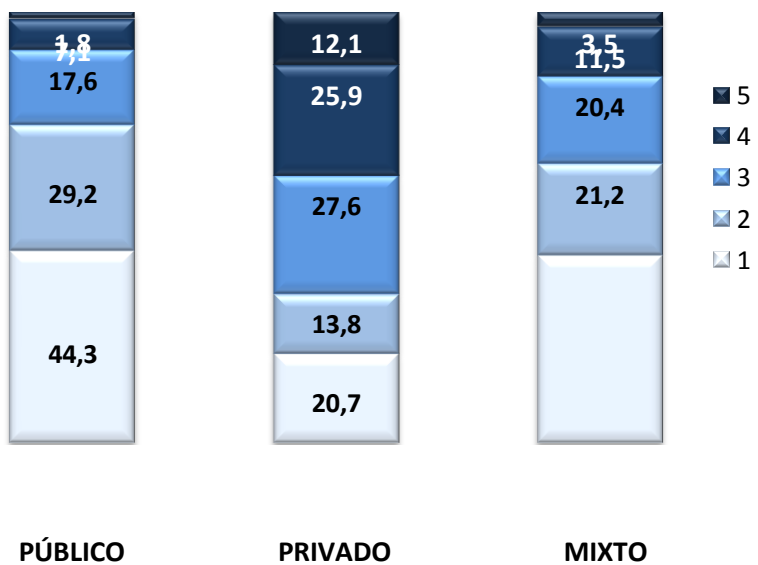
Pregunta 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 42: P 33 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



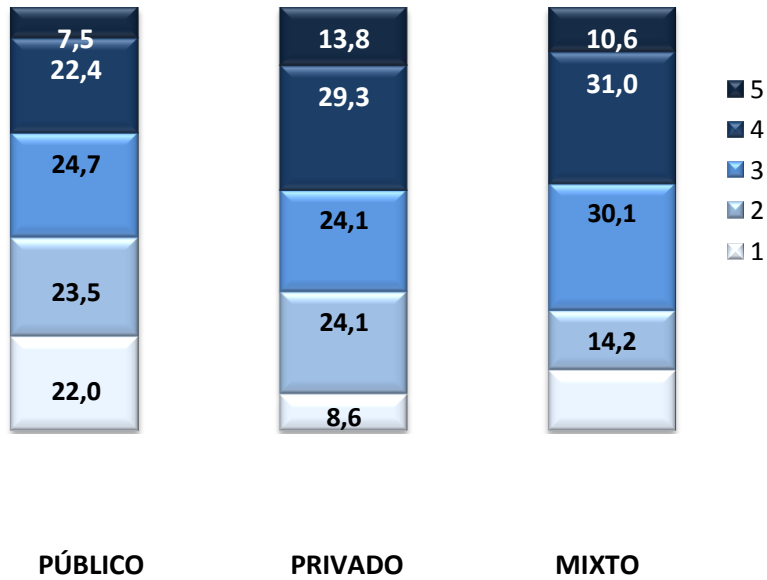
Pregunta 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.

Gráfico 43: P 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.



Pregunta 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.

Gráfico 44: P 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.



Pregunta 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 45: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.

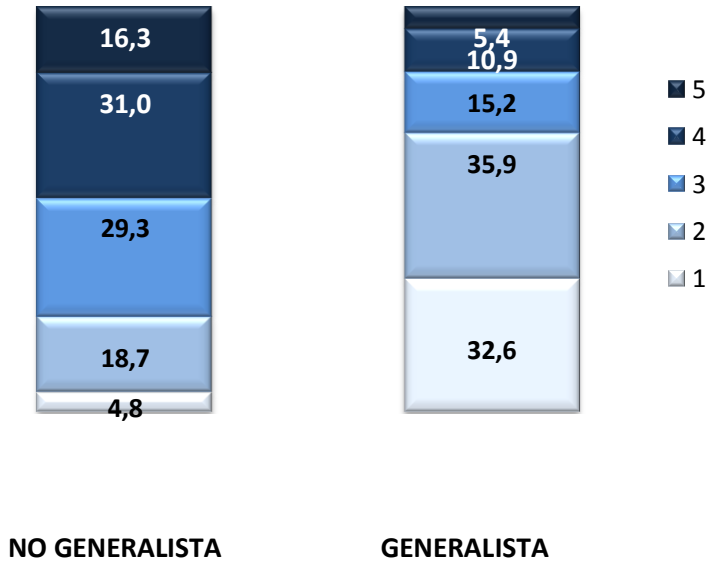


Por otra parte se decidió analizar las respuestas en función del ámbito de la especialidad de los respondedores, en función de si éstas pertenecían al grupo de las no generalistas o generalistas, obteniendo diferencias estadísticamente significativas tal y como muestra la siguiente tabla en todos los ítems del factor 1.

Estadísticos Ámbito generalista		FACTOR 1				
		P33	P34	P47_1	P47_3	P48_5
No generalista	Media	3,4	2,3	3,2	2,9	3,3
	Desviación estándar	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0
	C ₂	3,0	2,0	3,0	3,0	3,5
	C ₃	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0
Generalista	Media	2,2	1,9	2,5	2,1	2,4
	Desviación estándar	1,2	1,1	1,2	1,2	1,3
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	C ₂	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Prueba U de Mann- Whitney	p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

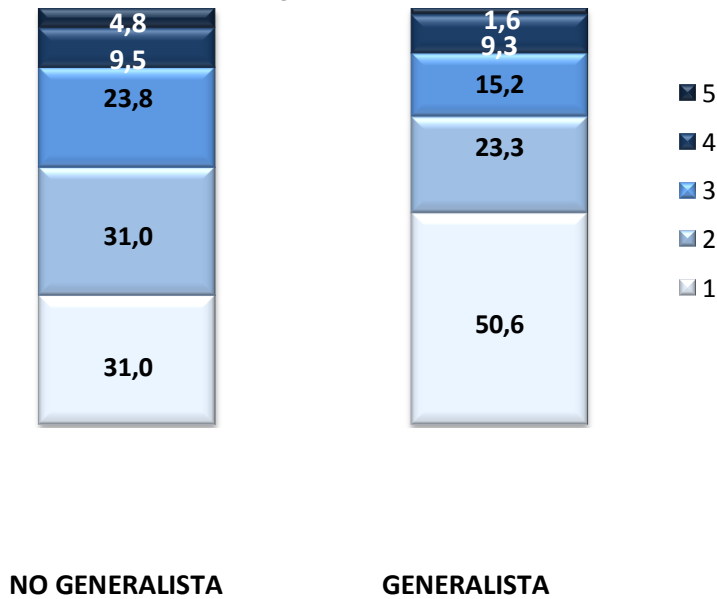
Pregunta 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 46: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



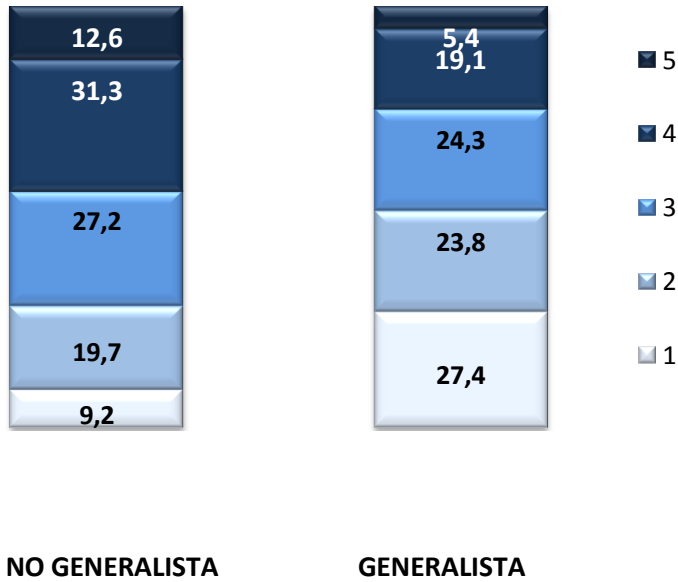
Pregunta 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.

Gráfico 47: P 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.



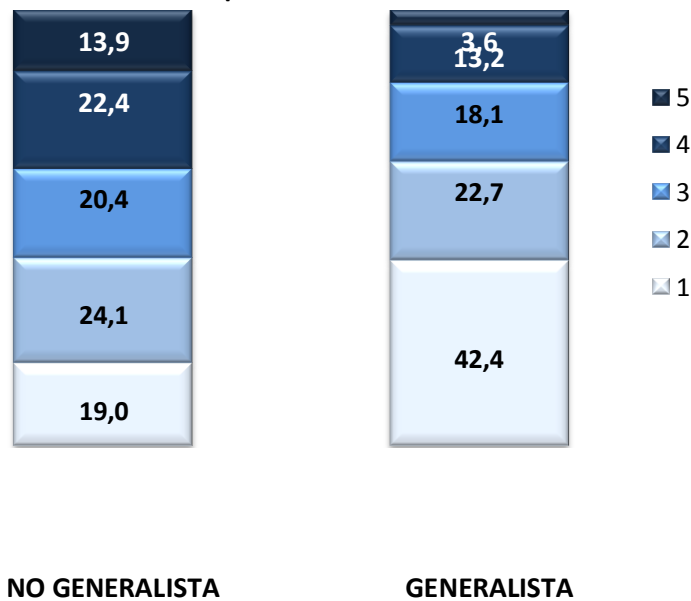
Pregunta 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.

Gráfico 48: P 47.1: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por teléfono.



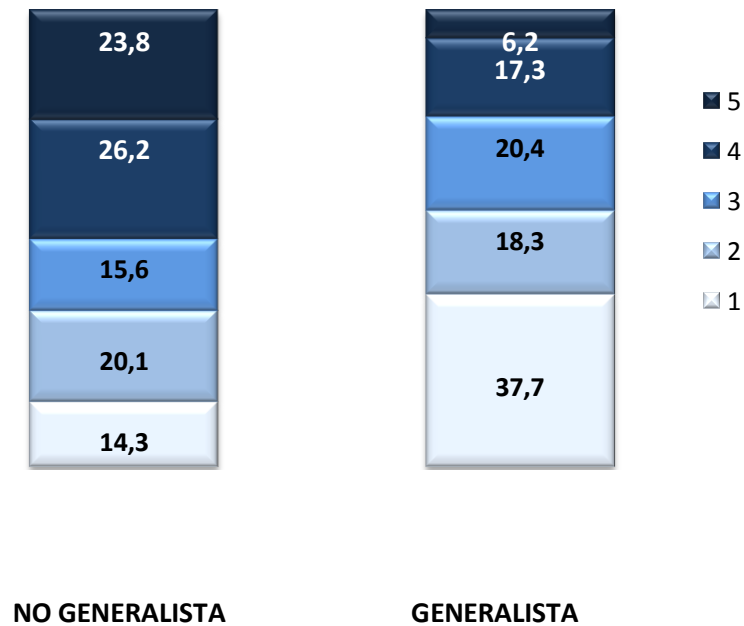
Pregunta 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 49: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.



Pregunta 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 50: P 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.

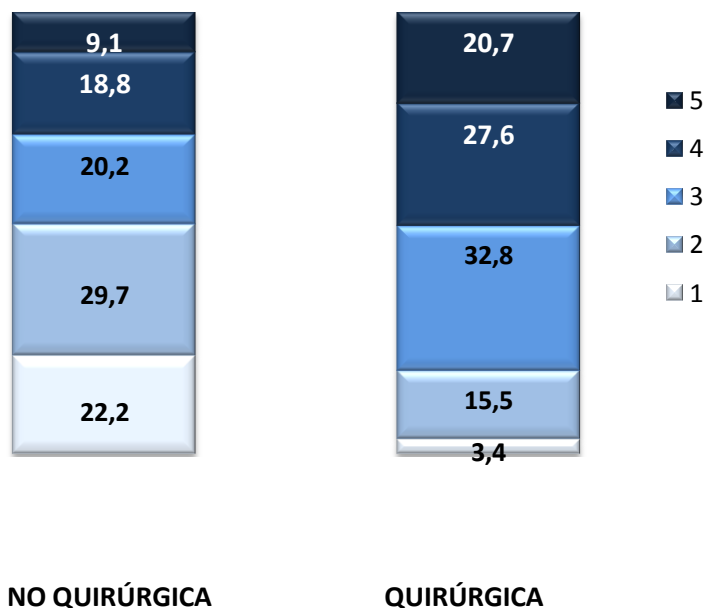


Finalmente, se optó por reagrupar la especialidad de los respondedores en función de si su especialidad pertenecía al grupo de las no quirúrgicas o al de las quirúrgicas, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en los ítems: 33, 34, 47.3 y 48.5.

Estadísticos según ámbito quirúrgico		FACTOR 1				
		P33	P34	P47_1	P47_3	P48_5
No Quirúrgica	Media	2,6	2,0	2,8	2,4	2,7
	Desviación estándar	1,3	1,1	1,2	1,3	1,4
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0
C ₃	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	
Quirúrgica	Media	3,5	2,4	3,0	2,8	3,3
	Desviación estándar	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	3,0	2,0	3,0	3,0	4,0
C ₃	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	< 0,001	0,008	ns	0,019	0,001

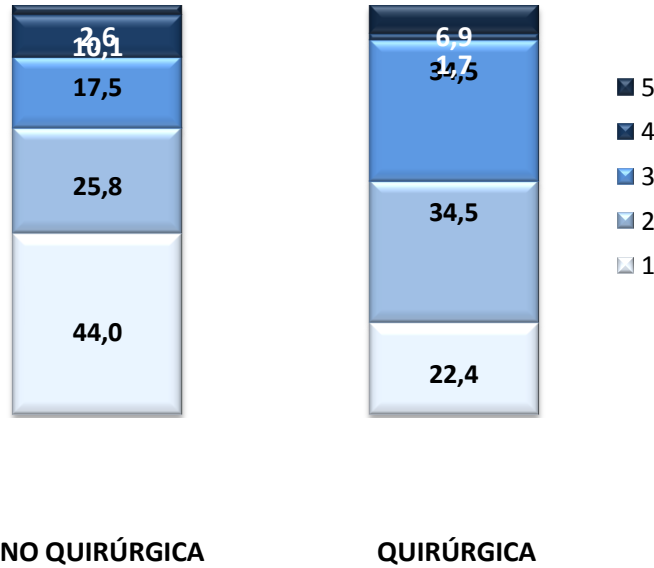
Pregunta 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 51: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



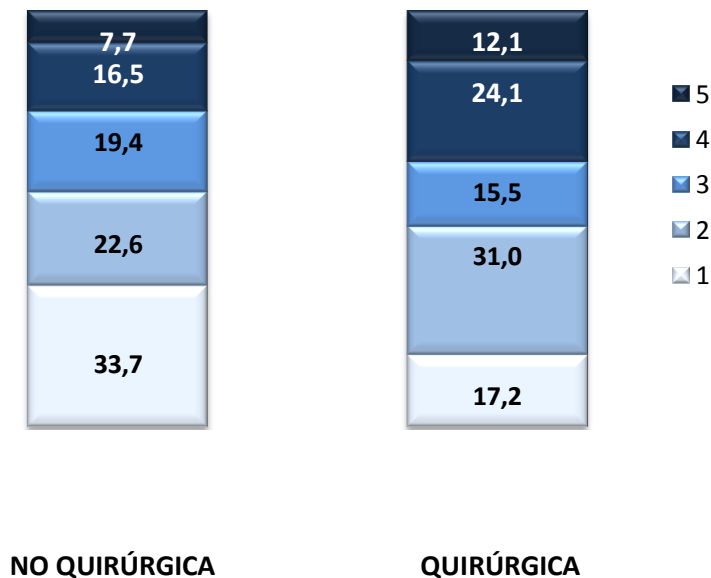
Pregunta 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.

Gráfico 52: P 34 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega le atenderá.



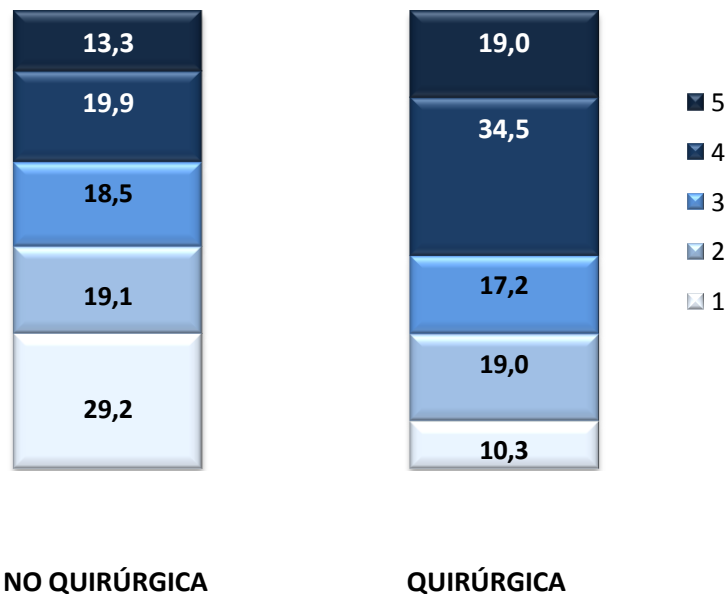
Pregunta 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 53: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por contacto personal.



Pregunta 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.

Gráfico 54: P 48.5:La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es: Por contacto personal.



➤ **Factor 2:** Cooperar en los planes de cuidado.

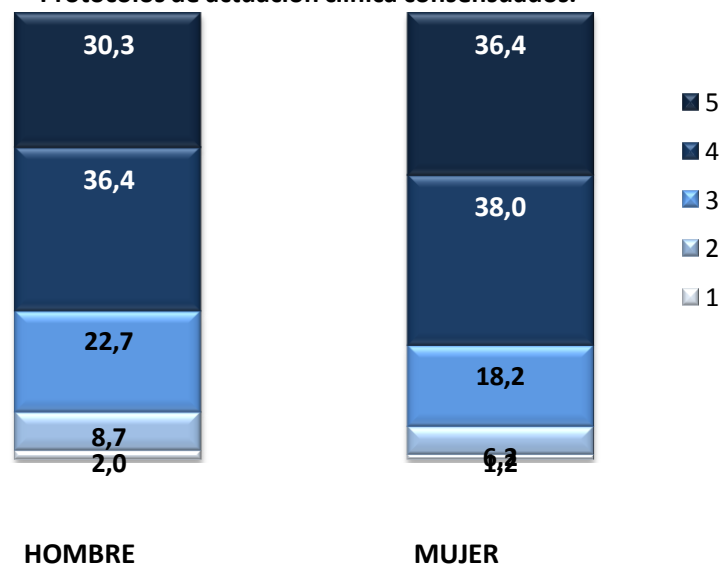
Estadísticos población total	FACTOR 2		
	P38	P39	P40
Media	3,9	4,1	3,7
Desviación estándar	1,0	1,0	1,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0	5,0
C ₁	3,0	4,0	3,0
C ₂ Mediana	4,0	4,0	4,0
C ₃	5,0	5,0	4,0

Cuando se analizaron las respuestas a los ítems pertenecientes al factor 2, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en función del sexo.

Estadísticos según Sexo		FACTOR 2		
		P38	P39	P40
Hombre	Media	3,8	4,0	3,6
	Desviación estándar	1,0	1,1	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	3,0
Mujer	C ₂ Mediana	4,0	4,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	4,0
	Media	4,0	4,2	3,8
	Desviación estándar	1,0	0,9	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
Prueba U de Mann-Whitney	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	4,0
p-valor		0,020	0,013	ns

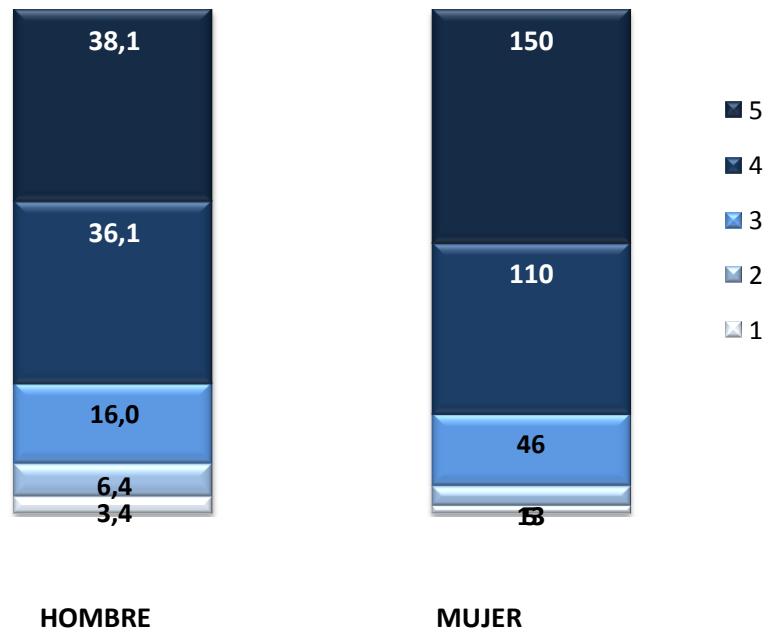
Pregunta 38: Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada. Protocolos de actuación clínica consensuados.

Gráfico 55: P 38: Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada. Protocolos de actuación clínica consensuados.



Pregunta 39: Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada. Reuniones para comentar casos individuales.

Gráfico 56: P 39: Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada. Reuniones para comentar casos individuales.



➤ **Factor 3:** Altruismo/Compromiso con el paciente.

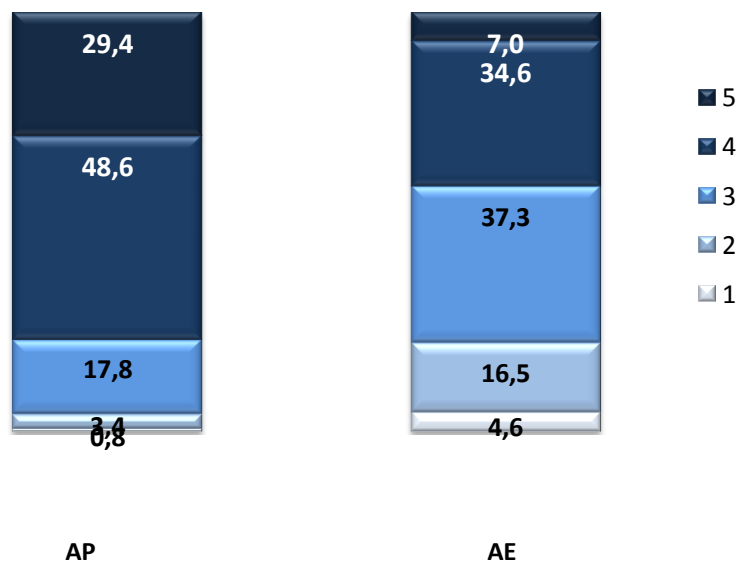
Estadísticos población total	FACTOR 3			
	P11	P13	P44	P45
Media	3,6	4,0	3,2	3,2
Desviación estándar	1,0	0,8	1,0	1,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
C ₁	3,0	4,0	2,0	3,0
C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
C ₃	4,0	5,0	4,0	4,0

Cuando se analizaron las respuestas en función del sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo cuando se analizó en función del ámbito (Atención Primaria/Atención especializada), se encontraron diferencias en los ítems 11, 13 y 44 tal factor 3 tal y como muestra la tabla presentada a continuación.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 3			
		P11	P13	P44	P45
Atención Primaria	Media	4,0	4,3	3,5	3,1
	Desviación estándar	0,8	0,7	0,9	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	3,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
	C ₃	5,0	5,0	4,0	4,0
Hospital	Media	3,2	3,7	2,8	3,2
	Desviación estándar	1,0	0,9	1,1	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	2,0	3,0
	C ₂ Mediana	3,0	4,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	4,0	4,0	4,0
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	ns

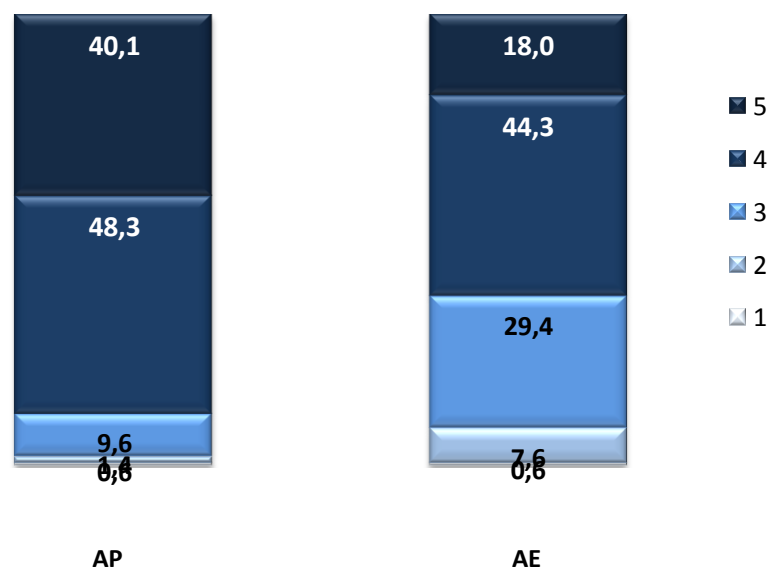
Pregunta 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.

Gráfico 57: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.



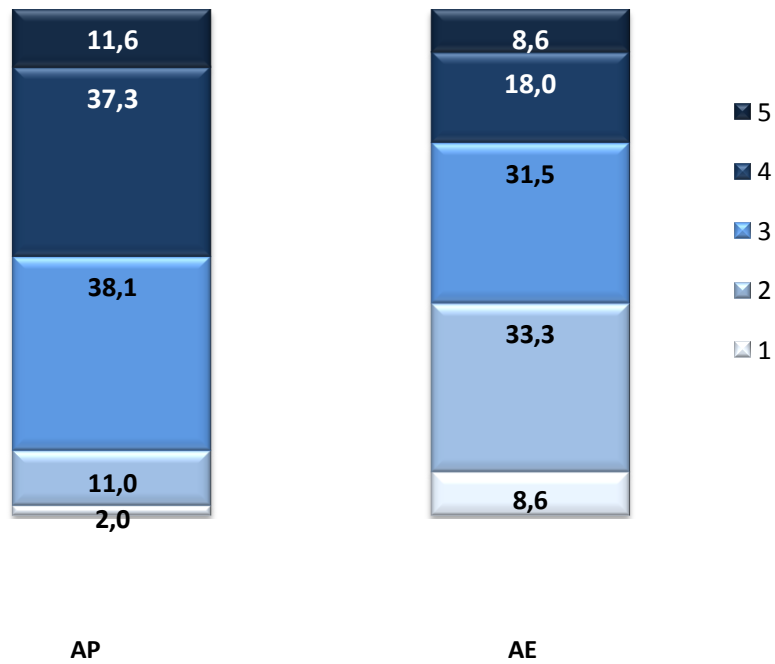
Pregunta 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 58: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.



Pregunta 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.

Gráfico 59: P 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.

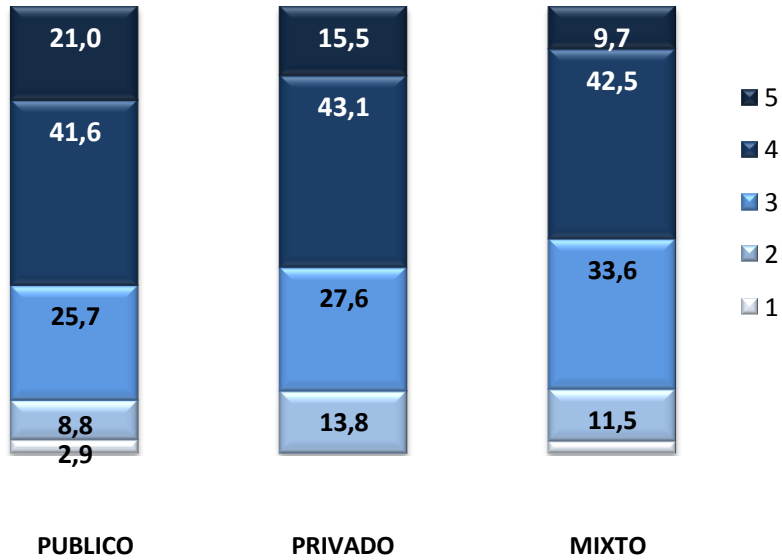


Posteriormente se decidió tal y como muestra la siguiente tabla se decidió explorar las posibles diferencias existentes en función del tipo de organización en la que trabajan los médicos participantes, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los ítems: 11 y 13.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 3			
		P11	P13	P44	P45
Público	Media	3,7	4,0	3,2	3,1
	Desviación estándar	1,0	0,8	1,0	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
C ₃	4,0	5,0	4,0	4,0	
Privado	Media	3,6	4,0	3,3	3,1
	Desviación estándar	0,9	0,9	1,0	0,9
	Mínimo	2,0	2,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	2,8	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
C ₃	4,0	5,0	4,0	4,0	
Mixto	Media	3,5	3,8	3,0	3,2
	Desviación estándar	0,9	0,8	1,1	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	2,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
C ₃	4,0	4,0	4,0	4,0	
Prueba de Kruskal Wallis	p-valor	0,030	0,019	ns	Ns
U de Mann-Whitney	Público vs Privado	0,010	0,004		
	Público vs Mixto				
	Privado vs Mixto				

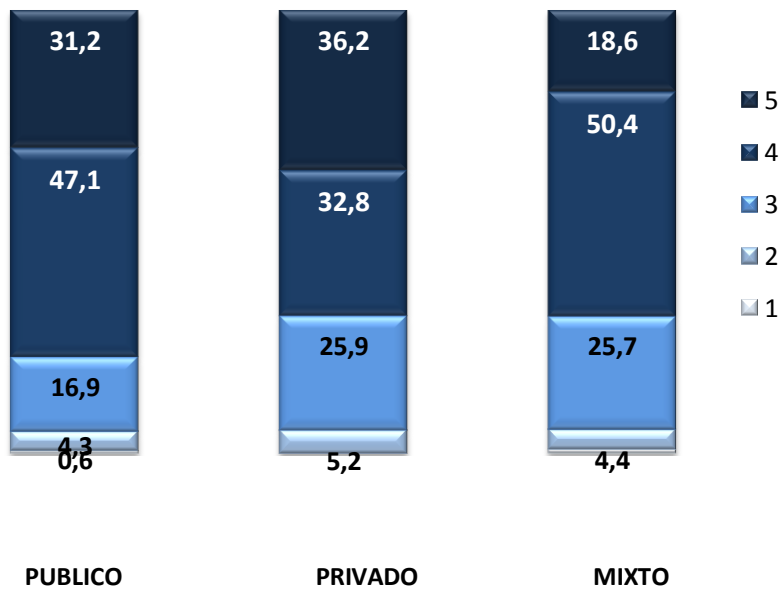
Pregunta 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.

Gráfico 60: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.



Pregunta 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 61: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

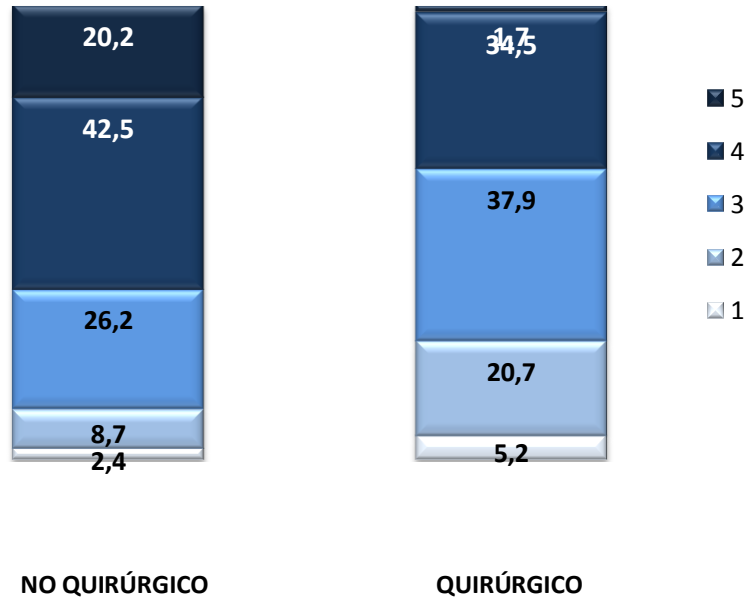


Por otra parte se analizó las posibles diferencias significativas existentes en función de si la especialidad de los participantes pertenecía al grupo de las denominadas no quirúrgicas o las quirúrgicas, encontrando dichas diferencias en todos los ítems pertenecientes al factor 3.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 3			
		P11	P13	P44	P45
No quirúrgico	Media	3,7	4,0	3,2	3,2
	Desviación estándar	1,0	0,8	1,0	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	5,0	4,0	4,0
Quirúrgico	Media	3,1	3,5	2,7	2,8
	Desviación estándar	0,9	0,9	1,1	1,0
	Mínimo	1,0	2,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	2,0	3,0	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	3,0	3,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	4,0	3,3	3,3
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	< 0,001	< 0,001	0,001	0,001

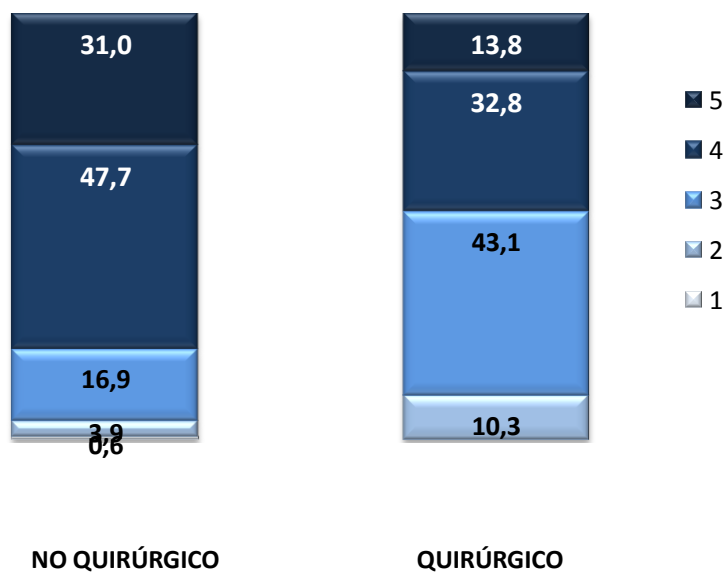
Pregunta 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.

Gráfico 62: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.



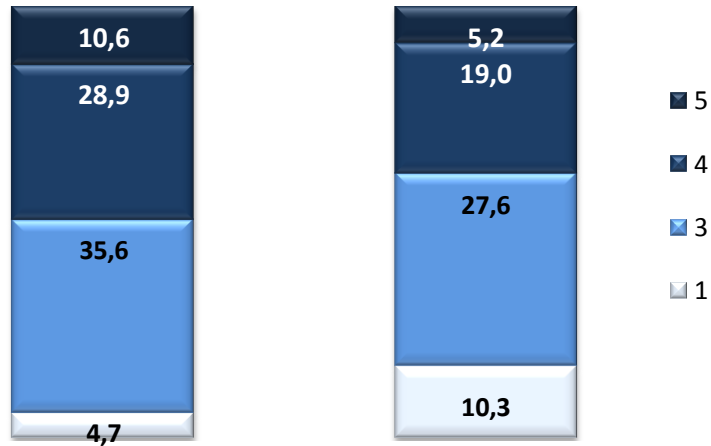
Pregunta 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 63: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.



Pregunta 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.

Gráfico 64: P 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.

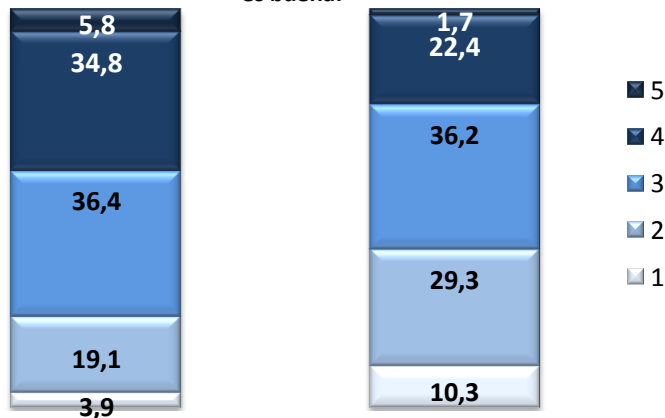


NO QUIRÚRGICO

QUIRÚRGICO

Pregunta 45: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

Gráfico 65: P 45: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.



NO QUIRÚRGICO

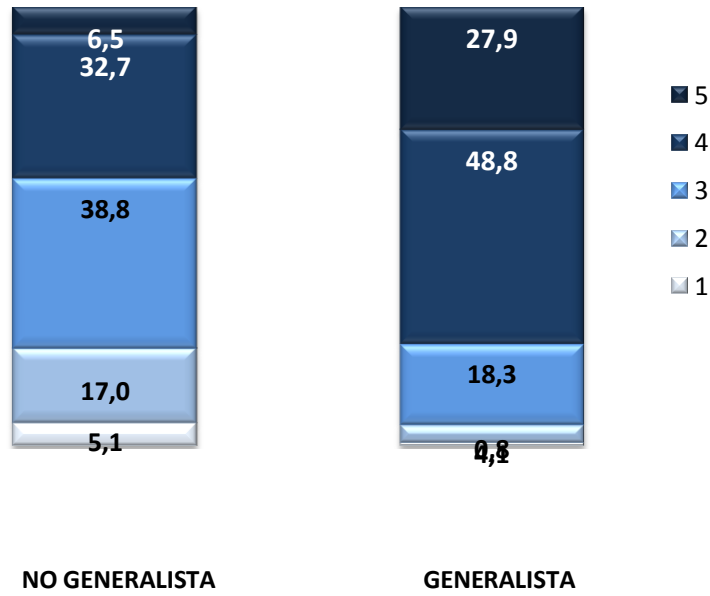
QUIRÚRGICO

Y finalmente se decidió agrupar las especialidades de los respondedores en función de si éstas pertenecían al grupo de las denominadas no generalistas o generalistas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los ítems: 11, 13, 43.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 3			
		P11	P13	P44	P45
No generalista	Media	3,2	3,7	2,9	3,1
	Desviación estándar	1,0	0,9	1,1	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	2,0	2,8
	C ₂ Mediana	3,0	4,0	3,0	3,0
	C ₃	4,0	4,0	4,0	4,0
Generalista	Media	4,0	4,2	3,4	3,2
	Desviación estándar	0,8	0,7	1,0	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	3,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	3,0	3,0
	C ₃	5,0	5,0	4,0	4,0
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	ns

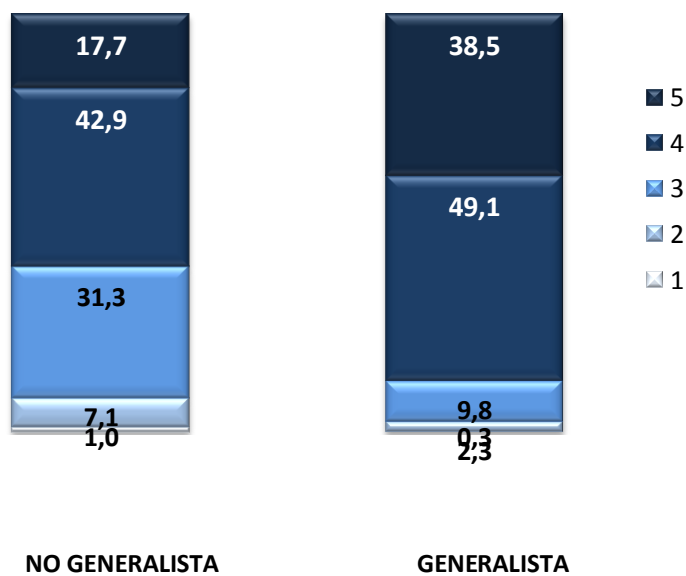
Pregunta 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.

Gráfico 66: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alta.



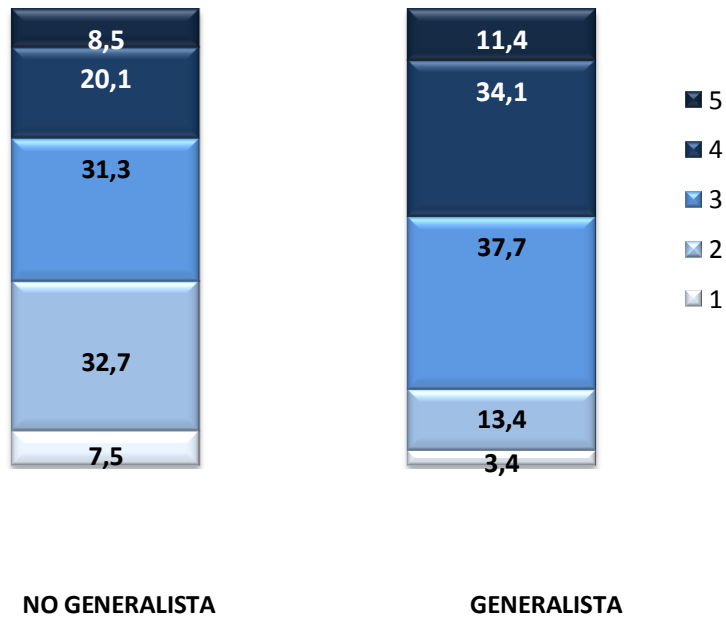
Pregunta 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 67: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.



Pregunta 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.

Gráfico 68: P 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.



➤ **Factor 4: Respeto a la Jerarquía.**

Estadísticos población total	FACTOR 4	
	P25	P26
Media	2,2	2,1
Desviación estándar	1,0	0,9
Mínimo	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0
C ₁	1,5	1,0
C ₂ Mediana	2,0	2,0
C ₃	3,0	3,0

Respecto al factor cuatro cabe destacar que únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de organización (pública, privada o mixta) para la que trabajaban los médicos encuestados.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 4	
		P25	P26
Público	Media	2,2	2,1
	Desviación estándar	0,9	0,9
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0
Privado	Media	2,6	2,5
	Desviación estándar	1,0	0,9
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	3,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0
Mixto	Media	2,1	2,2
	Desviación estándar	1,0	1,0
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0
Prueba de Kruskal Wallis		p-valor	0,002 0,014
U de Mann-Whitney		Público vs Privado	0,001 0,003
		Público vs Mixto	0,001 0,019
		Privado vs Mixto	

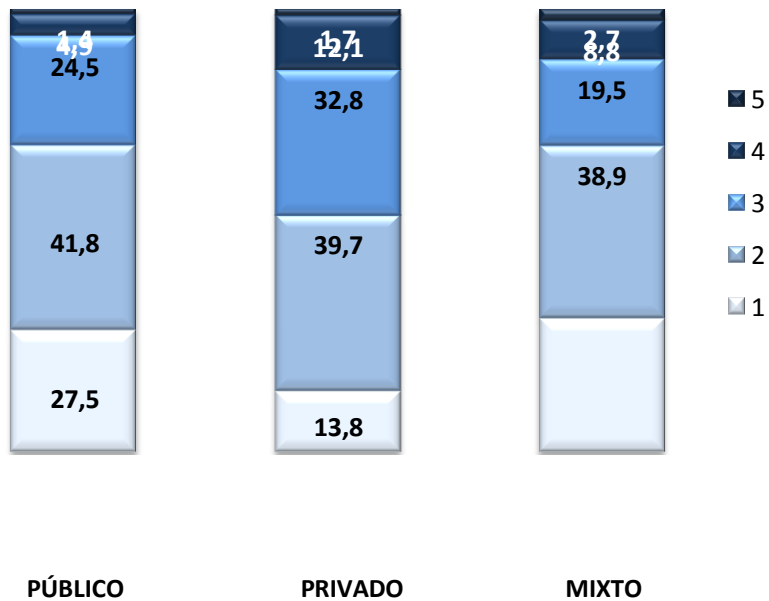
Pregunta 25: La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.

