

TESINA MÁSTER SALUD PÚBLICA UPF-UAB

IMPACTO DE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE
ATENCIÓN EN AMÉRICA LATINA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

16 DE JUNIO 2016

Alumna: Paula Sofía García Celedón

Directora TFM: Marta Aller Hernández

Institución: SEPPS del Consorci Salut i Social de Catalunya



Índice

ANTECEDENTES	1
1- MARCO DE ANÁLISIS	2
2-MECANISMOS PARA LA MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	8
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	14
ARTÍCULO PREPARADO DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE GACETA SANITARIA ...	15
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	16
INTRODUCCIÓN	19
MÉTODOS	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN	24
AGRADECIMIENTOS.....	27
FINANCIACIÓN	27
BIBLIOGRAFÍA	28
TABLAS Y FIGURAS	32
TAREAS DE LA ALUMNA	37
FINANCIACIÓN	37
ANEXOS	38
ANEXO 1. TÉRMINOS DE LA BÚSQUEDA	38
ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE CADA BASE DE DATOS.....	39
ANEXO 3. GUÍA CASPE SEGÚN TIPO DE ESTUDIO, ADAPTADOS PARA EL ESTUDIO.....	43
ANEXO 4. INSTRUMENTO PARA LA LECTURA CRÍTICA Y LA EVALUACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS TRANSVERSALES, ADAPTADO PARA EL ESTUDIO ⁴³	45
ANEXO 5: TABLA EXTRACCIÓN DE DATOS DE LOS ESTUDIOS IDENTIFICADOS	47
ANEXO 6: LISTA DE PUBLICACIONES EXCLUIDAS A PARTIR DE LA LECTURA DEL TEXTO COMPLETO Y SUS MOTIVOS.....	48
ANEXO 7: EXTRACCIÓN DE DATOS Y EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	80

Antecedentes

Los sistemas de salud de América Latina se caracterizan por los altos niveles de fragmentación de sus servicios, siendo uno de los principales obstáculos para lograr una atención de salud efectiva¹. La fragmentación conlleva a dificultades en el acceso, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento en los costos de producción y una baja continuidad asistencial¹. Estas dificultades se hacen más evidentes con el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas, la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los usuarios; las cuales exigen una implementación de respuestas más equitativas e integrales por parte de los sistemas de salud¹⁻³. Aunque las causas de la fragmentación en cada uno de los países son específicas, comparten algunas causas comunes, como la segmentación institucional del sistema de salud, la descentralización de los servicios de salud y el predominio de programas focalizados en enfermedades y poblaciones específicas (programas verticales), promovidos en países de baja y media renta por organismos internacionales, los cuales frecuentemente no están integrados al sistema de salud. Estos suponen el establecimiento de estructuras paralelas, que no fortalecen la capacidad del sistema y, frecuentemente, se acompaña de una pérdida de prioridad de otros problemas de salud, riesgos y grupos de población⁴. Finalmente, cabe destacar que las reformas implementadas durante los años 80 y 90 en América Latina consistieron en adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, dejando de lado la articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, que se ha traducido en un descuido de las interrelaciones entre proveedores y un aumento de la fragmentación de los servicios de salud¹.

Por lo tanto, uno de los retos principales que afrontan tanto los sistemas como los servicios de salud consiste en explorar estrategias efectivas para mejorar la coordinación asistencial entre niveles de atención. Estas estrategias pueden ser a nivel macro (políticas sanitarias y mecanismos regulatorios para mejorar la coordinación de la atención en redes de servicios de salud), meso (planes funcionales y estratégicos de los servicios, integración funcional y mecanismos de coordinación para funciones de gestión) y micro (introducción de mecanismos diversos implementados por gestores y profesionales). Sin embargo es escaso el conocimiento disponible sobre el impacto que la mayoría de estas estrategias tienen para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, especialmente en países de baja y media renta. Los estudios disponibles provienen principalmente de América del Norte y Europa, mientras que sólo de manera secundaria se han evaluado en América Latina. Hasta el momento ninguna

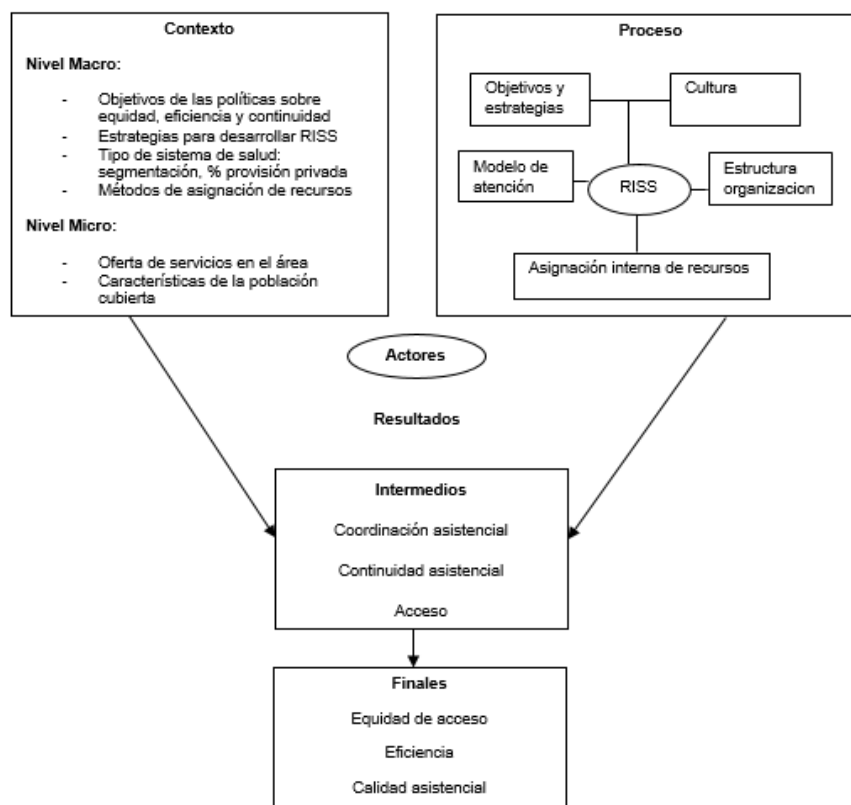
revisión agrupa el conocimiento alcanzado por los estudios realizados en el contexto latinoamericano.

El objetivo principal del proyecto Equity-LA II, en el que se enmarca esta tesina, es evaluar la efectividad de diversas estrategias de coordinación de la atención de las redes de servicios de América Latina, específicamente en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Uruguay. La finalidad de esta tesina es contribuir al diseño de las estrategias de coordinación que se implementarán en el proyecto Equity-LA II, mediante la realización de una revisión sistemática que proporcionará información de las estrategias que hasta el momento se han implementado y evaluado en estos países, así como de los principales resultados alcanzados tras su implementación, en términos de coordinación, continuidad y calidad asistencial. El foco serán estrategias que no requieran una elevada inversión económica ni alta inversión en la informatización por ser de mayor relevancia en el actual contexto latinoamericano en el que los sistemas de salud se encuentran infra financiados y por ser además el foco del estudio Equity-LA II

1- Marco de Análisis

El estudio estará guiado por el marco para el análisis del desempeño de las redes en la coordinación entre niveles^{5,6} (figura 1), elaborado en base a una extensa revisión de la literatura y que puede ser aplicado a cualquier entorno sanitario que procure proporcionar una atención continua y coordinada a una población definida. En este marco, la coordinación y continuidad de la atención junto con el acceso a servicios de salud⁷, se consideran un objetivo intermedio de las redes de salud y es considerado como un medio para alcanzar los objetivos finales de calidad de la atención, eficiencia, y equidad en el acceso^{5,6,8}. Para analizar el logro de estos objetivos, se tienen en cuenta tanto los procesos internos y externos como los contextuales, así como también las diferentes perspectivas (servicios, profesionales y usuarios) y enfoques de evaluación (encuestas, entrevistas individuales y grupos focales).

Figura 1: Marco para el análisis de Redes Integradas de Servicios de salud y su impacto



Fuente: Modificado de Vázquez et al.⁵

1.1 Coordinación entre niveles asistenciales

La *coordinación asistencial* se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común⁶. La coordinación es un proceso complejo en el que su intensidad depende del grado de especialización clínica, del nivel en el cual se desarrolla y las interdependencias que tienen las distintas actividades asistenciales, las cuales deben coordinarse⁹. La atención se considera integrada cuando la coordinación alcanza su grado máximo^{6,9,10}.

Se definen 3 tipos de coordinación asistencial: de información, gestión clínica y administrativa (tabla 1). La *coordinación de información* se define como la transferencia y utilización de la información clínica del paciente que es necesaria para coordinar las actividades entre proveedores. Comprende a su vez dos dimensiones: la transferencia de información y la utilización de la información¹¹. La *coordinación de la gestión clínica* es la provisión de atención, de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención realizado por los diferentes niveles de atención y servicios que participan¹². En otras palabras, se refiere a la coordinación de los cuidados entre los profesionales y

servicios que intervienen en la atención del paciente. Comprende tres dimensiones: el seguimiento del paciente (seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro), la accesibilidad entre niveles de atención, según criterios clínicos, y la consistencia de la atención (existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales de atención primaria y especializada o entre especialidades). Finalmente, la *coordinación administrativa* hace referencia a la coordinación del acceso del paciente al continuo de servicios que conforman la red, de acuerdo con sus necesidades. Se relaciona con los circuitos administrativos por los que transita el paciente para obtener la atención y la regulación de los flujos asistenciales (consultas, pruebas diagnósticas, urgencias, hospitalizaciones) entre los distintos niveles de complejidad de la red⁷.