Gráfico 69: P 25: La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.



Pregunta 26: La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.

Gráfico 70: P 26: La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.



➤ **Factor 5: Modelo organizativo/condiciones de trabajo.**

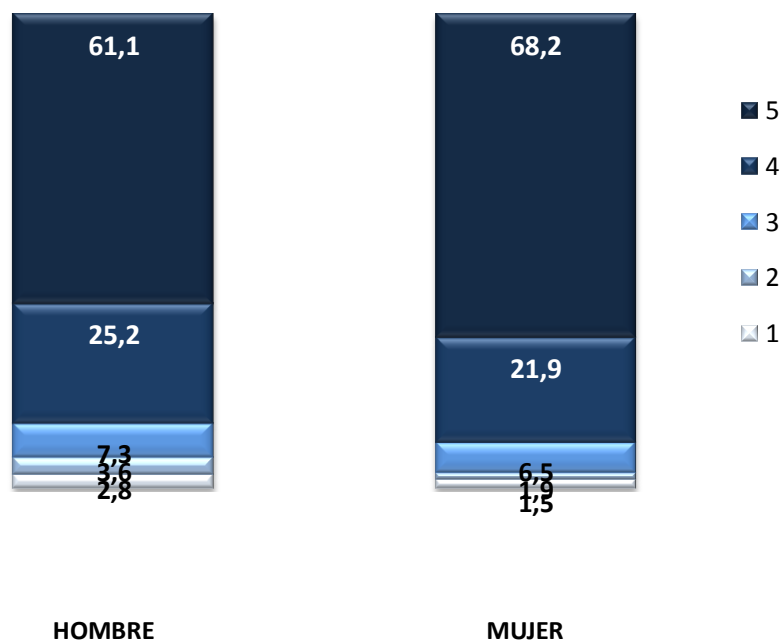
		FACTOR 5		
Estadísticos población total		P21	P22	P23
Media		3,8	4,5	4,0
Desviación estándar		1,2	0,9	1,0
Mínimo		1,0	1,0	1,0
Máximo		5,0	5,0	5,0
C ₁		3,0	4,0	3,0
C ₂ Mediana		4,0	5,0	4,0
C ₃		5,0	5,0	5,0

Cuando se analizan los datos en función del sexo, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ítem: 22.

Estadísticos según Sexo		FACTOR 5		
		P21	P22	P23
Hombre	Media	3,8	4,4	3,9
	Desviación estándar	1,2	1,0	1,1
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
Mujer	Media	3,8	4,5	4,1
	Desviación estándar	1,2	0,8	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	ns	0,038	ns

Pregunta 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

Gráfico 71: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial necesitan pruebas a las que no tengo acceso.

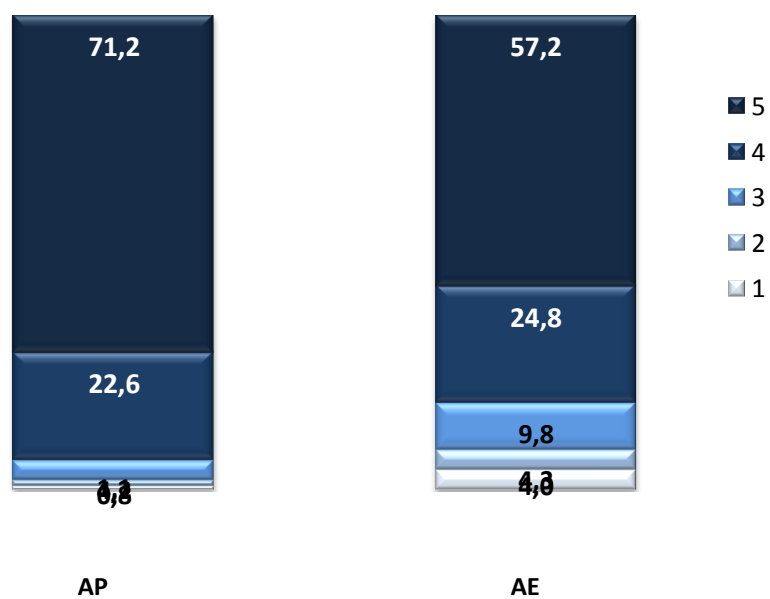


Posteriormente tal y como se realizó con el resto de factores, se decidió explorar las posibles diferencias estadísticamente significativas en función el ámbito de trabajo (Atención Primaria versus Atención Especializada), encontrando diferencias en siguientes ítems: 22 y 23 tal y como muestra la siguiente tabla.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 5			
		P21	P22	P23	
Atención Primaria	Media	3,9	4,6	4,2	
	Desviación estándar	1,1	0,7	0,9	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	
	C ₁	3,0	4,0	4,0	
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0	
	C ₃	5,0	5,0	5,0	
Hospital	Media	3,7	4,3	3,8	
	Desviación estándar	1,3	1,1	1,2	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	
	C ₁	3,0	4,0	3,0	
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0	
	C ₃	5,0	5,0	5,0	
Prueba U de Mann-Whitney		p-valor	ns	< 0,001	< 0,001

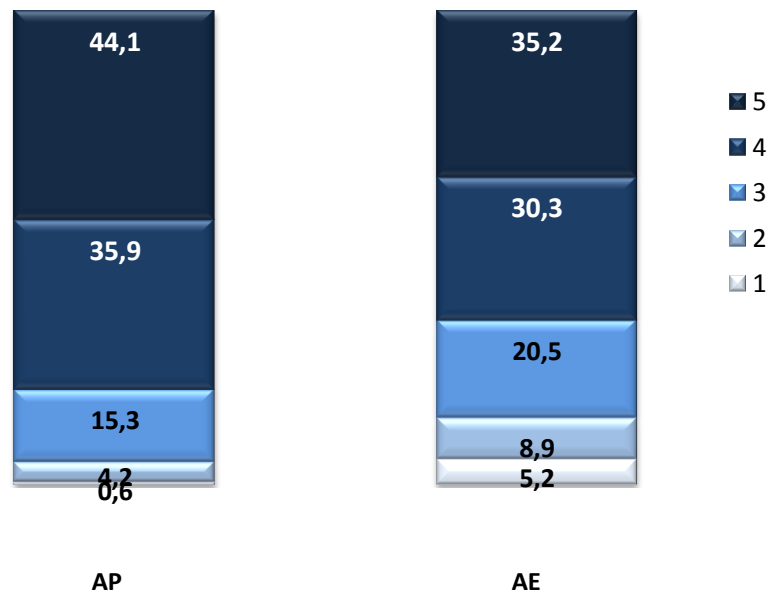
Pregunta 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

Gráfico 72: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.



Pregunta 23: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

Gráfico 73: P 23: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

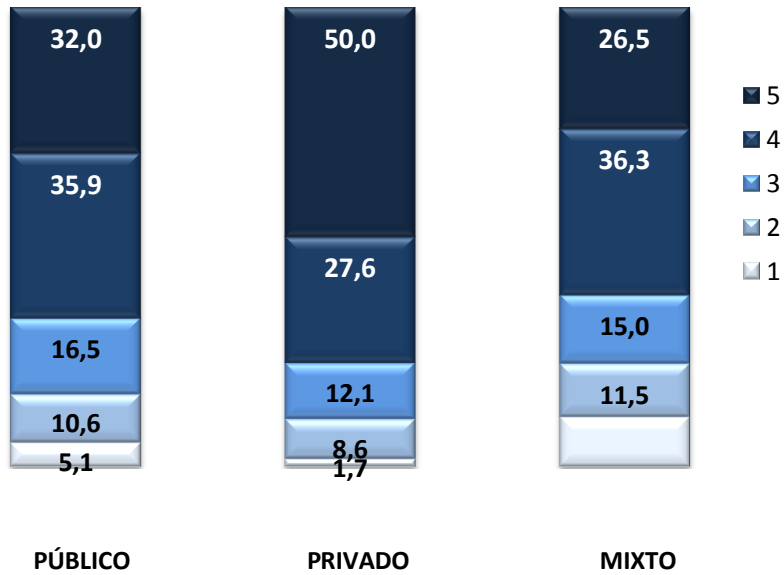


Por otra parte se analizó si había diferencias en función del tipo de organización a la que pertenecían los médicos colegiados respondedores encontrando diferencias estadísticamente significativa en los ítems: 21 y 22, tal y como se muestra en la tabla expuesta a continuación.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 5		
		P21	P22	P23
Público	Media	3,8	4,4	4,0
	Desviación estándar	1,2	0,9	1,0
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0
Privado	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
	Media	4,2	4,8	4,3
	Desviación estándar	1,1	0,4	0,8
	Mínimo	1,0	4,0	2,0
Mixto	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	5,0	4,0
	C ₂ Mediana	4,5	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
	Media	3,6	4,4	3,9
Prueba de Kruskal Wallis	Desviación estándar	1,3	1,0	1,1
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
U de Mann-Whitney	C ₃	5,0	5,0	5,0
	p-valor	0,007	0,008	ns
	Público vs Privado	0,012	0,003	
U de Mann-Whitney	Público vs Mixto	0,002	0,003	
	Privado vs Mixto			

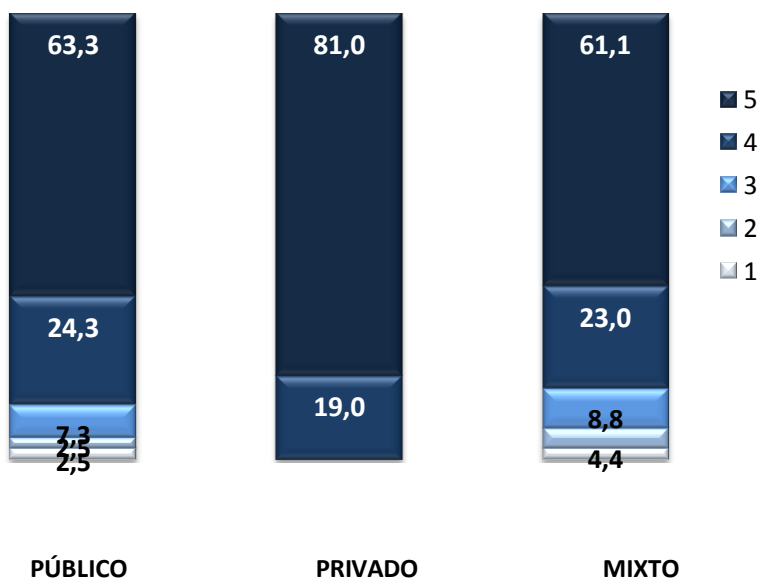
Pregunta 21: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.

Gráfico 74: P 21: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.



Pregunta 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

Gráfico 75: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.

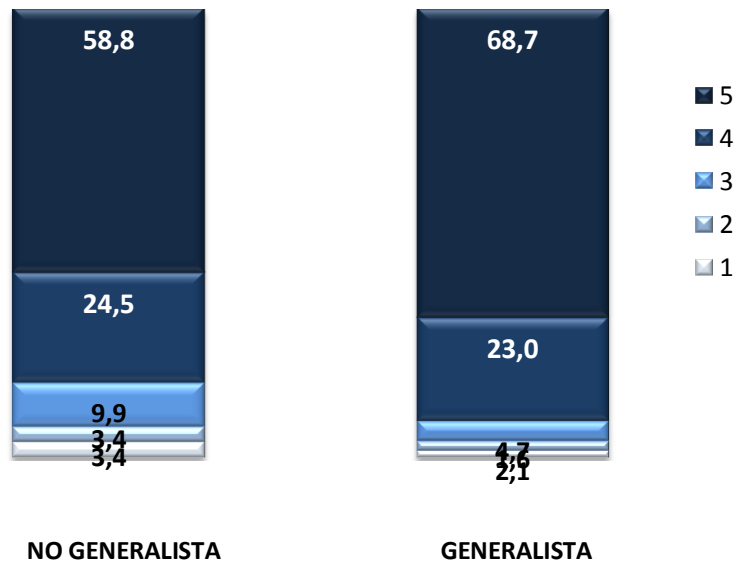


Finalmente se estudiaron las posibles diferencias en función de si la especialidad de los participantes se englobaba dentro del grupo de generalistas versus no generalistas encontrando diferencias estadísticamente significativas en los ítems: 22 y 23. Sin embargo cuando dichas especialidades se analizaban en función de si pertenecían al grupo de las denominadas quirúrgicas o no quirúrgicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems pertenecientes al factor 5.

Estadísticos según Especialidad		FACTOR 5		
		P21	P22	P23
No generalista	Media	3,7	4,3	3,8
	Desviación estándar	1,3	1,0	1,2
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
Generalista	Media	3,8	4,6	4,2
	Desviación estándar	1,1	0,8	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	ns	0,002	0,001

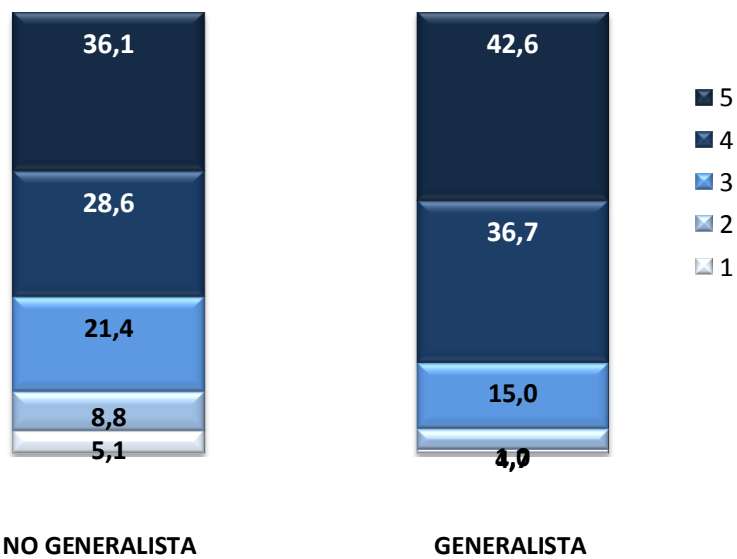
Pregunta 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.

Gráfico 76: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.



Pregunta 23: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

Gráfico 77: P 23: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.



➤ **Factor 6:** Consideración mutua: Lealtad.

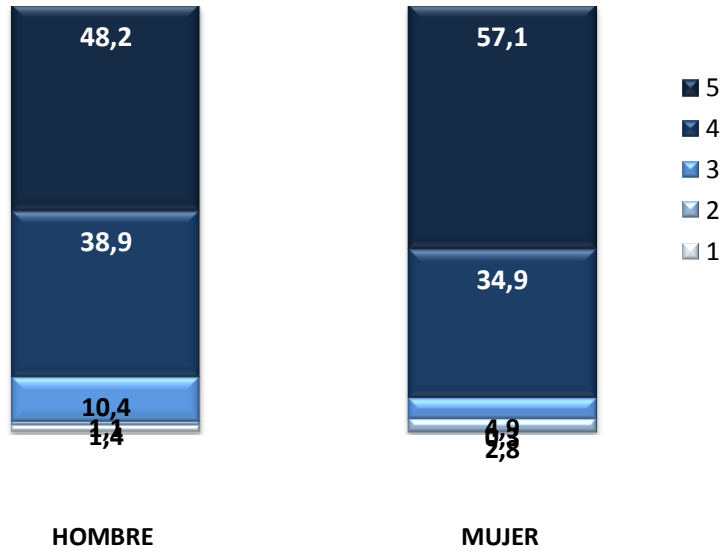
Estadísticos población total	FACTOR 6			
	P7	P8	P37	P41
Media	4,4	4,1	4,7	4,4
Desviación estándar	0,8	0,9	0,6	0,7
Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
C ₁	4,0	4,0	5,0	4,0
C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	4,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0

Cuando se analizaron las respuestas en función del sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems 7 y 37 tal y como muestra la tabla presentada a continuación.

Estadísticos según Sexo		FACTOR 6			
		P7	P8	P37	P41
Hombre	Media	4,3	4,1	4,6	4,3
	Desviación estándar	0,8	0,9	0,6	0,8
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0	5,0	4,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Mujer	Media	4,5	4,2	4,8	4,4
	Desviación estándar	0,7	0,9	0,5	0,7
	Mínimo	1,0	1,0	3,0	2,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	5,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	5,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	0,011	ns	0,001	ns

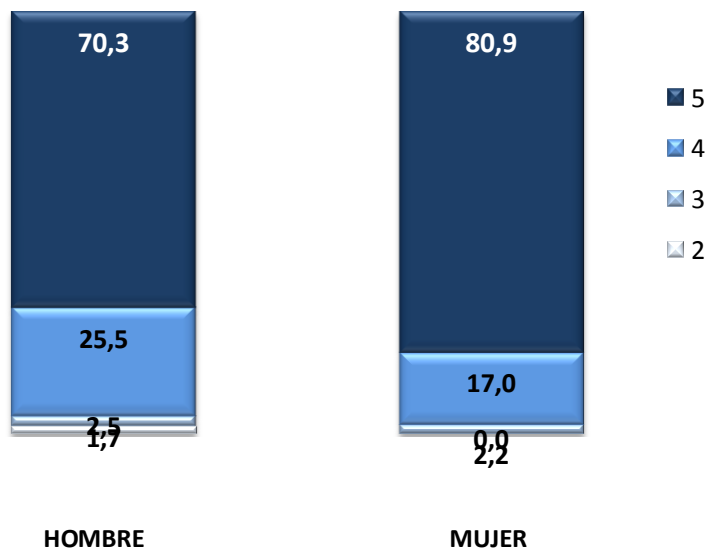
Pregunta 7: La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.

Gráfico 78: P 7: La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.



Pregunta 37: Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Gráfico 79: P 37: Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

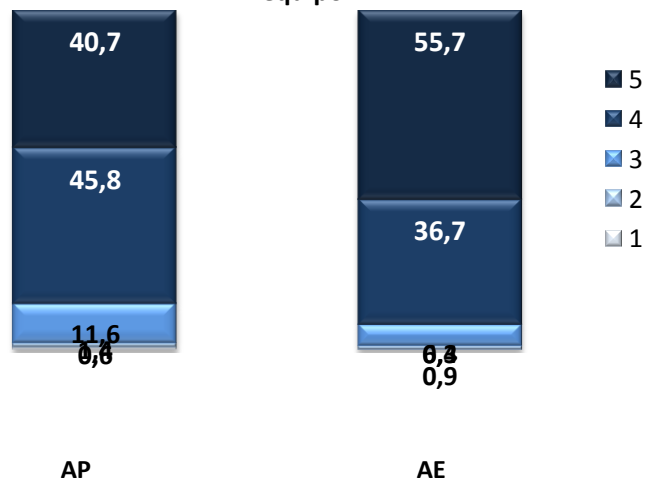


Respecto al ámbito de trabajo (Atención primaria versus hospital), se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el ítem 41 tal y como muestra la siguiente tabla.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 6			
		P7	P8	P37	P41
Atención primaria	Media	4,3	4,0	4,7	4,2
	Desviación estándar	0,8	1,0	0,5	0,8
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0	5,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	4,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Hospital	Media	4,4	4,2	4,7	4,5
	Desviación estándar	0,7	0,9	0,6	0,7
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	5,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	ns	ns	ns	< 0,001

Pregunta 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Gráfico 80: P 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

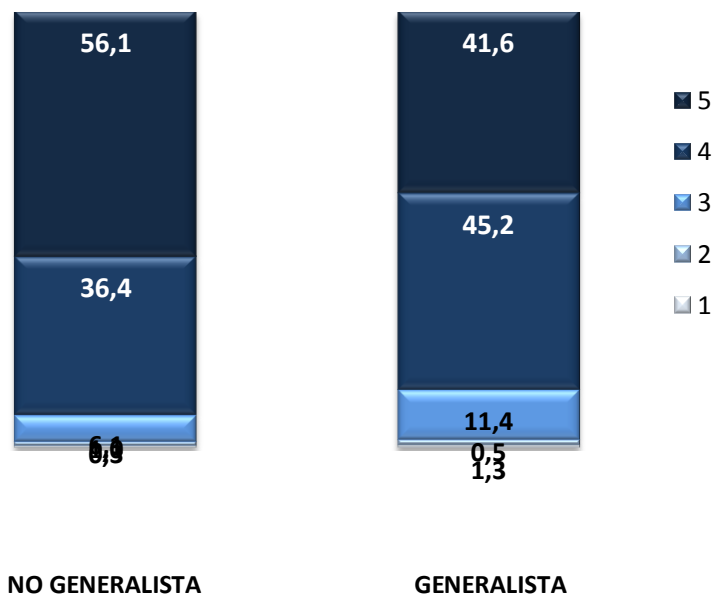


Posteriormente se decidió buscar diferencias en función del tipo de organización para la que trabajaban los médicos encuestados (Público, Privado o Mixto), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, por lo que se decidió agrupar la especialidad de los médicos respondedores según si ésta pertenecía al grupo de las no generalistas o generalistas, encontrando diferencias en el ítem: y por otra parte si ésta pertenecía al grupo de las especialidades denominadas no quirúrgicas o quirúrgicas encontrando diferencias estadísticamente significativas en el ítem:, tal y como muestran las tablas expuestas a continuación.

Estadísticos según Especialidad		FACTOR 6			
		P7	P8	P37	P41
No generalista	Media	4,5	4,1	4,7	4,5
	Desviación estándar	0,7	0,9	0,6	0,7
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	5,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Generalista	Media	4,3	4,1	4,7	4,3
	Desviación estándar	0,8	1,0	0,5	0,7
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0	5,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	4,0
C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	ns	ns	ns	< 0,001

Pregunta 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

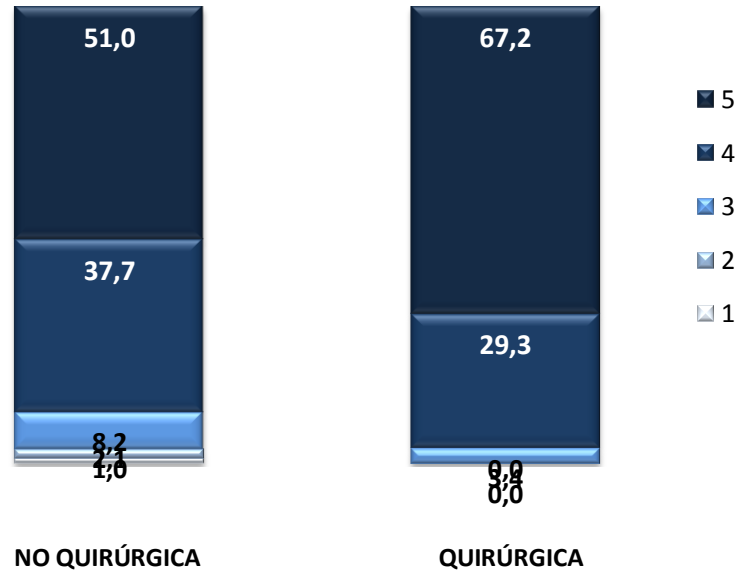
Gráfico 81: P 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.



Estadísticos según Especialidad		FACTOR 6			
		P7	P8	P37	P41
No quirúrgica	Media	4,4	4,1	4,7	4,3
	Desviación estándar	0,8	0,9	0,5	0,7
	Mínimo	1,0	1,0	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0	5,0	4,0
Quirúrgica	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0
	Media	4,6	4,1	4,7	4,4
	Desviación estándar	0,6	1,0	0,7	0,7
	Mínimo	3,0	2,0	2,0	1,0
Prueba U de Mann-Whitney	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0	4,8	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	5,0	5,0
	C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0
	p-valor	0,010	ns	ns	ns

Pregunta 7: La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.

Gráfico 82: P 7: La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.



➤ **Factor 7:** Herramientas de comunicación.

Estadísticos población total	FACTOR 7	
	P47_2	P48_3
Media	2,4	2,3
Desviación estándar	1,3	1,2
Mínimo	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0
C ₁	1,0	1,0
C ₂ Mediana	2,0	2,0
C ₃	3,0	3,0

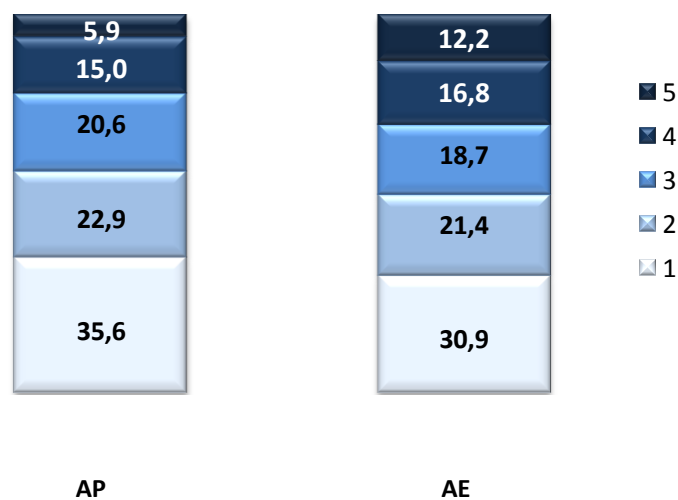
Cuando se analizaron los resultados en función de sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por el contrario, cuando se analizaban las respuestas en función del ámbito asistencial (Atención

primaria versus hospital) se encontraron diferencias en el ítem: 47.2, tal y como se observa en la tabla presentada a continuación.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 7	
		P47_2	P48_3
Atención Primaria	Media	2,3	2,2
	Desviación estándar	1,3	1,2
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
Hospital	C ₂ Mediana	2,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0
	Media	2,6	2,4
	Desviación estándar	1,4	1,2
	Mínimo	1,0	1,0
Hospital	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0
Prueba U de Mann-Whitney	C ₃	4,0	3,0
	p-valor	0,025	ns

Pregunta 47.2: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.

Gráfico 83: P 47.2: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.

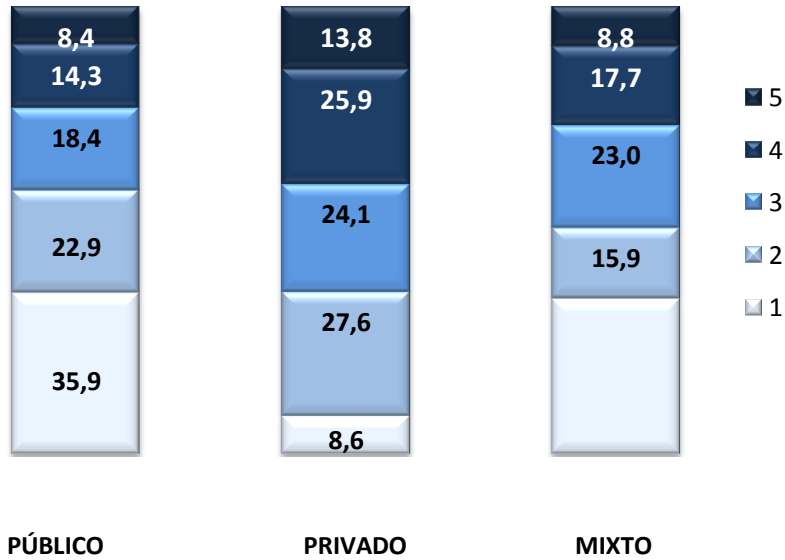


Por otra parte se decidió explorar las posibles diferencias existentes en las respuestas de los médicos participantes en función del tipo de organización en la que trabajaban (pública, privada o mixta), encontrando diferencias en los dos ítems pertenecientes al factor siete tal y como muestra la siguiente tabla.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 7	
		P47_2	P48_3
Público	Media	2,4	2,2
	Desviación estándar	1,3	1,2
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0
	C ₃	3,0	3,0
Privado	Media	3,1	2,8
	Desviación estándar	1,2	1,1
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	2,0	2,0
	C ₂ Mediana	3,0	3,0
	C ₃	4,0	3,3
Mixto	Media	2,5	2,3
	Desviación estándar	1,4	1,2
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	1,0	1,0
	C ₂ Mediana	2,0	2,0
	C ₃	4,0	3,0
Prueba de Kruskal Wallis	p-valor	< 0,001	0,001
	Público vs Privado	< 0,001	< 0,001
U de Mann-Whitney	Público vs Mixto	0,006	0,007
	Privado vs Mixto		

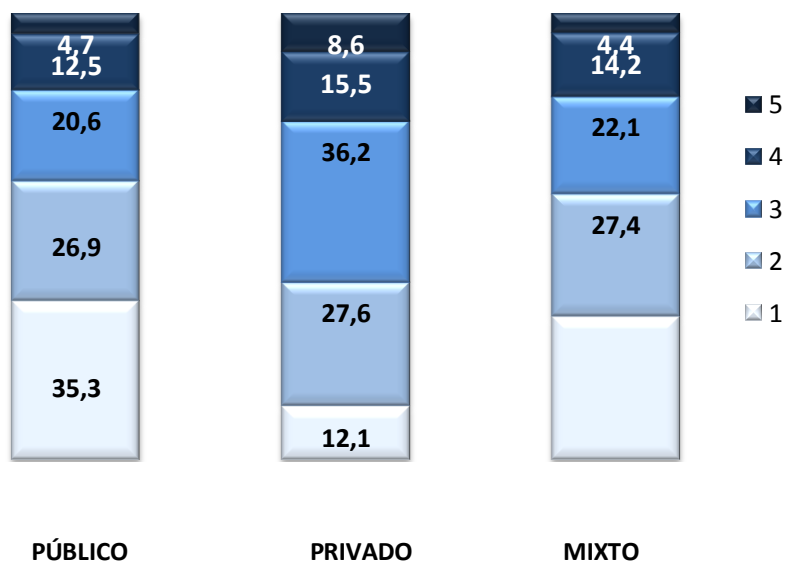
Pregunta 47.2: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.

Gráfico 84: P 47.2: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.



Pregunta 48.3: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.

Gráfico 85: P 48.3: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es: Por correo electrónico.



Finalmente se decidió reagrupar los datos en función de si la especialidad de los médicos participantes en el estudio pertenecía al grupo de las denominadas no generalistas versus generalistas o no quirúrgicas versus quirúrgicas, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, en ningún caso.

➤ **Factor 8:** Compromiso con la institución.

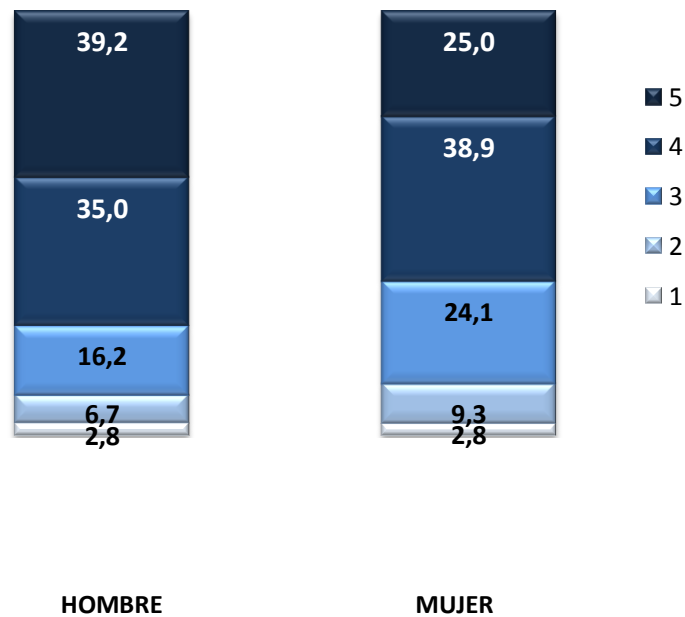
Estadísticos población total	FACTOR 8	
	P27	P29
Media	4,4	3,9
Desviación estándar	0,7	1,0
Mínimo	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0
C ₁	4,0	3,0
C ₂ Mediana	5,0	4,0
C ₃	5,0	5,0

En primer lugar se decidió explorar las diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, obteniendo diferencias en el ítem: 29, tal y como se observa en la tabla expuesta a continuación.

Estadísticos según Sexo		FACTOR 8	
		P27	P29
Hombre	Media	4,4	4,0
	Desviación estándar	0,7	1,0
	Mínimo	2,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C₁	4,0	3,0
	C₂ Mediana	5,0	4,0
Mujer	Media	4,4	3,7
	Desviación estándar	0,7	1,0
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C₁	4,0	3,0
	C₂ Mediana	5,0	4,0
Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	ns	< 0,001

Pregunta 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Gráfico 86: P 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

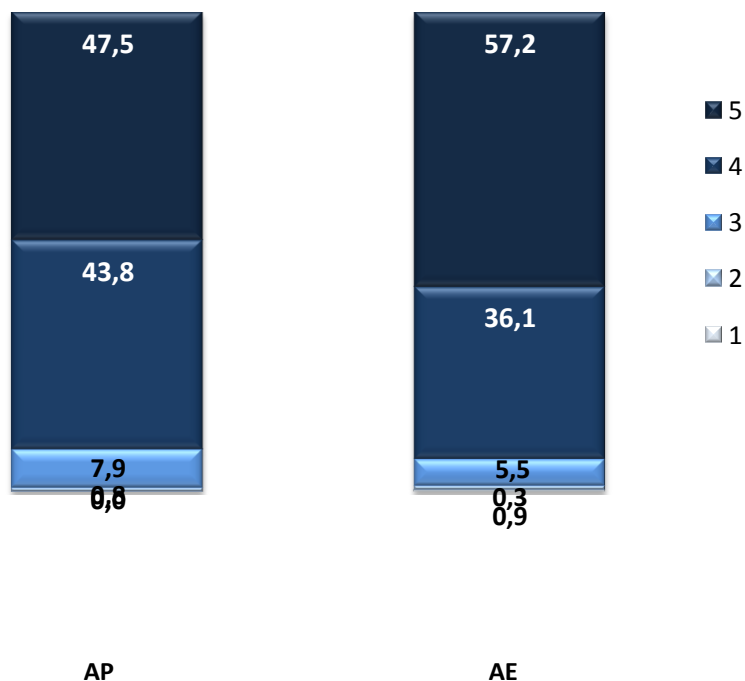


Posteriormente se decidió explorar las posibles diferencias estadísticamente significativas en función del ámbito asistencial (Atención Primaria versus Atención especializada), encontrando diferencias en los dos ítems pertenecientes al factor 8: ítem 27 y 29, tal y como se observa en la siguiente tabla.

Estadísticos según Ámbito		FACTOR 8		
		P27	P29	
Atención Primaria	Media	4,4	3,8	
	Desviación estándar	0,7	1,1	
	Mínimo	2,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	
	C ₁	4,0	3,0	
Hospital	C ₂ Mediana	4,0	4,0	
	C ₃	5,0	5,0	
	Media	4,5	4,0	
	Desviación estándar	0,7	1,0	
	Mínimo	1,0	1,0	
Hospital	Máximo	5,0	5,0	
	C ₁	4,0	3,0	
	C ₂ Mediana	5,0	4,0	
Hospital	C ₃	5,0	5,0	
	Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	0,012	0,001

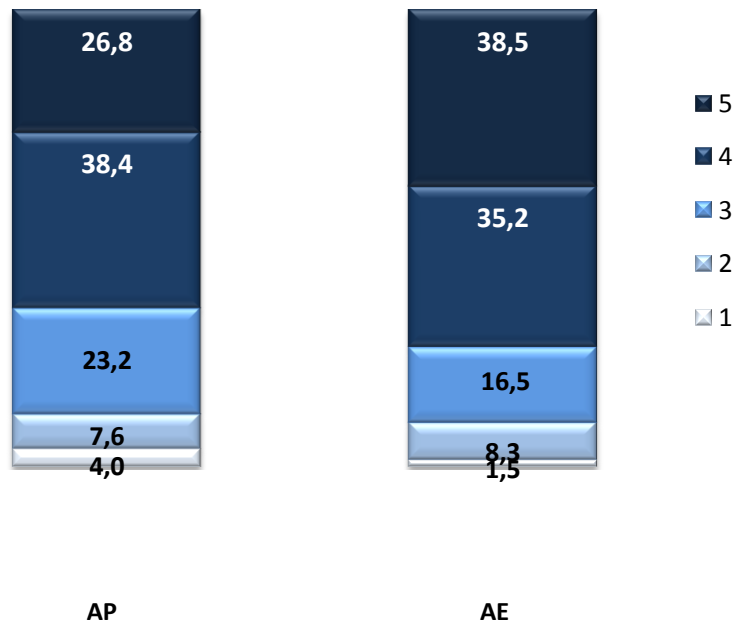
Pregunta 27: Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

Gráfico 87: P 27: Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.



Pregunta 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Gráfico 88: P 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

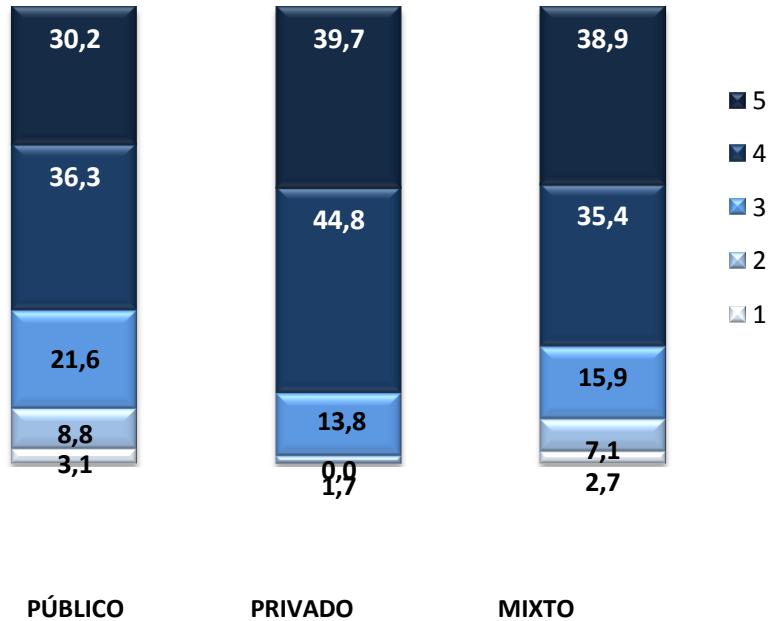


Por otra parte, se decidió analizar las posibles diferencias en función del tipo de organización (público, privado y mixto) para la que trabajaban los médicos encuestados, encontrando diferencias estadísticamente significativas únicamente en el ítem: 29, tal y como muestra la tabla expuesta a continuación.

Estadísticos según Tipo de trabajo		FACTOR 8	
		P27	P29
Público	Media	4,4	3,8
	Desviación estándar	0,7	1,1
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0
Privado	C ₂ Mediana	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0
	Media	4,5	4,2
	Desviación estándar	0,5	0,8
	Mínimo	4,0	2,0
Mixto	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	4,0	4,0
	C ₂ Mediana	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0
	Media	4,4	4,0
Prueba de Kruskal Wallis	Desviación estándar	0,7	1,0
	p-valor	ns	0,009
U de Mann-Whitney	Público vs Privado		0,008
	Público vs Mixto		
	Privado vs Mixto		

Pregunta 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Gráfico 89: P3 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.

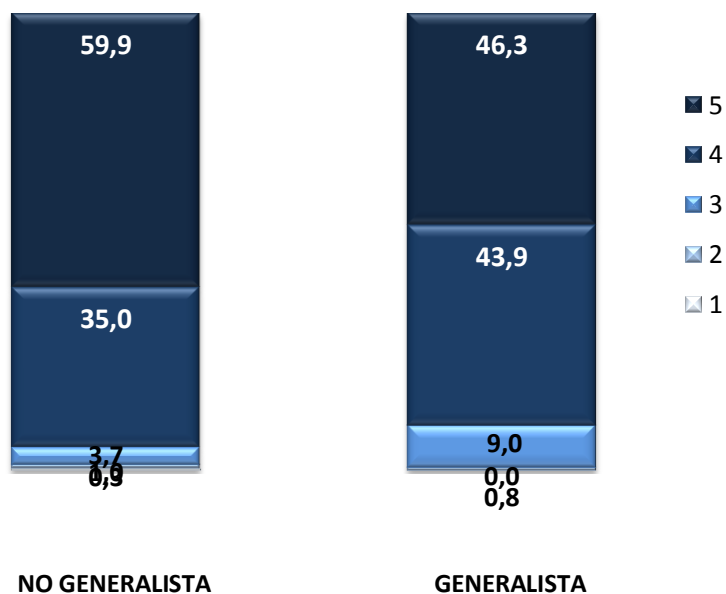


Finalmente se decidió reagrupar las respuestas de los médicos encuestados en función de si su especialidad pertenecía al grupo de las denominadas no generalistas versus generalistas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los dos ítems pertenecientes al factor 8, tal y como se observa en la siguiente tabla. Sin embargo cuando dichas especialidades se reagrupaban en función de si éstas pertenecían al grupo de las no quirúrgicas versus quirúrgicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Estadísticos según Especialidad		FACTOR 8	
		P27	P29
No generalista	Media	4,5	4,1
	Desviación estándar	0,7	1,0
	Mínimo	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0
Generalista	C ₂ Mediana	5,0	4,0
	C ₃	5,0	5,0
	Media	4,4	3,7
	Desviación estándar	0,7	1,1
	Mínimo	2,0	1,0
Generalista	Máximo	5,0	5,0
	C ₁	4,0	3,0
	C ₂ Mediana	4,0	4,0
Generalista	C ₃	5,0	5,0
	Prueba U de Mann-Whitney	p-valor	
		< 0,001	< 0,001

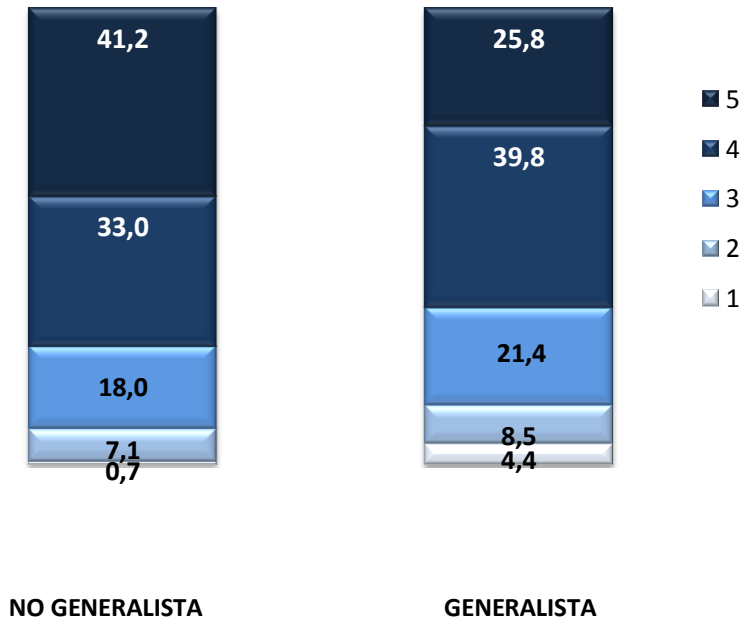
Pregunta 27: Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

Gráfico 90: P 27: Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.



Pregunta 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Gráfico 91: P 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.



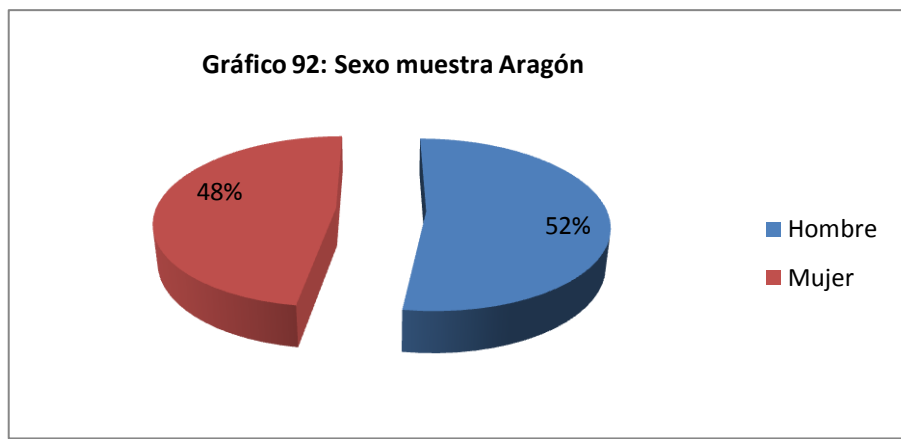
4. Resultados cuestionario. (Muestra de Aragón).

1. Descripción de la población.

Se obtuvieron un total de 250 cuestionarios correctamente cumplimentados por parte de los médicos colegiados en Aragón. Las tablas y gráficos presentan las características sociodemográficas de la población final de respondedores.

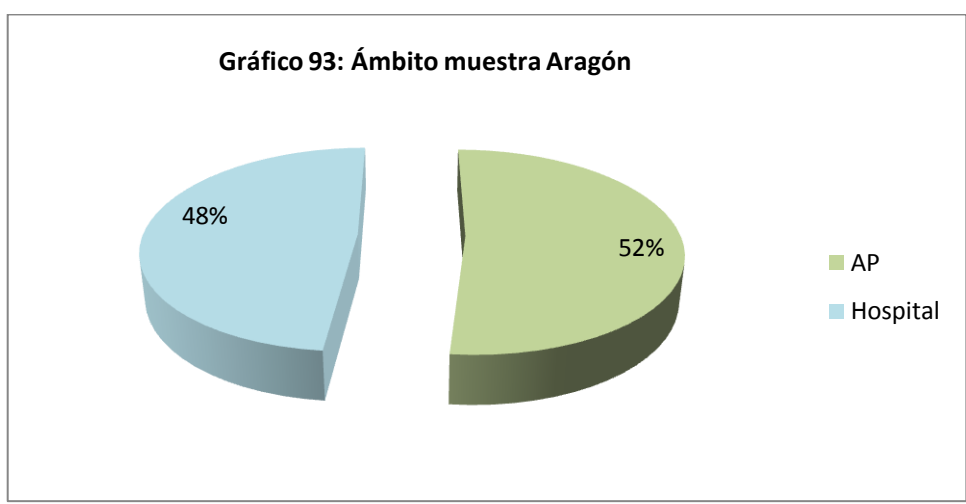
Respecto al sexo destaca que un 52,4% eran hombres.

Sexo	n	%
Hombre	131	52,4%
Mujer	119	47,6%



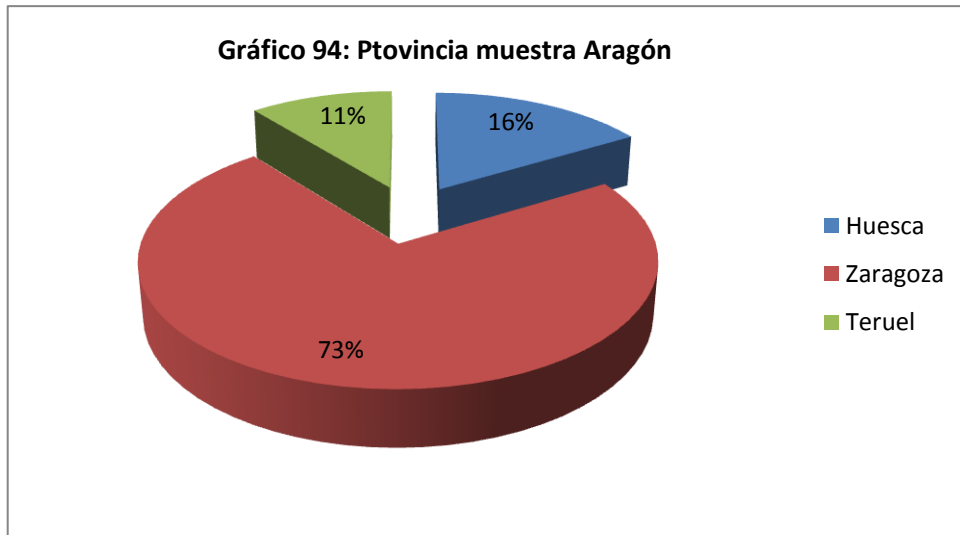
El 51,6% de los médicos encuestados trabajaba en atención primaria y por tanto el 48,4% en atención especializada.

Ámbito	n	%
AP	129	51,6%
AE	121	48,4%



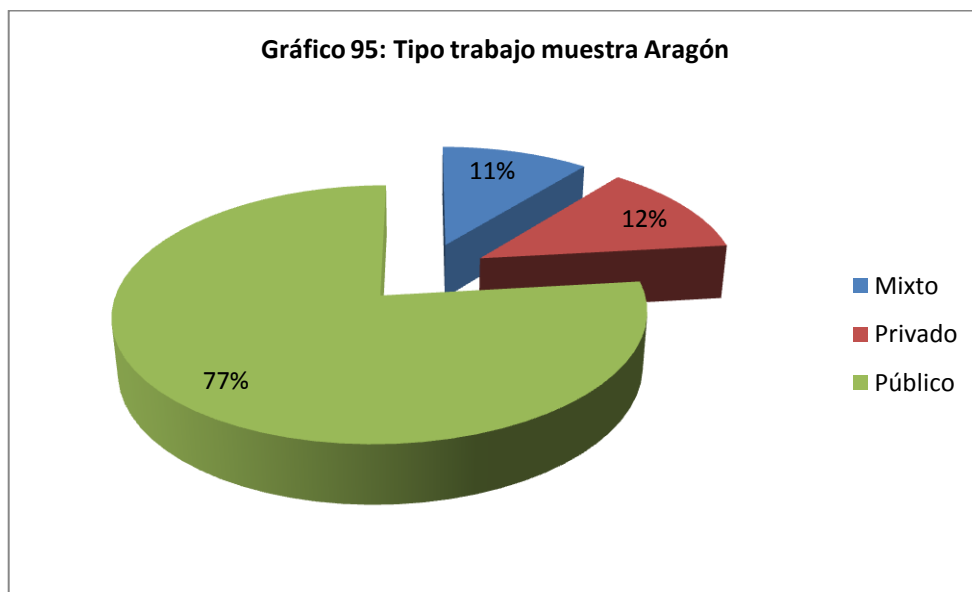
Respecto a la provincia de referencia, la mayor parte de respuestas fue obtenida de los colegiados en Zaragoza (72,8%).

Provincia	n	%
Huesca	41	16,4%
Zaragoza	182	72,8%
Teruel	27	10,8%



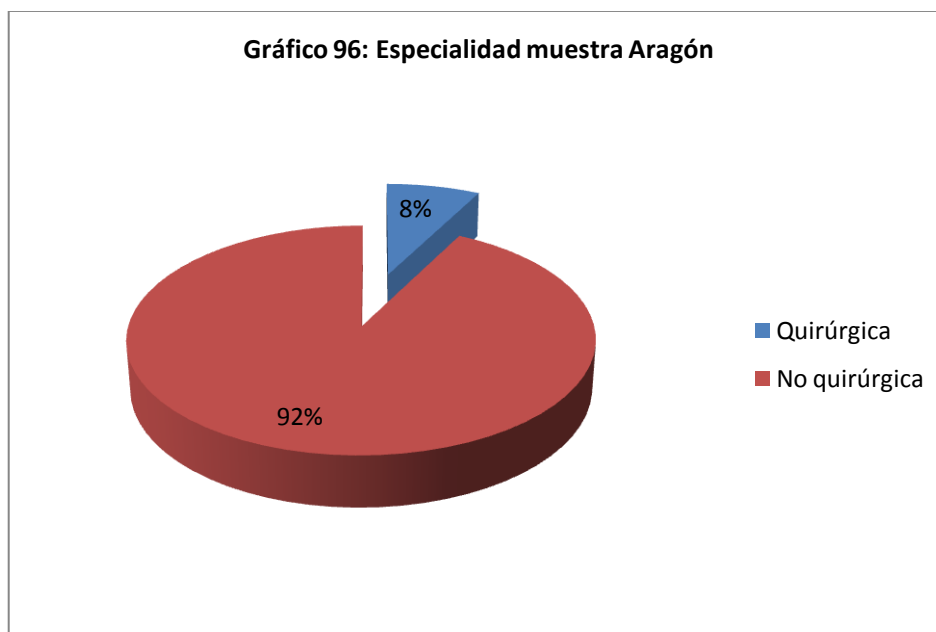
Respecto al tipo de trabajo. El 77% de los médicos que respondieron al cuestionario ejercían la medicina en el sector público, el 12% en el privado y el 11% en el sector mixto, o bien en ambos.

Sector	n	%
Mixto	27	10,8%
Privado	31	12,4%
Público	192	76,8%



Si dividíamos la población respondedora en función de si su especialidad se englobaba dentro de las quirúrgicas versus no quirúrgicas, se objetivó que el 92,4% pertenecían al grupo de las no quirúrgicas. Sin embargo se dividían las especialidades en función de si se consideraban Generalistas o no generalistas, se vio que el 58% de los respondedores pertenecían al conjunto de las especialidades generalistas y el resto de las no generalistas.

Especialidad	n	%
No quirúrgica	231	92,4%
Quirúrgica	19	7,6%



Especialidad	n	%
No generalista	105	42,0%
Generalista	145	58,0%



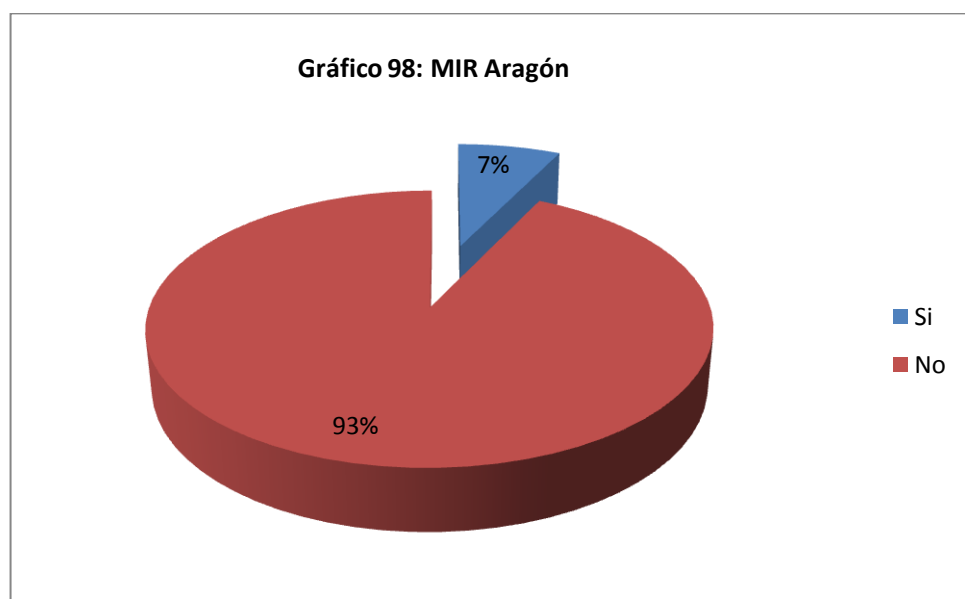
La tabla que se expone a continuación, clasifica la población de médicos colegiados que respondieron al cuestionario en función de su especialidad.

Especialidad	n	%
Medicina Familiar y Comunitaria	117	46,8%
Medicina Interna	14	5,6%
Psiquiatría	14	5,6%
Pediatría y sus áreas Específicas	11	4,4%
Medicina del Trabajo	9	3,6%
Obstetricia y Ginecología	9	3,6%
Otras	9	3,6%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	8	3,2%
Anestesiología y Reanimación	7	2,8%
Cirugía General y del Aparato Digestivo	6	2,4%
Medicina Física y Rehabilitación	5	2,0%
Medicina Intensiva	5	2,0%
Microbiología y Parasitología	5	2,0%
Geriatría	3	1,2%
Neurología	3	1,2%
Otorrinolaringología	3	1,2%
Aparato Digestivo	2	0,8%

Especialidad	n	%
Endocrinología y Nutrición	2	0,8%
Hematología y Hemoterapia	2	0,8%
Nefrología	2	0,8%
Oftalmología	2	0,8%
Bioquímica Clínica	1	0,4%
Cardiología	1	0,4%
Cirugía Oral y Maxilofacial	1	0,4%
Cirugía Torácica	1	0,4%
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	1	0,4%
Medicina Nuclear	1	0,4%
Medicina Preventiva y Salud Pública	1	0,4%
Neurocirugía	1	0,4%
Oncología Médica	1	0,4%
Radiodiagnóstico	1	0,4%
Reumatología	1	0,4%
Urología	1	0,4%

Respecto a la población MIR, es llamativo que únicamente el 7,2% de los respondedores eran médicos en formación.

Especialidad	n	%
No MIR	232	92,8%
MIR	18	7,2%



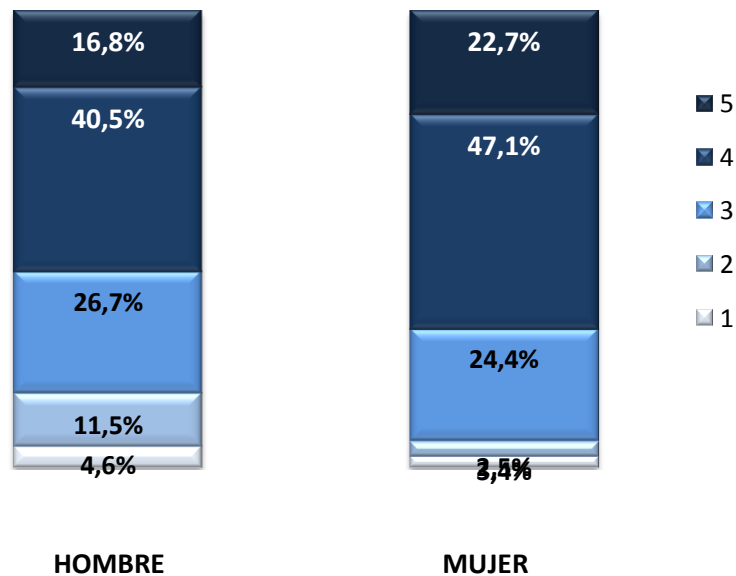
2. Análisis de las respuestas.

Analizando las respuestas, en función del sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas:

- **Pregunta 11:** Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.

	Hombre	Mujer	p-valor
Media	3,5	3,8	0,021
Desviación estándar	1,0	0,9	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	3,0	3,0	
Mediana	4,0	4,0	
C ₃	4,0	4,0	

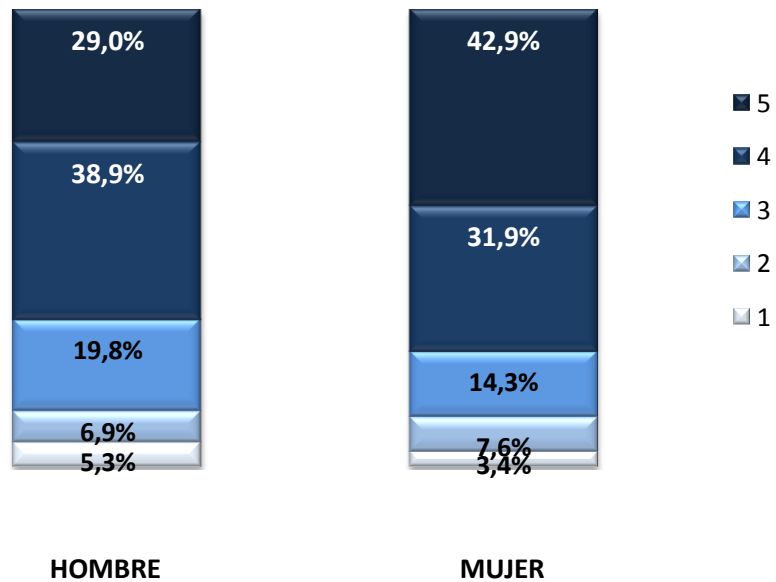
Gráfico 99: P11 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.



➤ **Pregunta 23:** Derivo a los pacientes a otro nivel según la gravedad del problema.

	Hombre	Mujer	p-valor
Media	3,8	4,0	0,044
Desviación estándar	1,1	1,1	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	3,0	3,0	
Mediana	4,0	4,0	
C ₃	5,0	5,0	

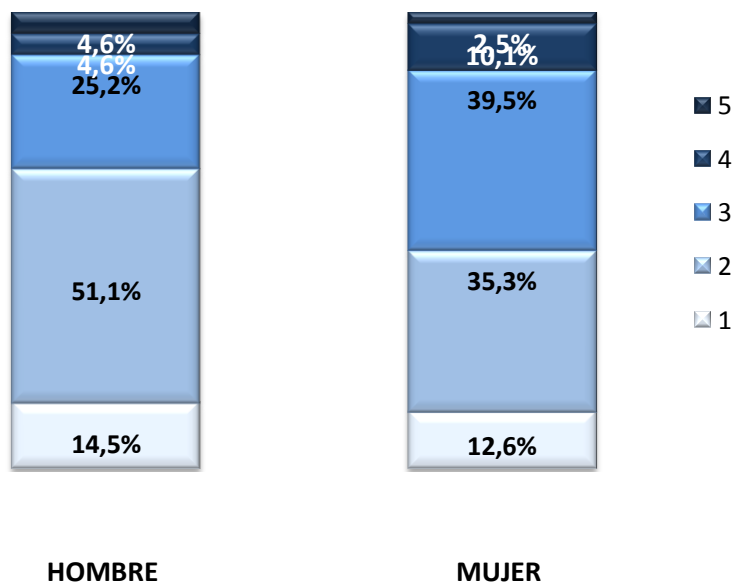
Gráfico 100: P23 Derivo a los pacientes a otro nivel según la gravedad del problema.



➤ **Pregunta 25:** La relación de clínicos y gestores es de mutua confianza.

	Hombre	Mujer	p-valor
Media	2,3	2,5	0,023
Desviación estándar	0,9	0,9	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	2,0	2,0	
Mediana	2,0	3,0	
C ₃	3,0	3,0	

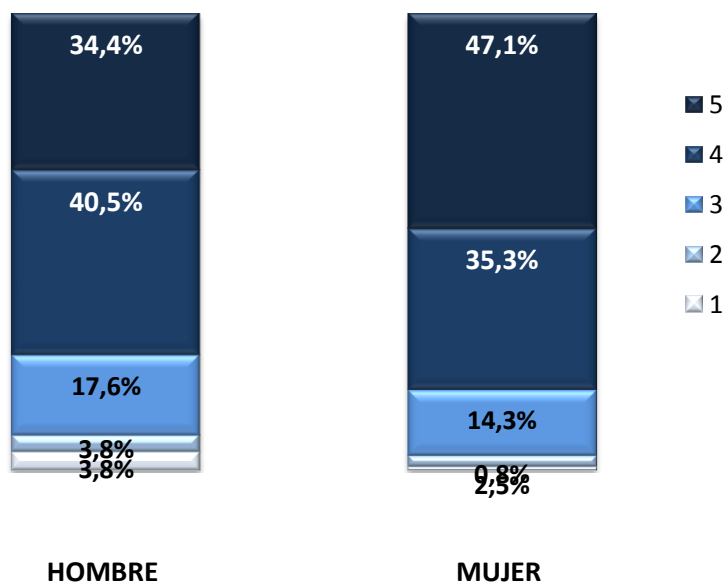
Gráfico 101: P25 La relación de clínicos y gestores es de mutua confianza.



- **Pregunta 39.3:** Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada. Reuniones para comentar casos individuales.

	Hombre	Mujer	p-valor
Media	4,0	4,3	0,028
Desviación estándar	1,0	0,9	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	3,0	4,0	
Mediana	4,0	4,0	
C ₃	5,0	5,0	

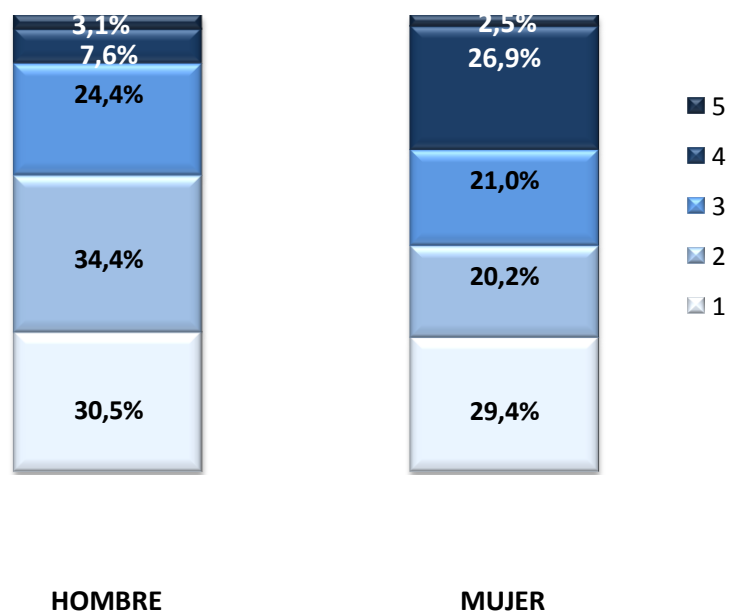
Gráfico 102: P 39 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada. Reuniones para comentar casos individuales.



- **Pregunta 48.3:** La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es... Por correo electrónico.

	Hombre	Mujer	p-valor
Media	2,2	2,5	0,027
Desviación estándar	1,1	1,2	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	1,0	1,0	
Mediana	2,0	3,0	
C ₃	3,0	4,0	

Gráfico 103: P 48.3 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es... Por correo electrónico.

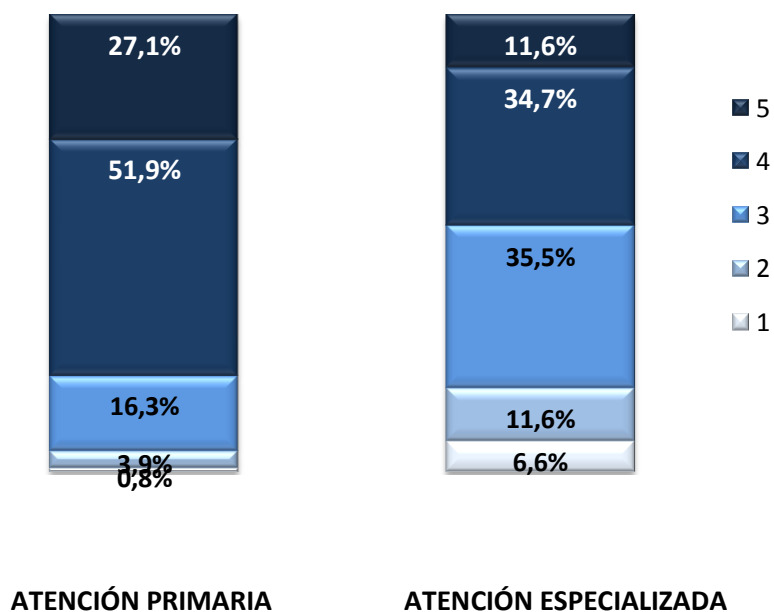


Cuando se analizaban los datos en función del nivel asistencial al que pertenecían los participantes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes ítems:

- **Pregunta 11:** Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	4,0	3,3	<0,001
Desviación estándar	0,8	1,0	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	4,0	3,0	
Mediana	4,0	3,0	
C ₃	5,0	4,0	

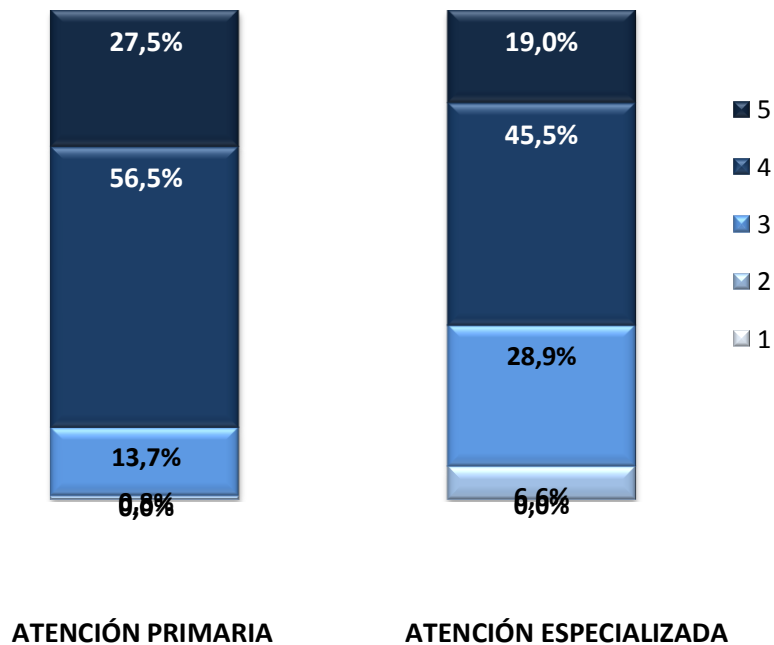
Gráfico 104: P11 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.



- **Pregunta 13:** Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	4,1	3,8	0,001
Desviación estándar	0,7	0,8	
Mínimo	2,0	2,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	4,0	3,0	
Mediana	4,0	1,0	
C ₃	5,0	4,0	

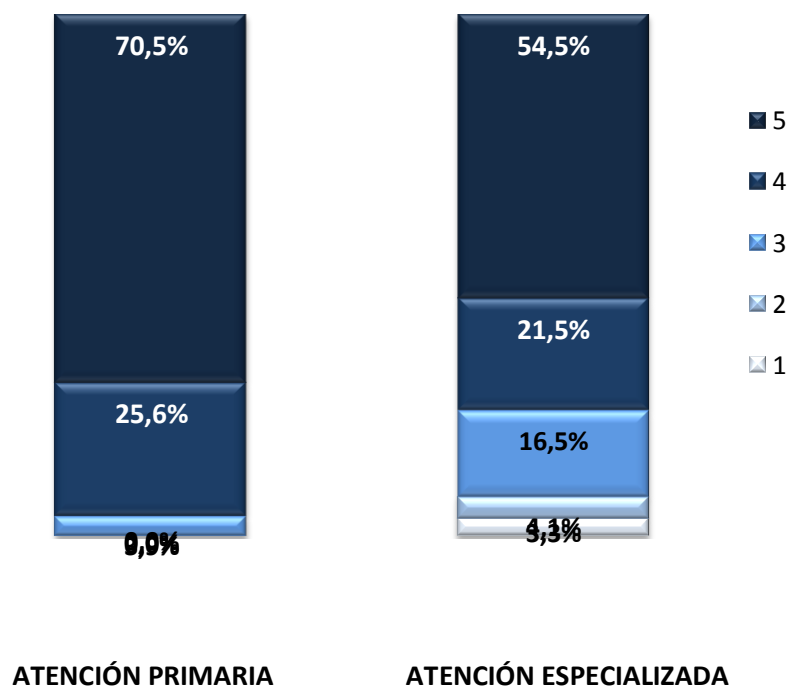
Gráfico 105: P 13 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.



- **Pregunta 22:** Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	4,7	4,2	0,001
Desviación estándar	0,5	1,1	
Mínimo	3,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	4,0	4,0	
Mediana	5,0	5,0	
C ₃	5,0	5,0	

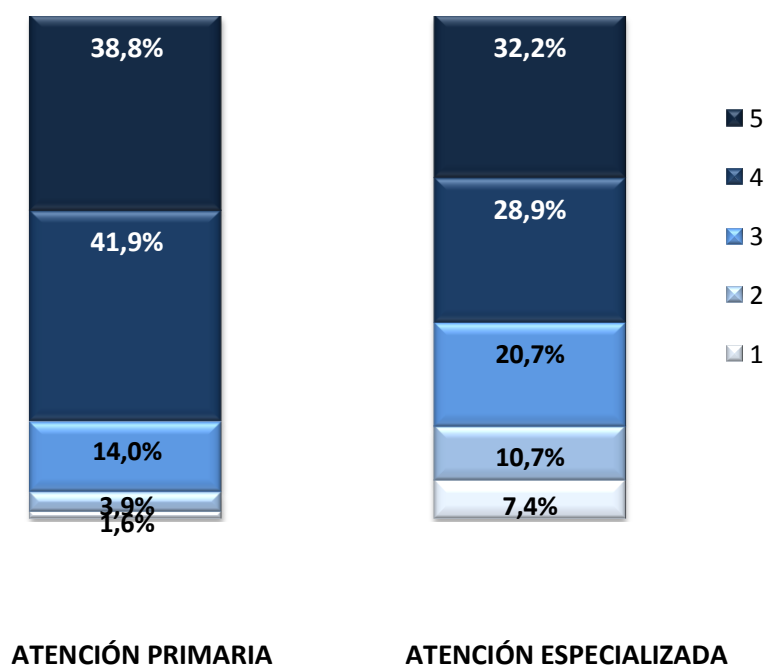
Gráfico 106: P 22 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas a las que no tengo acceso.



- **Pregunta 23:** Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	4,1	3,7	0,007
Desviación estándar	0,9	1,2	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	4,0	3,0	
Mediana	4,0	4,0	
C ₃	5,0	5,0	

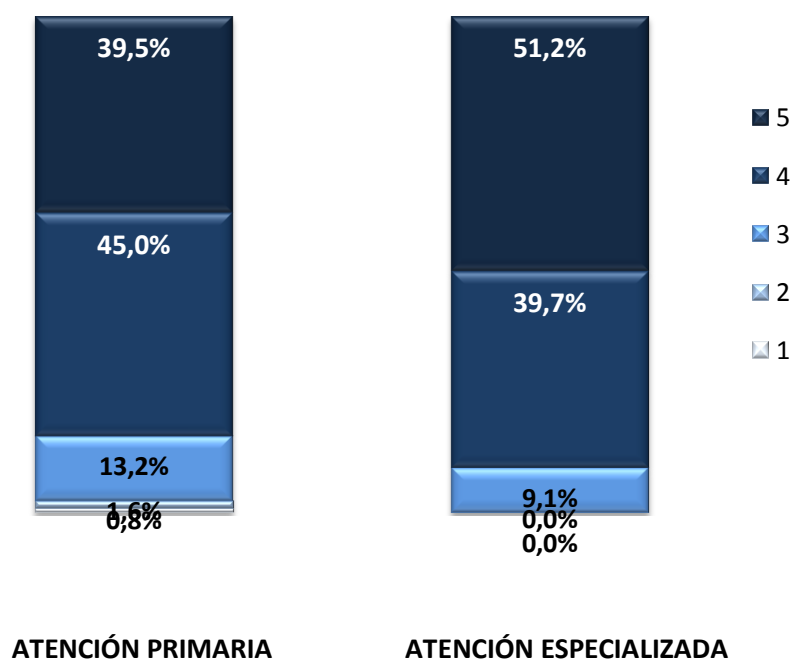
Gráfico 107: P 23 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.



- **Pregunta 27:** Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	4,2	4,4	0,036
Desviación estándar	0,8	0,7	
Mínimo	1,0	3,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	4,0	3,0	
Mediana	4,0	5,0	
C ₃	5,0	5,0	

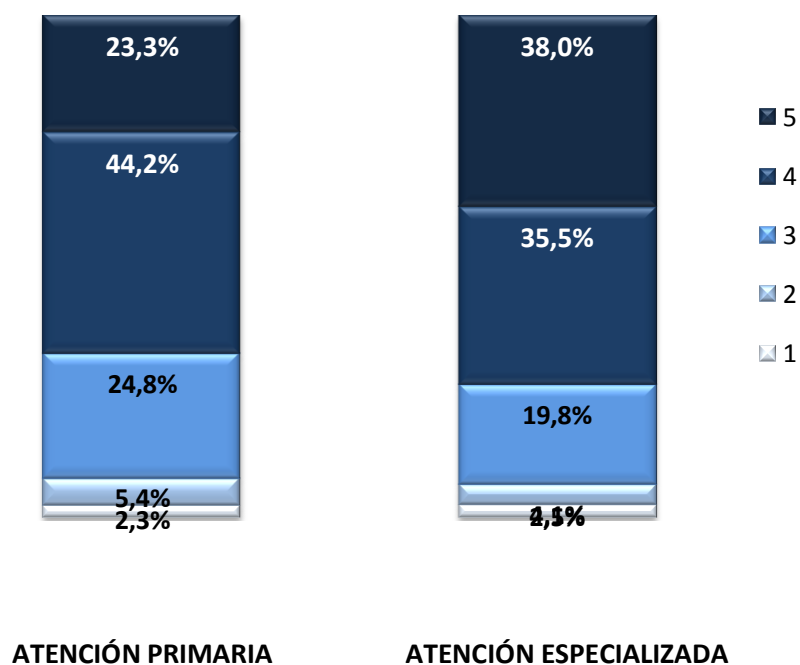
Gráfico 108: P 27 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.



- **Pregunta 29:** Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidad de gestión en mi práctica habitual.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	3,8	4,1	0,036
Desviación estándar	0,9	1,0	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	3,0	3,0	
Mediana	4,0	4,0	
C ₃	4,0	5,0	

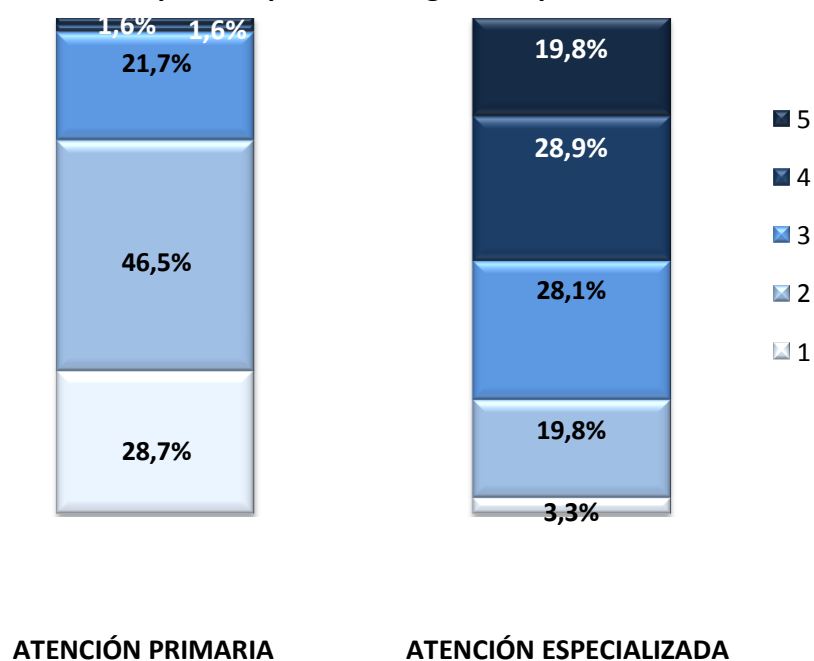
Gráfico 109: P 29 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidad de gestión en mi práctica habitual.



- **Pregunta 33:** Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	2,0	3,4	<0,001
Desviación estándar	0,8	1,1	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	1,0	3,0	
Mediana	2,0	3,0	
C ₃	2,5	4,0	

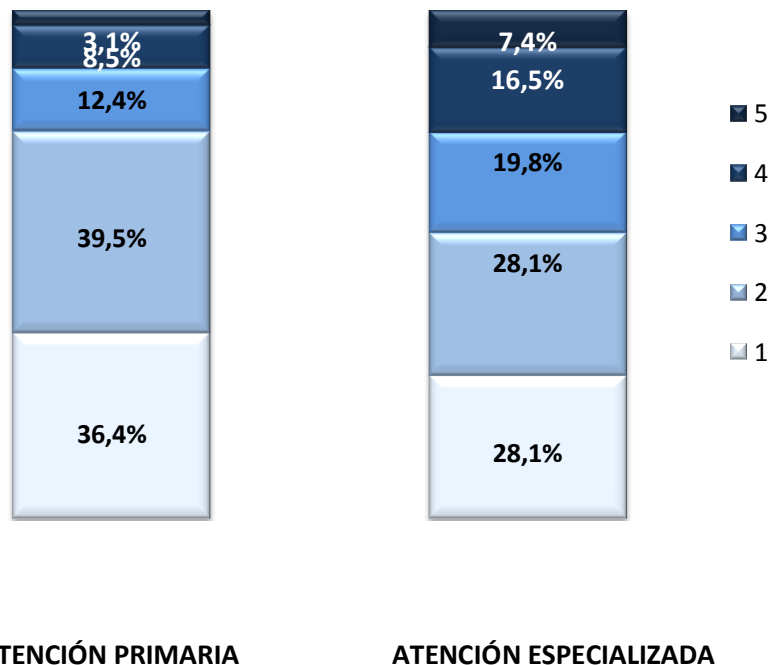
Gráfico 110: P 33 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



- **Pregunta 34:** Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir que colega le atenderá.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	2,0	2,5	0,005
Desviación estándar	1,1	1,3	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	1,0	1,0	
Mediana	2,0	2,0	
C ₃	2,0	3,0	

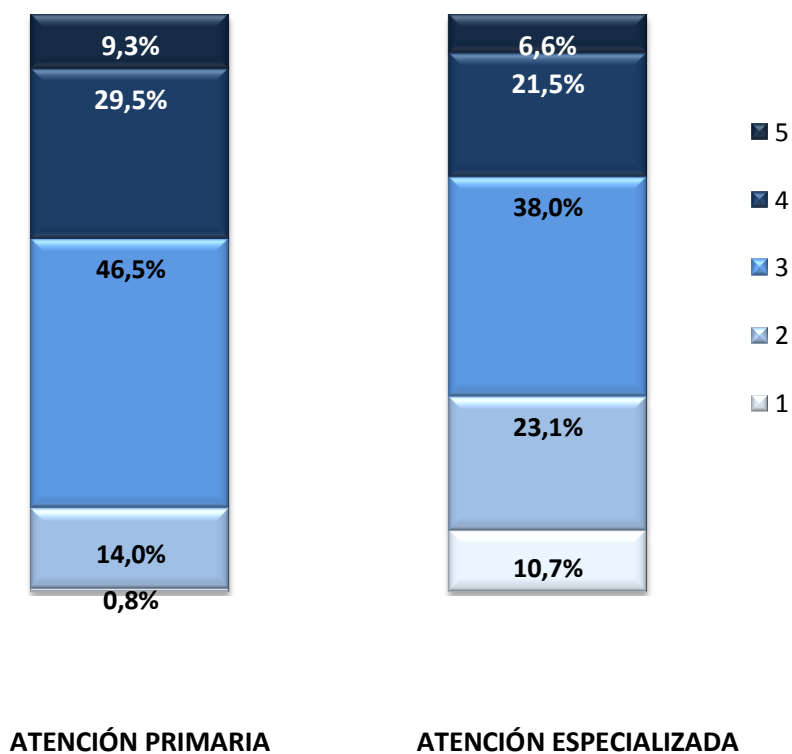
Gráfico 111: P 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir que colega le atenderá.



- **Pregunta 44:** Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación Atención Primaria es buena.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	3,3	2,9	0,001
Desviación estándar	0,9	1,1	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	3,0	2,0	
Mediana	3,0	3,0	
C ₃	4,0	4,0	

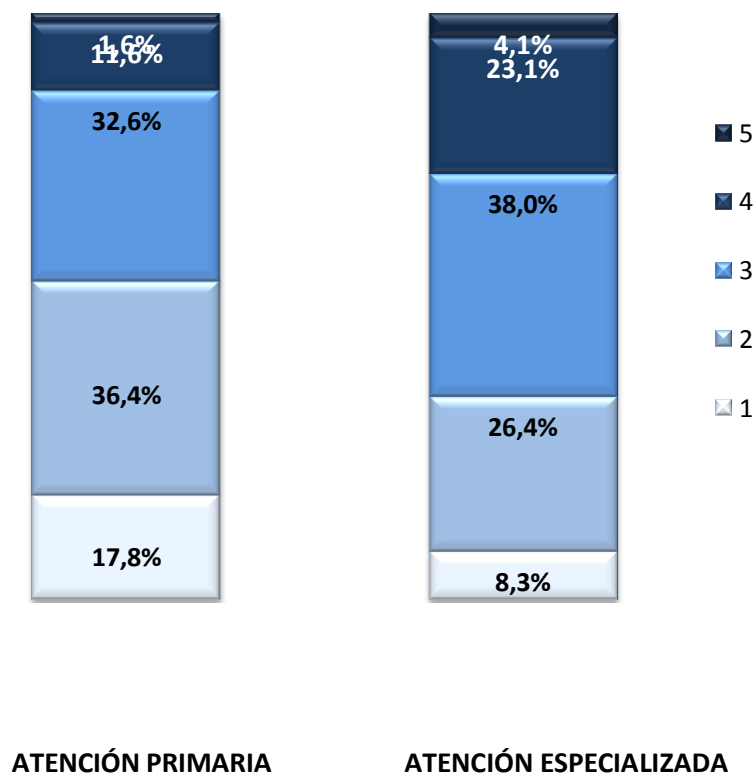
Gráfico 112: P 44: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de derivación Atención Primaria es buena.