Tabla 2: Tipos de coordinación entre niveles de atención, dimensiones, atributos

Tipos	Dimensiones	Atributos
Coordinación de la información	Transferencia de la información clínica y biopsicosocial	Disponibilidad de mecanismos adecuados para la transferencia de información Acceso ágil y oportuno a la información Contenidos de la información adecuados Registro adecuado de la información por los profesionales
	Utilización de la información	Consulta de la información transferida Incorporación en la práctica clínica de la información transferida
Coordinación de gestión clínica	Seguimiento adecuado del paciente	Existencia de un responsable clínico del seguimiento Evidencia de comunicación oportuna con el responsable clínico del seguimiento Consulta de seguimiento oportuna tras la transferencia
	Accesibilidad entre niveles	Provisión de la atención sin interrupciones
	Coherencia de la atención	Existencia de objetivos clínicos, pruebas y tratamientos compartidos Reconciliación de tratamientos Adecuación clínica de la transferencia del paciente Inexistencia de duplicación de pruebas, consultas, medicamentos
Coordinación administrativa	Circuitos administrativos establecidos	Existencia de mecanismos para la coordinación administrativa Referencia administrativa del paciente a la unidad adecuada
	Ordenación del acceso	Programación previa de la consulta, prueba, etc.

Elaborado a partir de Reid⁷ y Beltran¹¹

1.2 Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales

De acuerdo al marco de referencia, se distinguen tres tipos de factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales:

- a) Relacionados con las características del sistema de salud: como la presencia de elementos de mercado que estimulen la competencia en lugar de la colaboración por parte de los actores del sistema; los medios técnicos de los organismos que efectúan la planificación, promoción e implementación de las intervenciones para mejorar la coordinación entre niveles; la interferencia de intereses políticos partidarios que influyen a su vez en el ejercicio de esta función planificadora y planes de beneficios limitados¹³.
- b) Organizativos: como la existencia de mecanismos que faciliten la coordinación entre niveles de atención^{13,14} y las condiciones de trabajo. La existencia de mecanismos no sólo favorece el intercambio de información, el consenso de objetivos y tratamientos compartidos entre niveles, si no que al ser espacios de colaboración, influye en el sistema de valores de los profesionales y favorece su predisposición a colaborar. Las condiciones de trabajo, definidas por el tipo de contratación, el tiempo disponible para la coordinación o los incentivos económicos, asociados a la forma de remuneración, influye en el interés de los profesionales en coordinarse, y en el uso de los mecanismos¹⁵⁻¹⁹. Algunos estudios también muestran la importancia de otros factores organizativos, como la localización de la atención primaria y especializada en el mismo centro, que favorecen la comunicación informal entre los profesionales de los distintos niveles, el conocimiento mutuo y el establecimiento de relaciones interpersonales y de mecanismos de coordinación^{13,20}.
- c) Relacionados con los profesionales: como el sistema de valores, su formación y habilidades para la colaboración y coordinación. El sistema de valores influye en el interés de los profesionales por colaborar y comunicarse con los otros niveles y está a su vez condicionado por el tipo de formación, la experiencia previa en coordinación, la comunicación, el conocimiento y el respeto hacia los profesionales de otros niveles asistenciales^{15,16}. La formación y habilidades adecuadas de los profesionales también influye en el ejercicio correcto de sus roles en la atención centrada en el paciente.

1.3 Continuidad asistencial entre niveles de atención y calidad asistencial

La evidencia y teoría disponible sugiere que la coordinación asistencial es uno de los aspectos de la práctica organizativa que tiene más efecto en la calidad y continuidad asistencial y que las intervenciones dirigidas a mejorar la coordinación asistencial tienen el potencial de mejorar a su vez la continuidad asistencial (resultado intermedio del desempeño de los servicios de salud) y la calidad asistencial (resultado final).

La *continuidad asistencial* se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo⁷. Es decir, es el resultado de la coordinación de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. Se distinguen dos tipos de continuidad entre niveles asistenciales: continuidad de información y de gestión clínica. La *continuidad de información* es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales e implica la conexión de elementos separados de la atención a lo largo del tiempo⁷. La *continuidad de la gestión clínica* es la percepción del usuario de que está recibiendo los distintos servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones^{7,21}.

Respecto a la calidad asistencial, el marco de análisis empleado adopta la definición del Instituto de Medicina de los EEUU (IOM), en la que la *calidad de atención* se define como el grado en el cual los servicios de salud que proporcionan atención a los individuos y la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y que son consistentes con el conocimiento científico actual²². Las principales dimensiones sobre las que la coordinación influye son la efectividad, la eficiencia, la seguridad y la oportunidad.

- a) *Efectividad*: se define a nivel poblacional, como la provisión de servicios basados en el conocimiento científico a todos aquellos que se pueden beneficiar absteniéndose aquellos que no se beneficiarán²³. A nivel individual, la efectividad es el grado en el que la atención se provee de manera correcta, dado el estado actual del conocimiento, para lograr los resultados deseados o previstos por el paciente²⁴.
- b) *Eficiencia*: se refiere al mejor uso de los recursos escasos. Incluye la eficiencia técnica, si un bien o servicio se produce empleando la combinación menos costosa de recursos y la eficiencia distributiva, la cual evalúa si la combinación de bienes y servicios producidos es la que más valora la sociedad²⁵⁻²⁷

- c) *Seguridad*: se define como el grado en el que los procesos de atención evitan, previenen y mejoran los resultados adversos o daños que se derivan de los procesos de atención en sí mismos²⁸.
- d) *Oportunidad*: alude a recibir la atención y el tratamiento dentro de un plazo de tiempo razonable²⁶.

2-Mecanismos para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales

Este trabajo se centra en los mecanismos implementados a nivel micro en las organizaciones, los cuales pueden dirigirse a la mejora de la coordinación de la información, la gestión, la coordinación administrativa, o a la mejora de más de un tipo de coordinación. Las estrategias a nivel micro son especialmente relevantes para promover la coordinación porque su desarrollo e implementación puede contar con la participación directa de los profesionales, que son los destinatarios finales de estos mecanismos^{1,29}. Además, han demostrado ser las estrategias más efectivas para favorecer la mejora de la colaboración entre profesionales de diferentes niveles de atención, especialmente aquellos que generan espacios para la comunicación y comprensión mutua¹⁴.

Para coordinar actividades entre niveles asistenciales hay dos procesos básicos³⁰, la programación y la retroalimentación. La programación es un mecanismo asociado a la normalización de los procesos de trabajo, el cual consiste en estandarizar previamente los procesos, resultados o habilidades que se debe seguir para alcanzar la coordinación. En la retroalimentación, la coordinación se realiza mediante el intercambio de información entre las unidades y profesionales; sus mecanismos asociados son la supervisión directa y la adaptación mutua.

2.1 Clasificación mecanismos de coordinación

Se distinguen dos tipos de mecanismos de coordinación, los basados en la normalización y los basados en la retroalimentación (tabla 2). Los mecanismos basados en la *normalización* pueden clasificarse según lo que buscan normalizar (habilidades, procesos o resultados):

- a) Basados en la normalización de habilidades: son mecanismos dirigidos a estandarizar las habilidades de los profesionales³¹. El sistema experto es un ejemplo, y consiste en estrategias de capacitación continuada que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos del primer nivel de atención o lo que es lo mismo, su capacidad de resolución. Se incluyen dentro de este sistema

la conformación de grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de primer nivel, especialistas que se desempeñan en el primer nivel como expertos locales, consulta y sesiones clínicas conjuntas, supervisión, etc. Algunos mecanismos basados en el sistema experto son las **sesiones de capacitación y discusión conjunta** de casos clínicos. Además algunos de ellos, como las revisiones conjuntas para la discusión de casos clínicos, tienen también un importante componente de adaptación mutua.

- b) Basados en la normalización de procesos de trabajo: su objetivo es estandarizar el tipo de atención que debe recibir un paciente, cuáles son los tiempos de esa atención, quién debe otorgarla y en qué nivel. Con ello, se busca coordinar la gestión de la atención o cuidado, minimizar costes, tiempos de espera y maximizar la calidad de la atención en un episodio de enfermedad^{32,33}.
- c) Basados en la normalización de resultados: fijan actividades y tiempos de cada proceso. Sin embargo es difícil medir de manera apropiada los resultados de los procesos asistenciales y la separación de los servicios de salud ya sea por niveles, profesionales y especialidades, dificultando la tarea de establecer objetivos globales de responsabilidades, procesos y resultados³¹.

Los mecanismos *basados en la retroalimentación* son la supervisión directa y la adaptación mutua. La *supervisión directa* logra la coordinación responsabilizando una persona del trabajo de las demás, dándole instrucciones y controlando sus acciones. La *adaptación mutua*, busca establecer un contacto entre los profesionales implicados en la atención del paciente, independiente del nivel en el cual se desempeñen, a través de distintas herramientas. En primer lugar, a través de los **mecanismos de comunicación informal** que permiten la comunicación sincrónica (como el teléfono) o asincrónica (como el correo electrónico) entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales. En segundo lugar, a través de grupos de trabajo, los cuales pueden ser interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios³⁴, los cuales contribuyen a la coordinación de la atención facilitando que los profesionales involucrados desarrollen una visión global de las necesidades de los pacientes y que logren consenso sobre las distintas maneras de actuar. En tercer lugar, a través de profesionales sanitarios que actúan de puesto de enlace y cuya función consiste en ser fuente de información central que canaliza la comunicación y por lo tanto asegurando la coordinación entre las diferentes unidades o niveles asistenciales³⁵, por ejemplo: la enfermera de enlace entre la comunidad y el hospital, los responsables de la coordinación de la atención entre el alta hospitalaria y el médico de atención primaria³⁶. Otro puesto de enlace son las centrales de derivación de pacientes, que coordinan la derivación de pacientes de

urgencia, de ingresos, programan consultas y también pruebas diagnósticas de la atención especializada. Finalmente, existen sistemas de información vertical para la transferencia de información clínica entre profesionales, como la historia clínica compartida o los informes de derivación y contra-derivación.

Tabla 3: Tipos de mecanismos de coordinación asistencial según proceso de coordinación y mecanismo teórico, a partir de la clasificación de Mintzberg³⁰ y Galbraith³¹

Proceso básico	Mecanismo teórico de coordinación	Objetivo	Mecanismo de coordinación asistencial	
Programación	Normalización	Alcanzar coordinación especificando de antemano procesos, resultados o habilidades ³⁰	Normalización de habilidades	Sistema experto: formación continua, alternativas a la consulta tradicional, auditoría interna, discusión conjunta
			Normalización de procesos de trabajo	Guías de práctica clínica, protocolos y circuitos para la referencia de pacientes, sistemas de planificación de acciones, sistema de petición de citas compartido, guías farmacológicas
			Normalización de resultados	Mapas de atención, sistemas de control de rendimiento
Retroalimentación	Supervisión directa	Responsabilizar a una persona del trabajo de las demás, da instrucciones y controla sus acciones ³⁰		Gerente de programa o de proceso asistencial
	Adaptación mutua	Coordinar el trabajo estimulando el contacto entre los individuos involucrados directamente en el proceso	Comunicación informal	Teléfono, correo electrónico
			Grupos de trabajo	Grupos de trabajo: multi, inter y transdisciplinarios
			Profesionales con función de puesto de enlace	Puesto de enlace: gestor de casos, central de regulación
			Sistema de información vertical	Informe de derivación y contra-derivación, historia clínica compartida

Adaptado de Terraza-Nuñez, 2006⁶

2.2 Evaluación del impacto de las estrategias de coordinación entre niveles de atención en la coordinación, continuidad y calidad asistencial

La evaluación del impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención se puede evaluar analizando su impacto sobre la propia coordinación, así como también analizando su efecto sobre la continuidad y calidad asistencial (Tabla 3).

En primer lugar, se puede evaluar su impacto sobre los diferentes tipos de coordinación (de la información, gestión clínica y administrativa)^{5,6}, bien a través del empleo de

metodologías cualitativas o cuantitativas. El análisis que se utiliza más frecuentemente consiste en el empleo de indicadores que miden aspectos de la estructura, proceso y resultados de la coordinación, como el grado de adherencia a guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención o el nivel de seguimiento o accesibilidad entre niveles, grado de monitorización y de acceso del paciente a través del tiempo³⁷.

En segundo lugar, se puede evaluar su impacto sobre la *continuidad* de la atención a través de estudios cualitativos y cuantitativos. Los estudios cualitativos buscan conocer en profundidad las experiencias de los usuarios o de sus cuidadores en los servicios de salud, conocer sus preferencias, la importancia y significado que otorgan a las diferentes dimensiones de la continuidad³⁸. Los estudios cuantitativos se centran en analizar la continuidad de la atención percibida por los usuarios en los servicios de salud, explorar los factores que se asocian a esa percepción e identificar los resultados de la atención a los que se asocia la continuidad³⁹.

Y por último, la evaluación del impacto sobre la *calidad* asistencial puede realizarse a través del análisis de estructura, proceso y resultado. Las de estructura hacen referencia a la capacidad del profesional de proporcionar atención de calidad (incluyendo las características de la oferta de servicios de salud. La evaluación del proceso se dirige a analizar elementos interpersonales de la atención y a aspectos como oportunidad y adecuación del diagnóstico, pertinencia, complicaciones, eventos adversos durante el tratamiento y coordinación entre niveles de atención³⁷, finalmente la evaluación de resultados tiene como objetivo analizar el impacto obtenido sobre el estado de salud de los pacientes.

La calidad puede medirse a través de la revisión de registros y auditorías (perspectiva de los servicios), encuestas (perspectiva de los pacientes) y empleando métodos cualitativos (entrevistas individuales, grupos focales, observación directa, etc).

Tabla 4: Evaluación de los resultados del desempeño de redes

Resultados del desempeño	Perspectiva de análisis	Técnicas y tipo de resultado que evalúan
Coordinación	Servicios de salud	Entrevistas: percepción del impacto del mecanismo de coordinación, opiniones respecto a barreras u oportunidades en la implementación, disponibilidad de mecanismos para transferir la información de un nivel a otro, etc. Encuestas: grado de acceso del paciente, grado de utilización e interpretación de información, etc. Revisión de registros: grado de adherencia a guías de práctica clínica, grado de seguimiento longitudinal del paciente, etc.
Continuidad	Pacientes o cuidadores	Entrevistas: experiencias de los usuarios, percepción de continuidad entre niveles de atención, etc. Grupos focales: experiencias de los usuarios, barreras y fortalezas percibidas, etc. Encuestas: experiencias de los usuarios, percepción de continuidad entre niveles de atención
Calidad	Servicios de salud y pacientes	Revisión de registros: pertinencia de la atención, adecuación del diagnóstico, disponibilidad de los recursos, impacto en el estado de salud de los pacientes, etc. Encuestas: satisfacción usuaria, pertinencia de la atención, etc. Entrevistas individuales y grupos focales: impacto percibido sobre la calidad, percepción de mejora en el estado de salud atribuible al mecanismo, etc. Observación directa

Elaborado a partir de Vázquez-Vargas 2009⁵ Terraza-Nuñez 2006⁶ Aller 2014³⁹

Justificación de la investigación

Los sistemas de salud de América Latina se caracterizan por los altos niveles de fragmentación de sus servicios, siendo uno de los principales obstáculos para lograr una atención de salud efectiva¹, lo que se traduce en dificultades en el acceso, en la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento en los costos de producción y una baja continuidad asistencial¹. Como consecuencia, la integración de la atención se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud.

Uno de los grandes desafíos para la política de salud consiste en explorar vías efectivas para mejorar la integración de la atención, ya que son pocos los estudios enfocados en conocer el impacto y efecto que tienen las estrategias para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. La mayor parte de la literatura disponible sobre evaluaciones de las intervenciones para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales ha sido

realizada en países de Europa y Estados Unidos, los cuales se han centrado en condiciones clínicas específicas o en mecanismos de coordinación determinados^{40,41}. Es por ello que surge la necesidad de conocer lo que hay hasta ahora en conocimiento sobre estrategias en coordinación asistencial de América Latina.

Esta tesina se enmarca dentro del proyecto Equity-LA II, que tiene como objetivo evaluar la efectividad de diversas estrategias de integración en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en los distintos sistemas de salud de América Latina. La tesina contribuirá al diseño de las estrategias de coordinación que se implementarán en el proyecto mediante la realización de una revisión sistemática.

Objetivos generales y específicos

General

Describir el conocimiento disponible sobre el impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales implementados en América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay) para la mejora de la coordinación, continuidad y calidad asistencial.

Específicos

- a) Describir los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales que se han implementado y evaluado en América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay) para la mejora de la coordinación, continuidad y calidad asistencial.
- b) Describir el impacto de los mecanismos sobre la coordinación entre niveles asistenciales, continuidad y calidad asistencial en América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay)

Artículo preparado de acuerdo con las normas de Gaceta Sanitaria

Impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención en América Latina: revisión sistemática

Autores: Paula García-Celedón¹, Marta-Beatriz Aller¹, Ingrid Vargas¹, María Luisa Vázquez¹

(1) Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya, España

Dirección de correspondencia:

Paula García-Celedón

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Av. Tibidabo 21, 08022 Barcelona

Télf: 93 253 18 20

Fax: 93 211 14 28

Correo electrónico: paulagcp@gmail.com

Recuento de palabras

Resumen: 247 palabras

Texto completo: 2.988 palabras

Revista a la que se enviará: Gaceta Sanitaria (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)

Resumen y palabras clave

Català

Títol: Impacte dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció a Amèrica Llatina: revisió sistemàtica

Resum

Objectiu: Descriure el coneixement disponible sobre l'impacte dels mecanismes de coordinació entre nivells assistencials implementats a Amèrica Llatina en la millora de la coordinació i continuïtat entre nivells i la qualitat assistencial.

Mètodes: Revisió sistemàtica de la literatura amb una estratègia de recerca àmplia que va incloure les principals bases de dades biomèdiques. Els criteris d'inclusió van ser: estudis, incloent literatura grisa, que avaluïn l'impacte de mecanismes sobre la coordinació, continuïtat entre nivells o qualitat, realitzats a Argentina, Brasil, Colòmbia, Xile, Mèxic o Uruguai. Es va realitzar una síntesi narrativa dels articles.

Resultats: Es van incloure 12 articles que van avaluar l'informe de derivació (5), contra-derivació (1), interconsulta amb imatge a través de correu electrònic (2), sessions de capacitació (1) i discussió de casos clínics (3). Els informes de derivació i contra-derivació van mostrar baixos nivells de transferència d'informació. La interconsulta amb imatge a través de correu electrònic va mostrar majors percentatges d'interconsultes diagnosticades quan es combinava amb capacitació. I la discussió conjunta de casos van ser considerats com instàncies que afavoreixen la comunicació i capacitat resolutiva. Els mecanismes es van avaluar a través d'estudis descriptius transversals (7), qualitatius descriptius (4) i un quasi-experimental abans-després (1). Van mostrar importants deficiències metodològiques.

Conclusions: L'escàs nombre d'estudis i les seves importants deficiències en qualitat no permet establir conclusions sobre l'efectivitat en el context llatinoamericà dels mecanismes de coordinació per a la millora de la coordinació entre nivells i la qualitat assistencial.

Paraules claus: mecanismes de coordinació, integració assistencial, derivació i contra-derivació, capacitació, discussió casos, correu electrònic, Amèrica Llatina, revisió sistemàtica

Castellano

Título: Impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención en América Latina: revisión sistemática

Resumen

Objetivo: Describir el conocimiento disponible sobre el impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales implementados en América Latina en la mejora de la coordinación y continuidad entre niveles y la calidad asistencial.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura con una estrategia de búsqueda amplia que incluyó las principales bases de datos biomédicas. Los criterios de inclusión fueron: estudios, incluyendo literatura gris, que evalúen el impacto de mecanismos sobre la coordinación, continuidad entre niveles o calidad, realizados en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México o Uruguay. Se realizó una síntesis narrativa de los artículos.

Resultados: Se incluyeron 12 artículos que evaluaron el informe de derivación (5), contra-derivación (1), interconsulta con imagen a través de correo electrónico (2), sesiones de capacitación (1) y discusión de casos clínicos (3). Los informes de derivación y contra-derivación mostraron bajos niveles de transferencia de información. La interconsulta con imagen a través de correo electrónico mostró mayores porcentajes de interconsultas diagnosticadas cuando se combinaba con capacitación. Y la discusión conjunta de casos fueron considerados como instancias que favorecen la comunicación y capacidad resolutoria. Los mecanismos se evaluaron a través de estudios descriptivos transversales (7), cualitativos descriptivos (4) y un cuasi-experimental antes-después (1). Mostraron importantes deficiencias metodológicas.