- **Pregunta 45:** Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	2,4	2,9	0,005
Desviación estándar	1,0	1,0	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	2,0	2,0	
Mediana	2,0	3,0	
C ₃	3,0	4,0	

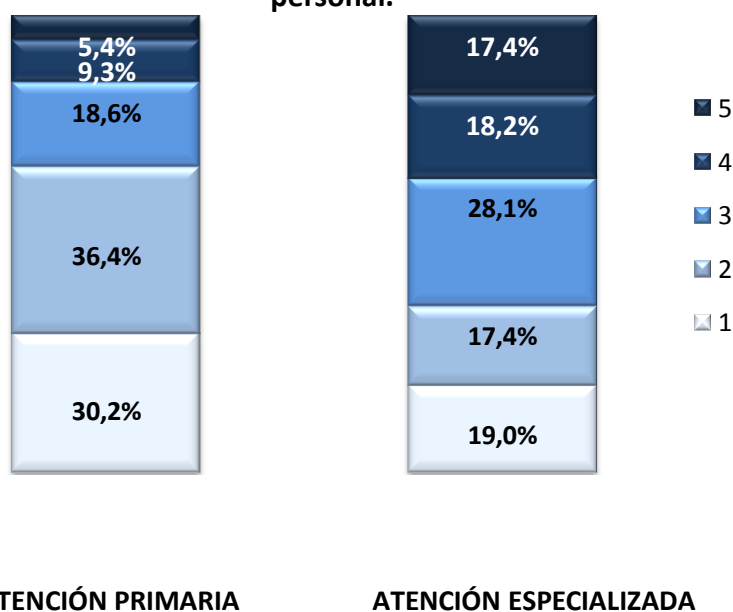
Gráfico 113: P 45: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.



- **Pregunta 47.3:** La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es... Por contacto personal.

	Atención Primaria	Atención Especializada	p-valor
Media	2,2	3,0	<0,001
Desviación estándar	1,1	1,4	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	5,0	5,0	
C ₁	1,0	2,0	
Mediana	2,0	3,0	
C ₃	3,0	4,0	

Gráfico 114: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente es... Por contacto personal.

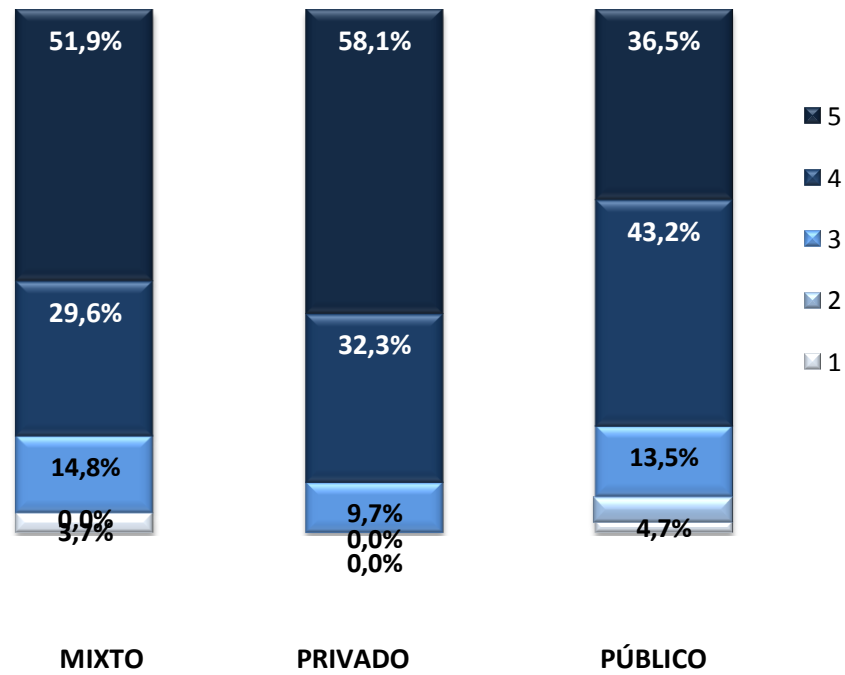


Posteriormente se decidió analizar las respuestas de los participantes en función de la provincia en la que estaban colegiados (Huesca, Zaragoza o Teruel) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ningún ítem en relación a dicha variable.

Otra de las variables que se consideró importante a la hora de determinar la opinión de los médicos, fue el ámbito donde trabajaban: público, privado o mixto. La tabla que se muestra en el anexo 16 expone los resultados de los las respuestas obtenidas. A continuación se presentan los gráficos de aquellas preguntas en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de ámbito laboral.

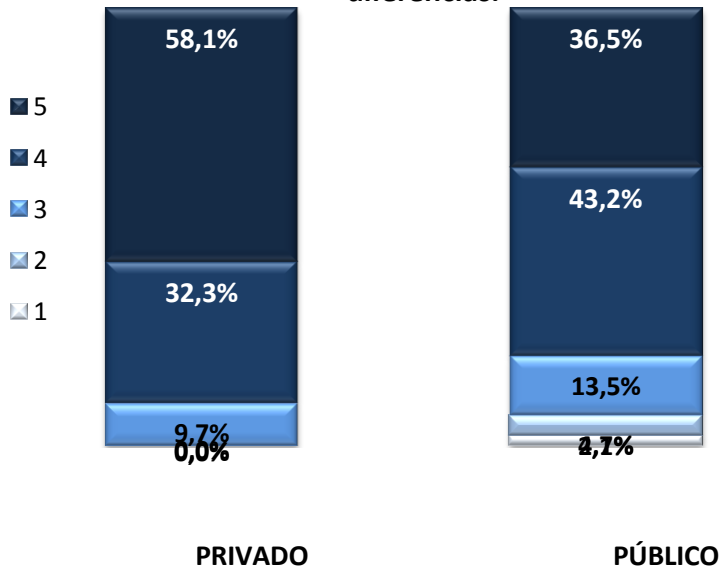
- **Pregunta 8:** Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.

Gráfico 115: P 8 :Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.



p-valor Kruskal Wallis	0,044
---------------------------	--------------

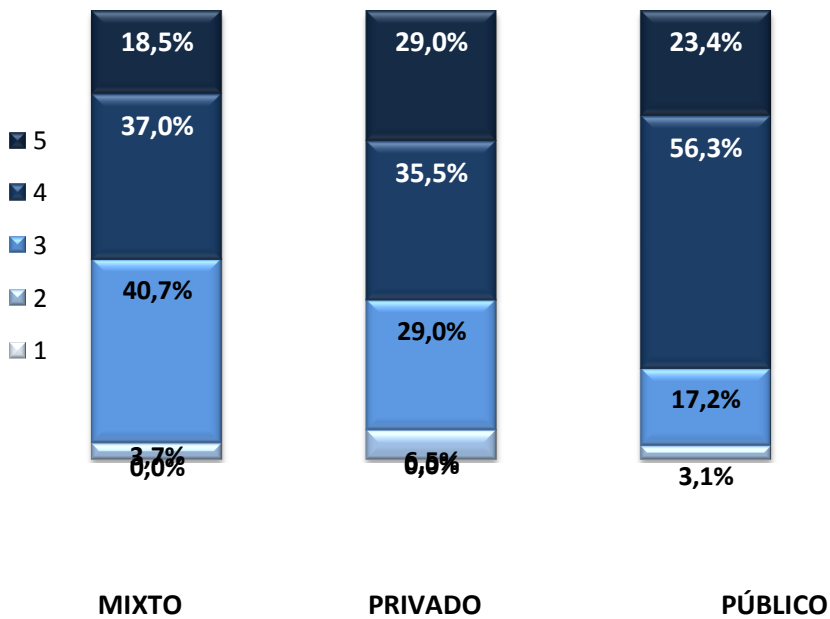
Gráfico 116: P 8 :Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.



p-valor U-Mann Whitney	Privado vs Público p-valor =0,018
------------------------	---

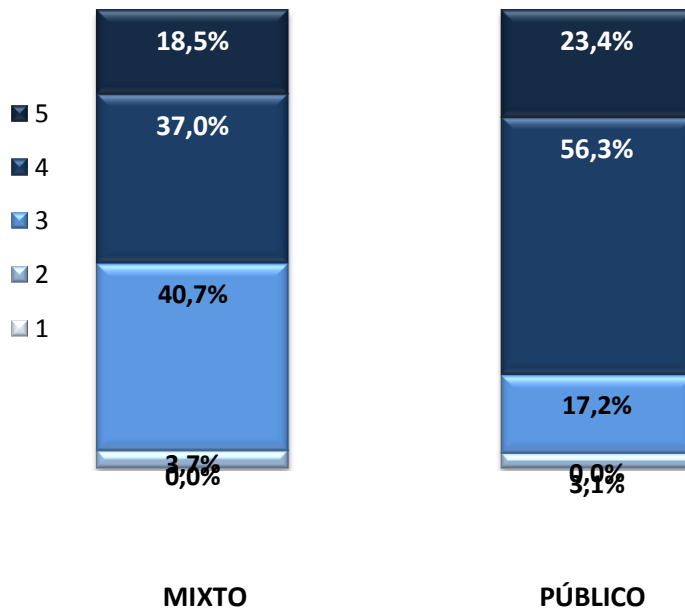
➤ **Pregunta 13:** Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de Atención Primaria es alto.

Gráfico 117: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de Atención Primaria es alto.



p-valor Kruskal Wallis	0,044
------------------------	--------------

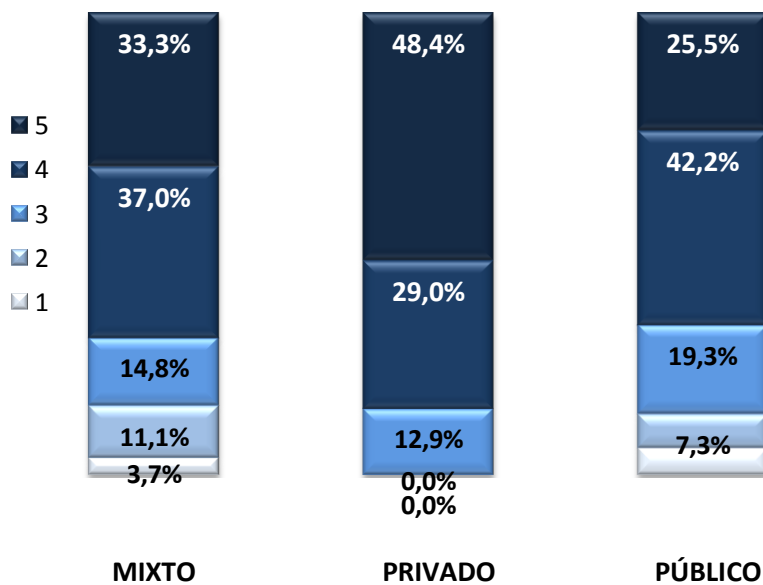
Gráfico 118: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de Atención Primaria es alto.



p-valor U-Mann Whitney	Mixto vs Público p-valor =0,044
------------------------------	--

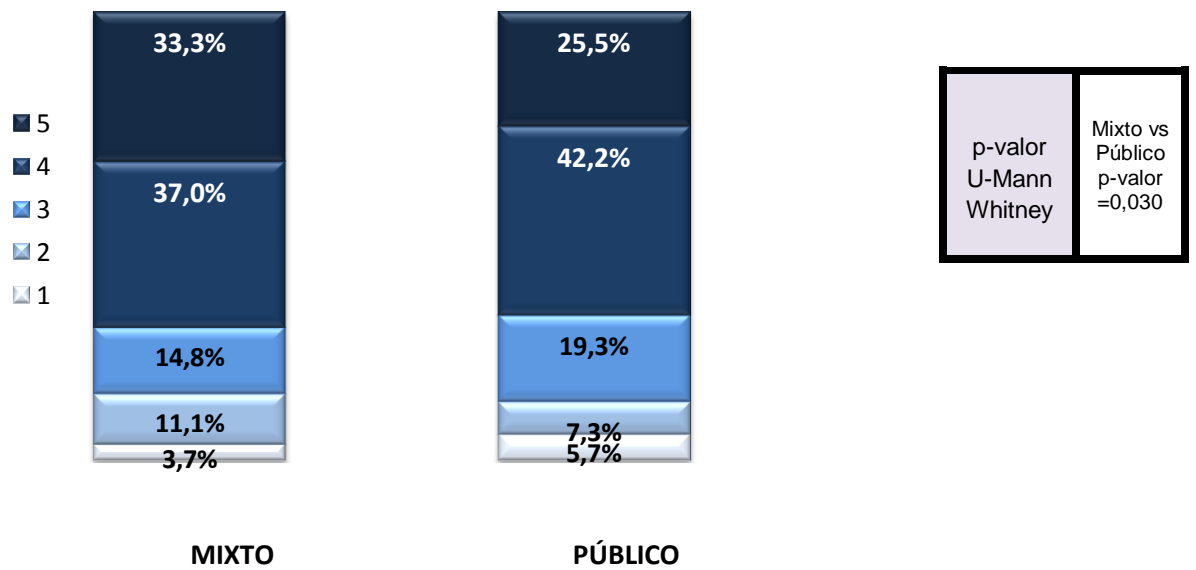
➤ **Pregunta 21:** Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.

Gráfico 119: P 21: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.



p-valor Kruskal Wallis	0,030
------------------------------	--------------

Gráfico 120: P21: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.



➤ **Pregunta 22:** Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial necesito pruebas a las que no tengo acceso,

Gráfico 121: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencia necesito pruebas a las que no tengo acceso.

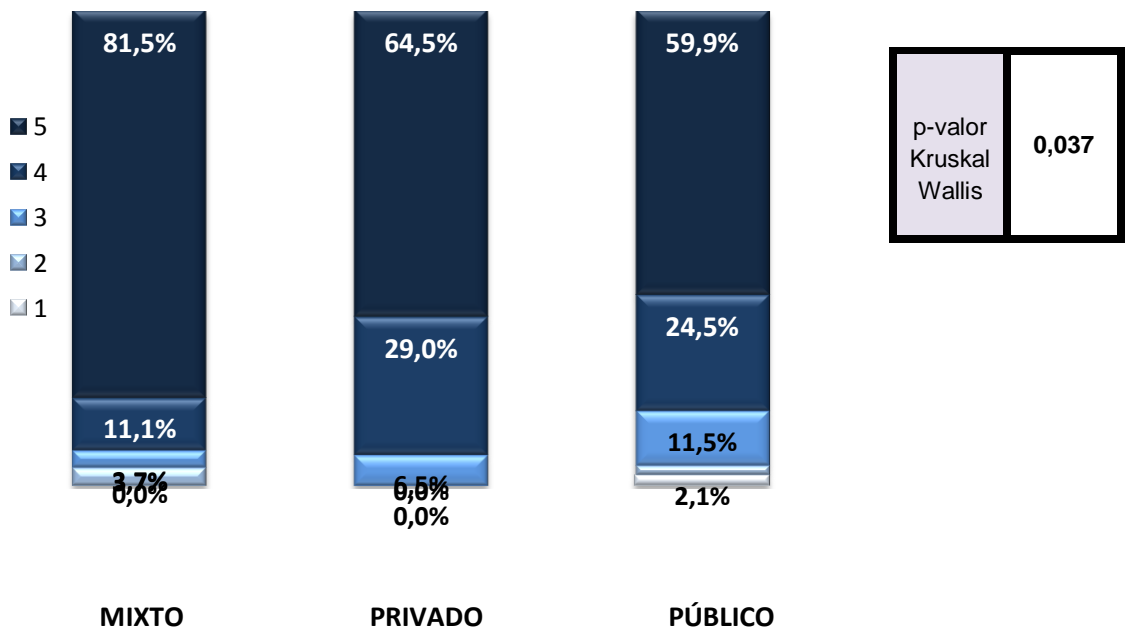
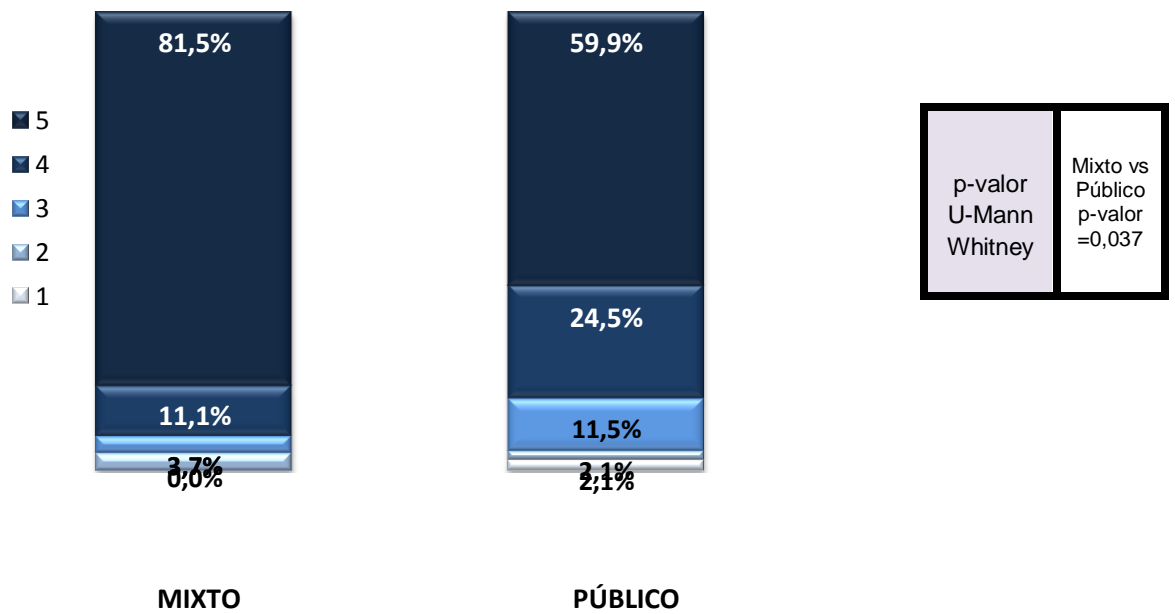


Gráfico 122: P 22: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial necesito pruebas a las que no tengo acceso.



- **Pregunta 33:** Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 123: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

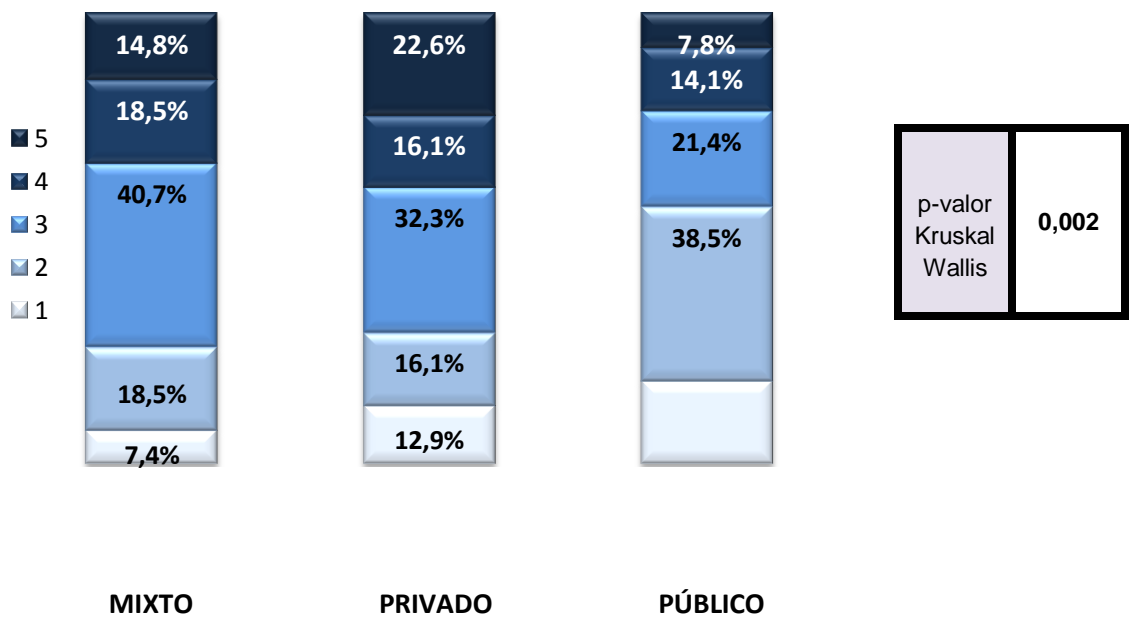
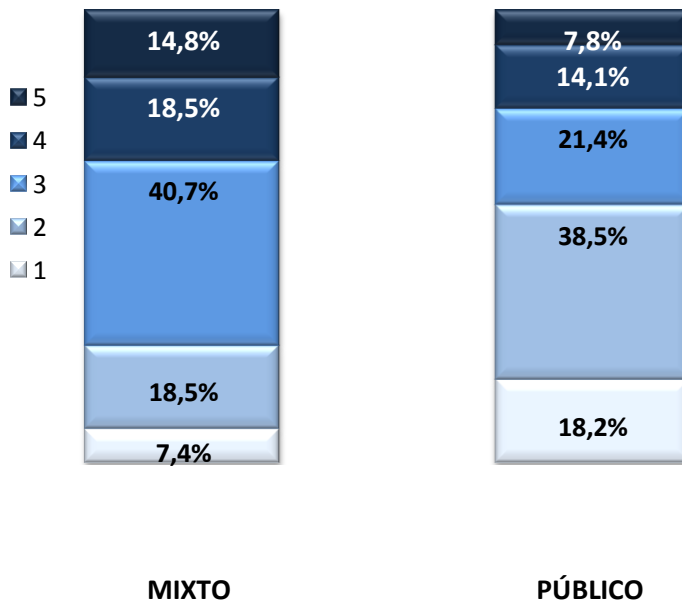


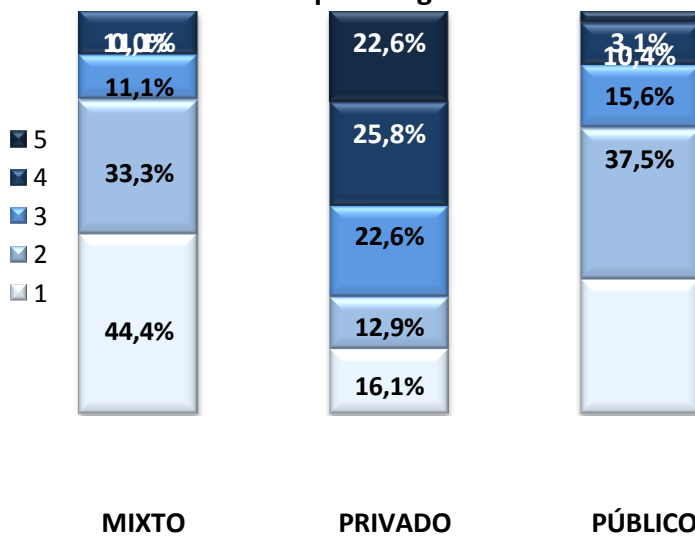
Gráfico 124: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



p-valor U-Mann Whitney	Mixto vs Público p-valor =0,008
------------------------	---------------------------------

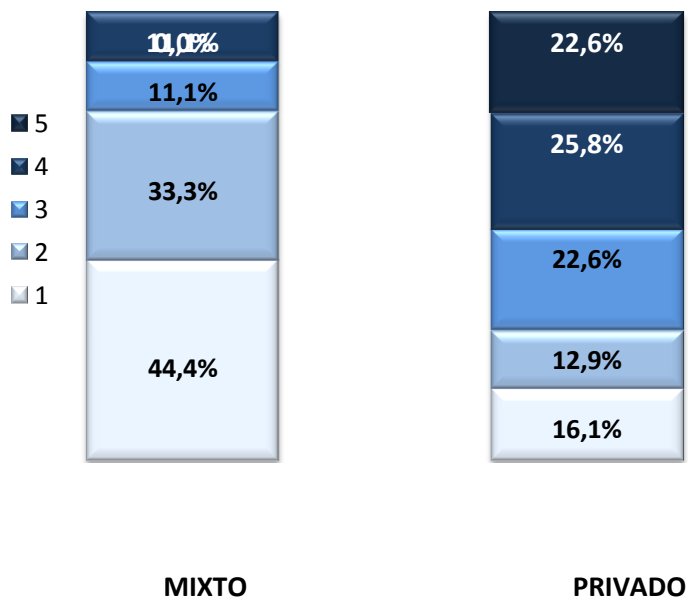
- **Pregunta 34:** Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir qué colega le atenderá.

Gráfico 125: P 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir qué colega le atenderá.



p-valor Kruskal Wallis	<0,001
------------------------	--------

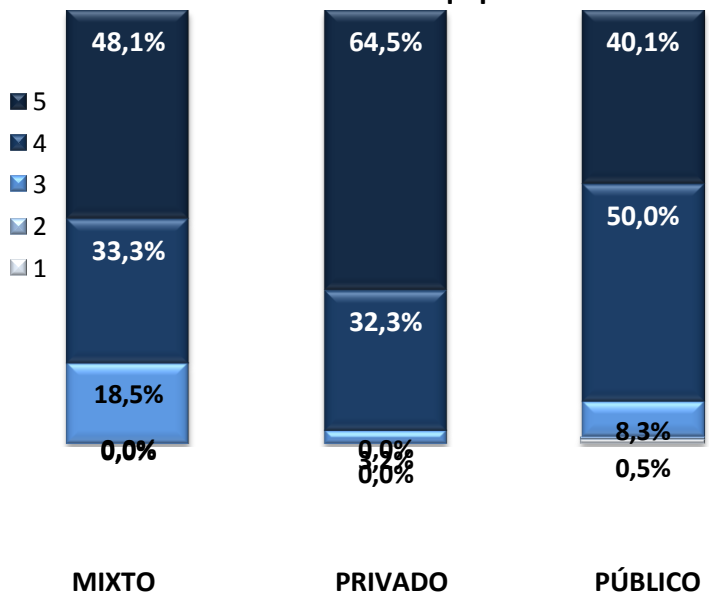
Gráfico 126: P 34: Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir qué colega le atenderá.



p-valor U-Mann Whitney	Mixto vs Privado p-valor <0,001
------------------------------	--

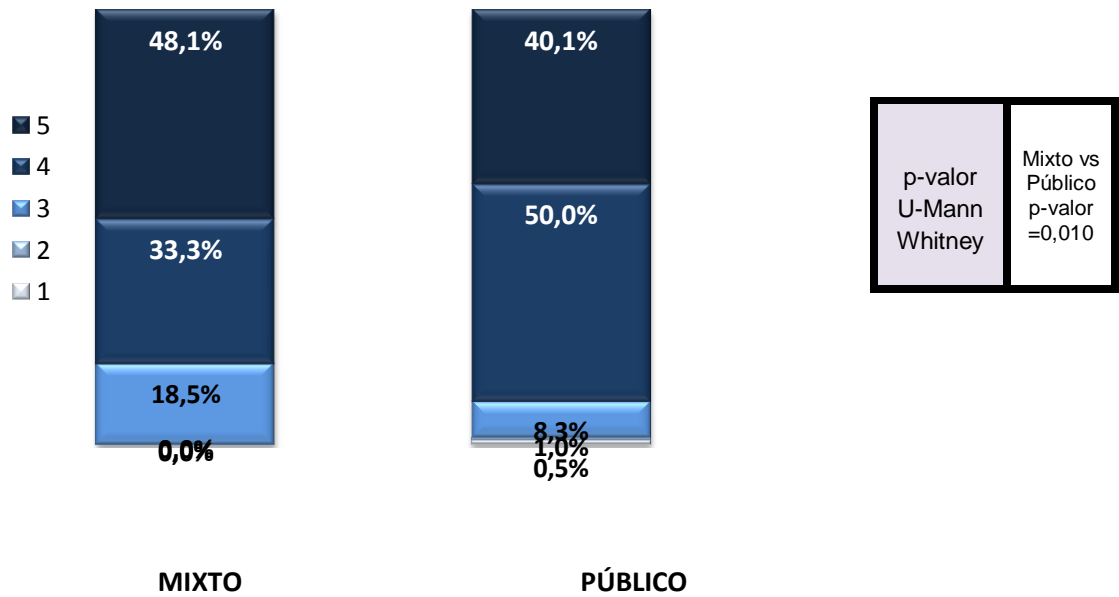
- **Pregunta 41:** La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Gráfico 127: P 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.



p-valor Kruskal Wallis	0,039
------------------------------	-------

Gráfico 128: P 41: La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.



- **Pregunta 45:** Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes es importante. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

Gráfico 129: P 45: Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

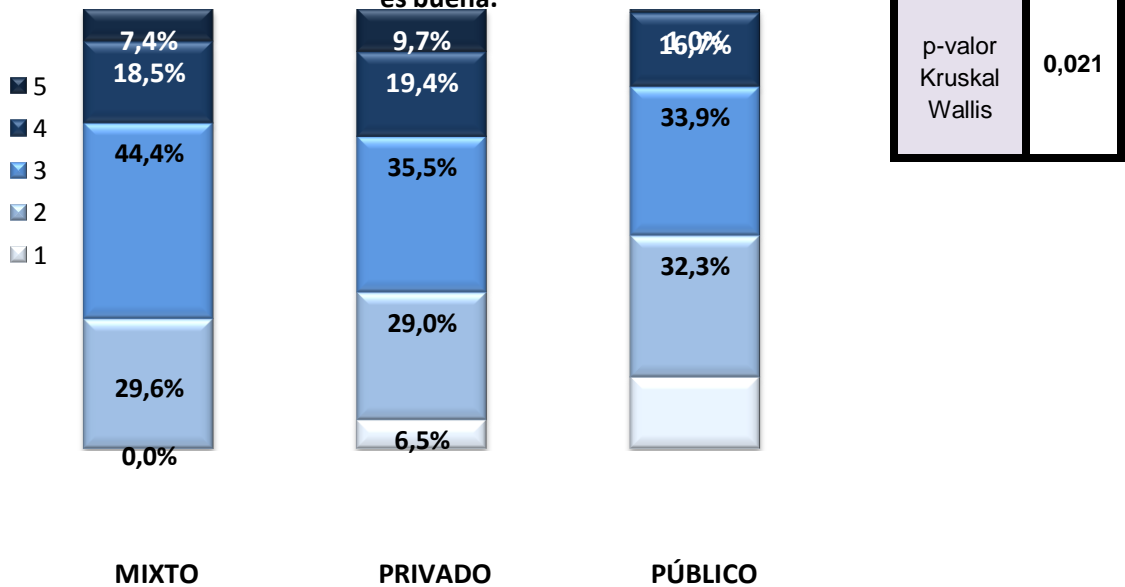
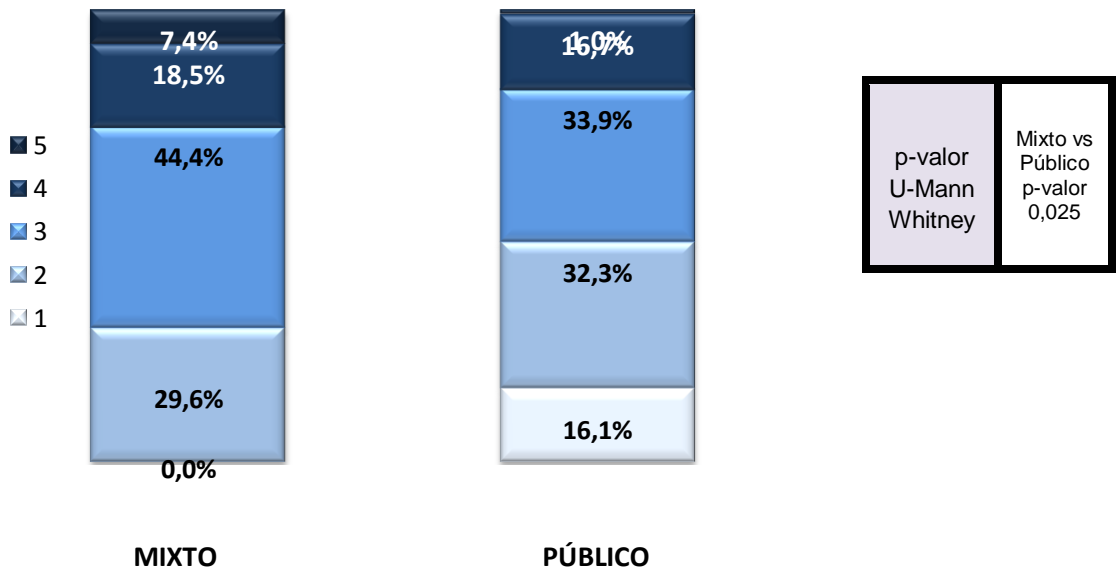


Gráfico 130: P 45: Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes de consulta externas es buena.



➤ **Pregunta 47.1:** La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por teléfono.

Gráfico 131: P 47.1 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por teléfono.

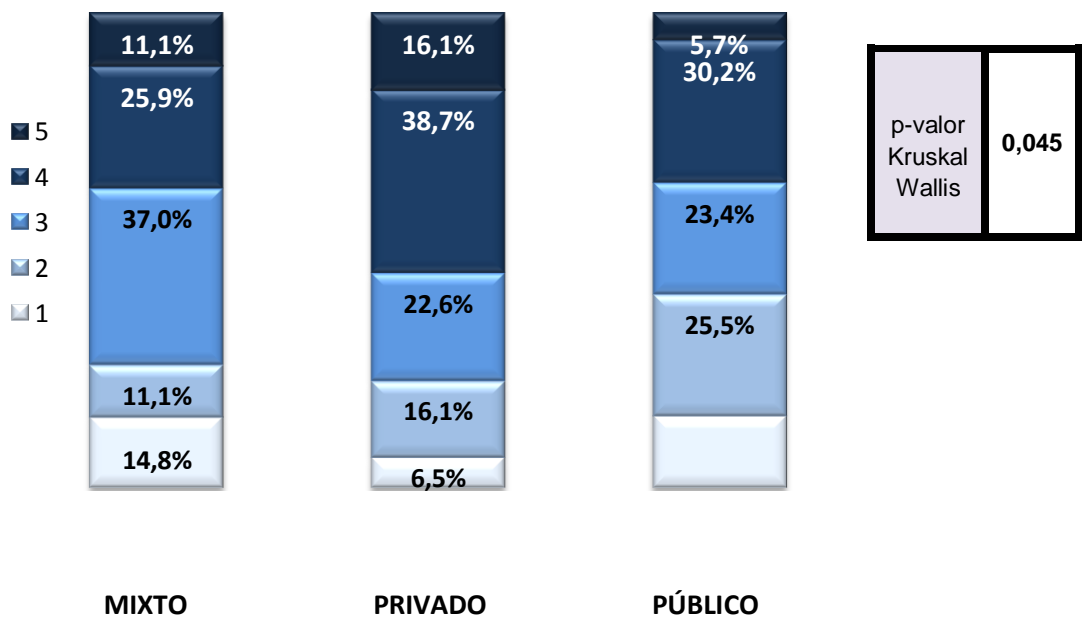
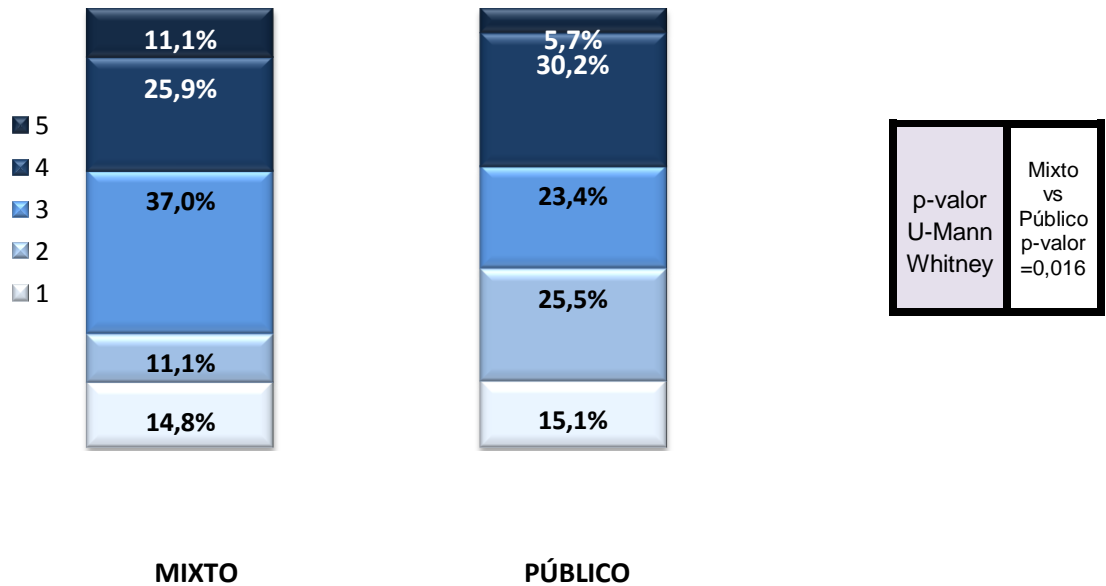


Gráfico 132: P 47.1 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por teléfono.



➤ **Pregunta 47.3:** La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por contacto personal.

Gráfico 133: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por contacto personal.

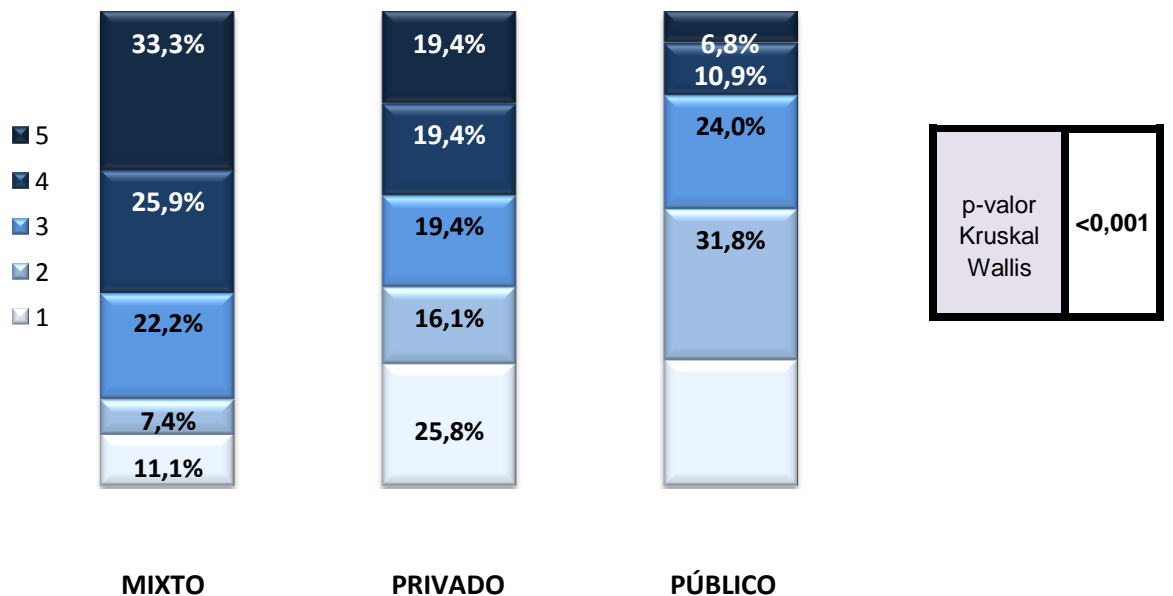
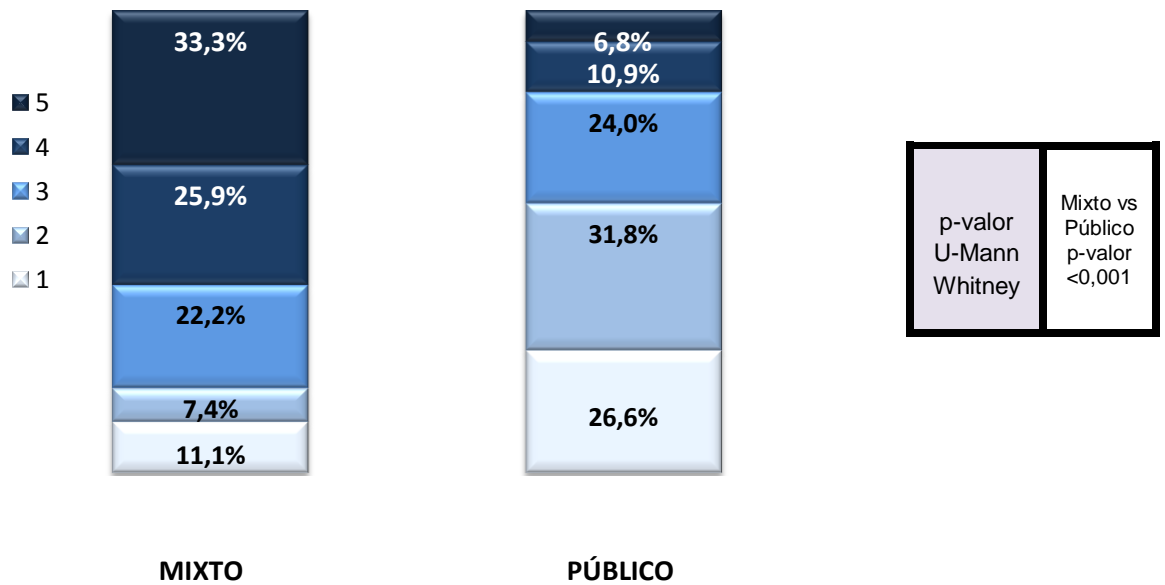


Gráfico 134: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por contacto personal.



➤ **Pregunta 48.5:** La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado un paciente se comparte es... Por contacto personal.

Gráfico 135: P 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado un paciente se comparte es... Por contacto personal.