Conclusiones: El escaso número de estudios y sus importantes deficiencias en calidad no permite establecer conclusiones sobre la efectividad en el contexto latinoamericano de los mecanismos de coordinación para la mejora de la coordinación entre niveles y la calidad asistencial

Palabras claves: mecanismos de coordinación, integración asistencial, derivación y contra-derivación, capacitación, discusión casos, correo electrónico, América Latina, revisión sistemática

English

Title: Impact of care coordination mechanisms across health care levels in Latin America: a systematic review

Abstract

Objective: To describe the available knowledge of the impact of coordination mechanisms across care levels implemented in Latin America on improving coordination and continuity across levels and quality of care.

Methods: Systematic review of the literature with a broad search strategy including main biomedical databases. Inclusion criteria were: studies, including grey literature, that assess the impact of mechanisms on coordination, continuity between levels or quality, conducted in Argentina, Brazil, Colombia, Chile, Mexico and Uruguay. A narrative summary of the items was performed.

Results: 12 articles were included, evaluating the referral letter (5), counter-referral letter (1), interconsultation with image via e-mail (2), training sessions (1) and discussion of clinical cases (3). The referral and counter-referral letters showed low levels of clinical information transfer. Interconsultation with image via e-mail showed higher percentages of diagnosed interconsultations when combined with training. And discussion of clinical cases were considered as instances that improves the dialogue among professionals. The mechanisms were assessed through a descriptive cross-sectional (7), descriptive qualitative (4) or quasi-experimental before and after (1) study. The studies showed significant methodological shortcomings.

Conclusions: The small number of studies and important deficiencies in quality does not allow for reaching a conclusion about the effectiveness of coordination mechanisms to improve coordination between levels and quality of care in the Latin American context.

Keywords: Care coordination mechanisms, care integration, referral and counter-referral letters, training sessions, discussion of clinical cases, e-mail, Latin America, Systematic review

Introducción

La fragmentación de la atención es considerada uno de los principales obstáculos para lograr una atención de salud efectiva¹ y se ha asociado con dificultades en el acceso, atención de baja calidad técnica, uso ineficiente de los recursos y una baja continuidad¹⁻⁶. En el contexto latinoamericano, otros factores inciden en el riesgo de fragmentación asistencial, algunos de los cuales surgen como resultado de las reformas introducidas entre los años 80 y 90, que implicaron una elevada segmentación de los sistemas de salud, descentralización y privatización de los servicios de salud e implementación de programas verticales focalizados en poblaciones específicas^{1,7,8}.

La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común⁹. Existen dos tipos de coordinación clínica: de información, es decir, la transferencia y utilización de información entre niveles; y de gestión clínica, que se define como la provisión de atención de manera secuencial y complementaria entre niveles². Por otro lado, la continuidad asistencial se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo¹⁰.

Para abordar los problemas de coordinación, los sistemas y servicios de salud han desarrollado diversos mecanismos, basados en la estandarización de la atención y en la retroalimentación. A través de los mecanismos de estandarización la coordinación se alcanza especificando las habilidades (por ejemplo, formación continuada) o los procesos (por ejemplo, guías de derivación). Estos mecanismos son especialmente útiles en aquellas situaciones que pueden ser anticipadas, y por lo tanto estandarizadas^{5,11}. Los mecanismos de retroalimentación se basan en el intercambio de información entre profesionales, que permiten modificar la gestión clínica del paciente ante situaciones escasamente predecibles⁵, y dependen en gran medida en la comunicación directa entre profesionales^{5,11}. Los mecanismos de retroalimentación más utilizados son los basados en la adaptación mutua (que incluyen mecanismos de comunicación informal (por ejemplo, el teléfono) y sistemas de información vertical (por ejemplo, los informes de derivación). Finalmente, algunos mecanismos, como las reuniones conjuntas de discusión de casos clínicos, combinan la estandarización de habilidades (a través de la formación de los profesionales) con la retroalimentación, que permite discutir el abordaje clínico de los pacientes a través de la comunicación directa¹².

La evidencia que sustenta la implementación de estos mecanismos de coordinación proviene principalmente de América del Norte y Europa^{13,14}. Uno de los retos que afrontan los sistemas y servicios de salud públicos de América Latina consiste en

incorporar mecanismos viables, en un contexto de infraestructura y recursos limitados⁸, para mejorar la coordinación asistencial. Sin embargo, los estudios que evalúan los mecanismos en estos países son escasos y hasta el momento no se dispone de ninguna revisión que agrupe el conocimiento alcanzado por los estudios realizados en el contexto latinoamericano.

Este estudio se enmarca en el proyecto Equity-LA II, cuyo objetivo final es evaluar la efectividad de diversas estrategias de coordinación entre niveles asistenciales de las redes de servicios de América Latina, específicamente en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay. El objetivo de este estudio es describir el conocimiento disponible sobre el impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales implementados en estos países en la mejora de la coordinación, continuidad y calidad entre niveles asistenciales.

Métodos

Diseño

Revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones del estándar PRISMA¹⁵.

Criterios de elegibilidad

- *Tipo de estudio*: estudios que a través de metodologías cuantitativas o cualitativas evalúen el impacto de uno o más mecanismos de coordinación entre niveles en los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay. Se incluyeron estudios en español, inglés y portugués. No se limitó por tipo de publicación (incluyendo literatura gris) ni año de publicación.
- *Tipo de intervención*: estudios que evalúen mecanismos de coordinación que no impliquen una alta inversión en la informatización o en lo económico (tabla 1).
- *Tipo de medidas de resultados*: estudios que evalúen el impacto de los mecanismos sobre al menos uno de los siguientes tipos de resultado: 1) coordinación clínica entre niveles asistenciales, evaluado a través de indicadores y/o encuestas o entrevistas a profesionales de los servicios de salud; 2) continuidad asistencial, evaluada a través de encuestas o entrevistas a usuarios de los servicios de salud; y 3) calidad, medida a través de indicadores, encuestas o entrevistas a profesionales o usuarios. Dado que no se identificaron estudios que evaluaran el impacto de los mecanismos sobre los resultados mencionados, se amplió el criterio de selección, incluyendo estudios que evaluaran aspectos del proceso de implementación que apuntaran hacia resultados de coordinación entre niveles o de calidad asistencial.

Estrategia de búsqueda

· *Fuentes de información.* Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos bibliográficas Pubmed, Web of Science, Biblioteca Virtual en Salud y SciELO en febrero 2016. De manera complementaria, se buscaron estudios a través de buscadores web, contacto con expertos para la identificación de estudios adicionales y revisión de todas las referencias bibliográficas de los estudios identificados.

· *Búsqueda.* Se elaboró una estrategia de búsqueda que incluyó una combinación de descriptores y palabras clave relacionadas con: 1) mecanismos de coordinación de interés (por ejemplo informe de derivación o de contra-derivación); 2) servicios de salud y coordinación asistencial; y 3) países de estudio (Figura 1). En Scielo y Web of Science no se introdujo el país en la estrategia de búsqueda sino en el filtro final de resultados.

· *Selección de los estudios* La selección de los estudios se realizó a través de 3 etapas: título, resumen y texto completo. Una revisora hizo el filtro de los estudios a partir del título y resumen (PG) y dos revisoras realizaron la selección a través del artículo completo (PG, MA). En caso de duda, se discutió con una tercera investigadora (IV).

Proceso de extracción de datos

Se empleó una tabla para la extracción sistemática de datos de los estudios seleccionados, adaptada de las recomendaciones de la Colaboración Cochrane¹⁶. Para cada estudio se extrajo la siguiente información: descripción de la intervención, país y contexto de implementación, aproximación metodológica, técnicas de recogida de datos; resultados y aspectos relacionados con el riesgo de sesgo de los estudios.

Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Se evaluó el riesgo de sesgo en los estudios seleccionados con el apoyo de las guías CASPe¹⁷ y la propuesta de Berra et al¹⁸ para estudios transversales. La evaluación del riesgo de sesgo se tuvo en cuenta en la interpretación de los resultados.

Síntesis de los resultados

Se realizó una síntesis narrativa con tabulación de la información recopilada de los estudios incluidos.

Resultados

Selección de los estudios

La figura 2 muestra el proceso de selección de los estudios, que resultó en 12 artículos seleccionados.

Descripción de los estudios

De los 12 estudios seleccionados, seis analizaron el impacto de la implementación de informes de derivación y contra-derivación¹⁹⁻²⁴, dos la interconsulta con imagen a través de correo electrónico^{25,26}, uno sesiones de capacitación²⁷ y tres la discusión de casos clínicos²⁸⁻³⁰. Los estudios fueron realizados en Brasil (7), Chile (2), México (2) y Uruguay (1). De estos, siete estudios fueron descriptivos transversales^{19-22,24-26}, uno cuasi-experimental antes-después²⁷ y cuatro cualitativos descriptivos^{23,28-30}. Estos estudios evaluaron la efectividad de los mecanismos a través de revisión de registros^{19-22,24-26}, encuestas a profesionales^{27,29}, entrevistas a profesionales^{23,28,30} y usuarios²⁶, y observación directa²⁸ (tabla 2 y 3).

El análisis crítico de los estudios mostró importantes deficiencias metodológicas, entre las que destacan la imprecisión en la descripción de la intervención^{19,20,25-27}, información insuficiente sobre la metodología en todos los estudios, metodología que no responde a los objetivos planteados^{23,25,26,28-30}, debilidades en la descripción de los participantes^{23,27-30}, cálculo de porcentajes sin describir la población del denominador^{19,20}, resultados sin medidas de significancia estadística^{21,26} y conclusiones de la efectividad de la intervención que no se desprenden de los resultados^{25,26}. En los estudios cualitativos, la presentación conjunta y poco clara de los resultados y de la discusión de los autores no permitió identificar los resultados propios del estudio^{23,28-30}.