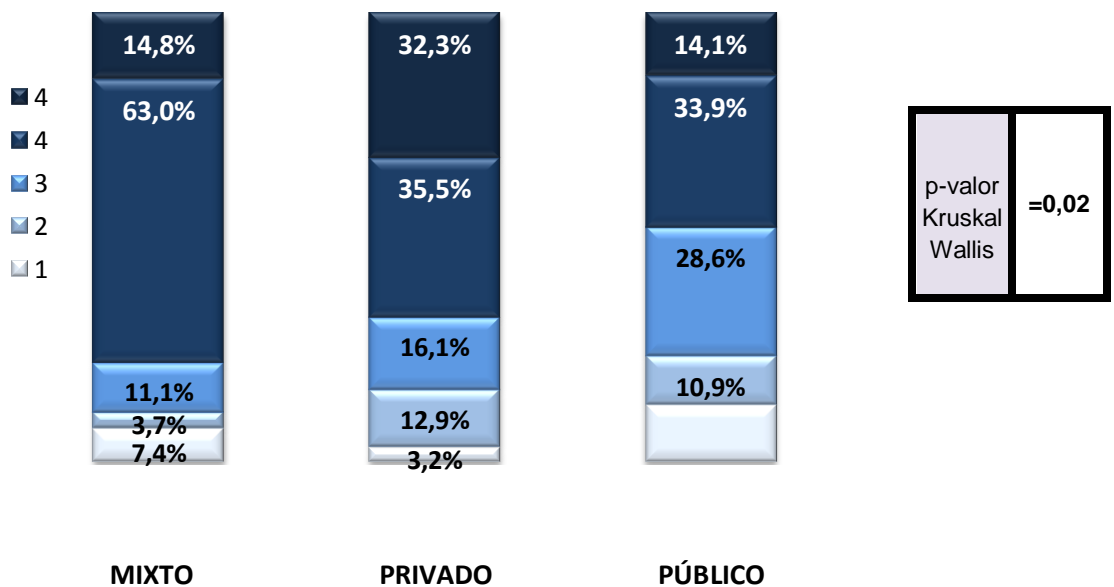
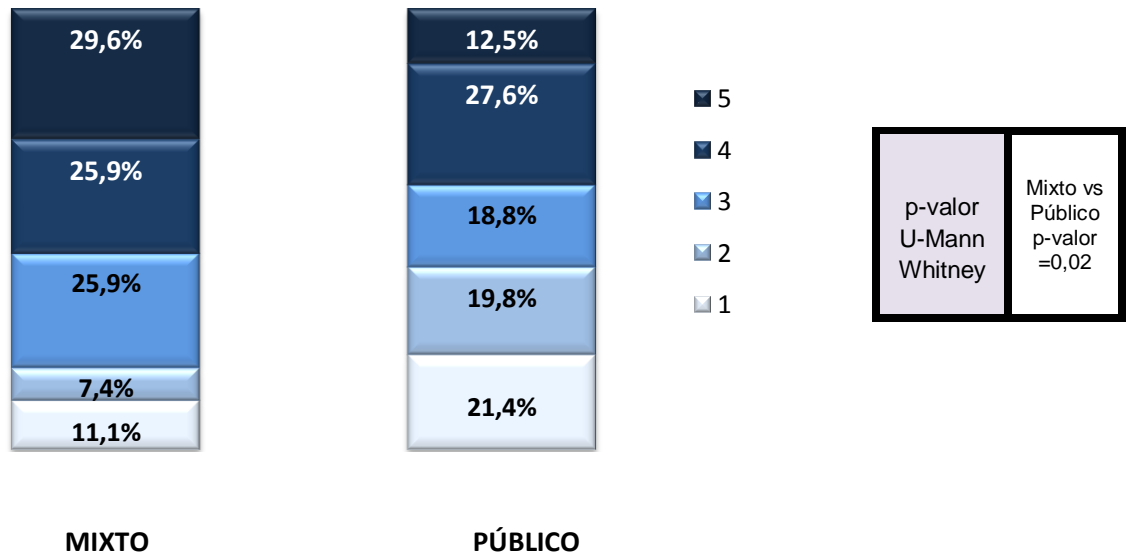


Gráfico 136: P 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado un paciente se comparte es... Por contacto personal.

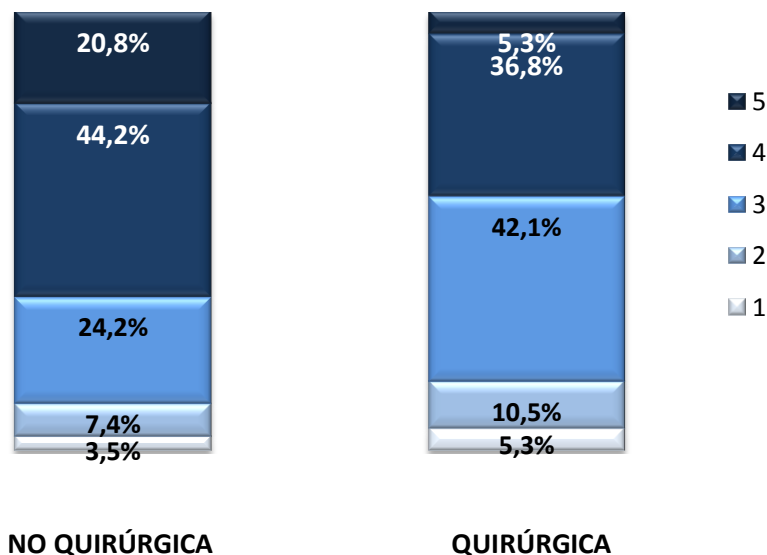


Por otra parte se decidió explorar la opinión de los colegiados aragoneses en función de si su especialidad pertenecía al grupo función de las no quirúrgicas o de las quirúrgicas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas: P 11, P 33, p 39. La tabla que se muestra a continuación describe los resultados de las mismas.

Tipo de especialidad	Estadísticos	P11	P33	P39
No quirúrgica	Media	3,7	2,6	4,2
	Desviación estándar	1,0	1,2	0,9
	Mínimo	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	2,0	4,0
	Mediana	4,0	2,0	4,0
Quirúrgica	C ₃	4,0	3,0	5,0
	Media	3,3	3,5	3,6
	Desviación estándar	0,9	1,0	0,9
	Mínimo	1,0	2,0	2,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0
	C ₁	3,0	3,0	3,0
	Mediana	3,0	4,0	4,0
	C ₃	4,0	4,0	4,0
p-valor U-Mann Whitney		0,035	0,001	0,005

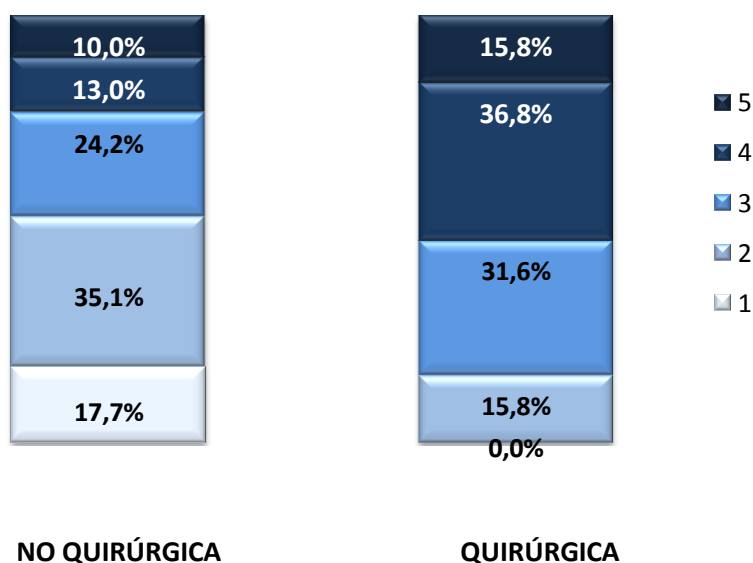
- **Pregunta 11:** Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 137: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.



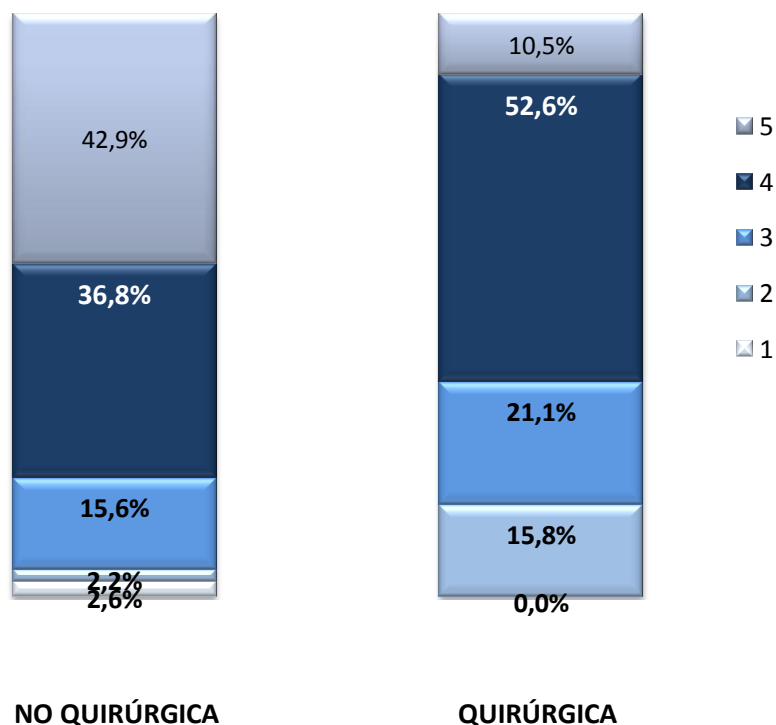
- **Pregunta 33:** Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 138: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



- **Pregunta 39:** Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada...
Reuniones para comentar casos individuales.

**Gráfico 139: P 39: Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada...
Reuniones para comentar casos individuales.**

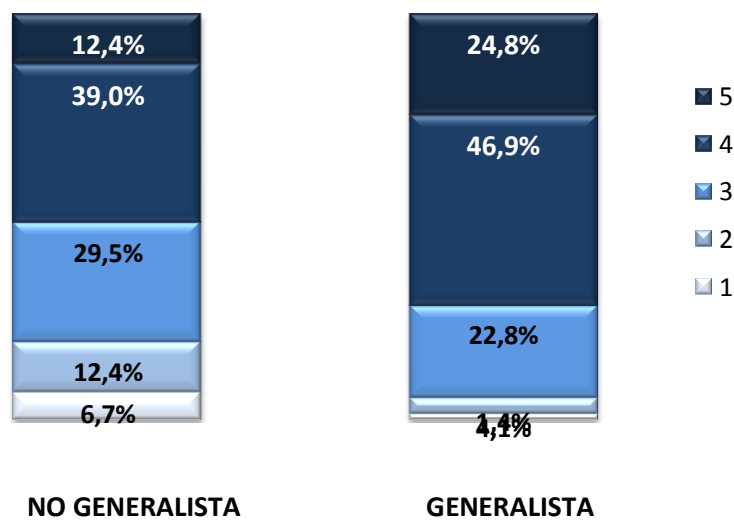


Posteriormente se decidió agrupar los datos de los respondedores en dos grupos; aquellos que su especialidad pertenecía al grupo de las denominadas “generalistas” o bien al de las “no generalistas”. En la siguiente tabla, se recoge los datos de dichas variables en relación a las respuestas, en las que las diferencias resultaron estadísticamente significativas.

Tipo Especialidad		Estadísticos	P11	P13	P23	P27	P33	P44	P45	P 47.3	P 48.5
No generalista	Media		3,4	3,8	3,7	4,5	3,3	2,9	3,0	3,0	3,2
	Desviación estándar		1,1	0,9	1,2	0,6	1,1	1,1	1,0	1,4	1,4
	Mínimo		1,0	2,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo		5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁		3,0	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	Mediana		4,0	4,0	4,0	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Generalista	C ₃		4,0	4,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
	Media		3,9	4,1	4,1	4,2	2,3	3,3	2,4	2,3	2,8
	Desviación estándar		0,9	0,7	1,0	0,8	1,1	0,9	0,9	1,2	1,3
	Mínimo		1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo		5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	C ₁		3,0	4,0	4,0	4,0	1,0	3,0	2,0	1,0	2,0
Test Contrastes no paramétricos	Mediana		4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0
	C ₃		4,5	4,5	5,0	5,0	3,0	4,0	3,0	3,0	4,0
	p-valor U-Mann Whitney		< 0,001	0,009	0,036	0,008	< 0,001	0,016	< 0,001	< 0,001	0,022

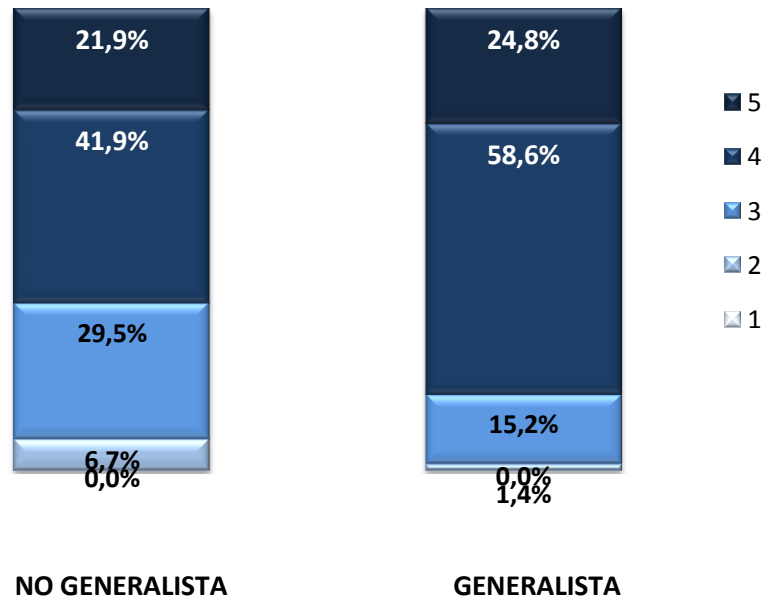
- **Pregunta 11:** Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.

Gráfico 140: P 11: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.



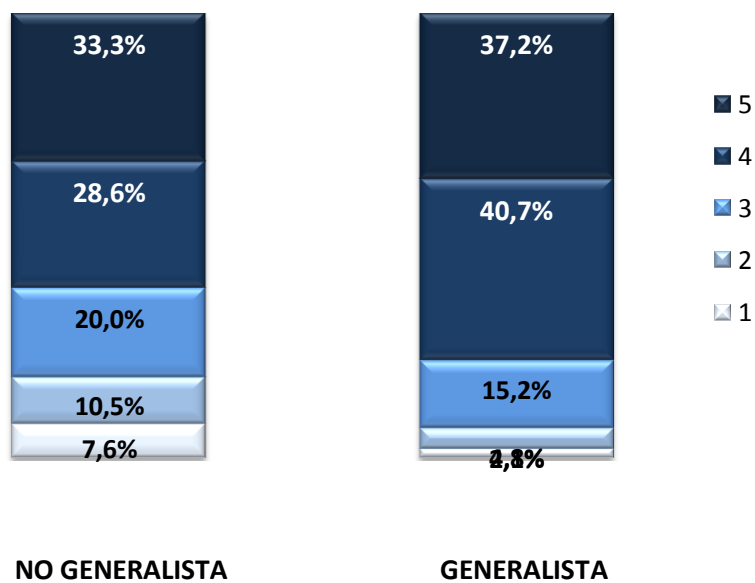
- **Pregunta 13:** Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de Atención Primaria es alto.

Gráfico 141: P 13: Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de Atención Primaria es alto.



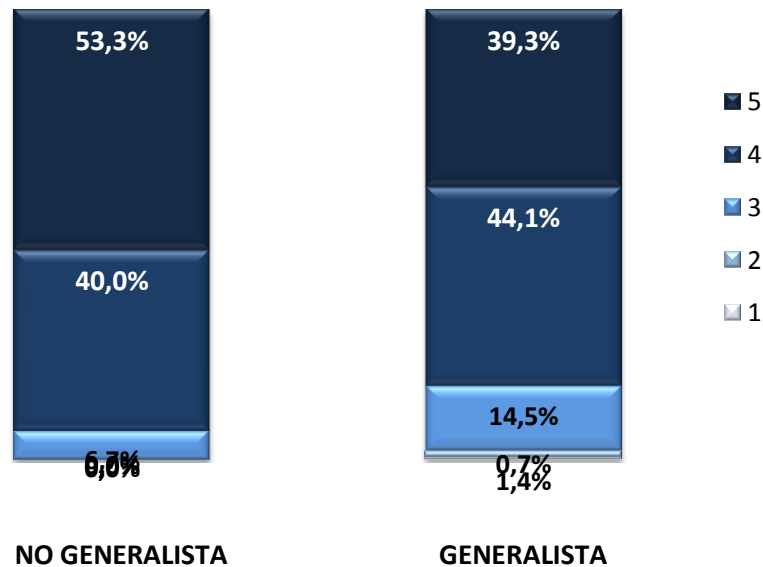
- **Pregunta 23:** Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

Gráfico 142: P 23: Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.



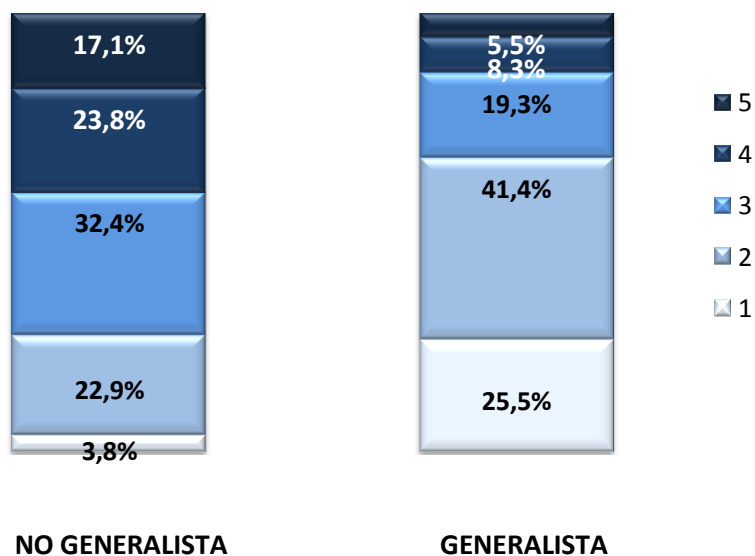
- **Pregunta 27:** Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

Gráfico 143: P 27: Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.



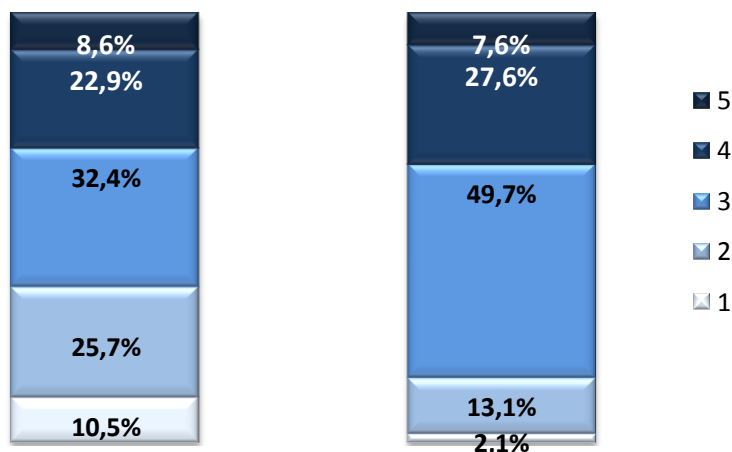
- **Pregunta 33:** Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Gráfico 144: P 33: Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.



- **Pregunta 44:** Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes es importante. Creo que la calidad de los informes de atención primaria es buena.

Gráfico 145: P 44: Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes es importante. Creo que la calidad de los informes de atención primaria es buena.

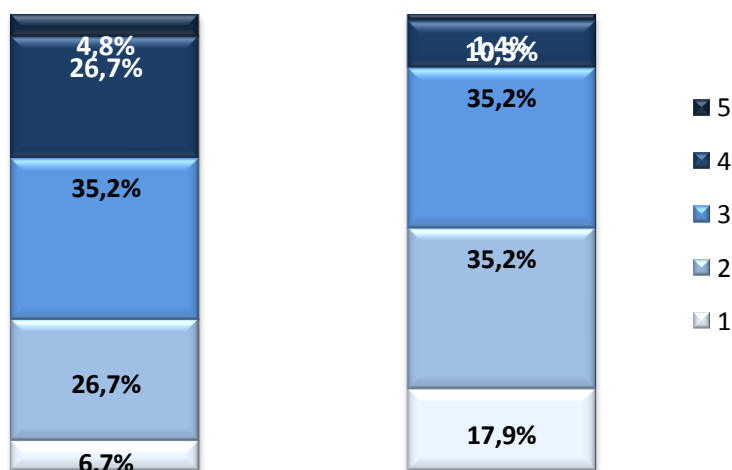


NO GENERALISTA

GENERALISTA

- **Pregunta 45:** Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes es importante. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

Gráfico 146: P 45: Cuando la atención de los pacientes se comparte, la información recogida en los informes es importante. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.

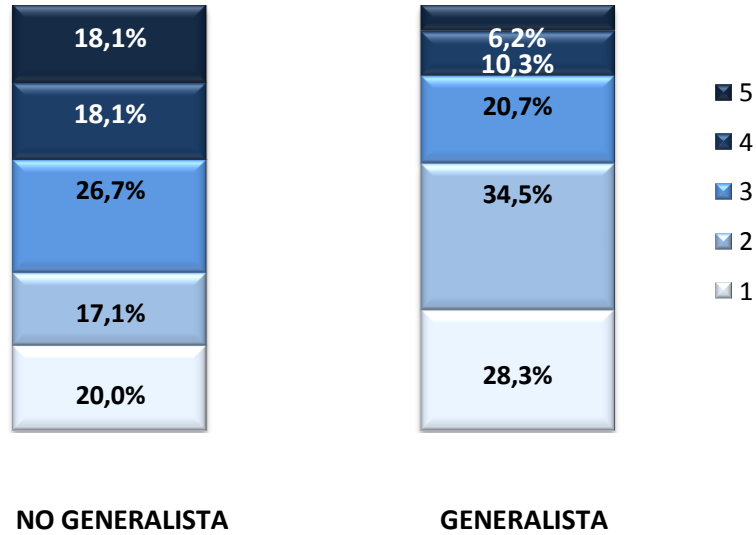


NO GENERALISTA

GENERALISTA

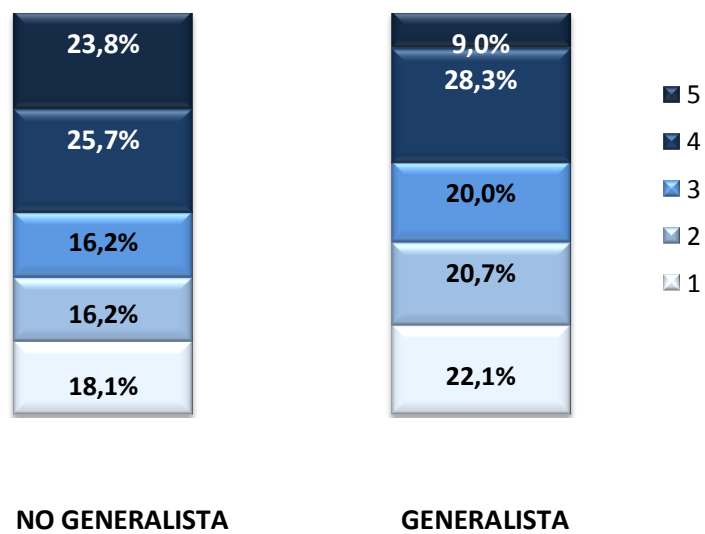
- **Pregunta 47.3:** La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por contacto personal.

Gráfico 147: P 47.3: La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad de un paciente se comparte es... Por contacto personal.



- **Pregunta 48.5:** La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado un paciente se comparte es... Por contacto personal.

Gráfico 148: P 48.5: La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado un paciente se comparte es... Por contacto personal.

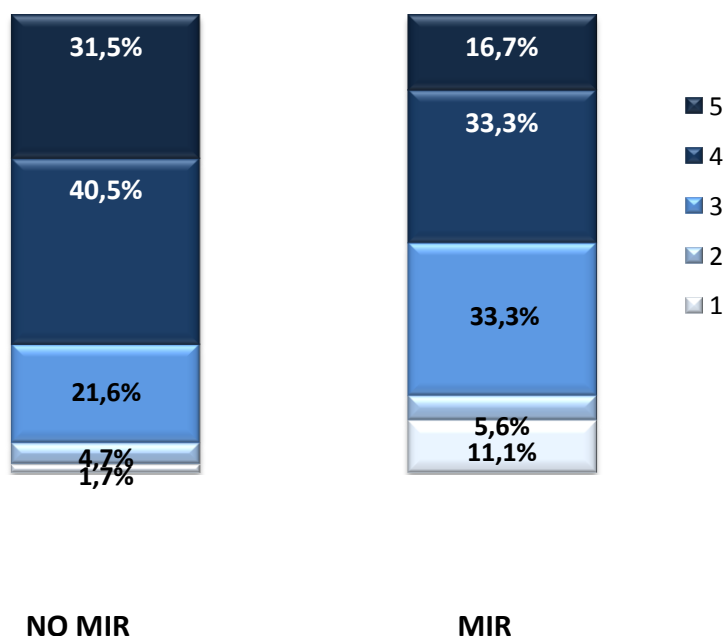


Finalmente se analizaron las respuestas de los médicos colegiados participantes en el estudio en función de si, en la actualidad, éstos eran médicos internos residentes o no encontrando diferencias estadísticamente significativas únicamente en la pregunta: 11, tal y como se observa en la tabla expuesta a continuación.

	Estadísticos	P29
No MIR	Media	4,0
	Desviación estándar	0,9
	Mínimo	1,0
	Máximo	5,0
	C ₁	3,0
	Mediana	4,0
MIR	C ₃	5,0
	Media	3,4
	Desviación estándar	1,2
	Mínimo	1,0
	Máximo	5,0
	C ₁	3,0
	Mediana	3,5
	C ₃	4,0
p-valor U-Mann Whitney		0,040

- **Pregunta 29:** Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidad de gestión en mi práctica habitual.

Gráfico 149: P 29: Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidad de gestión en mi práctica habitual.



5. Resultados traducción-retrotraducción.

El anexo 17 muestra el proceso de traducción-retrotraducción.

La primera columna recoge los ítems de la versión original en español. La segunda, la primera versión de la encuesta en inglés. La tercera, la versión dada por un profesional médico con perfil asistencial, con experiencia laboral en países de habla inglesa tras evaluar la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta de esta primera versión. La cuarta columna recoge la retrotraducción al español por un traductor especializado en temas médicos (bilingüe pero con lengua de origen español).

Esta versión fue analizada por el equipo investigador y uno de los traductores, para evaluar la equivalencia conceptual y consensuar la segunda versión en inglés (anexo 18).

El motor conductor de todo este trabajo ha sido reflexionar sobre las contradicciones entre los resultados obtenidos con las mismas herramientas o modelos de organización en circunstancias aparentemente similares, incluso medidas de manera objetiva mediante indicadores, planteando la hipótesis de que es la puesta en práctica de los valores profesionales lo que explica estas diferencias.

Con relación al objetivo operativo 1.1. Los resultados de la revisión en profundidad realizada mostraban que dicha revisión en busca de su dimensión ética no había sido realizada hasta la fecha. Ésta ha sido una aportación relevante de la revisión bibliográfica. Por la finalidad de la revisión, aplicar la metodología de las búsquedas sistemáticas no era pertinente a priori, pero tampoco interesaba limitarse a una mera búsqueda descriptiva.

La revisión bibliográfica en profundidad confirmó que la literatura no ha recogido hasta la fecha información explícita relacionada con las cuestiones éticas que empapan la coordinación entre niveles asistenciales, limitándose a describir cómo es esta en diferentes ámbitos, qué instrumentos, medidas organizativas, modelos de gestión se relacionan con resultados peores o mejores -con resultados contradictorios-. Incluso se han generado y validado indicadores para medir la coordinación entre niveles asistenciales.

Las principales limitaciones de esta parte del trabajo desarrollado, a tener en cuenta para la interpretación de los resultados que se obtuvieron, fueron:

1. Si se añadía el término ethics/bioethics (ética/bioética) a la estrategia de búsqueda el número de artículos a revisar era ínfimo. En consecuencia para poder realizar la revisión en profundidad ha sido necesario llevar a cabo mucha búsqueda manual para llegar a la estrategia de búsqueda definitiva. Una alternativa a plantear en futuras revisiones sistemáticas, derivada de la experiencia del presente trabajo de campo sería introducir los descriptores engagement (compromiso/implicación) y leadership (liderazgo). Su finalidad: detectar la posible evolución del término “coordinación” y de sus instrumentos para mejorarlo, que no han dado su fruto, desde la perspectiva del profesionalismo, otro de los términos a incluir en futuras búsquedas.

2. La valoración de la calidad de los artículos se ha realizado mediante criterios no cuantificables con métodos estadísticos, por lo que podrían considerarse subjetivos. Diferenciar entre cualitativo (subjetivo) y arbitrario es importante en cuanto a rigor metodológico. Por esa razón los criterios de valoración fueron establecidos de forma explícita y han sido descritos con total transparencia.

Entre los hallazgos de la búsqueda llamaba la atención que la mayoría de artículos fueron publicados en revistas pertenecientes al primer cuartil (Q1) de la clasificación por factor impacto según el Journal Citation Reports, por lo que se advierte la gran repercusión del tema. También que sea en Europa, con gran diferencia, dónde se encuentran la mayor parte de artículos publicados, más concretamente en Reino Unido y España, países con modelos de atención sanitaria mayoritariamente públicos, a diferencia de EEUU donde la sanidad es fundamentalmente privada. ¿Cobra allí menos importancia resolver la continuidad asistencial, a razón de los pocos artículos de interés encontrados en relación al tema en cuestión? Probablemente esto sea engañoso ya que, dada la tradición de considerar la sanidad estadounidense como un negocio, con mentalidad mercantil, donde el paciente actúa como cliente en la mayor parte de los casos, la coordinación entre proveedores de servicios puede ser un problema ya valorado y resuelto –para ese sistema sanitario-. De hecho, la mayor parte de los instrumentos diseñados para mejorar la relación entre niveles asistenciales están basados en instrumentos puestos en marcha en dicho territorio, como el modelo de Gestión de casos. Ahora bien, la mayoría de ellos, a pesar de considerarse la solución perfecta para mejorar la coordinación, una vez puestos en marcha se ha comprobado que no eran la panacea aparente en un primer momento: su efectividad y eficiencia depende del compromiso profesional y organizacional de los diferentes servicios y sistemas de salud implicados.

La distribución temporal de los artículos publicados en referencia al tema en cuestión no es uniforme. Destaca el pico detectado en el año 2005. Llama la atención que gran parte de ellos pertenecen a nuestro ámbito, España.

Probablemente guarde relación con la finalización de las transferencias de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas en el año 2004, que produjo cambios en la organización de los servicios sanitarios pasando la responsabilidad de la gestión centralizada a las diferentes comunidades autónomas y planteándose la necesidad de buscar alternativas más eficientes a las respuestas organizativas existentes. A ello se añadió la necesaria adaptación constante a los rápidos avances en tecnología y la aparición de nuevos tratamientos, que llevó y lleva consigo el alto nivel de especialización de la profesión sanitaria, manteniendo la centralización de gran parte de la asistencia en los centros hospitalarios. Es decir, ese momento que hubiera podido ser la oportunidad para realizar un cambio organizativo potenciando el papel de la atención primaria supuso una ratificación del hospital-centrismo propio la organización de nuestro sistema nacional de salud. Así, la asistencia sanitaria de una persona, cada vez más añosa y dependiente, con varias patologías coexistentes ha ido requiriendo la participación de múltiples especialistas (especialidades) a distinto e incluso en el mismo nivel asistencial, que necesitan coordinarse entre sí. La necesaria búsqueda de soluciones a los problemas del día a día estaba (y está) servida.

En 2009, se publicó un trabajo de investigación cuyo objetivo era analizar la coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales. (Henoa et al, 2009). En dicho trabajo, se realizaron 2 grupos de informantes (18 directivos, 3 de ellos no asistenciales y 23 profesionales, 9 médicos de atención primaria, 11 médicos especialistas y 3 médicos de atención sociosanitaria). En los resultados destacaba en primer lugar la dificultad en la elaboración del concepto, sobre todo por parte de los profesionales sanitarios, incidiendo en la necesidad de utilizar términos más concretos, por parte de los investigadores, cuando se analice la coordinación asistencial. Cabe señalar que aunque los entrevistados de dicho trabajo coincidían en considerar la coordinación asistencial como necesaria, destacaban fundamentalmente como beneficio el ahorro de recursos y no la relacionaban con la continuidad asistencial. Por otra parte, llamaba la atención que los informantes atribuían la complejidad de la

coordinación entre niveles asistenciales, a la separación histórica entre niveles y profesionales (atención primaria frente a especializada, médicos frente a enfermeros...), que contribuía a conformar valores opuestos a la colaboración y el trabajo en equipo.

El hecho de que dentro de España sea en Cataluña donde más trabajos se han publicado puede justificarse por la coexistencia de varios proveedores de la atención sanitaria y distintos modelos de gestión y financiación (pública, privada y mixta).

Como conclusión puede decirse que la revisión de la literatura realizada confirma la hipótesis de partida: se necesita profundizar en la dimensión ética y la promoción del compromiso profesional y organizacional para resolver las necesidades y problemas de la falta de coordinación entre niveles asistenciales. De cara a futuras revisiones del tema los descriptores más adecuados para la búsqueda del concepto serían:

En términos MeSH: “Professionalism”, “Integrated healthcare systems”, “Continuity of care”, “Interprofessional relations”, “Delivery of Healthcare/Integrated organization and administration”, “Delivery of healthcare integrated”, “Health services needs and demand”, “Institutional management teams” y “Attitude of health personnel”.

En términos no MeSH: “Engagement”, “Healthcare coordination”, “Healthcare coordination mechanism”, “Healthcare coordination evaluation”, “Healthcare coordination activities” y “Relationship between health care levels”, acompañados de “Hospitalists” y “General practitioners”.

El objetivo operativo principal ha sido elaborar y validar un cuestionario para describir las cuestiones éticas en la relación entre niveles asistenciales. De hecho los objetivos operativos 1.3 y 1.4 además de aportar información no conocida hasta la fecha han permitido acercarnos a la confirmación de la validez de utilidad del cuestionario elaborado. El proceso de desarrollo del cuestionario ha permitido decantar los 67 ítems iniciales derivados de la fase

cualitativa previa en 11 dominios a 25 ítems y 8 factores explicativos de la variabilidad de las respuestas de los facultativos colegiados en España. Los 11 dominios iniciales pretendían dar respuesta a los tres pilares fundamentales del compromiso profesional e institucional, desde la perspectiva ética, que subyacen en la atención sanitaria a las personas cuando esta es compartida y requiere la participación de distintos niveles de asistencia: Altruismo, Lealtad y Respeto. Como recoge la literatura (Aller et al, 2013, Aller et al 2015; Charns, 1997; Conrad et al, 1990; Galbraith, 1973; Gervás et al 2005; Gervás et al, 2006; Grol, 2004; Haggerty et al, 2006; Kvamme et al, 2001; Ojeda et al, 2006; Peiró et al, 2012; Henao et al, 2008; Vargas et al, 2005; Vargas et al, 2006; Vargas et al 2015; Vázquez et al, 2005; Vázquez et al, 2015; Terraza et al, 2006), las guías que deben orientar las relaciones profesionales son: la consideración del paciente como nuestro interés fundamental, el trato respetuoso y la obligación de utilizar los recursos de salud de forma adecuada y prudente. Todo ello estructurado en:

4. Factores de ámbito interno: Comunicación, conocimiento mutuo, Buena relación.
5. Factores facilitadores:
 - a. Internos: Sistema de valores. (Ética profesional)
 - b .Externos: Mecanismos de coordinación
6. Factores de ámbito externo: Condiciones de trabajo.

Revisando la bibliografía los autores coinciden en señalar como factores determinantes de los problemas de coordinación entre niveles asistenciales la formación de los diferentes grupos profesionales, el uso de métodos de trabajo distintos y el desconocimiento y desconfianza mutuos (Alfaro et al, 2002). Los autores de dicho trabajo concluían que no resultaba extraño, que el sistema de valores emergiese en los resultados como uno de los principales determinantes de la coordinación ni que se propusiesen mecanismos de coordinación

generadores de espacios colaboración para inducir un cambio cultural. Denominado según Kornaki et al ya en 1996 como conflicto de culturas. Por otra parte, el análisis de las opiniones permite establecer un orden jerárquico en los determinantes de coordinación y un marco para comprender cómo los actores perciben la relación entre los factores. (Figura 12). Si observáramos la figura, la comunicación, el conocimiento mutuo y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales constituirían el núcleo de los determinantes de coordinación, influidos, en un primer nivel, por los mecanismos existentes para coordinar las actividades asistenciales y por otra parte por el sistema de valores de los profesionales involucrados en la asistencia del paciente.

El sistema de valores y actitudes visto como el interés de los profesionales por cooperar y comunicarse con los otros niveles asistenciales, mientras que los mecanismos de comunicación determinarían el grado de comunicación, el intercambio de información y consenso sobre la actuación en la asistencia del paciente por parte de los profesionales implicados en dicha actividad.

Finalmente las condiciones de trabajo, expuestas como elementos estructurales y organizativos con el fin de crear un clima propicio para que los profesionales coordinaran su actividad.

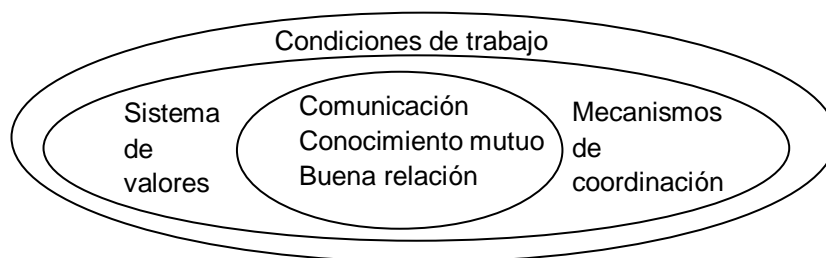
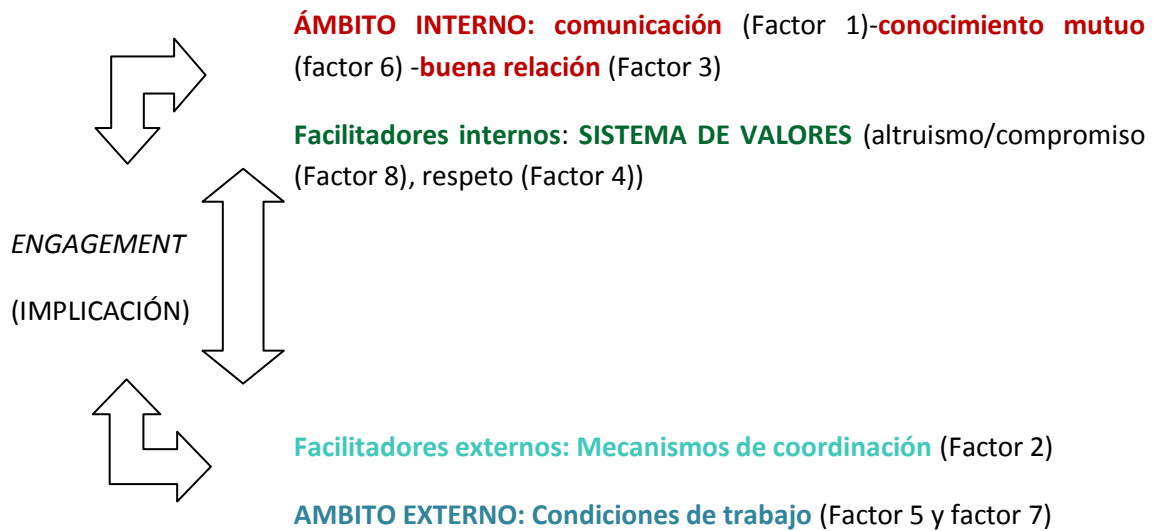


Figura 12: Determinantes de la coordinación asistencial y sus interrelaciones. (Modificado de: Henao et al, 2009).

La versión final del cuestionario ERNA confirma este modelo explicativo.



Discusión relacionada con validación cuestionario.

El proceso de validación ha sido largo y laborioso. Desde el primer análisis factorial exploratorio, realizado durante el pilotaje en Zaragoza, coincidiendo con la entrada en vigor de la ley de prescripción por principio activo y la instauración generalizada del modelo de receta electrónica en atención primaria, al nuevo factorial exploratorio y confirmatorio desarrollado con datos procedentes de la muestra de respondedores de la población estatal.

Una limitación a remarcar de la fase de validación es que de los expertos seleccionados inicialmente, solo 3 completaron las tres rondas de debriefing. Esto hizo imposible realizar cualquier medición cuantitativa de este proceso, que ha sido por tanto cualitativo. En el apartado de metodología se ha descrito exhaustivamente como se llevó a cabo dicho proceso con el objetivo de aclarar que cualitativo, si bien es subjetivo no es arbitrario. Por otra parte la combinación del proceso de debriefing con el análisis factorial es lo que ha permitido avanzar confirmando cuantitativamente la selección de ítems hasta alcanzar la versión definitiva.

El diseño original del estudio planteaba la realización del procedimiento de validación durante el pilotaje del cuestionario en Zaragoza. Como se ha

explicado en los apartados previos, la respuesta de participación fue muy inferior a la planificada y el número de cuestionarios válidos para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio no alcanzó la muestra mínima recomendable. Sí que permitió detectar una serie de ítems importantes que convenía no perder y podrían requerir una reformulación (realizada con las rondas sucesivas de debriefing) y la consiguiente necesidad de realizar un nuevo proceso de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio, por qué no, con población general.

Valoración de los dominios iniciales y definitivos del ERNA

Los iniciales dominios 1, 2, 4, 7 y 11 no superaron el proceso de validación (debriefing más análisis factorial piloto y definitivo –exploratorio y confirmatorio)

Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.

Este dominio se mantuvo hasta la versión enviada a todos los colegiados a nivel estatal, si bien no con todos los ítems iniciales. Contenía uno de los clásicos conflictos entre niveles asistenciales: la prescripción inducida.

Este segundo análisis factorial fue desarrollado estando en vigor la ley de prescripción por principio activo (Decreto-Ley 3/2011 y Decreto-Ley 16/2012 de Modificación de la Ley 29/2006) el tiempo suficiente como para ver algunos de sus consecuencias, incluida la relación entre niveles asistenciales. Se hace referencia al clásico conflicto de interés que surgía con la prescripción inducida de ciertos medicamentos de marca establecidos en especializada que debían ser mantenidos en primaria detectados como fuente importante de conflictos en los estudios cualitativos previos, confirmados en el primer análisis factorial exploratorio pero descartados después.

Dominio 2. Amenazas al altruismo: Gestión de los conflictos de interés en la formación continuada.

Este dominio, que fue reducido en número de ítems con la primera ronda de debriefing (se eliminaron los seis relacionados con la fuente de financiación), mantuvo hasta el análisis factorial con la muestra de colegiados estatales los tres relacionados con procesos de formación-integración que han sido utilizados como herramientas para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales en varios trabajos (Campell et al 1998; Grifell et al, 2002; Groll, 2004; Johnston et al, 1994; Kasje et al, 2004; Longest, 2000; Lorenz et al, 1999; Peiró et al, 2003; Rubio et al, 2000; Shortell et al, 2000; Terraza et al, 2006; Vázquez et al 2005; Vergeles-Blanca et al, 2002; Wagner et al, 1996; Young et al, 1998). Sin embargo, no superaron el análisis factorial definitivo. La interpretación inicial de esta dimensión pretendía valorar el componente de ética personal y profesional relacionados con la gestión de los conflictos de interés relación con la formación médica continuada, considerando esta como un instrumento de ámbito interno para la mejora de coordinación. La revisión de la literatura permite hacer una interpretación distinta de este instrumento encuadrándola como una herramienta de ámbito externo dentro de la normalización de las habilidades del trabajador. La reflexión pausada del anexo 19 y su evolución a lo largo del proceso de validación permite explicar por qué esta dimensión no se ha mantenido en la versión final del ERNA y no ha constituido ningún factor explicativo de la variabilidad de las respuestas. La explicación sería que es una cuestión compleja, multifacetaria, que puede implicar a algún elemento de ámbito interno (objetivo inicial de sus ítems) y un componente de ámbito externo, difícil de discriminar mediante los ítems planteados inicialmente (para lo que no habían sido diseñados), por lo que no han superado el análisis factorial.

Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.

Los cambios en los planes terapéuticos son otra de las fuentes de conflictos teóricamente importantes en la relación entre niveles asistenciales. Sin

embargo, aunque los tres ítems de este dominio superaron las dos primeras rondas del debriefing, la modificación del ítem más significativo (De 4.1 Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas a 4.1 Prefiero que mi colega mantenga el plan terapéutico que he propuesto para el paciente), al no superar el factorial exploratorio en la muestra piloto de Zaragoza, tampoco consiguió superar el análisis confirmatorio definitivo. El razonamiento explicado anteriormente para argumentar la desaparición del primer dominio: conflictos de interés con la prescripción, podría justificar la caída también del dominio 4 inicial.

Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.

De los cinco ítems iniciales de este interesante dominio, derivado de lo recopilado en las entrevistas en profundidad y grupos focales entre facultativos y gestores, sólo tres superaron la primera ronda del debriefing. Lo hicieron por lo interesante de su contenido. Los tres “supervivientes” desaparecieron en segunda ronda, dado que aludían a una condición interesante para las relaciones dentro del equipo asistencial, pero no entre niveles asistenciales. Por ello su pertinencia para el objetivo del estudio pasó de “3” a “1 ó 2” en segunda vuelta, siendo eliminados.

Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.

Este dominio, con ocho ítems iniciales, mantuvo uno de ellos hasta el análisis factorial con la muestra estatal, si bien, siendo coherentes con el objetivo del cuestionario, su idoneidad no era adecuada desde el principio. La importancia de su contenido y la pertinencia de sus ítems, aunque no idóneos para valorar la relación entre niveles asistenciales, justificarían su consideración inicial por los expertos en la fase de debriefing.

Valoración de los ítems iniciales no mantenidos en la versión definitiva del ERNA pertenecientes a dominios conservados

El resto de dominios iniciales (Dominio 3: El respeto y la consideración mutua; Dominio 5: El respeto a los límites competenciales; Dominio 6: El respeto a la jerarquía; Dominio 8: Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica; Dominio 9: Lealtad entre colegas Cooperar en los planes de cuidado; Dominio 10: Lealtad entre colegas: Compartir información) se mantuvieron, si bien sufrieron una reducción del número de ítems.

Del **Dominio 3** (El respeto y la consideración mutua) destaca que no superaran el proceso de validación los ítem 3.4: Es excepcional que los médicos critiquen a sus colegas delante de sus pacientes y 3.8: Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es alto. Una explicación podría ser que la respuesta en la práctica sería “depende”, por la variabilidad de la persona concreta en la que pensar al enfrentarse a estas preguntas, reflexión que convendría confirmar o descartar en nuevas investigaciones.

Respecto al ítem 3.6: Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es alta, que no superó el proceso de validación, mientras que el mismo aplicado a los médicos de atención primaria sí que lo hizo, ¿qué puede decirse? La explicación podría estar relacionada con la mayor respuesta conseguida entre médicos de familia que entre especialistas de ámbito hospitalario. El desconocimiento de este medio por la mayoría de los respondedores podría justificar el resultado. Una explicación más compleja, pero interesante desde la valoración ética estaría relacionada con la interpretación de “resolutivez”. Si, como se admite, en atención primaria se da respuesta al 80% de las necesidades de los pacientes atendidos, que el 20% restante, por necesitar especialización y complejidad tecnológica, es resuelto en la atención especializada, el grado de su resolutivez, ¿puede considerarse alto? ¿En función de qué parámetro? ¿El mismo para todos los encuestados, sin una definición previa?

Con relación al ítem 3.3: Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos, la explicación podría ser la misma que fundamentaría la exclusión del dominio 11: la lealtad bien entendida: el médico con sus facultades disminuidas. No obstante, si bien los facultativos encuestados pudieron entender la pregunta desde esta perspectiva, no hacía referencia a esta situación, sino a la existencia de discrepancias por motivos distintos a la merma en las facultades profesionales. Otra explicación más plausible sería la poca consideración del apoyo que los Colegios de Médicos pueden ofertar en este tipo de situaciones, lo que constituye un interesante punto de reflexión.

Es más complicada la explicación de la eliminación final de los ítems 3.4 (Es excepcional que los médicos critiquen a sus colegas delante de sus pacientes), 3.6 (Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es alto), 3.8 (Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es alto), 3.9 (Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es alto). Específicamente del ítem:” es excepcional que los médicos critiquen a sus compañeros delante de los pacientes” ya que es una cuestión detectada como importante en la fase cualitativa y es considerada como tal por el Código de Deontología y Ética Médica (Artículo 37.3: “los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante”). ¿La diferencia entre criticar las acciones o criticar al colega ha sido la causa de que el ítem no soportara el análisis factorial? Parece más probable que la explicación de la pérdida de este ítem tenga relación con el enunciado de la pregunta cuya interpretación ha podido generar dudas entre lo que el facultativo opina que debe hacerse y lo que opina sobre lo que se hace, lo que parece fuera de dudas es que ítem iba dirigido a valorar la dimensión de respeto entre colegas, implícita en la relación entre niveles asistenciales y su eliminación puede constituir una limitación de la validez de contenido de la versión final del ERNA.

Qué decir del inicial **Dominio 5**: El respeto a los límites competenciales. Llama la atención la “pérdida” del ítem 5.2 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.

Con relación al **Dominio 6**: El respeto a la jerarquía: dos de los ítems no superaron el proceso de validación. El 6.1 Los gestores reconocen el trabajo bien hecho y el 6.5 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición. Como ya se comentó en la justificación, el papel que el *engagement*, desde la perspectiva de toma de conciencia de la responsabilidad profesional y la necesaria implicación de todos los actores implicados (profesionales de distinto nivel y gestores) en la trama de atención sanitaria, está en la base de la interpretación del contenido ético de este dominio.

Estos hallazgos permiten considerar que el instrumento elaborado se muestra útil con las circunstancias actúales y puede ser estable si no se producen nuevas variaciones de alto impacto y/o calado, lo que debe ser tenido en cuenta en lo referente a la validez y utilidad del instrumento. Con relación a este punto el hecho de haber realizado un doble análisis factorial, no solo con diferente población sino en diferentes cortes temporales, alcanzando resultados estadísticamente significativos para los ítems incluidos en la versión final del ERNA confirma la fortaleza de la versión presentada.

El proceso de validación ha permitido:

1. Seleccionar los ítems cuyo contenido era pertinente (validez de contenido) y reflejaban información relacionada con un mismo factor (validez de constructo). Los 25 ítems finales permiten así recoger la información que los 67 iniciales hubieran dado, pero de una manera más eficiente (utilidad del cuestionario, como dimensión de su validez), más ordenada y metódica.

2. Elaborar un modelo factorial, que permite la valoración de la interrelación de factores estructurales con variables independientes, como responsables de la variabilidad en las respuestas al cuestionario. Si bien el modelo validado no ha confirmado el genérico de partida (todos los factores están relacionados entre sí), es concordante con el modelo teórico explicativo del funcionamiento y manejo de la coordinación/relación entre niveles asistenciales: factores de ámbito interno, facilitadores (internos y externos) y factores de ámbito externo.

El análisis de la Tabla 21 que recoge la redistribución de los ítems del cuestionario ERNA por factor desde su modelo de distribución por dominios, permite concluir que:

El Factor 1 (Comunicación-conocimiento mutuo) -5 ítems- aglutina 3 ítems del dominio inicial: Lealtad entre colegas. Compartir información (mayor peso específico) y 2 de Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.

El Factor 2 (Cooperar en los planes de cuidado) -3 ítems- coincide con el dominio inicial Lealtad entre colegas: cooperar en los planes de cuidado. No obstante, este factor lo que refleja es la valoración de las estrategias o instrumentos de coordinación puestos en práctica, no tanto el contenido ético de la cooperación, cuyos ítems han pasado a otro factor. Por ello, de acuerdo al modelo explicativo, pasa a considerarse un facilitador externo.

El Factor 3 (Altruismo/compromiso con el paciente) -4 ítems- aglutina 2 ítems del dominio Respeto y consideración mutua (mayor pesos específico) y 2 del dominio Lealtad entre colegas. Compartir información.

El Factor 4 (Respeto a la jerarquía) incluye 2 ítems, coincidiendo con el dominio inicial de Respeto a la jerarquía. Es el ítem 25: “La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza” el que tiene más peso.

El Factor 5 (Modelo organizativo/condiciones de trabajo) está compuesto por 3 ítems recogidos inicialmente en el dominio: El respeto a los límites competenciales. El ítem con más peso es el 22: “Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

El Factor 6 (Consideración mutua/Lealtad entre colegas) está compuesto por 4 ítems, procedentes 2 del dominio: Lealtad entre colegas: cooperar en los planes de cuidado (mayor peso específico) y los otros 2 del dominio inicial: El respeto y consideración mutua.

El Factor 7 (Herramientas de comunicación) está compuesto por 2 ítems, procedentes del dominio inicial Lealtad entre colegas: compartir información. Efectivamente, ambos valoran la consideración por parte de los facultativos de las herramientas de comunicación utilizadas en su práctica. De nuevo se interpretan como facilitadores externos.

El Factor 8 (Compromiso con la institución) lo integran 2 ítems procedentes del dominio inicial Respeto a la jerarquía. Es el P27 “Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa, el que tiene más peso específico en este factor. Este factor, junto con el Factor 4 (Respeto a la jerarquía), pasan a interpretarse como facilitadores internos, de acuerdo al modelo teórico explicativo de los factores implicados en la coordinación entre niveles asistenciales (Henaó et al, 2009). Ambos factores constituyen objetivos específicos de mejora desde la perspectiva de la educación y promoción del *engagement* (compromiso e implicación con y en la institución).

El análisis de la Figura 11 que recoge el modelo factorial del ERNA permite concluir que el factor 1 (Comunicación-conocimiento mutuo; - considerado en el modelo explicativo como de ámbito interno-) no se relaciona con el factor 5 (modelo organizativo/condiciones de trabajo: ámbito externo). El factor 2 (cooperar en los planes de cuidado –estrategias de coordinación-: facilitador externo) se relaciona con todos. El factor 3 (altruismo/compromiso con el paciente: facilitador interno) no se relaciona con el factor 8 (compromiso con la

institución: facilitador interno). El factor 4 (respeto a la jerarquía: facilitador interno, - recuérdese que es el ítem 25: “La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza” el que tiene más peso) no se relaciona con el factor 5 (condiciones de trabajo), el factor 6 (consideración mutua: lealtad –ámbito interno-) ni el factor 8 (Compromiso con la institución). El factor 5 (condiciones de trabajo) no se relaciona con el factor 1 (conocimiento mutuo), el factor 4 (respeto a la jerarquía, en cuanto a mutua confianza), el factor 7 (herramientas de comunicación: facilitador externo), ni el factor 8 (compromiso con la institución, en cuanto a disposición a colaborar).

Será necesario valorar todas estas interrelaciones cuando se lleve a cabo el análisis de las respuestas de la muestra representativa de médicos colegiados en España, que permitirá valorarlas conjuntamente con las variables independientes del estudio, para empezar a asimilar todas las connotaciones de índole práctica derivadas del modelo factorial explicativo construido.

Discusión de los resultados preliminares

El abordaje de las respuestas al cuestionario ERNA que en el presente trabajo de investigación no pasa de ser un simple pilotaje, se ha planteado desde dos perspectivas:

1. Descriptiva, recogiendo las respuestas dadas a cada uno de sus 25 ítems, distribuidos en los dominios supervivientes del proceso de validación. Para ello se ha considerado el ámbito de nuestra comunidad autónoma: Aragón.
2. Exploratorio de la respuesta final de la muestra representativa de la población de colegiados españoles con el modelo factorial de ERNA resultante del proceso de validación.

Son dos enfoques distintos, complementarios, que permiten perfilar los resultados que se obtendrán cuando se consiga la muestra representativa definitiva y el análisis pormenorizado de sus respuestas.

Resultados del pilotaje del modelo en la muestra estatal del análisis factorial confirmatorio.

Al reflexionar sobre los resultados obtenidos al analizar las respuestas desde el modelo factorial con la muestra estatal confirmatoria, se observó lo siguiente:

En relación al factor 1 (Comunicación y conocimiento mutuo), se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en función del ámbito (Atención Primaria/Hospital), como del tipo de especialidad (No generalista/Generalista) y/o (no quirúrgica/quirúrgica) y del tipo de trabajo (público-privado).

Sin embargo cuando se analizó el factor 2 (Cooperar en los planes de cuidado), sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

Por el contrario cuando se revisó el factor 3 (Altruismo/compromiso con el paciente) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de las variables ámbito (Atención Primaria/Hospital), como del tipo de especialidad (No generalista/Generalista) y/o (no quirúrgica/quirúrgica).

Con relación al factor 4 se encontraban diferencias estadísticamente significativas en función de las variables: Sexo, ámbito (Atención Primaria/Hospital), Tipo de especialidad (Generalista/No generalista) y del tipo de trabajo (público-privado).

En el factor 5 (Modelo organizativo), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, ámbito (Atención Primaria/Hospital), Tipo de especialidad (Generalista/No generalista).

No obstante en el caso del factor 6 sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de trabajo (público-privado). Ahora bien, tal y como se muestra en resultados, si se aplicaban test no paramétricos también se encontraban diferencias estadísticamente significativas en función del ámbito de trabajo: Atención Primaria versus hospital.

En el caso del factor 7 se observaron diferencias en función, tanto del ámbito como del tipo de trabajo (público-privado), y del tipo de especialidad (No generalista/Generalista), si se aplicaban test no paramétricos.

Para finalizar, cuando se analizó el factor 8 destacó que únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del ámbito (Atención Primaria/hospital) y tipo de especialidad (No generalista/Generalista).

En resumen, las principales variables que influyen en el análisis factorial son el Ámbito/ Nivel asistencial (Atención Primaria/ Atención especializada), Tipo de trabajo (Público/Privado y Mixto) y Tipo de especialidad (No generalista y Generalista). De hecho, si analizáramos los datos en función de la variable ámbito (Atención Primaria/Hospital) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores: 1 (Comunicación y conocimiento mutuo), 3 (Altruismo/compromiso con el paciente), 4 (Respeto a la jerarquía), 5 (Modelo organizativo/condiciones de trabajo), 7 Herramientas de comunicación y 8 (Compromiso con la institución). Añadiendo el factor 6 (Consideración mutua/ Lealtad) si aplicáramos test no paramétricos.

Llama la atención que sólo en un factor, el factor 2 (Cooperar en los planes de cuidado: estrategias de coordinación, -facilitador externo-) no se encontrara significación estadística de las respuestas en función de las variables de estudio. La diferencia cultural que tradicionalmente ha imperado en ambos niveles asistencias, llegando a considerarse incluso dos compartimentos estanco de la organización asistencial, así como el diferente modelo organizativo existente en la actualidad llevaba a predecir que estas diferencias existirían. Sin embargo es llamativo que justamente el factor 2, que es el relacionado con los instrumentos del coordinación basados en la normalización de tareas (Protocolos, Reuniones casos y formularios de derivación por procesos sea en el que no se encuentran diferencias. Esto podría tener dos explicaciones. La primera iría en la línea de que los profesionales tienen asumidas estas herramientas y ya las tienen incluidas en su práctica diaria actual y por lo tanto no existen conflictos en relación a las mismas. Claro que,

otra explicación plausible sería que estas estrategias o instrumentos no consiguen su objetivo (mejorar la coordinación entre niveles asistenciales) debido a que la efectividad de su puesta en práctica depende de la implicación de los profesionales que las implementan.

Por otra parte, en función de que la variable a estudio fuera la especialidad de los respondedores, tanto en cuanto ésta pertenecía al grupo de las denominadas generalistas (medicina de familia, medicina interna, geriatría, pediatría) versus no generalistas (el resto), se encontraban diferencias estadísticamente significativas en los factores: 1 (Comunicación y conocimiento mutuo), 3 (Altruismo/compromiso con el paciente), 4 (Respeto a la jerarquía), 5 (Modelo organizativo/condiciones de trabajo), 8 (Compromiso con la institución), añadiéndose el factor 7 (herramientas de comunicación) si se aplicaban test no paramétricos. Probablemente este suceso guarde relación con la filosofía de atención centrada en el paciente, es decir el enfoque integral de la atención de la especialidad generalista frente al enfoque de atención a la enfermedad/aparato o sistema de la no generalista.

Sin embargo llamaba la atención que si las especialidades se agrupaban en función de si éstas pertenecían al grupo de las no quirúrgicas versus quirúrgicas sólo se encontraban diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 (Comunicación y conocimiento mutuo), 3 (Altruismo/compromiso con el paciente). Algo tiene el quirófano que marca diferencias con un factor de ámbito interno y un facilitador interno.

El análisis de los resultados en función del tipo de trabajo (público, privado y mixto) tiene sus limitaciones. La pregunta pretendía conocer cuántos colegiados trabajan o habían trabajado sólo en el sistema público de salud, sólo en el privado, o en ambos. En aquellas Comunidades o Provincias en las que existen diferentes modelos de gestión, que incluyan hospitales de gestión mixta propiamente hablando, la respuesta dada podría no estar respondiendo a lo preguntado. En realidad haría referencia a su relación laboral con un modelo de gestión pública, un modelo de gestión privada o un modelo de gestión mixta.

Por ello, los resultados derivados de esta variable deberían valorarse únicamente entre los respondedores público y privado. Así, cuando se analizaron las respuestas en función de esta variable, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor: 1 (Comunicación y conocimiento mutuo), 3 (Altruismo/compromiso con el paciente), 4 (Respeto a la jerarquía), 6 (Consideración mutua/ Lealtad) y 7 (herramientas de comunicación). La clara diferencia de organización y gestión entre un sistema público y un sistema privado, dónde el concepto empresarial está a la orden del día, vislumbraba que esta diferencia existiría. Esto puede tener dos connotaciones. La primera es la capacidad de la empresa privada para estimular a sus trabajadores e implicar y comprometerlos con su profesión, algo que, a día de hoy, no tiene la empresa pública. Por otro lado, los criterios de eficiencia que exige la empresa privada muchas veces no alcanzan la calidad deseada y/o no favorecen la integración asistencial, debido a que no existe forma única de gestión sino entramados complejísimos que hacen de la coordinación un hito casi imposible. Esta diferencia de opinión queda patente como se muestra a continuación en las respuestas que dieron los colegiados a los diferentes ítems.

Cuando se analizaron los ítems pertenecientes al factor 1 en función de las variables principales de influencia, llamaba la atención una serie de cuestiones; Mientras los médicos de atención primaria respondiendo al Ítem 33 expresaban que prácticamente nunca hablan con el compañero del otro nivel asistencial cuando deciden derivar a un paciente, los médicos de atención especializada sí que lo hacen. Por una parte puede deducirse que dada la organización asistencial actual, el médico de atención primaria tiene una serie de dificultades a la hora de ponerse en contacto con el especialista que se encargará del paciente. En la mayor parte de ocasiones ni siquiera sabe que compañero atenderá a su paciente, por lo tanto difícilmente podrá ponerse en contacto con él, además de las barreras arquitectónicas presentes entre un centro de salud y su hospital de referencia. ¿Por qué los especialistas dicen que sí comentan al paciente? ¿Cómo puede ser que el médico con más

información del paciente no se involucre en la asistencia que le proporcionará un especialista? Lógicamente los médicos de un servicio especializado que trabajan en el hospital no tienen esta serie de barreras o problemas para comentarle un paciente a un compañero también involucrado en su atención. Pondremos un ejemplo: Cuando un traumatólogo hace una interconsulta a un endocrinólogo del hospital porque su paciente tiene descompensación de la diabetes, el traumatólogo tendrá más facilidad para comentarle el caso al otro especialista y viceversa, que un médico de Atención primaria, que trabaja en un centro ubicado a varios Kilómetros del hospital de referencia.

Por otra parte, es posible que la interpretación de la pregunta por los especialistas hospitalarios haya sido la necesidad de comentar a su paciente con otro colega o con un super-especialista y no se han puesto en el papel de comentar el caso con el médico de Atención Primaria, con el compañero que ejerce su práctica en el primer nivel asistencial. En esta misma línea se explicarían las respuestas dadas al resto de los ítems del factor 1, con diferencias significativas (47.1, 47.3 y 48.5), en referencia a cómo es la comunicación entre colegas por teléfono (47.1), por contacto personal (47.3) e incluso la eficiencia de la comunicación entre colegas (48.5). Bien, las preguntas a plantear si se observan detenidamente estos datos son ¿Cómo puede ser que los médicos de atención especializada valoren más positivamente el contacto personal que los de Atención Primaria? ¿E incluso más eficiente? Lógicamente los especialistas se están poniendo en la situación de su práctica diaria en su hospital y no en la necesidad de comunicarse con el médico de atención primaria.

Llama la atención que el médico de Atención Primaria, teóricamente especialista en comunicación y visión global del paciente, con habilidades adquiridas para ello, no valore de forma positiva en la actualidad el contacto personal con el resto de médicos encargados de la asistencia del paciente. Dando un paso más, valorando de forma global las respuestas de los médicos de Atención Primaria, se percibe el sentimiento global de dicho colectivo de infravaloración por parte del resto de los profesionales y la institución, así como

la poca confianza que tienen en la organización en general. Es preocupante esta visión en un sistema que persigue la calidad asistencial sin dejar de lado la eficiencia. Si revisamos la bibliografía, los autores coinciden en la microgestión como una de las soluciones al problema actual, así como la necesaria implicación del médico de Atención Primaria en la gestión y la necesaria potenciación de dicho nivel asistencial por parte de las organizaciones sanitarias para conseguir un sistema sanitario eficiente sin perder de vista la calidad asistencial. Es más, si nos retrotraemos al informe WHO 2008, objetivamos cómo dichos expertos inciden en la necesidad de potenciar el papel del Médico de Atención Primaria como gestor de la atención de un paciente, asegurando la correcta comunicación entre los profesionales encargados de la asistencia de los pacientes, muy en consonancia con el concepto de liderazgo compartido. ¿Por qué piensan que es poco eficiente la comunicación por contacto personal los médicos de Atención Primaria? Son muchas las posibles explicaciones: Dificultad de relación entre especialistas anónimos; barreras organizativas que bloquean lo que debería ser una herramienta eficiente; falta de tiempo, consumido en las tareas asistenciales, burocráticas y la ineficiencia de programas y nuevas tecnologías; falta de medios materiales que permitan poner en práctica, a todos los niveles, una herramienta eficaz...

Agrupando las especialidades en función de si éstas pertenecen al grupo de las denominadas generalistas o no generalistas, no se observaban diferencias en las respuestas si se comparaban con las presentadas previamente en función de las variables Atención Primaria/ Atención Especializada. Si partimos de la base de que comparten su visión global del paciente (las generalistas): una persona que sufre diferentes problemas de salud, frente a una visión parcelada en las no generalistas (atender una patología en un paciente, que además puede tener otros problemas de salud que atenderá quien deba hacerlo), las respuestas deberían de ir en la misma línea, como así ha sido. Claro que, debido al gran peso en la muestra de los Médicos de Familia en el grupo de las especialidades generalistas, para futuras investigaciones se debería valorar

diferenciar entre Medicina de Familia y las demás especialidades pertenecientes al grupo de generalistas. Esto permitirá analizar las posibles diferencias entre especialidades generalistas hospitalarias y de Atención Primaria.

Respecto a los ítems pertenecientes al factor 3, es llamativo cómo los propios médicos de Atención Primaria opinan que tanto su resolutivez clínica como su grado de compromiso con la institución es alto o muy alto, a diferencia de los especialistas hospitalarios que le dan una puntuación más baja. En este caso volvemos a lo planteado a lo largo de la introducción y en otras muchos apartados de este trabajo. ¿Por qué los especialistas consideran la resolutivez de Atención Primaria más baja? Pues probablemente porque ellos reciben los pacientes que manda el médico de atención primaria por el motivo que sea, pero no son conscientes de los pacientes que han sido atendidos sin requerir su participación. Si bien es cierto, que la tendencia organizacional del hospitalcentrismo, la idealización por parte de la sociedad de las nuevas tecnologías hospitalarias con la falsa sensación de que “el hospital lo soluciona todo” y la falta de tiempo en las consultas de atención primaria (Agúndez et al, 2000; Alfaro et al, 2002; Alonso et al, 2002; Alonso et al, 2000; Gervás et al, 2006; Ojeda et al, 2006; Ortún, 1998; Peiró et al, 2006; Vergeles-Blanca, 2002; Villalbí et al, 2003 & Wilton et al, 1998) explica que se deriven una serie de pacientes que podrían haberse resuelto en Atención Primaria y siendo éstos recibidos y resueltos por el especialista hospitalario, favoreciendo esa sensación de falta de resolutivez del otro nivel asistencial.

En el ítem siguiente de esta dimensión (ítem 44), con relación a la calidad de los informes de atención primaria, los médicos de este nivel asistencial opinan que sus informes de derivación son de una calidad media-alta y los especialistas media-baja. Esto deja patente que probablemente los médicos de un nivel asistencial ven los defectos o fallos de los médicos del otro nivel asistencial y no los suyos propios. La actitud crítica con nuestra práctica diaria y la valoración y conocimiento del otro nivel asistencial sería un paso para la mejora de la coordinación. ¿Cómo mejorar ese conocimiento? Desde luego,

conociendo los objetivos y necesidades para realizar su trabajo en uno y otro nivel, y compartiendo objetivos, no dando por supuesto que los propios son los de todos y no hay otros.

En relación al factor 4, merece consideración la diferencia existente en la opinión entre los médicos que trabajan en el sistema público respecto a los que pertenecen al sistema privado. El objetivo de los ítems pertenecientes a este factor (25 y 26) era valorar qué tipo de relación creen que tienen los médicos con sus gestores. Bien, pues es llamativo como se intuye la mejor relación entre los médicos y gestores en el sistema privado que en el público, donde la puntuación es menor. Si a ésta visión añadimos la proporcionada por el ítem 29, perteneciente al factor 8, en la que queda patente como los médicos que trabajan en el sistema privado (85% -puntuación 4-5) estarían dispuestos a asumir responsabilidades de gestión en su práctica habitual a diferencia de los que trabajan en el sistema público (66% -puntuación 4-5), nos da información de cómo probablemente el sistema público no está estimulando a los médicos para comprometerlos con el sistema, favoreciendo la microgestión y la responsabilidad sobre el consumo de recursos, mejorando por tanto la eficiencia. Teniendo en cuenta el marco conceptual del “engagement”, considerado una de las pocas estrategias en la actualidad para asegurar que los cambios sean implantados de forma efectiva (Goldstein, 2004), desbancando conceptos más tradicionales como satisfacción profesional o motivación (Spurgeon et al, 2010). Un profesional no estará comprometido si su dirección no lo estimula para ello. Es decir, el compromiso profesional no sólo depende del empleado, como individuo independiente, sino también de la organización, siendo definido este concepto como “policonstructo”. Se trata por tanto de un proceso bidireccional y continuado. Así, en las organizaciones en las que los profesionales están comprometidos con el sistema pero su organización no les estimula, el resultado son unos pocos profesionales frustrados, y por el contrario en el caso en que las organizaciones estimulan a los profesionales, pero éstos no tienen capacidades individuales, observamos como resultado profesionales que se sienten desbordados ante cualquier cambio (Spurgeon et

al, 2008). Probablemente esta sería una de las líneas a plantearse por parte de las organizaciones sanitarias para mejorar la eficiencia y el consumo responsable de recursos, sin mermar la calidad en la asistencia de los pacientes.

En esta mismo sentido, cuando el asumir responsabilidades de gestión por parte de los profesionales se analizaba en función de si éstos pertenecía al grupo de los no generalistas versus generalistas, o su actividad asistencia era desarrollada en atención Primaria versus Hospital, se visualizaba una tendencia de mayor disponibilidad de los profesionales no generalistas y/o hospitalarios para asumirlas. Es llamativo, que si partimos de la base de que el profesional de Atención Primaria atiende y soluciona la mayoría de los problemas de las personas que tiene asignada, cómo se muestran menos dispuestos a asumir este tipo de tareas. Si nos basamos en el sistema de distribución de recursos inglés, precisamente las Clinical Commissioning Groups fueron creadas para dar responsabilidades de gestión a los médicos de Atención Primaria, siendo considerados un pilar fundamental a la hora de decidir qué recurso es necesario para una población y por qué, así como las necesidades de la población de referencia. Sí a esto añadimos la información proporcionada por el informe WHO 2008, queda patente la necesidad imperiosa de nuestro país de estimular a los profesionales para que se involucren en la gestión de las organizaciones sanitarias, en especial a los médicos de Atención Primaria. No es ésta una de las competencias que se enseñen durante el grado ni la formación especializada de los facultativos, si no es de manera tangencial y dirigida a especialistas sin interés o dedicación clínica-asistencial.

Por último, es muy llamativo que los profesionales consideren que la comunicación (y su eficiencia) mediante los principales instrumentos (teléfono y e-mail) o incluso el contacto personal sea media-baja. A priori, parece evidente que si los profesionales se conocen personalmente y tienen la posibilidad de comentar casos con el resto de profesionales con los que comparten su actividad asistencial, la comunicación y la relación entre niveles asistenciales

mejoría, pero los profesionales parecen no ver que los medios técnicos más populares para ello sean realmente prácticos. Probablemente éste sea uno de los aspectos a valorar y analizar exhaustivamente en próximos estudios.

Resultados de la muestra de colegiados aragoneses.

Con relación a la respuesta de los médicos aragoneses al cuestionario disponible para todos los colegiados a través de la página web de la OMC, a la que tuvieron acceso mediante carta dirigida por correo electrónico desde la secretaria del colegio de médicos de Zaragoza, Huesca y Teruel a todos los colegiados previo permiso y aceptación de sus respectivos presidentes, puede decirse:

- El porcentaje de respuesta es bajo, como se esperaba. El número obtenido de respuestas en Aragón mantiene la proporción de colegiados a nivel nacional, pero ciñéndonos, al ámbito aragonés no alcanza los 354 cuestionarios cumplimentados, necesarios para asegurar la precisión y potencia deseadas. Las 250 respuestas obtenidas, tras un segundo envío de la carta de invitación conteniendo el link, dan información sobre las cuestiones éticas de la relación entre niveles asistenciales en Aragón para un nivel de significación del 95% y una precisión del 6,2%.
- Se decidió no utilizar el sistema de correo ordinario, para procurar captar aquellos colegiados que no utilizaran el correo electrónico, dado que la distribución de edades de los respondedores muestra que los menos respondedores son los más jóvenes, que es la población que más utiliza las nuevas tecnologías. Por otra parte la experiencia de obtención de respuestas con distribución directa a los profesionales y recogida directa durante la fase intermedia entre el debriefing y el primer análisis factorial exploratorio en Aragón confirmó la ineficiencia de esta vía. El grado de saturación de los profesionales de la salud en general y de los médicos en particular con la cantidad de encuestas que se reciben solicitando “unos pocos minutos” de su tiempo está detrás de esta baja

respuesta y es difícil de mejorar o de superar. Una opción hubiera sido gratificar de alguna manera la participación voluntaria y anónima. Esto conllevaba dos problemas: el primero relacionado con el mantenimiento del anonimato para asegurar la entrega; el segundo derivado de la necesidad de contar con medios económicos para financiar la gratificación. Al solicitar financiación al FIS para la realización del proyecto se planteó una partida importante dirigida a financiar inscripciones a congresos nacionales de las distintas especialidades con las que estimular la participación. Esta partida presupuestaria no fue concedida. Esta circunstancia,-la baja participación voluntaria- que constituye una limitación del estudio es, a su vez una fortaleza. Todos los participantes lo hicieron de forma altruista y voluntaria sin ningún conflicto de interés.

- Del análisis de los resultados en Aragón se deduce que tenemos datos suficientes de los médicos de atención primaria, principalmente de Zaragoza (lo que constituye la población principal de médicos de Aragón) desconociendo la opinión de los médicos en formación, cuya participación en la investigación ha sido prácticamente anecdótica. Quizás haber abierto una vía de acceso al cuestionario a través de redes sociales hubiera sido una opción válida a considerar para próximas investigaciones, solventando el grave problema de asegurar la autenticación de la identidad profesional del respondedor. Conviene recordar que el acceso al cuestionario sí que fue publicitado a través de la publicación online “Médicos y pacientes”, si bien su eficacia para mejorar el porcentaje de respuesta no ha sido el esperado.
- En realidad aunque la muestra pertenece a todo Aragón, la provincia de Zaragoza es la que mantiene la representatividad en función de las variables de estudio.

Con relación a la respuesta dada a los diferentes ítems por parte de los colegiados aragoneses, de forma general se puede decir que la tendencia de

respuesta es similar a la dada por la muestra estatal del análisis factorial confirmatorio.

SESGOS Y LIMITACIONES DEL DISEÑO.

La falta de datos centralizados y válidos para tener los denominadores de algunas de las variables de interés (ámbito laboral: atención primaria/ hospital; tipo de trabajo: público/privado/mixto; edad –sin agrupar por grupos-) y el porcentaje de información perdida en otras (especialidad, realización del MIR), lo que permitiría asegurar la validez externa de los resultados obtenidos es la principal limitación del análisis de dichos resultados. Una de las aportaciones que podría haber tenido el presente estudio era haber conseguido esa base centralizada a nivel de la organización médica colegial de todos los colegiados en España. Si bien a lo largo del desarrollo del presente proyecto la depuración, mejora y centralización de bases de datos ha sido significativa no ha permitido, por ejemplo conocer los denominadores de una variable fundamental para esta investigación: El ámbito de trabajo (Primaria/Especializada). Por esta razón los resultados obtenidos con una muestra suficientemente potente deben considerarse meramente descriptivos de la situación actual en España y requerirán de nuevas investigaciones en esta misma línea de trabajo.

El análisis de los resultados en función del tipo de trabajo (público, privado y mixto), otro de los denominadores desconocidos con los datos directos provenientes de la OMC, tiene sus limitaciones, además (como se explicó anteriormente), ya que en aquellas comunidades en las que existan diferentes modelos de gestión que incluyan hospitales de gestión mixta propiamente hablando, la interpretación de la pregunta, -que pretendía conocer cuántos colegiados trabajaban o habían trabajado sólo en el sistema público de salud, sólo en el privado, o en ambos-, podría no responder a esta pregunta. En realidad, la respuesta en algunos casos, haría referencia a su relación laboral con un modelo de gestión pública, un modelo de gestión privada o un modelo

de gestión mixta. Por ello los resultados derivados de esta variable deberían valorarse con cautela y únicamente entre los respondedores público y privado.

La estrategia para alcanzar una alta respuesta y además representativa no ha resultado, ni en la fase de pilotaje, -manifiestamente floja-, ni en la definitiva, más esperanzadora. No se ha conseguido que la muestra de respondedores sea representativa de la población general de colegiados, por ejemplo, por edad. Quedan infrarrepresentados el grupo de colegiados más jóvenes y sobre todo los mayores de 65 años, con significación estadística. En el momento de realizar el informe para el presente trabajo, no se había logrado la representatividad por Comunidades Autónomas, lo que impedía aplicar el modelo factorial a la muestra obtenida de respondedores que hubiera permitido obtener los resultados analizando dicho modelo.

No se encontraron en el análisis de esta fase piloto diferencias estadísticamente significativas en la respuesta a los ítems del cuestionario analizados por factor en función de la edad. El hecho de que mayoritariamente hayan respondido al cuestionario los médicos entre 45-65 años puede haber influido en esta falta de significación de la edad en las respuestas por lo que este dato debe ser interpretado con cautela. La revisión bibliográfica no aporta información al respecto. La importancia de la edad con relación a los aspectos éticos es una cuestión pendiente de valorar con nuevas investigaciones.

FORTALEZAS Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Uno de los logros obtenidos a través del presente trabajo, -a consolidar con otros proyectos de investigación centralizados a nivel de la OMC y actualmente en práctica-, ha sido la depuración y cumplimentación progresiva de información de buena calidad sobre las variables sociodemográficas de los médicos colegiados en España. Sigue sin existir a fecha de hoy una base centralizada de esta información, si bien ha ido mejorando y depurándose significativamente la información disponible, permitiendo conocer los

denominadores para el cálculo de la representatividad de las muestras necesarias para nuevos estudios a nivel estatal.

El objetivo secundario de conseguir una versión inglesa, traducida transculturalmente ha sido conseguido, constituyendo una aportación importante del presente trabajo de investigación. Con ella será posible iniciar el proceso investigador para analizar estas cuestiones en otros ámbitos de habla inglesa y poder establecer comparaciones. Al mismo tiempo, la versión española puede constituir el punto de partida para el estudio de esta cuestión universal en países de habla hispana.

La reflexión sobre los resultados obtenidos constituye una oportunidad para replantearse el papel que la relación de continuidad (coordinación) entre niveles asistenciales tiene en la formación durante el grado y postgrado de los médicos, en España y fuera de nuestras fronteras, así como el rol que debe jugar en el futuro inmediato.

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo ha dado respuesta al objetivo principal del mismo: Construir un instrumento que permita valorar las cuestiones éticas implicadas en la coordinación entre niveles asistenciales.
2. El instrumento elaborado ha confirmado su validez de contenido, validez de constructo, fiabilidad y utilidad, de acuerdo a los parámetros preestablecidos.
3. El análisis factorial confirma un modelo factorial de ocho factores, acorde con el juicio teórico y las propuestas explicativas de la coordinación entre niveles asistenciales.
4. La información derivada del análisis de los resultados, dado que no se ha conseguido alcanzar todavía la representatividad de la muestra de respondedores al cuestionario, permite plantear hipótesis sobre las variables de influencia en las cuestiones éticas implicadas en la coordinación entre niveles asistenciales, que habrá que confirmar con nuevas investigaciones dentro de esta misma línea.
5. Las principales variables de influencia en la variabilidad de las respuestas son: ámbito de trabajo (primaria/hospital), tipo de trabajo (público/privado) y tipo de especialidad (generalista y no generalista).
6. El objetivo secundario de conseguir una versión inglesa, traducida transculturalmente ha sido conseguido, constituyendo una aportación importante del presente trabajo de investigación.
7. Se evidencia el potencial del ERNA como instrumento para la gestión sanitaria y la formación graduada y postgraduada de los futuros médicos.

CONCLUSIONS

1. The present work has responded to its main aim: that of constructing an instrument that allows the ethical issues involved in coordinating between levels of care.
2. The resulting instrument has confirmed its validity of content, construct, reliability and usefulness, in accordance with pre-established parameters.
3. The factor analysis confirms a model of eight factors, in agreement with the theoretical reasoning and the explanatory proposals for coordination between levels of care.
4. The information gleaned from the analysis of the results, given that the representativeness of the sample of questionnaire respondents has not yet been achieved, enables us to consider hypotheses on variable of influence in ethical issues involved in the coordination between levels of care, which will have to be confirmed with new research along the same lines.
5. The main variables of influence on the variability of the responses are: work setting (Primary Care/hospital), type of work (public/private) and type of specialty (GP and non-GP).
6. The secondary objective of producing a version transculturally translated into English has been accomplished (attached), which is an important contribution of this research work.
7. The potential of the ERNA questionnaire as an instrument for health management and graduate and postgraduate education of future doctors has been proven.

Anexo 1. Tabla comparativa de los modelos de liderazgo.

TEORIA DE LOS RASGOS	ESTILOS DE LIDERAZGO	TEORÍA DE LA CONTINGENCIA	LIDERAZGO TRANSACCIONAL	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	LIDERAZGO COMPARTIDO/ DISTRIBUTIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Líder igual a héroe con características innatas. - No se tiene en cuenta el impacto externo. - No se puede enseñar a ser líder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento del impacto de la situación en el proceso de liderazgo. - Modelo dicotomizado. <ul style="list-style-type: none"> • Tarea. • Persona involucrada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se describe no sólo la importancia de la situación sino la complejidad de la misma y en función determinar el estilo más adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establece orden y control. - Situaciones estables. - Directivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso dinámico: Constante cambio. - Líder debe de motivar e inspirar a otros para el cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> - El líder no es una única persona. - Cada miembro del equipo tiene unas fortalezas que comparte y traslada al resto del equipo.

Anexo 2. Plantilla para valoración de la calidad de los artículos.

TÍTULO:

AUTOR/ES:

PROCEDENCIA:

BÚSQUEDA:

ENLACE:

OBJETIVO:

MATERIAL Y MÉTODOS:

RESULTADOS:

CONCLUSIONES:

¿CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSIÓN? ¿CÚAL?