Informe de derivación y contra-derivación

Seis estudios evaluaron los informes de derivación y contra-derivación como mecanismo para la transferencia de información entre niveles. Tres fueron realizados en Brasil^{20,23,24}, uno en Chile²¹, uno en México¹⁹ y otro en Uruguay²². Cinco estudios son transversales basados en la revisión de los informes de derivación^{19-22,24} y un estudio fue cualitativo descriptivo basado en entrevistas individuales a especialistas para conocer las barreras en la utilización de los informes de contra-derivación²³. Los cinco estudios transversales evaluaron la cumplimentación de la información en informes de derivación estructurados; de estos, dos compararon además la cumplimentación de la información a través de informes estructurados y no estructurados^{19,20}. Dos analizaron los informes de derivación que llegaban a hospitales pediátricos^{19,22}, dos a servicios de medicina oral^{20,24} y uno a otorrinolaringología²¹.

Resultados en transferencia de información entre la atención primaria y especializada

Los estudios muestran porcentajes muy dispares en cuanto a la cumplimentación de la información. La notificación del motivo de derivación del paciente varió entre un 8% y

92% según el estudio^{19,20} y la información de exámenes previos entre un 3% y 48%^{19,20}. En cuanto a la información administrativa, entre el 63 y 65% de los estudios^{19,24} incorporó el nombre de la institución a la que se deriva.

Los estudios que compararon los informes de derivación con formato estructurado y no estructurado mostraron resultados dispares. Por un lado, uno observó diferencias en la información administrativa transferida a través de los dos formatos, con una mayor notificación de la institución a la cual se envía (84% vs 34%)¹⁹ que de aspectos clínicos. Otro estudio observó diferencias en la información clínica transferida, con un mayor porcentaje de reporte del motivo de derivación en los formatos estructurados respecto a los no estructurados (32 vs 8%), así como también en la descripción de la lesión oral para cuyo diagnóstico se derivaba al especialista (90 vs 74%). Este estudio no observó diferencias significativas en la información referente a los exámenes complementarios²⁰.

Barreras y facilitadores al uso del mecanismo

El único estudio que exploró la percepción de los especialistas sobre el uso del informe de contra-derivación²³ identificó diversas barreras al uso de este mecanismo: condiciones laborales que impiden el envío del informe de contra-derivación (sobrecarga laboral, contratos temporales, trabajo poco valorado), falta de recursos materiales (como hojas de calco), escasa comunicación entre profesionales, y poca valoración de la necesidad de coordinarse²³.

Interconsulta con imagen a través de correo electrónico

Un estudio realizado en Brasil evaluó la transferencia de imágenes a través del correo electrónico para establecer diagnósticos en medicina oral ²⁵, a través de un diseño descriptivo transversal basado en revisión de registros. Otro estudio desarrollado en Chile evaluó la transferencia de imágenes a la atención especializada a través de correo electrónico, incorporando un componente de capacitación a los médicos de atención primaria para el diagnóstico de las patologías dermatológicas prevalentes. El estudio fue un descriptivo transversal basado en la revisión de registros de los informes de correo electrónico y un cuestionario de satisfacción de los usuarios.

Resultados en efectividad diagnóstica

La capacidad de los especialistas para realizar un diagnóstico correcto de lesiones orales fue de un 52% en el estudio que no incorporó el componente de capacitación²⁵. En el estudio que incorporó la capacitación se observó que el 99% de las interconsultas logró diagnosticarse adecuadamente a través del correo electrónico²⁶. Asimismo, este

estudio mostró un 88% de acuerdo diagnóstico entre los médicos de ambos niveles²⁶. Finalmente, el 97% de los pacientes se consideró satisfecho con la calidad de la atención²⁶.

Discusión conjunta de casos clínicos

Tres estudios desarrollados en Brasil evaluaron la implementación de una estrategia basada en la discusión de casos clínicos a través de encuentros regulares entre profesionales de atención primaria y especializada de salud mental (apoyo matricial). Los estudios siguieron una metodología cualitativa descriptiva a través de entrevistas a profesionales, grupos focales y observación²⁸⁻³⁰.

Resultados en coordinación entre niveles asistenciales

Los resultados muestran que los profesionales consideran estas reuniones como una estrategia que promueve la comunicación entre profesionales²⁸, que se traduce en una reducción de las derivaciones²⁹. Además, los profesionales de un estudio señalaron que como resultado de las reuniones se aumentan los conocimientos y la capacidad resolutoria de los médicos de atención primaria^{29,30}.

Barreras al uso del mecanismo

Los tres estudios muestran la existencia de condiciones laborales que dificultan la participación en las reuniones, entre las que destacan la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo²⁸⁻³⁰. Asimismo, identifican problemas en la comunicación entre profesionales, que atribuyen parcialmente al trabajo aislado de los especialistas y a conflictos interpersonales²⁹.

Discusión

La principal contribución de la revisión es que por primera vez se sintetiza el conocimiento y se pone de relieve la escasez de estudios que analizan la efectividad de estos mecanismos en los sistemas de salud de América Latina de interés, así como las importantes deficiencias metodológicas de los existentes.

Algunos estudios apuntan a que son diversos los mecanismos de coordinación que se implementan en Latinoamérica^{14,31,32}, como el informe de derivación, ampliamente utilizado para compartir información entre niveles. También se utilizan, en menor medida, mecanismos que combinan la retroalimentación y estandarización de habilidades, como la discusión conjunta de casos clínicos o las sesiones de capacitación; y, en algunos contextos, mecanismos basados en la implementación de tecnologías de la información, como la historia clínica electrónica compartida¹⁴. No

obstante, esta revisión pone de manifiesto la escasa descripción y evaluación que se realiza de estos mecanismos. De hecho, los resultados apuntan principalmente a evaluaciones basadas en indicadores de utilización de los mecanismos, y solo de manera limitada se analiza su impacto directo sobre la coordinación y calidad asistencial; principalmente a través de medidas de proceso. Finalmente, la falta de estudios que evalúen los mecanismos sobre la continuidad asistencial lleva a pensar que no se está teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes, a pesar de que son los afectados directos de la atención suministrada².

Llama la atención la escasez de estudios que evalúan el informe de contra-derivación, a pesar de que estudios realizados en el contexto latinoamericano apuntan que es en la contra-derivación donde se producen los mayores problemas de coordinación entre los niveles de atención^{14,33}. No obstante, el único estudio identificado apunta hacia algunas de las principales barreras que experimentan los especialistas para su utilización, identificados también en otros estudios¹⁴, como la sobrecarga de trabajo, barrera habitual en otros contextos³⁴, o la escasez del material necesario para enviar la contra-derivación.

En cuanto al *informe de derivación*, algunos estudios apuntan a una transferencia deficiente de la información clínica a través de este mecanismo, como también se ha observado en otros contextos³⁵. Este resultado puede interpretarse como que este informe se emplea principalmente como un mecanismo de coordinación administrativa, y no tanto para la transferencia de información clínica entre los profesionales¹⁴. No es posible, con los estudios incluidos, concluir que los formatos estructurados promueven una mayor transferencia de información clínica, aunque parece existir evidencia a nivel internacional que apoya este tipo de informes³⁶.

Los resultados de los estudios que evalúan la *interconsulta con imagen a través de correo electrónico* podrían apuntar a que el acuerdo diagnóstico mejora si va acompañado de capacitación a los médicos de atención primaria²⁶, sin embargo la calidad de los estudios es deficiente, difieren en la forma de evaluar la utilización del mecanismo y no tienen como objetivo comparar el acuerdo diagnóstico acompañado o no de capacitación a los médicos.

Finalmente, la literatura internacional apunta a que la *discusión de casos clínicos* es un mecanismo que permite establecer una comunicación fluida entre profesionales, evitando derivaciones que pueden resolverse en la atención primaria^{14,37}. Aunque algunos de los estudios incluidos apuntan en la misma dirección, los resultados no permiten determinar la efectividad del mecanismo en este contexto.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La revisión presenta diversas limitaciones. En primer lugar, no están muy desarrolladas las guías metodológicas para realizar revisiones sistemáticas sobre intervenciones implementadas en los servicios de salud³⁸ y son pocas las que dan soporte al desarrollo de estrategias de búsqueda exhaustivas para identificar estudios, incluyendo pautas para la búsqueda de literatura gris. En segundo lugar, el hecho de que los estudios utilicen diversos términos para aludir a un mismo mecanismo de coordinación, así como el uso confuso de los conceptos de coordinación y continuidad asistencial, ha dificultado la identificación de los estudios. No obstante, estas limitaciones han sido parcialmente contrarrestadas por el diseño de una estrategia de búsqueda amplia que incluye múltiples estrategias (búsqueda en diversas bases de datos biomédicas, inclusión de literatura gris, contacto con expertos, revisión de las referencias bibliográficas de los estudios identificados, e inclusión de estudios en tres idiomas). Como resultado se espera haber identificado la mayoría de estudios existentes.

Recomendaciones

Cabe destacar que la insuficiencia de estudios, la poca rigurosidad metodológica y la heterogeneidad de resultados no permiten analizar la efectividad de estos mecanismos, no obstante se extraen algunas recomendaciones para mejorar el uso: realizar capacitaciones para mejorar el registro de información, mejorar las condiciones organizacionales para favorecer el uso de los mecanismos, mantener la comunicación entre los equipos de trabajo fomentando la discusión de casos clínicos y evitar el trabajo aislado. Por otro lado, algunas de las recomendaciones para la investigación son promover la evaluación de las intervenciones que se implementan en los servicios de salud y su publicación. Finalmente, sería útil desarrollar estudios que pudieran aportar mayor información del impacto de estrategias, como por ejemplo a través de estudios cuasi-experimentales.

Conclusiones

Los resultados de la revisión ponen de relieve la escasez de estudios que analizan la efectividad de estos mecanismos en algunos de los sistemas de salud de América Latina, y sus importantes deficiencias metodológicas. Las evaluaciones existentes han sido a través de indicadores de utilización de los mecanismos sin llegar a evaluar el impacto en continuidad asistencial y sólo de manera parcial en la coordinación y calidad asistencial, surge la necesidad de promover la evaluación de la efectividad de ellos.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a los autores de algunos artículos por facilitar los originales de estudios no disponibles y para responder consultas y a Núria Martínez y a Agustín Vázquez por su apoyo en la edición del artículo.