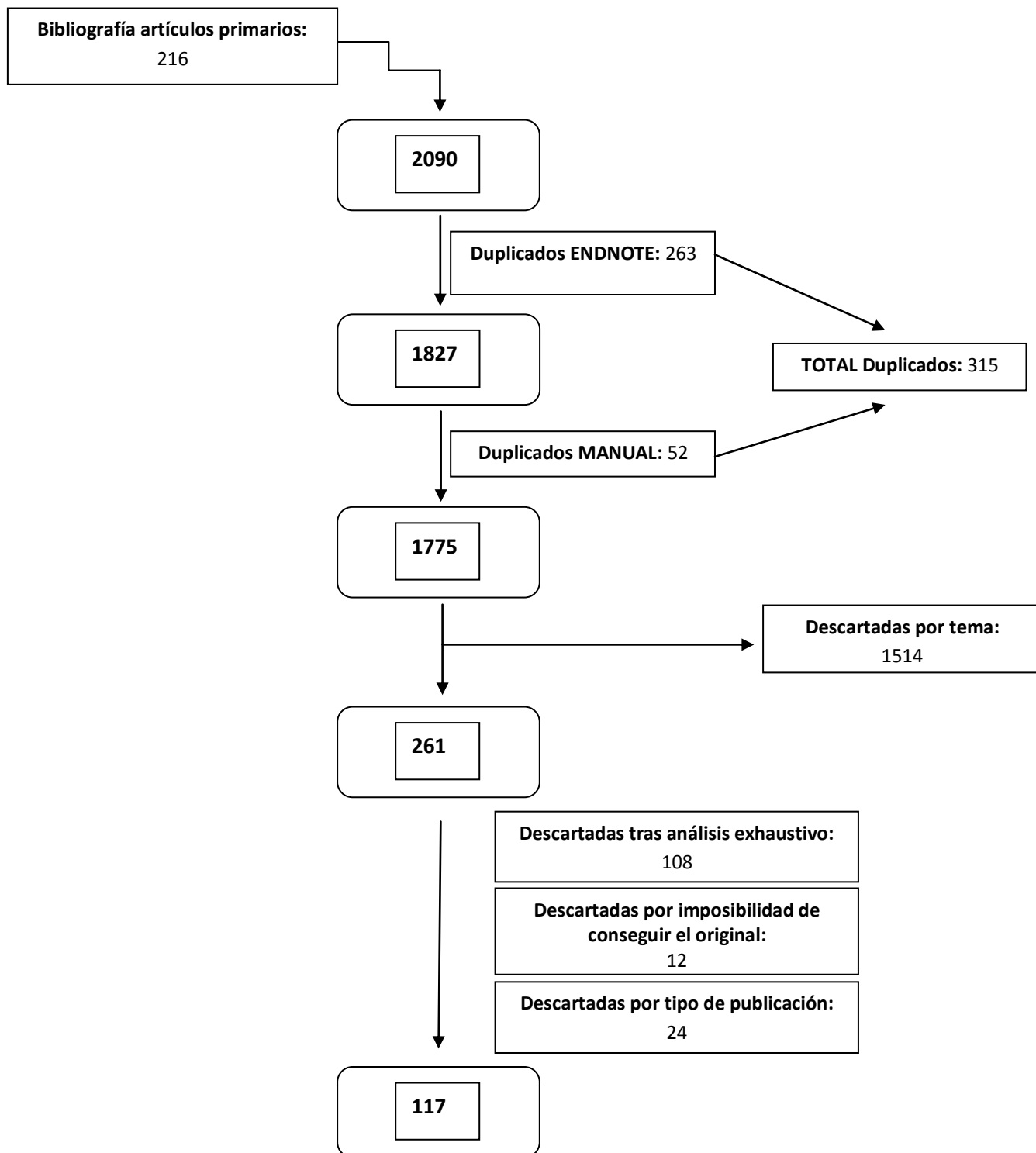
- Descripción/definición del concepto de coordinación/relación entre niveles asistenciales.
- Descripción/definición de “nuevos términos” en relación al gran proceso de coordinación, así como la diferencia con otros conceptos en relación a dicho proceso.
- Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales.
- Instrumentos desarrollados hasta la actualidad con el fin de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Indicadores de continuidad asistencial y/o coordinación entre niveles asistenciales.
- Ética de la relación entre niveles asistenciales.
- Definición e historia del liderazgo médico.
- Compromiso médico. “Engagement”.

SI SE DESCARTA. ¿MOTIVO?

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Estudios que no abordaban la temática de manera específica y global (nivel asistencial: atención primaria/atención especializada), aunque abordaban ciertos aspectos de la coordinación entre niveles.
- Originales que abordaban cuestiones éticas específicas, es decir situaciones o casos concretos.
- Estudios de casos clínicos concretos, comunicaciones a congresos, respuestas a artículos publicados, entrevistas, notas de prensa.
- Originales en otro idioma que no fuese inglés o castellano.
- Imposibilidad de conseguir el original.

Anexo 3. Procedimiento detallado de selección de artículos para la revisión final: Fases



Anexo 4. Plantilla para la valoración de la calidad de los artículos. Fase 3.

CRITERIOS							
	a)El propósito y objetivos estaban claramente descritos	b)El diseño del estudio se describía adecuadamente	c)Los métodos de investigación eran apropiados	d)En el caso del análisis de un instrumento de coordinación, si estos estaban claramente descritos	e)Referencia explícita de los conceptos de validez y fiabilidad y resultados	f)Conclusiones de interés para la comprensión del concepto, factores, características, mecanismos, instrumentos disponibles en la profesión médica	
ARTICULOS/ SECCION							N
Sección 1							
Art. 1	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	45
Art.2	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
Sección 2							
Art. 1	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	18
Art.2	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
Sección 3							
Art. 1	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	54
Art.2	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	SINO	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
TOTAL							117

Nota:

- **Sección 1:** estudios que analizaban la utilidad de un instrumento de coordinación entre atención primaria y atención especializada.
- **Sección 2:** estudios que definían posibles indicadores para valorar la coordinación entre atención primaria y especializada.
- **Sección 3:** originales que abordaban el tema definiendo el concepto, explicando atributos o características del constructo, instrumentos disponibles para mejorar la coordinación, revelando la importancia del mismo etc.

Anexo 5. Primer cuestionario ERNA (67 ítems).

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN INTERPROFESIONAL

A continuación se enuncian una serie de cuestiones. Marque, según su opinión, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

AMENAZAS AL ALTRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PRESCRIPCIÓN

1. El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
2. A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿cómo considera su influencia?.
- | | | | | | | | |
|---|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Formación Continuada | Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| Costumbre o hábito en la prescripción | Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| El control de la institución sanitaria donde ejerzo | Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales | Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |

AMENAZAS AL ALTRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA FORMACIÓN CONTINUADA

La formación médica continuada es un deber ético, una responsabilidad y un derecho de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. Señal su grado de acuerdo con las siguientes consideraciones.

3. La financiación de la formación puede introducir sesgos en su contenido.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
4. Los médicos deben, en su mayor parte, sufragar el coste de su propia formación.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
5. La financiación de la formación por parte de la institución es moralmente correcta.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
6. La financiación de la formación médica por la industria farmacéutica es moralmente correcta.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
7. La financiación de la formación médica por parte de la industria farmacéutica...
- Puede permitirse Debe prohibirse No tengo opinión
8. Si la institución me proporcionara los medios necesarios (horas de formación o inscripciones a cursos) mi formación sería mejor.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
9. Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|

10. Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

11. Participar en la elaboración conjunta de protocolos de actuación enriquece mi formación profesional.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

12. La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

13. La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

14. Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

15. Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

16. Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

17. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

18. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

19. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

20. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

21. Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

EL RESPETO A LA DIFERENCIA DE OPINIÓN

22. Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

23. Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

24. Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

25. Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
26. Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
27. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
28. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
29. Derivo a los pacientes al segundo nivel asistencial según la gravedad del problema.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

EL RESPETO A LA JERARQUIA

30. Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
31. La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
32. La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
33. Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
34. Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
35. Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

LEALTAD AL PACIENTE Y LAS SOLICITUDES DE CAMBIO DE MÉDICO

36. Cuando siento que la relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar un cambio de médico.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
37. Las solicitudes de cambio de médico me parecen adecuadas.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
38. Cuando siento que una relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar al paciente un cambio de médico.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

39. Los pacientes difíciles sobrecargan más a los médicos más comprensivos.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

40. La atención de los pacientes difíciles debe realizarse rotativamente para evitar la sobrecarga a los médicos más comprensivos.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

41. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

42. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

43. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

44. Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

45. Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de segundo nivel puedo decidir qué colega le atenderá.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

46. Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

47. ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

48. Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.

49. Protocolos de actuación clínica consensuados.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

50. Reuniones para comentar casos individuales.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

51. Formularios de derivación por procesos.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

52. La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

53. La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

54. La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.

55. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:

Mala Regular Normal Buena Muy buena

56. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:

Mala Regular Normal Buena Muy buena

57. Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:

Mala Regular Normal Buena Muy buena

58. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por teléfono

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

Por correo electrónico

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

Por contacto personal

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

59. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por el registro en la historia clínica compartida

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por los informes de derivación

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por correo electrónico

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por teléfono

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por contacto personal

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

60. A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
-------------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	-------------------------------------

61. Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

62. La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
-------------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	-------------------------------------

63. Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

64. Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.

Nada	1	2	3	4	5	Totalmente preparado
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

65. ¿Conoce el Programa de atención al médico enfermo (PAIME) gestionado por los Colegios Profesionales?

Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

66. Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
-------------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	-------------------------------------

67. La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
-------------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	-------------------------------------

Gracias por su participación.

Introduzca el cuestionario en el sobre que se adjunta y dépositelo en un buzón de correos.

Anexo 6. Solicitud de participación en la fase de debriefing del cuestionario ERNA.



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA

Grupo reconocido por el Gobierno de Aragón (Resolución del 15 de abril del 2011)

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA FASE DE DEBRIEFING PARA LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "ÉTICA DE LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES"(ERNA)

Apreciada/o compañera/o:

La calidad de los servicios sanitarios depende, en parte, de la buena coordinación entre atención primaria y atención especializada. Diferentes intervenciones en esta área han fracasado.

Las actitudes éticas son un elemento fundamental en la excelencia profesional y constituyen el motor de la calidad asistencial. Estudiar las cuestiones éticas implicadas en la relación entre niveles asistenciales puede dar la clave para la mejora de ésta, punto crítico para la seguridad y satisfacción de los ciudadanos, al tiempo que para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Se adjunta un cuestionario para médicos de atención primaria y especializada sobre las cuestiones éticas que pueden explicar los problemas en la atención médica compartida, que está en fase de elaboración. Solicitamos tu colaboración como experto para colaborar en la validación del mismo mediante la técnica de debriefing.

Te pedimos que, en primer lugar leas y contestes el cuestionario adjunto, para que, a continuación nos comentes:

1. ¿Cuánto tiempo has invertido en cumplimentarlo? minutos.
2. ¿Te ha resultado demasiado largo para cumplimentarlo? Si No Aceptable
3. ¿Todo lo que se pregunta te parece de interés? Si No
4. ¿Podrías indicar aquello que no te resulta de interés? Indica la sección y número de ítem cuyo contenido consideras menos interesante.
5. ¿Podrías indicar aquello que te resulte de interés relacionado con el tema y no hayas encontrado en el cuestionario? Indica la sección y procura enunciar el/los ítems que lo exploren.
6. ¿Con qué preguntas has tenido problemas o dudas sobre lo que se te pregunta? Por favor, anótalo en la hoja excel adjunta (si te resulta más cómodo, apúntalo como contestación a esta pregunta).
7. ¿Las preguntas están escritas en lenguaje coloquial o alguna suena con un lenguaje forzado? Por favor, escribe cómo crees que deberían haber sido enunciadas.

Una vez realizada la validación te haremos llegar el resultado, si lo deseas. Tu participación es voluntaria. El equipo investigador se compromete a salvaguardar la confidencialidad de las aportaciones y el anonimato de los participantes. Se advierte que será necesario contactar con todos los colaboradores en futuras vueltas del debriefing, hasta alcanzar la versión definitiva del cuestionario. En todas ellas tu participación será voluntaria.

Muchas gracias por tu tiempo e inestimable colaboración,

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del ISCIII - PI13/02603

Anexo 7. Tabla resumen de la preguntas para realizar el debriefing. (A aplicar para cada ítem y dimensión).



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA
 Grupo reconocido por el Gobierno de Aragón (Resolución del 15 de abril del 2011)

RELEVANCIA/IMPORTANCIA DE ESTE ÍTEM (Siendo 1 mínima relevancia y 5 máxima relevancia)	¿ELIMINARÍA ESTE ÍTEM? (Sí o no)	¿MODIFICARÍA ESTE ÍTEM? (Sí o no y ¿Como?)	NATURALIDAD (1- muy natural, 2- bastante natural, 3- nada natural)	CLARIDAD Y COMPRENSIÓN (1- claro y comprensible, 2- difícil de entender, 3- incomprensible)	INDAGACIÓN Y PARAFRASEO (Redactar significado percibido con sus propias palabras)

Anexo 8. Segundo cuestionario ERNA, tras primera fase de debriefing (58 ítems).

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Hombre Mujer Edad: ____
 Hospital Centro de salud

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN INTERPROFESIONAL

A continuación se enuncian una serie de cuestiones. Marque, según su opinión, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

AMENAZAS AL ALTRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PRESCRIPCIÓN

1. El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
2. A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿cómo considera su influencia en la relación entre colegas?						
Formación Continuada						
Nula	1	2	3	4	5	Intensa
Costumbre o hábito en la prescripción						
Nula	1	2	3	4	5	Intensa
El control de la institución sanitaria donde ejerzo						
Nula	1	2	3	4	5	Intensa
La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales						
Nula	1	2	3	4	5	Intensa

ALTRUISMO Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

3. Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
4. Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
5. Participar en la elaboración conjunta de protocolos de actuación enriquece mi formación profesional.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
6. La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

7. La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
8. Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
9. Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al						

Colegio de Médicos.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
10. Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
11. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
12. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
13. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
14. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
15. Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:						
Baja	1	2	3	4	5	Alta

EL RESPETO A LA DIFERENCIA DE OPINIÓN

16. Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
17. Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
18. Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

19. Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
20. Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.						
Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
21. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
22. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
23. Derivo a los pacientes al segundo nivel asistencial según la gravedad del problema.						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

EL RESPETO A LA JERARQUIA

24. Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
25. La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
26. La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
27. Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
28. Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
29. Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

LEALTAD AL PACIENTE Y LAS SOLICITUDES DE CAMBIO DE MÉDICO

30. Cuando siento que la relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar un cambio de médico.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
31. Cuando siento que una relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar al paciente un cambio de médico.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
32. La atención de los pacientes difíciles debe realizarse rotativamente para evitar la sobrecarga a los médicos más comprensivos.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

33. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
34. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
35. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
36. Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
37. Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de segundo nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

38. Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
39. ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
40. Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
- Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.**
41. Protocolos de actuación clínica consensuados.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
42. Reuniones para comentar casos individuales.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
43. Formularios de derivación por procesos.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
44. La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
45. La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
46. La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mucho |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.

47. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:
- | | | | | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
| Mala | Regular | Normal | Buena | Muy buena |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
48. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:
- | | | | | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
| Mala | Regular | Normal | Buena | Muy buena |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
49. Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:
- | | | | | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
| Mala | Regular | Normal | Buena | Muy buena |
|-------------|----------------|---------------|--------------|------------------|

50. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por teléfono						
Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
Por correo electrónico						
Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
Por contacto personal						
Difícil	1	2	3	4	5	Fácil

51. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por el registro en la historia clínica compartida						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
Por los informes de derivación						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
Por correo electrónico						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
Por teléfono						
Baja	1	2	3	4	5	Alta
Por contacto personal						
Baja	1	2	3	4	5	Alta

EL MÉDICO CON FACULTADES MENOSCABADAS: LA LEALTAD BIEN ENTENDIDA

52. A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
---------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	---------------------------------

53. Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

54. La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
---------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	---------------------------------

55. Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

56. Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.

Nada	1	2	3	4	5	Totalmente preparado
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

57. Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.

Completamente desacuerdo		Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo		Completamente de acuerdo
---------------------------------	--	-------------------	--------------------	-------------------	--	---------------------------------

58. La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

**Completamente
desacuerdo**

Desacuerdo

Indiferente

De acuerdo

**Completamente de
acuerdo**

Gracias por su participación.

Introduzca el cuestionario en el sobre que se adjunta y deposítelo en un buzón de correos.

Anexo 9. Tercer cuestionario ERNA, tras segunda fase de debriefing (55 ítems).

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN INTERPROFESIONAL

A continuación se enuncian una serie de cuestiones. Marque, según su opinión, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

AMENAZAS AL ALTRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PRESCRIPCIÓN

1. El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
2. A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿cómo considera su influencia en la relación entre colegas?.
- | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Formación Continuada | | | | | | |
| Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| Costumbre o hábito en la prescripción | | | | | | |
| Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| El control de la institución sanitaria donde ejerzo | | | | | | |
| Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |
| La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales | | | | | | |
| Nula | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Intensa |

ALTRUISMO Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

3. Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
4. Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
5. Participar en la elaboración conjunta de protocolos de actuación enriquece mi formación profesional.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
6. La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

7. La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
8. Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
9. Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|

10. Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
11. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alto |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
12. Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alto |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
13. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alto |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
14. Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alto |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
15. Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:
- | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Alto |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|

EL RESPETO A LA DIFERENCIA DE OPINIÓN

16. Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
17. Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
18. Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

19. Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
20. Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.
- | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
| Desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De acuerdo |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
21. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
22. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
23. Derivo a los pacientes al segundo nivel asistencial según la gravedad del problema.
- | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|

EL RESPETO A LA JERARQUIA

24. Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
25. La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
26. La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
27. Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
28. Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
29. Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

30. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
31. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
32. Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
33. Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
34. Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de segundo nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

35. Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
36. ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?	Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
37. Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.	Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del ISCIII - PI13/02603

Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.

38. Protocolos de actuación clínica consensuados.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

39. Reuniones para comentar casos individuales.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

40. Formularios de derivación por procesos.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

41. La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

42. La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

43. La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.

44. Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:

Mala	Regular	Normal	Buena	Muy buena
-------------	----------------	---------------	--------------	------------------

45. Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:

Mala	Regular	Normal	Buena	Muy buena
-------------	----------------	---------------	--------------	------------------

46. Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:

Mala	Regular	Normal	Buena	Muy buena
-------------	----------------	---------------	--------------	------------------

47. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por teléfono

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

Por correo electrónico

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

Por contacto personal

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

48. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

Por el registro en la historia clínica compartida

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por los informes de derivación

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por correo electrónico

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por teléfono

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Por contacto personal

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

EL MÉDICO CON FACULTADES MENOSCABADAS: LA LEALTAD BIEN ENTENDIDA

49. A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.

Completamente desacuerdo **Desacuerdo** **Indiferente** **De acuerdo** **Completamente de acuerdo**

50. Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

51. La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.

Completamente desacuerdo **Desacuerdo** **Indiferente** **De acuerdo** **Completamente de acuerdo**

52. Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

53. Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Totalmente preparado**

54. Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.

Completamente desacuerdo **Desacuerdo** **Indiferente** **De acuerdo** **Completamente de acuerdo**

55. La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Completamente desacuerdo **Desacuerdo** **Indiferente** **De acuerdo** **Completamente de acuerdo**

Gracias por su participación.

Introduzca el cuestionario en el sobre que se adjunta y deposítelo en un buzón de correos.

Anexo 10. Cuarto cuestionario ERNA, tras el debriefing y el análisis factorial exploratorio en la muestra de piloto de Zaragoza. Versión mandada a todos los colegiados (45 ítems).



DATOS DEMOGRÁFICOS:

SEXO: Hombre Mujer Edad: _____

Ámbito laboral: Hospital Atención Primaria Provincia _____

Tipo de trabajo: Público Privado Mixto

Especialidad en la que trabaja _____ ¿Está haciendo el MIR? Sí NO

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AMENAZAS AL ALTRUISMO: LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PRESCRIPCIÓN

1. A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿cómo considera su influencia en la relación entre colegas?

P2.1. Formación Continuada

Nula 1 2 3 4 5 Intensa

P2.4. La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales

Nula 1 2 3 4 5 Intensa

ALTRUISMO Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

2. P.3 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

3. P.4 Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

4. P.5 Participar en la elaboración conjunta de protocolos de actuación enriquece mi formación profesional.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

5. P.7 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

6. P.8 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

7. P.9 Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.

Nunca 1 2 3 4 5 Siempre

8. P.10 Es excepcional que los médicos critiquen a sus colegas delante de sus pacientes.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

9. P.11 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 De acuerdo

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del ISCIII - PI13/02603

10. P.13 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

11. P.14 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

12. P.15 Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

EL RESPETO A LA DIFERENCIA DE OPINIÓN

13. P.18 Prefiero que mi colega mantenga el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

14. P.20 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

15. P.21 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

16. P.22 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

17. P.23 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

EL RESPETO A LA JERARQUIA

18. P.25 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

19. P.26 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

20. P.27 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

21. P.28 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

22. P.29 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

23. P.30 Es poco habitual que derive a los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

24. P.32 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

25. P.33 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

26. P.34 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

27. P.37 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.

28. P.38 Protocolos de actuación clínica consensuados.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

29. P.39 Reuniones entre médicos de primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

30. P.40 Formularios de derivación por procesos.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

31. P.41 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

32. P.42 La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

33. P.43 La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.

Nada	1	2	3	4	5	Mucho
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es

importante para la seguridad del paciente.

34. P.44 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena:

Desacuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

35. P.45 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena:

De acuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

36. P.46 Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es buena:

De acuerdo	1	2	3	4	5	De acuerdo
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

37. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

P. 47.1 Por teléfono

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

P.47.2 Por correo electrónico

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

P.47.3 Por contacto personal

Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

38. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

P.48.1 Por el registro en la historia clínica compartida

Baja	1	2	3	4	5	Alta
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.48.3 Por correo electrónico

Baja	1	2	3	4	5	Alta
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.48.4 Por teléfono

Baja	1	2	3	4	5	Alta
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

P.48.5 Por contacto personal

Baja	1	2	3	4	5	Alta
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

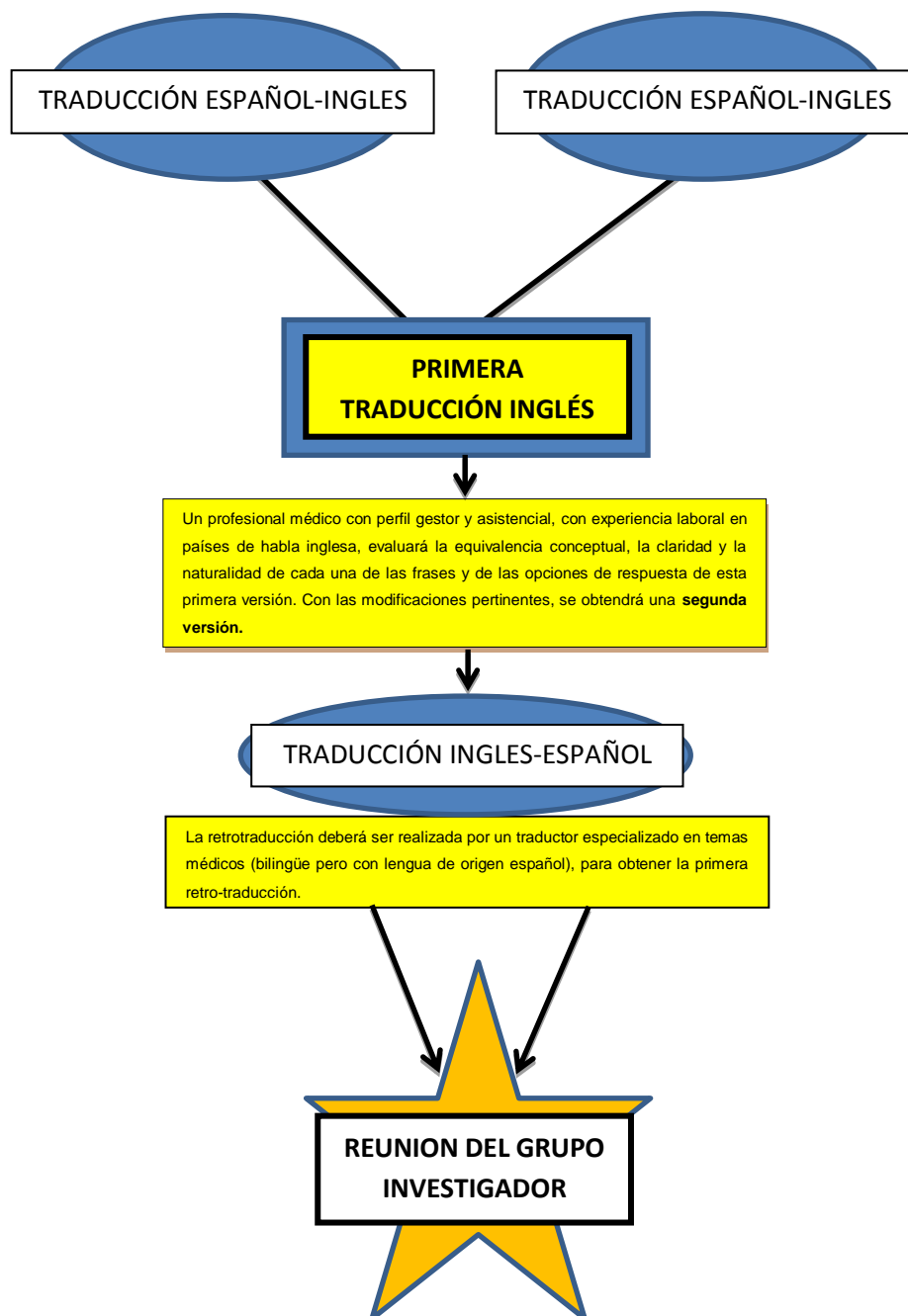
EL MÉDICO CON FACULTADES MENOSCABADAS: LA LEALTAD BIEN ENTENDIDA

39. P.53 Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.

Nada	1	2	3	4	5	Totalmente preparado
-------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

Muchas gracias por su participación.

Anexo 11. Esquema de traducción-retrotraducción.



Anexo 12. Aprobación del proyecto por el comité ético de investigación clínica de Aragón.



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA DE ARAGÓN (CEICA)
Avda. San Juan Bosco, 19
50009 Zaragoza

Dña. María González Hinjos, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón,

CERTIFICA

Que el CEICA ha revisado en su reunión de 15/04/2015 (acta CP06/2015) la documentación relativa al proyecto titulado "**Ética de la relación entre niveles asistenciales: validación del cuestionario ERNA**" cuya investigadora principal es la Dra. María Teresa Delgado Marroquín y este Comité no encuentra ningún problema ético en su realización.

Lo que firmo en Zaragoza, a 15 de abril de 2015.

A circular official stamp of the Government of Aragón, Department of Health, Social Welfare and Family, and the Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón. The stamp contains the text "GOBIERNO DE ARAGON", "DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA", and "COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN". To the right of the stamp is a handwritten signature in black ink.
María González Hinjos

Anexo 13. Carta de presentación para los colegiados interesados en cumplimentar el cuestionario.

Logo del Colegio de médicos que proceda

Estimado/a Colegiado/a:

Desde la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, amparada por la Organización Médica Colegial, se inició en el año 2014 el proyecto **Ética de la relación entre niveles asistenciales: validación del cuestionario ERNA**. Se trata de una iniciativa para estudiar las cuestiones éticas implicadas en la relación entre niveles asistenciales con el objetivo de encontrar la clave para su mejora. Es éste un punto crítico para la seguridad y satisfacción de los ciudadanos, así como para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Este es un cuestionario dirigido a todos los médicos colegiados para conocer su opinión sobre las cuestiones éticas que subyacen en la atención médica compartida. Es fruto de un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del ISCIII - PI13/02603. La colaboración de los Colegios de Médicos Provinciales y de toda la Colegiación es fundamental para convertir este proyecto en un estudio de referencia a nivel nacional.

Le invitamos a cumplimentar el siguiente cuestionario anónimo que requiere unos diez minutos de su tiempo. Pensamos que el esfuerzo redundará en beneficio de médicos y pacientes.

Haciendo "click" en el link que aparece a continuación puede acceder directamente al cuestionario y participar en la encuesta.

Acceso al cuestionario https://www.cgcom.es/cuestionario_erna

Un cordial saludo y muchas gracias por su tiempo y colaboración

La Junta Directiva

Anexo 14. Tablas resumen de los resultados de la búsqueda bibliográfica: Fase 1.

PUBMED	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners)	3756	1757	906
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners) "AND" (Engagement "OR" Medical Leadership)	77	53	35
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners) "AND" (Ethics "OR" Bioethics)	134	57	26
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners) "AND" (Engagement "OR" Medical Leadership) "AND" (Ethics "OR" Bioethics)	2	0	0

SCOPUS	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTORES: Healthcare coordination "OR" Healthcare coordination mechanism "OR" Healthcare coordination evaluation "OR" Healthcare coordination activities "OR" Integrated healthcare systems "OR" Continuity of care "OR" Relationship between health care levels "OR" Interprofessional relations	16	12	9
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners)	2	2	1
DESCRIPTORES AND (Engagement "OR" Medical Leadership)	0	0	0
DESCRIPTORES AND (Ethics "OR" Bioethics)	0	0	0

CLINICAL KEY	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTORES: Healthcare coordination "OR" Healthcare coordination mechanism "OR" Healthcare coordination evaluation "OR" Healthcare coordination activities "OR" Integrated healthcare systems "OR" Continuity of care "OR" Relationship between health care levels "OR" Interprofessional relations	9	9	8
DESCRIPTORES AND (Hospitalists "OR" Medical Staff "OR" Physician) "AND" (Family practice "OR" General Practitioners)	0	0	0
DESCRIPTORES AND (Engagement "OR" Medical Leadership)	0	0	0
DESCRIPTORES AND (Ethics "OR" Bioethics)	0	0	0

IME	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	20	7	1
DESCRIPTOR (COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	26	12	1
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	0	0	0
DESCRIPTOR (ETICA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	0	0	0
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	37	3	1
DESCRIPTOR (COORDINACIÓN ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	33	17	3
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	0	0	0
DESCRIPTOR (ETICA Y COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	0	0	0
DESCRIPTOR (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	5	3	0
DESCRIPTOR (ETICA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	0	0	0

ISOC

	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	8	7	4
DESCRIPTOR (COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	9	5	1
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	0	0	0
DESCRIPTOR (ETICA Y COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	0	0	0
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	10	4	3
DESCRIPTOR (COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	7	6	3
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	0	0	0
DESCRIPTOR (ETICA Y COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	0	0	0
DESCRIPTOR (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	2	1	0
DESCRIPTOR (ETICA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	0	0	0

IBECS

	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES) Conector AND	42	34	2
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES) Conector AND	1	0	0
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA) Conector AND	59	42	25
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA) Conector AND	1	0	0
DESCRIPTOR (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA) Conector AND	56	45	12
DESCRIPTOR (ETICA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA) Conector AND	1	1	1

COCHRANE PLUS

	General	Últimos 10 años	Últimos 5 años
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	10	8	4
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES)	0	0	0
DESCRIPTOR (RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA ESPECIALIZADA)	13	13	7
DESCRIPTOR (ETICA Y RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA)	1	1	0
DESCRIPTOR (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	5	5	4
DESCRIPTOR (ETICA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA)	0	0	0

Anexo 15. Versión final del cuestionario ERNA con los ítems validados manteniendo el modelo con las dimensiones originales.



DATOS DEMOGRÁFICOS:

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____
 Ámbito laboral: Hospital Atención Primaria Provincia _____
 Tipo de trabajo: Público Privado Mixto
 Especialidad en la que trabaja _____ ¿Está haciendo el MIR? Sí NO

CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN MUTUA

1. P.7 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

2. P.8 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

3. P.11 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

4. P.13 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto:

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

EL RESPETO EN LOS LÍMITES COMPETENCIALES

5. P.21 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

6. P.22 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

7. P.23 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

EL RESPETO A LA JERARQUIA

8. P.25 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

9. P.26 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

10. P.27 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

11. P.29 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

Desacuerdo 1 2 3 4 5 **De acuerdo**

LEALTAD HACIA EL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

12. P.33 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.

Nunca 1 2 3 4 5 **Siempre**

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del ISCIII - P113/02603

13. P.34 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.

Nunca **1** **2** **3** **4** **5** **Siempre**

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COOPERAR EN LOS PLANES DE CUIDADOS

14. P.37 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.

15. P.38 Protocolos de actuación clínica consensuados.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

16. P.39 Reuniones entre médicos de primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

17. P.40 Formularios de derivación por procesos.

Nada **1** **2** **3** **4** **5** **Mucho**

18. P.41 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

LEALTAD ENTRE COLEGAS: COMPARTIR INFORMACIÓN

Quando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.

19. P.44 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena:

Desacuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

20. P.45 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena:

De acuerdo **1** **2** **3** **4** **5** **De acuerdo**

21. La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

P. 47.1 Por teléfono

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

P.47.2 Por correo electrónico

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

P.47.3 Por contacto personal

Difícil **1** **2** **3** **4** **5** **Fácil**

22. La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...

P.48.3 Por correo electrónico

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

P.48.5 Por contacto personal

Baja **1** **2** **3** **4** **5** **Alta**

Muchas gracias por su participación

**Anexo 16. Análisis estadístico de las respuestas de los colegiados aragoneses en función del ámbito dónde trabajan.
(Público/privado/mixto).**

Tipo Trabajo	Estadísticos	P7	P8	P11	P13	P21	P22	P23	P25	P26	P27	P29	P33	P34	
Mixto	Media	3,8	4,3	3,5	3,7	3,9	4,7	3,9	2,7	2,4	4,1	3,8	3,1	1,9	
	Desviación estándar	1,2	1,0	1,1	0,8	1,1	0,7	0,9	1,3	1,2	1,0	1,0	1,1	1,0	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0
	C ₁	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	5,0	3,0	2,0	1,0	3,0	3,0	2,0	1,0	
	Mediana	4,0	5,0	4,0	4,0	4,0	5,0	4,0	2,0	2,0	4,0	4,0	3,0	2,0	
Privado	C ₃	5,0	5,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	3,0	3,0	5,0	5,0	4,0	2,0	
	Media	4,4	4,5	3,9	3,9	4,2	4,6	4,2	2,6	2,4	4,5	4,1	3,2	3,3	
	Desviación estándar	0,8	0,7	0,9	0,9	1,0	0,6	0,8	1,0	0,9	0,6	0,8	1,3	1,4	
	Mínimo	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	1,0	3,0	2,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	
	C ₁	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	4,0	4,0	2,0	2,0	4,0	4,0	2,0	2,0	
Público	Mediana	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	5,0	4,0	3,0	2,0	5,0	4,0	3,0	3,0	
	C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	3,0	3,0	5,0	5,0	4,0	4,0	
	Media	4,3	4,1	3,7	4,0	3,7	4,4	3,9	2,4	2,3	4,3	3,9	2,5	2,1	
	Desviación estándar	0,8	0,9	1,0	0,7	1,1	0,9	1,2	0,9	0,8	0,7	1,0	1,2	1,1	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	
Test Contrastes no paramétricos	C ₁	4,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	3,0	2,0	2,0	4,0	3,0	2,0	1,0	
	Mediana	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	5,0	4,0	2,0	2,0	4,0	4,0	2,0	2,0	
	C ₃	5,0	5,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	3,0	3,0	5,0	5,0	3,0	3,0	
	p-valor Kruskal Wallis	ns	0,040	ns	0,044	0,030	0,037	ns	ns	ns	ns	ns	0,002	< 0,001	
p-valor U-Mann Whitney	Privado vs Público p-valor =0,018											Mixto vs Privado p-valor =0,008	Mixto vs Privado p-valor < 0,001		
		Mixto vs Público p-valor =0,044			Mixto vs Público p-valor =0,030			Mixto vs Público p-valor =0,037			Mixto vs Público p-valor =0,008		Mixto vs Público p-valor < 0,001		

Tipo Trabajo		Estadísticos	P37	P38	P39	P40	P41	P44	P45	P47.1	P47.2	P47.3	P48.3	P48.5
Mixto	Media	4,7	4,2	4,0	3,6	4,3	3,2	3,0	3,1	2,3	3,6	2,4	3,6	
	Desviación estándar	0,6	0,9	0,9	0,9	0,8	1,1	0,9	1,2	1,2	1,3	1,1	1,3	
	Mínimo	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	
	C ₁	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0	2,0	1,0	3,0	1,0	3,0	
	Mediana	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	4,0	3,0	4,0	
Privado	C ₃	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	4,0	4,0	4,0	3,0	5,0	3,0	5,0	
	Media	4,7	3,9	3,9	3,8	4,6	3,0	3,0	3,4	2,7	2,9	2,5	3,0	
	Desviación estándar	0,4	1,0	1,3	1,1	0,6	0,9	1,1	1,1	1,5	1,5	1,4	1,5	
	Mínimo	4,0	2,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	
	C ₁	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0	3,0	1,0	1,0	1,0	2,0	
Público	Mediana	5,0	4,0	4,0	4,0	5,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	
	C ₃	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	
	Media	4,7	4,0	4,2	3,6	4,3	3,1	2,5	2,9	2,3	2,4	2,3	2,9	
	Desviación estándar	0,5	1,0	0,9	1,0	0,7	1,0	1,0	1,0	1,2	1,3	1,2	1,1	1,4
	Mínimo	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Test Contrastes no paramétricos	p-valor Kruskal Wallis	ns	ns	ns	ns	0,039	ns	0,021	0,046	ns	< 0,001	ns	0,020	
	p-valor U-Mann Whitney					Mixto vs Público p-valor =0,010		Mixto vs Público p-valor =0,025	Mixto vs Público p-valor =0,016		Mixto vs Público p-valor < 0,001		Mixto vs Público p-valor = 0,020	

Anexo 17. Proceso de traducción-retrotraducción.

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>El respeto y la consideración mutua.</u>	<u>Mutual respect and consideration.</u>	<u>Mutual respect and consideration.</u>	<u>Respeto Mutuo y Consideración</u>
<p>3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.</p> <p>3.2 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.</p> <p>3.3 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.</p> <p>3.4 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.</p>	<p>3.1 The quality of patient care depends on the ability of professionals to treat each other with consideration and respect.</p> <p>3.2 When I have a problem with a colleague, I speak to him/her on a personal level to resolve our differences.</p> <p>3.3 I think the degree of clinical effectiveness in primary care doctors is high.</p> <p>3.4 I think the degree of professional commitment (engagement) in primary care doctors is high.</p>	<p>3.1 The ability of professionals to treat each other with consideration and respect is important for the quality of patient care.</p> <p>3.2 When I have a problem with a colleague, I try to resolve our differences by talking to him/her</p> <p>3.3 My personal feeling is that doctors in Primary Care have a high level of clinical effectiveness.</p> <p>3.4 My impression is that doctors in Primary Care are very committed</p>	<p>3.1. La capacidad de los profesionales de tratar a sus compañeros con consideración y respeto es importante para la calidad asistencial</p> <p>3.2. Cuando tengo un problema con un compañero, trato de resolver el problema hablando directamente con él/ella</p> <p>3.3. Mi impresión personal es de que los médicos de atención primaria actúan con gran efectividad clínica</p> <p>3.4. Mi impresión es que los médicos de atención primaria están muy comprometidos</p>

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>El respeto a los límites competenciales.</u>	<u>Respect for boundaries of competence</u>	<u>Respect and boundaries of competence</u>	<u>Respeto y limitaciones de la competencia</u>
5.1 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	5.1 I refer patients to another level of health care whenever a problem is to complex for me to handle.	5.1 I refer patients to another level of health care whenever a problem is to complex for me to handle.	5.1. Yo derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando un problema es demasiado complejo de manejar para mi.
5.2 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	5.2 I refer patients to another level of health care whenever they need additional diagnostic tests to which I have no access.	5.2 I refer patients to another level of health care whenever they need additional diagnostic tests to which I have no access.	5.2. Yo derivo pacientes a otro nivel asistencial cuando precisan de más pruebas diagnósticas que yo no puedo solicitar.
5.3 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.	5.3 I refer patients to secondary care depending on the severity of the problem.	5.3 I refer patients to secondary care depending on the severity of the problem.	5.3. Yo derivo a pacientes a atención especializada según la gravedad del proceso

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>El respeto a la jerarquía.</u>	<u>Respect for hierarchies.</u>	<u>Respect for hierarchies.</u>	<u>Respeto a las jerarquías</u>
6.1 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	6.1 The relationship between clinicians and managers is one of mutual trust.	6.1 Clinicians and managers trust each other.	6.1. Los clínicos y gestores se tienen mutua confianza
6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	6.2 The relationship between clinicians and managers is one of mutual understanding.	6.2 Clinicians and managers understand each other.	6.2. Los clínicos y gestores se comprenden
6.3 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	6.3 Clinicians should participate actively in the organisation of healthcare provision.	6.3 Clinicians participate actively in the organization of healthcare provision.	6.3. Los clínicos participan activamente en la organización de la asistencia sanitaria
6.4 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	6.4 As a clinician, I would be willing to accept more management responsibilities in the practice where I normally work.	6.4 As a clinician, I would be willing to accept more management responsibilities in the practice where I normally work.	6.4. Como clínico, estaría dispuesto a aceptar mayor responsabilidad en la gestión clínica donde trabajo habitualmente.

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>	<u>Loyalty to patients and management of second medical opinions.</u>	<u>Commitment to patients and management of second opinions</u>	<u>Compromiso con los pacientes y gestión de las segundas opiniones</u>
7.1 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	7.1 Whenever I decide that a patient should be seen by secondary care, first I speak to the colleague who will be taking charge of the patient.	7.1 Whenever I decide that a patient should be seen by secondary care, first I speak to the colleague who will be taking charge of the patient.	7.1. Cuando considero que un paciente debe ser valorado por atención especializada, en primer lugar, hablo con el médico que va a valorar al paciente.
7.2 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega lo atenderá,	7.2 Whenever I feel a patient should be seen by a secondary care specialist, I can decide which colleague will be taking charge of the patient.	7.2 Whenever I feel a patient should be seen by a hospital colleague, I can choose who will my patient be under.	7.2. Cuando considero que un paciente debe ser valorado por un especialista del hospital, puedo elegir quién va a llevar a mi paciente

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>	<u>Loyalty between colleagues: Cooperation in care plans.</u>	<u>Cooperation in care plans.</u>	<u>Cooperación en los planes de cuidados</u>
<p>8.1 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.</p> <p>8.2 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.</p> <p>8.2.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.</p> <p>8.2.2 Reuniones entre médicos de primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.</p> <p>8.2.3 Formularios de derivación por procesos.</p> <p>8.3 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo</p>	<p>8.1 I think that patient safety would be improved if the coordination between primary and secondary care doctors were improved.</p> <p>8.2 Define your level of agreement with the use of the following strategies to improve coordination between primary and secondary care professionals.</p> <p>8.2.1 Mutually agreed clinical guidelines.</p> <p>8.2.2 Meetings to comment on individual cases.</p> <p>8.2.3 Referral forms by process.</p> <p>8.3 Efficient patient care depends on the ability of professionals to work as a team.</p>	<p>8.1 I think that patient safety would be improved if the coordination between primary and secondary care doctors were improved.</p> <p>8.2 Define your level of agreement with the use of the following strategies to improve coordination between primary and secondary care professionals.</p> <p>8.2.1 Mutually agreed clinical guidelines.</p> <p>8.2.2 Meetings to comment on individual cases.</p> <p>8.2.3 Referral forms by process.</p> <p>8.3 The ability of professionals to work as a team is important to deal with a patient in an efficient way.</p>	<p>8.1. Considero que la seguridad del paciente aumentaría si la coordinación entre los médicos de atención primaria y atención especializada mejorara.</p> <p>8.2. Expresa su grado de acuerdo con el uso de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre profesionales de atención primaria y atención especializada</p> <p>8.2.1 Acuerdo mutuo sobre guía clínicas</p> <p>8.2.2. Sesiones para comentar casos particulares</p> <p>8.2.3. Volantes de derivación por procesos asistenciales</p> <p>8.3. La capacidad de los profesionales para trabajar en equipo es importante para manejar a los pacientes de forma eficiente.</p>

VERSION 5º CONSENSUADA	TRADUCCION	TRADUCCIÓN DEFINITIVA	RETROTRADUCCIÓN
Título: CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	ETHICAL ISSUES IN INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS.	ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE LEVELS	ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
<u>Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>	<u>Loyalty between colleagues: Sharing information.</u>	<u>Sharing information between Primary Care and Hospital. Sharing information between colleagues.</u>	<u>Compartir información entre atención primaria y hospital. Compartir información entre compañeros</u>
<p>Quando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.</p> <p>9.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.</p> <p>9.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es buena.</p> <p>9.3 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...</p> <p>9.3.1 Por teléfono.</p> <p>9.3.2 Por correo electrónico.</p> <p>9.3.3 por contacto personal.</p> <p>9.4 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...</p> <p>9.4.1 Por correo electrónico.</p> <p>9.4.2 Por contacto personal.</p>	<p>When patient care is shared, the information gathered in reports is important for patient safety.</p> <p>9.1 I think the quality of referral reports issued by primary care is good.</p> <p>9.2 I think the quality of reports issued by hospital outpatient departments is good.</p> <p>9.3 When responsibility for patient care is shared by colleagues, communication is...</p> <p>9.3.1 Telephone.</p> <p>9.3.2 E-mail.</p> <p>9.3.3 Personal contact.</p> <p>9.4 When responsibility for providing patient care is shared, effectiveness of communication between colleagues is...</p> <p>9.4.1 E-mail.</p> <p>9.4.2 Personal contact.</p>	<p>When patient care is shared, the information gathered in reports is important for patient safety.</p> <p>9.1 I think the quality of referral letters issued by primary care doctors is good</p> <p>9.2 I think the quality of reports issued by hospital outpatient departments is good.</p> <p>9.3 When responsibility for patient care is shared by colleagues, communication is...</p> <p>9.3.1 By Telephone.</p> <p>9.3.2 By E-mail.</p> <p>9.3.3 By Personal contact.</p> <p>9.4 When responsibility for providing patient care is shared, what is the communication like when choosing one of these methods:</p> <p>9.4.1 E-mail.</p> <p>9.4.2 Personal contact.</p>	<p>Quando compartimos la atención a un paciente, la información contenida de los informes es importante para la seguridad del paciente.</p> <p>9.1. Pienso que la calidad de los volantes de derivación procedentes de atención primaria es buena</p> <p>9.2. Pienso que la calidad de los informes remitidos tras la atención de los especialistas en consultas externas es buena</p> <p>9.3. Cuando la responsabilidad sobre la atención sanitaria del paciente es compartida entre compañeros, la comunicación es...</p> <p>9.3.1. por teléfono</p> <p>9.3.2. por correo electrónico</p> <p>9.4.3. por contacto personal</p> <p>9.4. Cuando la responsabilidad de la atención sanitaria del paciente es compartida, cómo considera que es la comunicación según el método que se elija:</p> <p>9.4.1. Por correo electrónico</p> <p>9.4.2. Por contacto personal</p>

Anexo 18. Segunda versión en inglés del ERNA. Versión definitiva inglesa.