Financiación

Este proyecto se ha financiado con una beca otorgada por el Consorci de Salut i Social de Catalunya a la primera autora.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Diversas estrategias de coordinación han mostrado ser eficaces en la mejora de la calidad asistencial a través de la colaboración y comunicación entre profesionales de la atención primaria y especializada. Los estudios que apoyan la implementación de estos mecanismos provienen principalmente de Norteamérica y Europa y no así en Latinoamérica.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Pocos estudios evalúan los mecanismos de coordinación entre niveles en el contexto latinoamericano. Sus deficiencias metodológicas impiden extraer conclusiones sobre su efectividad en ese contexto.

Bibliografía

1. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC:PAHO; 2010.
2. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
3. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Barcelona: Masson, S.A; 2001.
4. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation; 2011.
5. Longest B, Young G. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD, editores. Health care management Organization design and behavior. 4.a ed. NY: Delmar; 2000. p. 210-43.
6. Bodenheimer T. Coordinating care-- a perilous journey through the health care system. N Engl J Med. 2008;358: 1064-71.
7. Unger JP, De Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. Int J Health Plann Manage. 2003;18:S27-39.
8. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. Int J Integr Care. 2011;11:e100.
9. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, et al. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington D.C.: Pan American Health Organization (PAHO) 2016 [in press].
10. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the Elderly: A Systematic Review. Ontario: Canadian Policy Research Network. 2008.
11. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 2012.
12. Terraza Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20:485-95.

13. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e007037.
14. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:213.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*; 2009;6:e1000097.
16. Centro Cochrane Iberoamericano T. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano [consultado el 04/05/2016]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
17. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Instrumentos para la lectura crítica [Internet]. Alicante: CASPe; [consultado el 04/05/2016]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
18. Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, et al. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit*. 2008;22:492-7.
19. Bustos Córdova E, Díaz Jiménez MJ, Cerón Rodríguez M, et al. Evaluación de la calidad de las notas de envío. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 58:378-90.
20. Navarro CM, Miranda IA, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31:537-43.
21. Der MC, Salin V. MP, Iñiguez CM, et al. Realidad de la derivación a otorrinolaringología desde la atención primaria. *Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello*. 66:95-102.
22. Laura P, Cristina Z, Stella G, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Médica del Uruguay*. 2008;69-82.
23. Harris M, Ferreira A, Moraes I, et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21:96 .

24. Navarro CM, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: an approach for the general dental practitioner. *Int J Oral Maxillofac Surg*. Denmark; octubre de 2001;30:448-51.
25. Torres-Pereira CC, Morosini IDAC, Possebon RS, et al. Teledentistry: distant diagnosis of oral disease using e-mails. *Telemed J E Health*. 2013;19:117-21.
26. Figueroa BA, Barrios JX, Radrigan SC, et al. Aplicación de la teledermatología asincrónica en usuarios de la comuna de Yerbos Buenas, Región del Maule, Chile. *Rev chil dermatol*. 27:170-6.
27. Díaz-Torres Y, García-Chávez E, Oseguera-Rodríguez JF, et al. Alcances de una estrategia educativa participativa en el desarrollo de aptitud clínica en Geriátria. *Inv Ed Med*. 2015;4:155-60.
28. Salete M, Jorge B, Cesar E, et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. 2014;16:63-74.
29. Fabiane M, da Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013;151-60.
30. da Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2011;:20-7.
31. de Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM de, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26:286-98.
32. de Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública*. ;2011;29:84-95.
33. Vargas I, Mogollón A, De Paepe P, et al. Barriers to care coordination in market-based and decentralised public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Int J Integr Care*. 2016;14:220-1.
34. Gache K, Leleu H, Nitenberg G, et al. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:1-10.
35. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosom*. 2000;41:245-52.

36. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, et al. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract.* 1997;47:107-8.
37. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi M, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). *Cochane database Syst Rev.* 2009;:1-62.
38. Reed J, Childs S, Cook G, Hall A, et al. Integrated care for older people: Methodological issues in conducting a systematic literature review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007;4:78-85.

Tablas y Figuras

Tabla 1: Mecanismos de coordinación de estudio

Mecanismo de coordinación	Definición	Nombres alternativos
Informes de derivación y contra-derivación	Mecanismo para la transferencia de información entre profesionales en la derivación y contra-derivación entre la atención primaria y especializada ⁹	Hojas de interconsulta, formato de referencia y contrarreferencia, notas de envío, notas de traslado, cartas de referencia, pases de interconsulta, etc.
Encuentros regulares entre profesionales: capacitaciones, sesiones y consultas clínicas conjuntas	Encuentros presenciales en los que participan médicos de distintos niveles de atención y en los que se realizan sesiones de capacitación clínica o se discuten casos clínicos ⁹	Matriz de soporte, capacitación, estrategia educativa, educación continua, rotaciones, etc.
Comunicación informal	Mecanismos para la comunicación sincrónica o asincrónica entre profesionales de diferentes niveles ⁹	Correo, email, email corporativo, teléfono, teléfono corporativo.

Figura 1: Estrategia de búsqueda en la base de datos PUBMED (Medline)

#1: Mecanismos de coordinación

(referral form*[Title/Abstract] OR referral letter*[Title/Abstract] OR referral sheet*[Title/Abstract] OR "patient discharge summaries"[MeSH Terms] OR patient discharge summar*[Title/Abstract] OR consultation letter*[Title/Abstract] OR counter-reference*[Title/Abstract] OR information transfer[Title/Abstract] OR interconsultation*[Title/Abstract] OR case conference*[Title/Abstract] OR case conferencing[Title/Abstract] OR consultation request[Title/Abstract] OR joint meeting*[Title/Abstract] OR joint consultation* [Title/Abstract] OR clinical revision*[Title/Abstract] OR clinical session*[Title/Abstract] OR curbside consultation* [Title/Abstract] OR derivation*[Title/Abstract] OR ((telephone[Title/Abstract] OR email[Title/Abstract] OR text messaging[Title/Abstract] OR whatsapp[Title/Abstract])AND (referral*[Title/Abstract] OR reference*[Title/Abstract] OR interconsultation*[Title/Abstract] OR derivation*[Title/Abstract] OR consultation*[Title/Abstract] OR specialist*[Title/Abstract] OR nurse*[Title/Abstract] OR physician*[Title/Abstract] OR doctor*[Title/Abstract]))))

#2: Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

(coordination of care[Title/Abstract] OR shared care[Title/Abstract] OR coordination[Title/Abstract] OR integrated care[Title/Abstract] OR primary care[Title/Abstract] OR secondary care[Title/Abstract] OR "delivery of health care"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR Care "health services administration"[MeSH Terms] OR "health services"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "tertiary healthcare"[MeSH Terms] OR "secondary care"[MeSH Terms])

#3: América Latina

((latin america[Title/Abstract] OR "latin america"[MeSH Terms] OR latin america[Affiliation] OR "argentina"[MeSH Terms] OR argentina[Title/Abstract] OR argentina[Affiliation] OR "brazil"[MeSH Terms] OR brazil[Title/Abstract] OR brazil[Affiliation] OR brasil[Title/Abstract] OR brasil[Affiliation] OR "colombia"[MeSH Terms] OR colombia[Title/Abstract] OR colombia[Affiliation] OR chile[Title/Abstract] OR "chile"[MeSH Terms] OR chile[Affiliation] OR "mexico"[MeSH Terms] OR mexico[Title/Abstract] OR mexico[Affiliation] OR "uruguay"[MeSH Terms] OR uruguay[Title/Abstract] OR uruguay[Affiliation]) NOT ("new mexico"[MeSH Terms] OR new mexico[Title/Abstract] OR new mexico[Affiliation]))

#4: Mecanismos de coordinación Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

América Latina

#1 and #2 and #3

Figura 2: Diagrama de flujo de Prisma

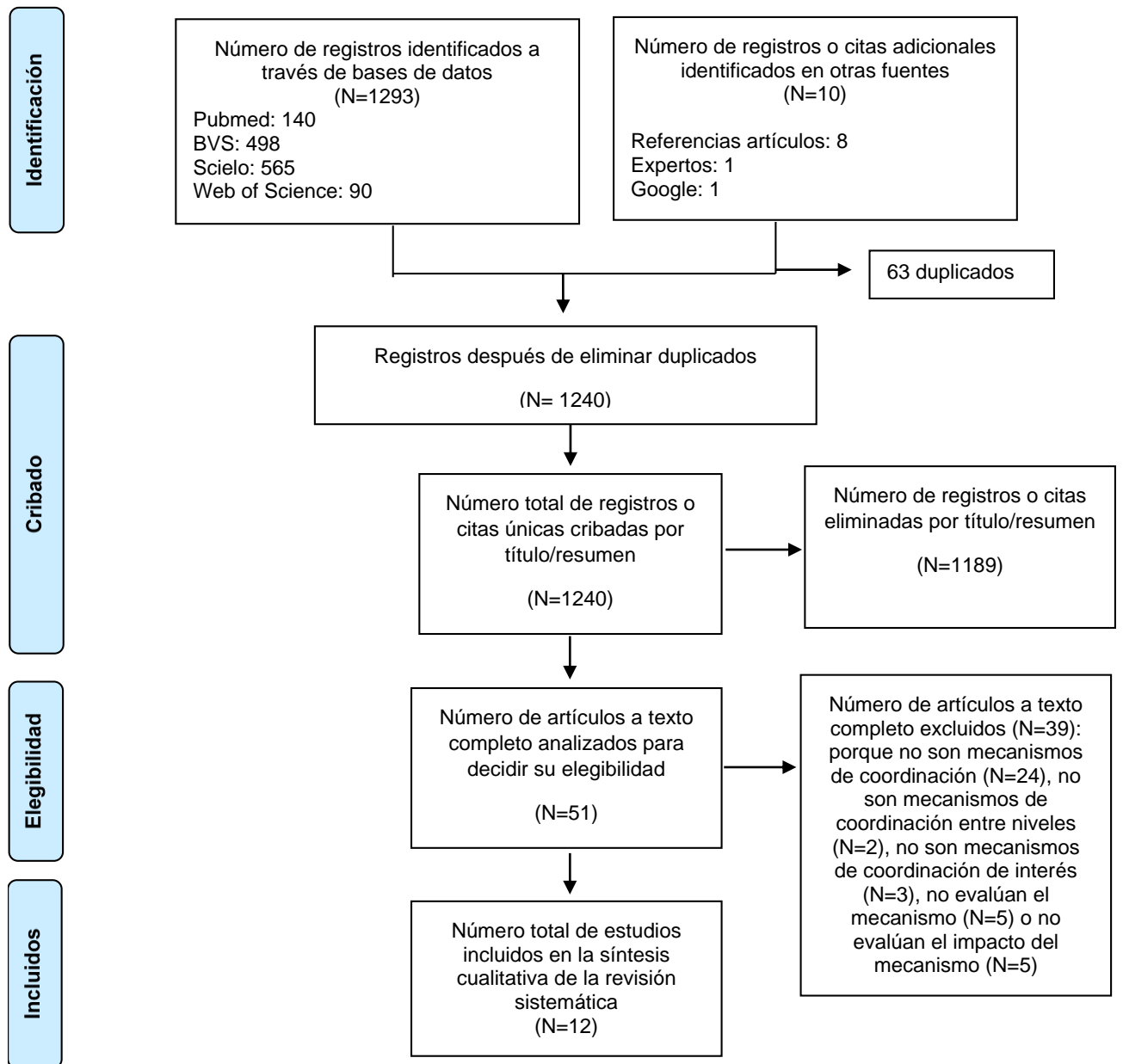


Tabla 2: Características de los estudios incluidos (n=12)