DEMOGRAPHIC DATA:

Gender: Male Female Age: _____
 Workplace: Hospital Primary care Region: _____
 Health System where you work: Public Private Mixed
 Your speciality (where you works): _____ / Junior doctor? Yes NO

ETHICAL ISSUES IN THE RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTHCARE LEVELS

MUTUAL RESPECT AND CONSIDERATION

1. P.7 The ability of professionals to treat each other with consideration and respect is important for the quality of patient care.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

2. P.8 When I have a problem with a colleague, I try to resolve our differences by talking to him/her.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

3. P.11 My personal feeling is that doctors in Primary Care have a high level of clinical effectiveness.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

4. P.13 My impression is that doctors in Primary Care are very committed.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

RESPECT FOR BOUNDARIES OF COMPETENCE

5. P.21 5.1 I refer patients to another level of health care whenever a problem is too complex for me to handle.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

6. P.22 5.2 I refer patients to another level of health care whenever they need additional diagnostic tests to which I have no access.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

7. P.23 5.3 I refer patients to secondary care depending on the severity of the problem.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

RESPECT FOR HIERARCHIES

8. P.25 6.1 Clinicians and managers trust each other.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

9. P.26 6.2 Clinicians and managers understand each other.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

10. P.27 6.3 Clinicians should participate actively in the organisation of healthcare provision.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

11. P.29 6.4 As a clinician, I would be willing to accept more management responsibilities in the practice where I normally work.

Disagree 1 2 3 4 5 **Agree**

COMMITMENT TO PATIENTS AND MANAGEMENT OF SECOND OPINIONS

12. P.337.1 Whenever I decide that a patient should be seen by secondary care, first I speak to the colleague who will be taking charge of the patient.

Never 1 2 3 4 5 **Always**

13. P.34 7.2 Whenever I feel a patient should be seen by a hospital colleague, I can choose who will my patient be under.

Never **1** **2** **3** **4** **5** **Always**

COOPERATION IN CARE PLANS

14. 8.1 I think that patient safety would be improved if the coordination between primary and secondary care doctors were improved.

Disagree **1** **2** **3** **4** **5** **Agree**

Define your level of agreement with the use of the following strategies to improve coordination between primary and secondary care professionals:

15. P.38 8.2.1 Mutually agreed clinical pathways.

Nothing **1** **2** **3** **4** **5** **A lot**

16. P.39 8.2.2 Meetings to comment on individual cases.

Nothing **1** **2** **3** **4** **5** **A lot**

17. P.40 8.2.3 Referral forms by process.

Nothing **1** **2** **3** **4** **5** **A lot**

18. P.41 8.3 The ability of professionals to work as a team is important to deal with a patient in an efficient way.

Disagree **1** **2** **3** **4** **5** **Agree**

SHARING INFORMATION BETWEEN PRIMARY CARE AND HOSPITAL

When patient care is shared, the information gathered in reports is important for patient safety.

19. P.44 9.1I think the quality of referral letters issued by primary care doctors is good.

Disagree **1** **2** **3** **4** **5** **Agree**

20. P.45 9.2 I think the quality of reports issued by hospital outpatient departments is good.

Disagree **1** **2** **3** **4** **5** **Agree**

21. 9.4 When responsibility for patient care is shared by colleagues, communication is...

P. 47.1 9.4.1 By telephone.

Difficult **1** **2** **3** **4** **5** **Easy**

P.47.2 9.4.2 By e-mail.

Difficult **1** **2** **3** **4** **5** **Easy**

P.47.3 9.4.3 By personal contact.

Difficult **1** **2** **3** **4** **5** **Easy**

22. 9.5 When responsibility for providing patient care is shared, effectiveness of communication is...

P.48.3 9.5.2 E-mail.

Low **1** **2** **3** **4** **5** **High**

P.48.5 9.5.3 Personal contact.

Low **1** **2** **3** **4** **5** **High**

Thank you very much for your participation

Anexo 19. Evolución del cuestionario desde la versión original derivada de la versión cualitativa al cuestionario ERNA definitivo, incluyendo debriefing, análisis factorial y exploratorio.

ITÉMS INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES(VERSION 1)	ITÉMS INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES(VERSION 2)	ITÉMS INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES(VERSION 3)	ITÉMS INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES(VERSION 5º CONSENSUADA)	ITÉMS INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS CUESTIONES ÉTICAS EN LA RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES (TRAS VALIDACIÓN ESTADÍSTICA)
11 Dominios / 67 ítems	11 Dominios / 58 ítems	10 Dominios / 55 ítems	10 Dominios/45 ítems/Definitivo	8 Dominios/25 ítems/Definitivo. Se mantiene con el formato anterior, pero tras el análisis estadístico hay que tener en cuenta que se reagrupan en 8 dimensiones.
<u>Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.</u>	<u>Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.</u>	<u>Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.</u>	<u>Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.</u>	<u>Dominio 1. Amenazas al altruismo: La gestión de los conflictos de interés en la prescripción.</u>
1.1 El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.	1.1 El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.	1.1 El uso de los fármacos es una fuente de conflictos entre especialistas de atención primaria y especialistas de segundo nivel. Marque su grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación.		
1.2 A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿Cómo considera su influencia en la relación entre colegas?	1.2 A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿Cómo considera su influencia en la relación entre colegas?	1.2 A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿Cómo considera su influencia en la relación entre colegas?	1.2 A continuación se mencionan algunos condicionantes de la prescripción farmacéutica ¿Cómo considera su influencia en la relación entre colegas?	
1.2.1 Formación continuada.	1.2.1 Formación continuada.	1.2.1 Formación continuada.	1.2.1 Formación continuada.	
1.2.2 Costumbre o hábito en la prescripción.	1.2.2 Costumbre o hábito en la prescripción.	1.2.2 Costumbre o hábito en la prescripción.		
1.2.3 El control de la institución sanitaria donde ejerzo.	1.2.3 El control de la institución sanitaria donde ejerzo.	1.2.3 El control de la institución sanitaria donde ejerzo.		
1.2.4 La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales.	1.2.4 La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales.	1.2.4 La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales.	1.2.4 La industria farmacéutica y la relación con sus comerciales.	

<u>Dominio 2. Amenazas al altruismo: Gestión de los conflictos de interés en la formación continuada.</u>	<u>Dominio 2. Altruismo y formación médica continuada.</u>	<u>Dominio 2. Altruismo y formación médica continuada.</u>	<u>Dominio 2. Altruismo y formación médica continuada.</u>	<u>Dominio 2. Altruismo y formación médica continuada.</u>
La formación médica continuada es un deber ético, una responsabilidad y un derecho de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. Señal su grado de acuerdo con las siguientes consideraciones.				
2.1 La financiación de la formación puede introducir sesgos en su contenido.				
2.2 Los médicos deben, en su mayor parte, sufragar el coste de su propia formación.				
2.3 La financiación de la formación por parte de la institución es moralmente correcta.				
2.4 La financiación de la formación médica por la industria farmacéutica es moralmente correcta.				
2.5 La financiación de la formación médica por parte de la industria farmacéutica...				
2.6 Si la institución me proporcionara los medios necesarios (horas de formación o inscripciones a cursos) mi formación sería mejor.				
2.7 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.	2.1 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.	2.1 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.	2.1 Colaborar con los especialistas de atención hospitalaria enriquece mi formación como profesional.	
2.8 Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.	2.2 Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.	2.2 Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.	2.2 Colaborar con los especialistas de atención primaria enriquece mi formación como profesional.	
2.9 Participar en la elaboración conjunta de protocolos enriquece mi formación como profesional.	2.3 Participar en la elaboración conjunta de protocolos enriquece mi formación como profesional.	2.3 Participar en la elaboración conjunta de protocolos enriquece mi formación como profesional.	2.3 Participar en la elaboración conjunta de protocolos enriquece mi formación como profesional.	
2.10 La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.	2.4 La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.	2.4 La formación médica en el contexto de los Colegios de Médicos refuerza el sentimiento de colectivo entre los médicos.		

<u>Dominio 3. El respeto y la consideración mutua.</u>	<u>Dominio 3. El respeto y la consideración mutua.</u>	<u>Dominio 3. El respeto y la consideración mutua.</u>	<u>Dominio 3. El respeto y la consideración mutua.</u>	<u>Dominio 3. El respeto y la consideración mutua.</u>
3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.	3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.	3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.	3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.	3.1 La calidad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para tratarse con consideración y respeto.
3.2 Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.	3.2 Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.	3.2 Cuando tengo un problema con un compañero hablo personalmente con él para resolver nuestras diferencias.	3.2 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.	3.2 Si tuviera un problema con un compañero hablaría personalmente con él para resolver nuestras diferencias.
3.3 Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.	3.3 Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.	3.3 Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.	3.3 Si tuviera un problema grave con un compañero, y no pudiera solucionarlo personalmente, acudiría al Colegio de Médicos.	
3.4 Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.	3.4 Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.	3.4 Los médicos critican a sus colegas delante de sus pacientes.	3.4 Es excepcional que los médicos critiquen a sus colegas delante de sus pacientes.	
3.5 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:	3.5 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:	3.5 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es:	3.5 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.	3.5 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención primaria es alto.
3.6 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:	3.6 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:	3.6 Creo que el grado de resolutivez clínica de los médicos de atención especializada es:		
3.7 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:	3.7 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:	3.7 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es:	3.6 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.	3.6 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención primaria es alto.
3.8 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:	3.8 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:	3.8 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es:	3.7 Creo que el grado de compromiso profesional de los médicos de atención especializada es alto.	
3.9 Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:	3.9 Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:	3.9 Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es:	3.8 Creo que el grado de respeto mutuo entre colegas de distinto ámbito asistencial es alto.	

<u>Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.</u>	<u>Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.</u>	<u>Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.</u>	<u>Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.</u>	<u>Dominio 4. El respeto a la diferencia de opinión.</u>
4.1 Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.	4.1 Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.	4.1 Los cambios en los planes terapéuticos, medicamentos prescritos, constituyen una fuente de conflicto entre colegas.	4.1 Prefiero que mi colega mantenga el plan terapéutico que he propuesto para el paciente	
4.2 Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.	4.2 Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.	4.2 Estoy de acuerdo con los planes terapéuticos propuestos por los compañeros de otro ámbito asistencial.		
4.3 Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.	4.3 Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.	4.3 Me disgusta que un colega cambie el plan terapéutico que he propuesto para el paciente.		

<u>Dominio 5. El respeto a los límites competenciales.</u>	<u>Dominio 5. El respeto a los límites competenciales.</u>	<u>Dominio 5. El respeto a los límites competenciales.</u>	<u>Dominio 5. El respeto a los límites competenciales.</u>	<u>Dominio 5. El respeto a los límites competenciales.</u>
5.1 Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.	5.1 Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.	5.1 Cuando se comparte la atención de los pacientes se repiten pruebas de forma innecesaria.		
5.2 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.	5.2 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.	5.2 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.	5.2 Cuando el cuidado del paciente precisa la colaboración de varios médicos la responsabilidad personal se limita al propio ámbito competencial.	
5.3 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	5.3 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	5.3 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	5.3 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.	5.3 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando el problema me resulta demasiado complicado.
5.4 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	5.4 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	5.4 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	5.4 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.	5.4 Derivo los pacientes a otro nivel asistencial cuando necesitan pruebas complementarias a las que no tengo acceso.
5.5 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.	5.5 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.	5.5 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.	5.5 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.	5.5 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial según la gravedad del problema.

<u>Dominio 6. El respeto a la jerarquía.</u>	<u>Dominio 6. El respeto a la jerarquía.</u>	<u>Dominio 6. El respeto a la jerarquía.</u>	<u>Dominio 6. El respeto a la jerarquía.</u>	<u>Dominio 6. El respeto a la jerarquía.</u>
6.1 Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.	6.1 Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.	6.1 Los gestores reconocen el trabajo bien hecho.		
6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.	6.2 La relación entre clínicos y gestores es de mutua confianza.
6.3 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	6.3 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	6.3 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	6.3 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.	6.3 La relación entre clínicos y gestores es de mutua comprensión.
6.4 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	6.4 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	6.4 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	6.4 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.	6.4 Los clínicos deben participar en la organización asistencial de forma activa.
6.5 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	6.5 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	6.5 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	6.5 Los clínicos asumen responsabilidades sobre la gestión de los recursos puestos a su disposición.	
6.6 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	6.6 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	6.6 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	6.6 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.	6.6 Como clínico, estaría dispuesto a asumir más responsabilidades de gestión en mi práctica habitual.

<u>Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.</u>	<u>Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.</u>	<u>Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.</u>	<u>Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.</u>	<u>Dominio 7. Lealtad hacia el paciente y las solicitudes de cambio de médico.</u>
7.1 Cuando siento que la relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar un cambio de médico.	7.1 Cuando siento que la relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar un cambio de médico.			
7.2 Las solicitudes de cambio de médico me parecen adecuadas.				
7.3 Cuando siento que una relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar al paciente un cambio de médico.	7.3 Cuando siento que una relación médico paciente está rota irreversiblemente, lo comunico a mi equipo antes de recomendar al paciente un cambio de médico.			
7.4 Los pacientes difíciles sobrecargan más a los médicos más comprensivos.				
7.5 La atención de los pacientes difíciles debe realizarse rotativamente para evitar la sobrecarga a los médicos más comprensivos.	7.5 La atención de los pacientes difíciles debe realizarse rotativamente para evitar la sobrecarga a los médicos más comprensivos.			

<u>Dominio 8. Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>	<u>Dominio 8. Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>	<u>Dominio 8. Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>	<u>Dominio 8. Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>	<u>Dominio 8. Lealtad hacia el paciente y la gestión de la segunda opinión médica.</u>
8.1 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	8.1 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	8.1 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	8.1 Es poco habitual que derive a los pacientes a otro nivel asistencial por falta de tiempo en la consulta.	
8.2 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.	8.2 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.	8.2 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente me presiona.		
8.3 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	8.3 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	8.3 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	8.3 Derivo a los pacientes a otro nivel asistencial cuando el paciente lo solicita.	
8.4 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	8.4 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	8.4 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en el segundo nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	8.4 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.	8.4 Cuando decido que un paciente debe ser atendido en otro nivel asistencial hablo primero con el compañero que se encargará del paciente.
8.5 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	8.5 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	8.5 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	8.5 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel puedo decidir qué colega le atenderá.	8.5 Cuando necesito que un paciente sea atendido por un especialista de otro nivel asistencial puedo decidir que colega lo atenderá,

<u>Dominio 9. Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>	<u>Dominio 9. Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>	<u>Dominio 9. Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>	<u>Dominio 9. Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>	<u>Dominio 9. Lealtad entre colegas: Cooperar en los planes de cuidado.</u>
9.1 Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.	9.1 Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.	9.1 Mi responsabilidad hacia el paciente se limita a mis actuaciones personales.		9.1 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.
9.2 ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?	9.2 ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?	9.2 ¿Crees que se producen confusiones cuando se comparte la responsabilidad en la atención a los pacientes?		
9.3 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.	9.3 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.	9.3 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.	9.3 Creo que la seguridad de los pacientes mejoraría al mejorar la coordinación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.	
9.4 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.	9.4 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.	9.4 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.	9.4 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.	9.4 Defina su grado de acuerdo con la utilidad de las siguientes estrategias para mejorar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de atención especializada.
9.4.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.	9.4.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.	9.4.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.	9.4.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.	9.4.1 Protocolos de actuación clínica consensuados.
9.4.2 Reuniones para comentar casos de pacientes individuales.	9.4.2 Reuniones para comentar casos de pacientes individuales.	9.4.2 Reuniones para comentar casos de pacientes individuales.	9.4.2 Reuniones entre médicos de atención primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.	9.4.2 Reuniones entre médicos de primaria y hospital para comentar casos de pacientes concretos.
9.4.3 Formularios de derivación por procesos.	9.4.3 Formularios de derivación por procesos.	9.4.3 Formularios de derivación por procesos.	9.4.3 Formularios de derivación por procesos.	9.4.3 Formularios de derivación por procesos.
9.5 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	9.5 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	9.5 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	9.5 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	9.5 La atención eficiente de los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.
9.6 La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.	9.6 La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.	9.6 La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.	9.6 La responsabilidad sobre el paciente desaparece cuando su atención se realiza en un nivel asistencial diferente al propio.	
9.7 La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.	9.7 La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.	9.7 La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.	9.7 La institución en la que ejerzo profesionalmente facilita la relación personal con los médicos con los que comparto la atención de los pacientes.	

<u>Dominio 10. Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>	<u>Dominio 10. Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>	<u>Dominio 10. Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>	<u>Dominio 10. Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>	<u>Dominio 10. Lealtad entre colegas: Compartir información.</u>
Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.	Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.	Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.	Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.	Cuando la atención del paciente se comparte, la información recogida en los informes es importante para la seguridad del paciente.
10.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:	10.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:	10.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es:	10.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena,	10.1 Creo que la calidad de los informes de derivación de atención primaria es buena.
10.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:	10.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:	9.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas es:	10.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas buena.	10.2 Creo que la calidad de los informes de consultas externas buena.
10.3 Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:	10.3 Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:	10.3 Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es:	10.3 Creo que la calidad de los informes de alta hospitalaria es buena.	
10.4 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.4 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.4 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.4 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.4 La comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...
10.4.1 Por teléfono.	10.4.1 Por teléfono.	10.4.1 Por teléfono.	10.4.1 Por teléfono.	10.4.1 Por teléfono.
10.4.2 Por correo electrónico.	10.4.2 Por correo electrónico.	10.4.2 Por correo electrónico.	10.4.2 Por correo electrónico.	10.4.2 Por correo electrónico.
10.4.3 por contacto personal.	10.4.3 por contacto personal.	10.4.3 por contacto personal.	10.4.3 por contacto personal.	10.4.3 por contacto personal.
10.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...	10.5 La eficiencia de la comunicación entre colegas, cuando se comparte la responsabilidad del cuidado de un paciente es...
10.5.1 Por el registro en la historia clínica compartida.	10.5.1 Por el registro en la historia clínica compartida.	10.5.1 Por el registro en la historia clínica compartida.	10.5.1 Por el registro en la historia clínica compartida.	
10.5.2 Por los informes de derivación.	10.5.2 Por los informes de derivación.	10.5.2 Por los informes de derivación.		
10.5.3 Por correo electrónico.	10.5.3 Por correo electrónico.	10.5.3 Por correo electrónico.	10.5.3 Por correo electrónico.	10.5.3 Por correo electrónico.
10.5.4 Por teléfono.	10.5.4 Por teléfono.	10.5.4 Por teléfono.	10.5.4 Por teléfono.	
10.5.5 Por contacto personal.	10.5.5 Por contacto personal.	10.5.5 Por contacto personal.	10.5.5 Por contacto personal.	10.5.5 Por contacto personal.

<u>Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.</u>	<u>Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.</u>	<u>Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.</u>	<u>Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.</u>	<u>Dominio 11. El médico con facultades menoscabadas: La lealtad bien entendida.</u>
11.1 A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.	11.1 A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.	11.1 A los médicos nos resulta difícil admitir que estamos enfermos.		
11.2 Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.	11.2 Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.	11.2 Creo que si advirtiera que un colega tiene un problema de salud que compromete sus facultades para el ejercicio profesional se lo diría directamente.		
11.3 La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.	11.3 La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.	11.3 La responsabilidad de abordar un problema de salud que compromete en el ejercicio profesional es de los directores o jefes de servicio.		
11.4 Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.	11.4 Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.	11.4 Los médicos comentan entre ellos los problemas de salud de los compañeros.		
11.5 Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.	11.5 Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.	11.5 Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.	11.5 Me siento preparado para ayudar a un compañero con un problema de salud que compromete su ejercicio profesional.	
11.6 ¿Conoce el Programa de atención al médico enfermo (PAIME) gestionado por los Colegios Profesionales?				
11.7 Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.	11.7 Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.	11.7 Los médicos con problemas de salud que comprometen el ejercicio profesional deberían contar con el apoyo de la institución para entrar en programas específicos de atención al médico enfermo.		
11.8 La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	11.8 La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.	11.8 La seguridad en la atención a los pacientes depende de la capacidad de los profesionales para trabajar en equipo.		

BIBLIOGRAFÍA

1. Agúndez Basterra, M., Arce García, C., Cimas Hernando, J.E., Díaz Álvarez, A., Fernández Nava, J.R., Rodríguez González, I., Salmerón Gutiérrez, A., Tranche Iparraguirre, S., Vázquez de la Prada González, I. & Vecino González, J. A. Coordinación entre niveles asistenciales. *Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar (samfyc)*. Disponible en: <http://www.samfyc.org/documentos/coordapa.pdf>. Última visita: 21/02/2017.
2. Alexander, J.A., Zuckerman, H.S. & Poinyer, D.D. (1995). The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Management Rev.* 20(4), 69-81.
3. Alfaro Latorre, M., Etreros Huerta, J., Terol García, E. & Rico Jiménez, F.(2002) Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M., Alfaro, M., Crespo, B., Custodi, J., Guerra, J., Ichaso, M.S., et al, editores. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria, 240-60.
4. Alimo-Metcalfe, B. & Alban-Metcalfe, T. (2001) The development of a new transformational leadership questionnaire. *Journal of occupational and organizational psychology*, 74, 1-27.
5. Aller Hernández, M.B., Vargas Lorenzo, I., Sánchez Pérez, I., Henao Martínez, D., Coderch de Lassaletta, J., Llopart López, J.R., Ferrán Mercadé, M., Colomé Figuera, L. & Vázquez Navarrete, M.L. (2010) La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*, 84, 371-387.
6. Aller, M.B., Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Coderch, J., Colomé, L., Llopart, J.R., Ferran, M, Sánchez-Pérez, I. & Vázquez, M.L. (2013) A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*, 13, e050.
7. Aller, M.B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Colomé, L., Llopart, J.R., Ferran, M. & Vázquez, M.L. (2013) A

- comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care*, 25(3), 291-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.06.011.
8. Aller, M.B., Vargas, I., Coderch, J., Calero, S., Cots, F., Abizanda, M., Farré, J., Llopart, J.R., Colomé, L.I. & Vázquez, M. L. (2015) Development and testing indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC health Services Research*, 15, 323-339.
 9. Alonso Fernández, M., Ayala Luna, S., Buitrago Ramírez, F., et al. (2002) Relación entre niveles asistenciales. *Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*.
 10. Alonso Pérez de Ágreda, J.P., Febrel Bordejé, M. & Huelin Domeco de Jarauta, J. (2000). Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo de los médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 122-30.
 11. Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
 12. Berghout M., Van Exel J., Leensvaart, L. & Cramm Jane, M. (2005) Healthcare professionals: views on patient-centered care in hospitals. *BMC health Services Research*, 15, 385-398. doi: 10.1186/s12913-015-1049-z
 13. Breslin J.M., MacRae S.K., Bell J. & Singer PA. (2005) Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto Bioethicists. *BMC Medical Ethics*, 6, 5. doi:10.1186/1472-6939-6-5
 14. Browne, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. Sage focus editions, 154, 136-136.
 15. Byakika-Kibwika, P., Kutesa, A., Baingana, R., Muhumuza, C., Kitutu, F.E., Mwesigwa, C., Nabirye Chalo, R. & Sewankambo, N.K. (2015). A situation analysis of inter-professional education and practice for ethics and professionalism training at Makerere University college of health sciences. *BMC Res Notes*, 8, 598-606. doi: 10.1186/s13104-015-1577-y.

16. Cabrera, E., Zabalegui, A. & Blanco, I. (2001) Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Medicina Clínica*, 136(1), 8-12. doi:10.1016/j.medcli.2010.04.015.
17. Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways, *BMJ*, 316, 133-7.
18. Charns, M.P. Organization design of integrated delivery systems. (1997) *Hosp Health Serv Adm.* 42, 411-32.
19. Conrad, D.A. & Dowling, W.L. (1990). Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev.* 15(4), 9-22.
20. Contel Segura, JC. (2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria*, 29(8), 502-6.
21. Cuñado-Barrio, A., Bernardo-García, C., Rial-Cereijo, C., Marco-Arraiza, A. & García-López, F. (2002) Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica* 12(6), 273-280.
22. Darmer, P. (2000). The subjectivity of management. *Journal of organisational change management.* 13(4), 1-15.
23. Díaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev calidad asistencial* 20(1), 35-42.
24. Epstein, J., Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Beaton, D.E. & Guillemin, F. (2015) Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 360-369. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.013.
25. Escobar-Bravo, M.Á. (2004) Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*, 14(2), 102-106.
26. Evans, D. (1996). A Skateholder analysis of developments at the primary and secondary care interface. *British journal of General Practice*, 46, 675-677.

27. Fernández Liz, E. & Luque Mellado, F.J. (2007) Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Atención Primaria*, 39(1), 15-21.
28. Fernández Liz, E., Rodríguez Cumplido, D. & Diogène Fadini, E. (2004) Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten. Primaria*, 33(3), 118-25.
29. Fernández Moyano, A. & Ollero Baturone, M. (2010) Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Rev. Esp. Salud Pública*, 84, 349-351
30. Ferreira González, I., Urrútia G. & Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiol*. 64, 688-96. doi: 10.1016/j.recesp.2011.03.029. Epub 2011 Jun 30.
31. Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M.J. & Jones D.R. (1998) Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2(14), 1-74.
32. Galbraith, J. R. (1973). *Designing Complex Organizations*. Reading, MA: Addison - Wesley.
33. Gálvez-Toro, A. (2002) Revisión bibliográfica: usos y utilidades. *Matronas Profesión*, (10), 25-31.
34. Gené, E., García-Bayom I., Barenysm M., Abad A., Azagram R. & Calvetm X. (2010) La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 33(8), 555-562.
35. Gérvas, J & Rico, A. (2005) La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*, 31, 418-23.
36. Gervás, J. (2005) La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN*, 31, 370-4.

37. Gervás, J & Pérez Fernández, M. (2006) Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*, 9, 384-400.
38. Gervás, J & Rico, A. (2006) Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Cli (Barc)* 126(17), 658-61.
39. Gervás, J. (2008) La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención primaria en España. *Gac. Sanit.* 22(1), 163-8.
40. Glendinning, C., Rummery, K. & Clarke, R. (1998). From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. *BMJ* 317, 122-5.
41. Goldman, H.H., Thelander, S. & Westrin, C.G. (2000) Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Mental Health Policy Econ.* 3, 69-75.
42. Gómez Moreno, N., Orozco Beltrán, D., Carratalá Munuera, C. & Gil Guillén, V. (2006) Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria* 37(4), 195-202.
43. Gómez-Batiste, X., Fontanals, MD., Roca, J., Borrí, J., Viladiu, P. & Stjernsw,í R.D. (1996) Catalonia WHO demonstration project on Palliative care implementation 1990-1995: results in 1995. *J Pain Symptom Manage*, 12, 73-8.
44. Goñi, S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. (1999) *Health Policy*, 48, 107-17.
45. Grifell, E., Carbonell, J.M. & Infiesta, F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A; 2002. Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A.
46. Grint, K. (2001). Literature review on leadership. London: Cabinet office.

47. Grol, R., Rooijackers-Lemmers, N., Van Kaathoeve, n L., Wollersheim, H. & Mokkink, H. (2003) Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *British Journal of General Practice*, 53, 217-219.
48. Grol, R. (2004) Improving the quality of medical care. *JAMA*, 286(20), 2578-2585.
49. Guirao-Goris, J.A., Olmedo-Salas, A. & Ferrer-Ferrandis, E. (2008) El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 1(1), 6. Recuperado de <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>.
50. Gusi, N., Badia, X., Herdman, M. & Olivares, P.R. (2009). Traducción y adaptación cultural de la versión española del cuestionario EQ-5D-Y en niños y adolescentes. *Atención Primaria*, 41(1), 19-23.
51. Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. & McKendry, R. (2002) Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-21. DOI: [10.1136/bmj.327.7425.1219](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219)
52. Harrison, A. & Verhoef, M. (2002) Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res*. 37, 1031-54.
53. Henao Martínez, D., Vázquez Navarrete, M.L. & Vargas Lorenzo, I. (2009) Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac. Sanit.* 23(4), 280-286. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.05.001. Epub 2009 Feb 27.
54. Hess, J., & Singer, E. (1995). The role of respondent debriefing questions in questionnaire development. In 1995. Proceedings of the section on survey research methods (pp.1075-1080). Washington DC: American Statistical Assotiacion.
55. Higgs, M. (2003) How can we make sense of Leadership in the 21st century? *Leadership and Organisation Development Journal* 24(5), 1-17.
56. Hill, M. (1998) The development of care management systems to achieve clinical integration. *Adv Prac Nurs Q.* 4, 33-9.

57. Hu, L.T. and Bentler, P.M. (1999), "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives," *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
58. *International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project*. IQOLA (2013) IQOLA. Recuperado de <http://www.iqola.org/>
59. Johnston, M.E., Langton, K.B., Haynes, R.B. & Mathieu, A. (1994) Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med*. 120, 135-42.
60. Kasje, W.N., Denig, P., De Graeff, P.A., et al. (2004) Physicians views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care*, 16, 229-36. DOI:[10.1093/intqhc/mzh038](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh038)
61. Kesteloot, K. (1999) Disease management. A new technology in need of critical assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 1999; 15, 506-519.
62. Kornacki, M.J. & Silversin, J. (1998) How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Financ Manage*, 52(6), 34-6.
63. Kvamme, O.J., Olesen, F. & Samuelsson, M. (2001) Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Quality in Health Care* 10, 33–9.
64. Laín Entralgo, P. (1994). *Historia de la medicina*. Barcelona: Ediciones Científicas Técnicas.
65. Letelier, M.J., Aller, M.B., Henao, D., Sánchez-Pérez, I., Vargas, I., Coderch, J., Llopart, J.R., Ferran, M., Colomé, L. & Vázquez, M.L. (2010) Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sant*. 24(4), 339-346.
66. Longest, BB & Young, G. (2000) Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny A, editors. *Health care management*. 4^o ed. (p. 210-43). New York: Delmar.

67. Lorenz, AD., Mauksch, LB. & Gawinski, BA. (1999) Models of collaboration. *Prim Care*, 26, 401-10.
68. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Información de estadísticas sanitarias 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
69. McKenna, S.P. & Doward, L.C. (2005) The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value Health*, 8(2), 89-90.
70. Marshall, M. & Ovreteit, J. (2011) Can we save money by improving quality? *Quality and Safety in Health Care*, 20:293-296. DOI: [10.1136/bmjqs.2010.050237](https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.050237)
71. McKenna, S.P. & Doward, L.C. (2005) The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value Health*, 8(2), 89-91.
72. McClaran, J., Lam, Z., Snell, L. & Franco, E. (1998) The importance of the case management approach: perceptions of multidisciplinary team members. *J Case Manag.* 7, 117-26.
73. Meneu, R. (2005). Experiencias de integración clínica: el equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. En: integración asistencial. Fundamentos experiencias y vías de avance. Ibern P (ed.) (p. 1-32) Barcelona: Masson.
74. Mickman, S. & Rodger, S. (2000) The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev.* 23, 179-92.
75. Mintzberg, H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990.
76. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, D.G. The PRISMA Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. [PLoS Med.](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097) 6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Epub 2009 Jul 2.

77. Muñiz, J., Elosua, P. & Hambleton, R.K. (2013) Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24.
78. Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I. & Spreeuwenberg, C. (2001) How to manage the implementation of shared care. A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *JMM*, 15, 142-55.
79. Mur-Veeman, I., Van Raak, A., Paulus, A. & Steenbergen, M. (2003) Comparison and reflection. In Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe*. (p. 169-90) Maarssen: Elsevier.
80. Northouse, PG. (2010) *Leadership: Theory and practice*. London: Sage.
81. Oates J, Bjerregard JH, editores. (2000). *Building regional health care networks in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
82. Ojeda Feo, J.J., Freire Campo, J.M. & Gervas Camacho, J. (2006) La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 4 (2), 357-82.
83. Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M. & Failde, I. (2012) Traducción y adaptación al castellano del Cuestionario de Detección de Trastorno Cognitivo Leve. *Medicina Clínica*, 138(10), 429-434. doi: 10.1016/j.medcli.2011.08.007. Epub 2011 Oct 29.
84. Ortún, V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún, V., Martín, J.M., Millán, J., Gené, J., editores. (1998) *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. (p. 349-57). Barcelona: Masson.
85. Øvretveit, J. (1995). *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press.
86. Øvretveit, J. (2011) *Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence*. London: Health Foundation.
87. Pearce, C.L. & Conger, J.A. *All Those Years Ago*: (2003) The historical underpinnings of shared leadership. In: Pearce CL, Conger JA, (ed).

- Shared Leadership: reframing the whos and whys of leadership. Thousand Oaks, (1-18) CA: Sage
88. Pearson, S. Principles of generalist-specialist relationships. (1999) *JGIM*, 14(1), 13-20.
89. Pedraz, A. (2004) La revisión bibliográfica. *Nure Investigacion*, (2). Recuperado de http://www.fuden.es/formacion_metodologica_detalle.cfm?id_f_metodologica =8.
90. Peiró, M. (2001) Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de Gestión* 7(2), 59-64.
91. Peiró, M. & Barrubés, J. (2012) Nuevos contexto y viejos retos del sistema sanitario. *Rev. Esp. Cardiol.* 65(7), 651-655. doi: 10.1016/j.recesp.2012.02.019. Epub 2012 May 23.
92. Peiró, S. & Bernal Delgado, E. (2006) ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 20 (1), 110-6.
93. Peiró, S. (2003) De la gestión de lo complementario a la gestión integral de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortun V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. (p. 17-89). Barcelona: Masson.
94. Pérez, R.M., López, S.R., Lacida, M. & Rodríguez, S. (2005) La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enf Comun*, 1, 43-8.
95. Proyecto MPAR-5. Estudio de la viabilidad y utilidad de las metodologías cualitativas en la evaluación de atención primaria.
96. Proyecto MPAR-5. Poder resolutivo y atención primaria. Factores limitantes. Visiones y aproximaciones.
97. Pujol, Rivera E. (2006) El producto de atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit.*, 20(3), 209-19.
98. Reid R., Haggerty J. & McKendry, R. (2002) Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

99. Rico, A., Casado, D. & Sabés, R. (2003) Situation in Spain. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe. (p.98-120). Maarssen: Elsevier.
100. Rubio Arribas, V., Rodriguez, Ibáñez M.L., Sampedro Martínez, E., Victores Benavente, C., Alechiguerra García, A. & Barrio Gamarra, J.L. (2000) Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante un documento de interconsulta. *Atención Primaria*, 26, 81-684,
101. Ruddy, G. (2005) Transdisciplinary teams in primary care for underserved: a literature review. *J Health Care Poor Underserved*, 16, 248-56. DOI:[10.1353/hpu.2005.0040](https://doi.org/10.1353/hpu.2005.0040)
102. Saltman, R.B. & Figueres, J. (1998) Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2), 85-108.
103. Sánchez, R. & Echeverri, J. (2004) Validación de Escalas de medición de salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318.
104. Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené-Badía, J., Pasarin-Rua, M.I., Iglesias-Pérez, B., Casajuana-Brunet, J. (2006) Family medicine attributes to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 23(3), 308-16.
105. Scaffardi, R. A. (1989) Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. *Journal of Royal College of General Practitioner*, 39, 375-376.
106. Sheaff, R., Halliday, J., Ovretveit, J., Byng, R., Exworthy, M., Peckham, S. & Asthana, S. (2015) Integration and continuity of primary care: polyclinics and alternatives – a patient-centred analysis of how organisation constrains care coordination. Health Services and Delivery Research. (p.98-120). *NIHR Journals Library*, 3(35).
107. Shortell S., Gillies R.R. & Anderson DA. (1994) The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
108. Shortell SM., Gillies RR., Anderson DA., Erickson KM. & Mitchell JB. (2000) Remaking health Care in America. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

109. Singer S.J., Hayes J.E., Gray G.C. & Kiang M.V. (2015) Making time for learning-oriented leadership in multidisciplinary hospital management groups. *Health Care Management Rev.* 40(4), 300-12. doi: 10.1097/HMR.000000000000037.
110. Sobrequés, J. & Piñol, J.L. (2001) Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria*, 28(8), 535-42.
111. Sofaer, S., Kreling, B., & Carmell, M. (2000) Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide the development of measures. New York: Baruch Collegue School of Public Affairs, Division of Disability, Aging and Long-Term Care.
112. Spurgeon, P. & Cragg, R. (2007) Is it management or leadership? In: Chambers R, Mohanna K, Spurgeon P, et al., (ed). *How to succeed as a Leader*. Oxford: Radcliffe Publishing.
113. Spurgeon, P., Barwell, F. & Mazelan, P. (2008) Developing a medical engagement scale (MES). *The International Journal of Clinical Leadership*, 16, 213-23.
114. Spurgeon, P., Mazelan, PM. & Barwell, F. (2011) Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance, *Health Services Management Research*, 24, 114-120.
115. Starfield, B. Continuous confusion? (1980) *Am J Public Health* 70, 117–9.
116. Starfield, B. (2001). *Atencion primaria: equilibrio entre las necesidades de salud, servicios y tecnologia*. Barcelona: Masson, S.A.
117. Starfield, B. (2002) *Coordinacion de la atencion en salud*. En: Starfield B, editor. *Atencion primaria*. (p. 233-265) Barcelona: Masson.
118. Steiger, J.H. (2007), "Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling," *Personality and Individual Differences*, 42 (5), 893-98.
119. Stern, A.F. & Madan, I. (2012) Optimal communication from occupational physicians to GPs. *British journal of General Practice*, e834-e839. doi: 10.3399/bjgp12X659312.

120. Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I. & Vázquez Navarrete, M. (2006) La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de instrumentos y medidas. *Gac. Sanit.* 20(6), 485-95.
121. Terwee, C.B., Bot, S.D.M., de Boer, M.R., van der Windt, D.A.W.M. , Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M. & de Vet, H.C.W. (2007) Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
122. Uysal Bozkir, Ö., Parlevliet, J.L. & de Rooij, S.E. (2013) Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(6), 608-618. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.12.004.
123. Vargas Lorenzo, I. & Vázquez Navarrete, ML. (2007) Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac. Sanit.* 21(2), 114-23.
124. Vargas, I., Mogollón Pérez, A.S., De Paepe, P., Rejane Ferreira da Silva, M., Unger, J.P. & Vázquez, ML. (2015) Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinion of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research*, 15, 213-227.
125. Vázquez, M.L., Vargas, I., Unger, J.P., De Paepe, P., Mogollon-Pérez, A.S., Samico, I., Albuquerque, P., Eguiguren, P., Cisneros, A., Rovere, M. & Bertolotto, F. (2015) Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare system in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ*, 5, 7037-7047. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007037.
126. Vázquez Navarrete, M.L., Vargas Lorenzo, I., Farré Calpe, J. & Terraza Núñez, R. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Pública*, 79, 633-643.

127. Velasco, V. & Otero, A. (1993) Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria*, 11, 406-11.
128. Vergelés-Blanca, JM. (2002) Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión*, 8, 159-66.
129. Vilanova, J.C. (2012) Revisión bibliográfica del tema de estudio de un proyecto de investigación. *Radiología*, 54(2), 108-114.
130. Villalbí, JR., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezadas, C. & Starfield, B. (2003) Evaluación de la atención primaria en salud. *Aten. Primaria*, 31(6):382-5.
131. Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. & Wagner, E. (1997) Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*, 127(12), 1097-102.
132. Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. & Wagner, E. (1997) Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*, 127(12), 1097-102.
133. Wagner, E.H. (2000) The role of patient care teams in chronic disease. *BMJ*. 320, 569-72.
134. Waibel. S., Vargas. I., Aller. MB., Gusmao. R., Henao. D. & Vázquez. ML. (2015) The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. *Int J Integr Care*, 15, 29-44.
135. Warren, M.L., Ouston, S. & Luquiere R. (1998) Collaborative practice teams: from multidisciplinary to interdisciplinary. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 2, 95-8.
136. Warren, J.R., Beliakov, G.V., Noone, J.T. & Frankel, H.K. (1999) Chronic disease coordinated care planning: flexible, task-centered decision support. *Top Health Inform Manage*, 20, 52-68.
137. Westerman, R.F., Hull, F.M., Bezemer, P.D. & Gort, G. (1990) A study of communication between general practitioners and specialists. *British Journal of General Practice*, 40, 445-449.
138. WHO: The World health report 2008: Primary Health Care (No more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.

139. Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee Lorenz, A. & Erikson, P. (2005) Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104.
140. Willcocks, S. (2005) Doctors and leadership in the UK National Health Service. *Clinician in Management*, 13, 11-21.
141. Wilton, P. & Smith, R. (1998) Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". *Health Policy*, 44, 149-166.
142. Young, G. Charns, M.P., Daley, J., Forbes, M.G., Handerson, W. & Khuri, S.F. (1998) Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. *Health Serv Res*. 33, 1211-36.