Mecanismo de coordinación	Derivación y contra-derivación	Interconsulta con imagen a través de correo electrónico	Sesiones de capacitación	Discusión de casos clínicos
<i>País</i>				
Brasil	3	1	-	3
Chile	1	1	-	-
México	1	-	1	-
Uruguay	1	-	-	-
<i>Tipo de estudio</i>				
Descriptivo transversal	5	2	-	-
Analítico antes-después	-	-	1	-
Cualitativo descriptivo	1	-	-	3
<i>Técnica de obtención de datos</i>				
Revisión de registro	5	2	-	-
Entrevista	1	-	-	2
Encuesta	-	1	1	1
Grupos focales	-	-	-	1
Observación	-	-	-	1
<i>Tipo de resultados evaluados</i>				
Coordinación asistencial	6	1	1	3
Calidad asistencial	-	2	-	-
Continuidad asistencial	-	-	-	-
<i>Año de publicación</i>				
Anterior al 2010	6	-	-	-
Posterior al 2010	-	2	1	3

Tabla 3: Síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos

AUTOR PAÍS DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO TÉCNICA OBTENCIÓN DATOS	INTERVENCIÓN MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
<i>Informe de derivación</i>			
Der et al (2006) ²¹ Chile	Descriptivo transversal Revisión de registros	Informes de derivación al servicio de otorrinolaringología 1150 informes de derivación	Coordinación información clínica: cumplimentación de la información <ul style="list-style-type: none"> - 4% tiene registro completo - 42% incluye número de historia clínica - 1% derivado al servicio equivocado - 36% incluye diagnóstico
Navarro et al (2001) ²⁴ Brasil	Descriptivo transversal Revisión de registros	Informes de derivación a servicio de medicina oral 236 informes de derivación	Coordinación información clínica: cumplimentación de la información <ul style="list-style-type: none"> - 2% incluye información sobre consulta previa con algún médico debido al motivo de consulta - 2% incluye información sobre consulta previa con algún dentista debido al motivo de consulta Coordinación de gestión clínica: cumplimentación de la información <ul style="list-style-type: none"> - 63% incluye institución a donde se envía - 78% incluye nombre del profesional
Pardo et al (2008) ²² Uruguay	Descriptivo transversal Revisión de registros	Informes de derivación a especialistas (neuropediatría, neumología y gastroenterología) y emergencia pediátrica 3025 informes de derivación <ul style="list-style-type: none"> - 2529 informes de derivación a especialistas - 496 informes a emergencia pediátrica 	Coordinación información clínica: cumplimentación de la información <ul style="list-style-type: none"> - 30% y 64% de informes de derivación a especialista y emergencia cumplen tres criterios (legible, motivo de envío, derivación justificada) - 44% y 32% de informes de derivación a especialista y emergencia cumplen dos criterios - 26% y 4% de informes de derivación a especialista y emergencia cumplen un criterio o son ilegibles

AUTOR PAÍS DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO TÉCNICA OBTENCIÓN DATOS	INTERVENCIÓN MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
<i>Informe de derivación</i>			
Bustos et al (2001) ¹⁹ México	Descriptivo transversal Revisión de registros	Informes de derivación estructurados y no estructurados elaboradas en atención primaria a pediatría 100 informes de derivación - 62 informes con formato estructurado - 38 informes sin formato estructurado	Coordinación información clínica: cumplimentación de la información - 92% de informes incluye motivo de envío - 75% de informes incluye diagnóstico final - 48% de informes incluye exámenes previos - 86% y 82% de informes sin y con formato incluye tratamiento inicial (p>0,005) - 82% de informes sin y con formato incluye evolución (p>0,005) - 68% y 46% de informes sin y con formato incluye exámenes previos (p>0,005) - 87% y 95% de informes sin y con formato incluye el diagnóstico (p>0,005) Coordinación de gestión clínica: cumplimentación de la información - 65% incluye institución a donde se envía - 34% y 84% de informes sin y con formato incluye la institución a donde se envía (p<0,005)
Navarro et al (2002) ²⁰ Brasil	Descriptivo transversal Revisión de registros	Informes de derivación estructurados y no estructurados enviadas a servicio de medicina oral 662 informes de derivación - 208 con formato estructurado - 454 sin formato estructurado	Coordinación información clínica: cumplimentación de la información - 3% y 6% de informes sin y con formato incluye exámenes previos (p>0,005) - 74% y 90% de informes sin y con formato incluye sitio de la lesión oral (p<0,005) - 8% y 32% de informes sin y con formato incluye motivo de consulta (p<0,005) - 1% de informes sin y con formato incluye consulta previa (p>0,005) Coordinación de gestión clínica: cumplimentación de la información - 72% y 98% de informes sin y con formato incluye origen del profesional (p<0,005)

AUTOR PAÍS DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO TÉCNICA OBTENCIÓN DATOS	INTERVENCIÓN MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
<i>Informe de contra-derivación</i>			
Harris et al (2007) ²³ Brasil	Cualitativo descriptivo Entrevistas a profesionales	Informes de contra-derivación desde la atención especializada 10 especialistas	<p>Impacto percibido sobre coordinación clínica entre niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprensión del beneficio de enviar los informes de contra derivación al médico general - Beneficio para la comunicación entre niveles especialmente en casos complejos - Utilización del informe evita duplicación de esfuerzos, provee apoyo requerido por el médico general y asegura continuidad de la atención <p>Barreras al uso del mecanismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales que dificultan el envío del informe de contra-derivación (contrato temporal, alta carga laboral, trabajo poco valorado) - Falta de recursos materiales como papel calco para el informe de contra-derivación - Baja comunicación entre profesionales - Poca valoración de la necesidad de coordinarse
<i>Interconsulta con imagen a través de correo electrónico</i>			
Torres- Pereira et al (2013) ²⁵ Brasil	Descriptivo transversal Revisión de registros	Interconsulta a través de correo electrónico para la transferencia de imágenes de pacientes con lesiones orales referidos a medicina oral 60 derivaciones por correo electrónico	<p>Calidad: efectividad diagnóstica desde atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% y 55% de diagnósticos correctos en el clínico 1 y 2 cuando sólo fue considerada la primera hipótesis diagnóstica - Kappa de 0,575 y 0,516 de nivel de acuerdo entre la primera hipótesis diagnóstica y el gold standard en el clínico 1 y 2 respectivamente - 70% y 63% de diagnósticos correctos en el clínico 1 y 2 cuando fueron consideradas las dos hipótesis diagnósticas - Kappa de 0,669 y 0,574 de nivel de acuerdo cuando se consideran ambas hipótesis diagnósticas y el gold standard en el clínico 1 y 2 respectivamente - 52% de diagnósticos correctos de ambos clínicos cuando se consideraron las dos hipótesis <p>*Consideraron el resultado de la biopsia como el gold standard.</p>

AUTOR PAÍS DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO TÉCNICA OBTENCIÓN DATOS	INTERVENCIÓN MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
<i>Interconsulta con imagen a través de correo electrónico</i>			
Figueroa et al (2011) ²⁶ Chile	Descriptivo transversal Revisión de registros, cuestionario de satisfacción a usuarios de servicios de salud	Interconsulta a través de correo electrónico para la transferencia de imágenes de pacientes con patología dermatológica desde atención primaria a especialista y la inclusión de capacitación a médicos de atención primaria sobre patologías dermatológicas prevalentes en ese nivel 172 derivaciones por correo electrónico	Coordinación de la gestión clínica <ul style="list-style-type: none"> - 99% de consultas fueron diagnosticadas por correo electrónico (sin derivación presencial) Calidad: efectividad diagnóstica en atención primaria: <ul style="list-style-type: none"> - 88% de acuerdo diagnóstico entre los médicos de atención primaria y especializada Calidad percibida por los usuarios: <ul style="list-style-type: none"> - 97% "satisfecho" o "muy satisfecho" en general - 49% "muy satisfecho" sobre la calidad técnica de la atención - 73% "muy satisfechos" sobre las relaciones interpersonales
<i>Sesiones de capacitación</i>			
Diaz-Torres et al (2015) ²⁷ México	Análítico antes-después Encuesta a profesionales	Sesiones de capacitación teórico practicas a médicos de familia por geriatras 10 médicos familiares	Capacitación: <ul style="list-style-type: none"> - 56 (21-82) y 72 (29-100) mediana de la puntuación por los alumnos antes y después de las sesiones (p = 0.015 Prueba de Wilcoxon)
<i>Discusión conjunta de casos clínicos</i>			
Bessa et al (2014) ²⁸ Brasil	Cualitativo descriptivo Entrevistas y observación a profesionales	Percepción de los profesionales en la aplicación de la matriz de soporte entre equipos de atención primaria psicosocial 10 profesionales <ul style="list-style-type: none"> - 5 profesionales de centros de atención psicosocial - 5 profesionales de salud familiar 	Coordinación información clínica: <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia que posibilita el diálogo y el intercambio de conocimientos Barreras al uso del mecanismo: <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales que impiden la participación en la matriz de soporte como la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo - Dificultades en el trabajo en equipo como falta de profesionales y necesidad de capacitación de los profesionales

AUTOR PAÍS DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO TÉCNICA OBTENCIÓN DATOS	INTERVENCIÓN MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
<i>Discusión conjunta de casos clínicos</i>			
Minozzo, Fabiane (2013) ²⁹ Brasil	Cualitativo descriptivo Encuesta y grupos focales con profesionales	Experiencias de los profesionales en la aplicación de la matriz de soporte entre los equipos de atención primaria y psicosocial 21 profesionales <ul style="list-style-type: none"> - 15 profesionales de centros de atención psicosocial - 6 profesionales de salud familiar 	Coordinación información clínica: <ul style="list-style-type: none"> - Favorece la corresponsabilización de los casos clínicos - Favorece la educación permanente y el aprendizaje en los médicos de familia y profesionales de salud mental - Reducción de las derivaciones injustificadas Barreras y facilitadores al uso del mecanismo: <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales que impiden la participación en la matriz de soporte como la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo - Dificultades en la comunicación entre profesionales como conflictos interpersonales, trabajo aislado de cada especialidad y dificultad para reunirse y discutir los casos - Encuentros incitaban a la reflexión, favorece la apropiación del concepto de matriz de soporte y deseo de fortalecer la práctica - La ubicación en la misma estructura física favorece la comunicación entre los profesionales
Silveira da Silva, Danielle (2011) ³⁰ Brasil	Cualitativo descriptivo Entrevistas a profesionales	Perspectiva de los profesionales de atención primaria de la matriz de soporte entre atención primaria y psicosocial 15 profesionales de atención primaria	Coordinación información clínica: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la capacidad resolutoria de los casos a través de la discusión - Instancia para agendar visitas y consultas con los especialistas para los pacientes Barreras al uso del mecanismo: <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones del trabajo en equipo como no cumplimiento de fechas y horarios y baja participación de los profesionales - Falta de recursos humanos y materiales (transporte para encuentros entre profesionales y visitas domiciliarias) - Baja comprensión de la finalidad del mecanismo por parte de los profesionales

Tareas de la alumna

Las tareas propuestas en el protocolo y que se cumplieron en su totalidad fueron:

- Apropiación del marco conceptual de coordinación entre niveles de atención
- Elaboración del protocolo
- Diseño de la estrategia de búsqueda y búsqueda bibliográfica
- Identificación y selección de los estudios
- Lectura de los artículos seleccionados y extracción de los datos
- Síntesis de los artículos
- Interpretación de los resultados
- Redacción de la tesina y publicación

Además se realizaron otras tareas relacionadas con la elaboración del TFM:

- Contacto con expertos para identificar posibles estudios a incluir en la revisión
- Participación de la reunión internacional del Proyecto Equity LA-II realizado en Barcelona
- Reuniones con el equipo de investigación para la discusión de artículos en cuanto a si medían o no impacto en los resultados esperados
- Síntesis y evaluación crítica de los resultados de los estudios seleccionados
- Elaboración de recomendaciones para los servicios de salud e investigación

Financiación

Este proyecto es parte de una beca otorgada por el Consorci de Salut i Social de Catalunya a la alumna de esta tesina. Además, los resultados de la tesina serán un aporte para el Proyecto Equity LA-II financiado por la Comisión Europea, como Acción de Cooperación Internacional Específica (SICA), del Séptimo Programa Marco (7PM): Cooperación, Salud. Se enmarca en el tema HEALTH.2012.3.4-1 y se dirige al objetivo estratégico: "Investigación en sistemas de salud de países de renta media y baja" (proyectos de investigación de pequeña o mediana escala).

Anexos

Anexo 1. Términos de la búsqueda

Mecanismos de coordinación:

Inglés: referral form*; referral letter referral sheet*; patient discharge summaries"[MeSH Terms]; patient discharge summar*; consultation letter*; counter-reference*; information transfer; interconsultation*; case conference*; case conferencing; consultation request; joint meeting*; joint consultation*; clinical revision*; clinical session*; curbside consultation*; derivation*; telephone; text messaging; whatsapp; email

Castellano: teléfono; email; correo electrónico; whatsapp; mensaje de texto; referencia; interconsulta; derivación; especialista\$; enfermera\$; medico\$; doctor\$; formulario\$ de referencia; carta\$ de referencia; carta\$ de remisión; hoja\$ de remisión; planilla\$ de derivación; hoja\$ de alta; epicrisis; informe\$ de alta; contrarreferencia\$; transferencia de información; interconsulta\$; conferencia\$ de casos; ateneo\$; teleateneo\$; hoja\$ de consulta; reunion\$ conjuntas; reunion\$ periódicas; actividad\$ conjuntas; consulta\$ conjunta; revision\$ clínica; sesion\$ clinica

Coordinación asistencial y servicios de salud:

Inglés: coordination of care; shared care; coordination; integrated care; primary care; secondary care; "delivery of health care"[MeSH Terms]; "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms]; Care "health services administration"[MeSH Terms]; "health services"[MeSH Terms]; "primary health care"[MeSH Terms]; "tertiary healthcare"[MeSH Terms]; "secondary care"[MeSH Terms]

Castellano: administracion de servicios de salud; servicios de salud; atencion primaria; atencion terciaria; atencion secundaria; coordinacion de los cuidados; cuidado compartido; atencion integrada; asistencia sanitaria; prestacion sanitaria; coordinacion de los cuidados; coordinacion entre niveles; coordinacion asistencial; continuidad de los cuidados; atencion basica

Países:

"argentina"[MeSH Terms]; "brasil"[MeSH Terms]; "brazil"[MeSH Terms]; "colombia"[MeSH Terms]; "chile"[MeSH Terms]; "mexico"[MeSH Terms]; "uruguay"[MeSH Terms]; "latin america"[MeSH Terms]

Anexo 2. Estrategia de búsqueda de cada base de datos

2.1 Búsqueda en PUBMED 2 de febrero 2016

#1: Mecanismos de coordinación

(referral form*[Title/Abstract] OR referral letter*[Title/Abstract] OR referral sheet*[Title/Abstract] OR "patient discharge summaries"[MeSH Terms] OR patient discharge summar*[Title/Abstract] OR consultation letter*[Title/Abstract] OR counter-reference*[Title/Abstract] OR information transfer[Title/Abstract] OR interconsultation*[Title/Abstract] OR case conference*[Title/Abstract] OR case conferencing[Title/Abstract] OR consultation request[Title/Abstract] OR joint meeting*[Title/Abstract] OR joint consultation* [Title/Abstract] OR clinical revision*[Title/Abstract] OR clinical session*[Title/Abstract] OR curbside consultation*[Title/Abstract] OR derivation*[Title/Abstract] OR ((telephone[Title/Abstract] OR email[Title/Abstract] OR text messaging[Title/Abstract] OR whatsapp[Title/Abstract]) AND (referral*[Title/Abstract] OR reference*[Title/Abstract] OR interconsultation*[Title/Abstract] OR derivation*[Title/Abstract] OR consultation*[Title/Abstract] OR specialist*[Title/Abstract] OR nurse*[Title/Abstract] OR physician*[Title/Abstract] OR doctor*[Title/Abstract])))

#2: Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

(coordination of care[Title/Abstract] OR shared care[Title/Abstract] OR coordination[Title/Abstract] OR integrated care[Title/Abstract] OR primary care[Title/Abstract] OR secondary care[Title/Abstract] OR "delivery of health care"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR Care "health services administration"[MeSH Terms] OR "health services"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "tertiary healthcare"[MeSH Terms] OR "secondary care"[MeSH Terms])

#3: América Latina

((latin america[Title/Abstract] OR "latin america"[MeSH Terms] OR latin america[Affiliation] OR "argentina"[MeSH Terms] OR argentina[Title/Abstract] OR argentina[Affiliation] OR "brazil"[MeSH Terms] OR brazil[Title/Abstract] OR brazil[Affiliation] OR brasil[Title/Abstract] OR brasil[Affiliation] OR "colombia"[MeSH Terms] OR colombia[Title/Abstract] OR colombia[Affiliation] OR chile[Title/Abstract] OR "chile"[MeSH Terms] OR chile[Affiliation] OR "mexico"[MeSH Terms] OR mexico[Title/Abstract] OR mexico[Affiliation] OR "uruguay"[MeSH Terms] OR

uruguay[Title/Abstract] OR uruguay[Affiliation]) NOT ("new mexico"[MeSH Terms] OR new mexico[Title/Abstract] OR new mexico[Affiliation]))

#4: #1 and #2 and #3

Resultados: 139 referencias

2.2 Búsqueda en Biblioteca Virtual de Salud (BVS) 1 de febrero 2016

#1: Mecanismos de coordinación

(tw:((teléfono) OR (correo electronico) OR (email) OR (whatsapp) OR (mensaje de texto) AND (referencia) OR (interconsulta) OR (derivacion) OR (especialista\$) OR (enfermera\$) OR (medico\$) OR (doctor\$))) OR (tw:((formulario\$ de referencia) OR (carta\$ de referencia) OR (carta\$ de remision) OR (hoja\$ de remision) OR (planilla\$ de derivación) OR (hoja\$ de alta) OR (epicrisis) OR (informe\$ de alta) OR (contrarreferencia\$) OR (transferencia de información) OR (interconsulta\$) OR (conferencia\$ de casos) OR (ateneo\$) OR (teleateneo\$) OR (hoja\$ de consulta) OR (reunion\$ conjuntas) OR (reunion\$ periodicas) OR (actividad\$ conjuntas) OR (consulta\$ conjunta) OR (revisión\$ clinica) OR (sesion\$ clinica)))

#2: Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

(tw:((administracion de servicios de salud) OR (servicios de salud) OR (atencion primaria) OR (atencion terciaria) OR (atencion secundaria) OR (coordinacion de los cuidados) OR (cuidado compartido) OR (atencion integrada) OR (asistencia sanitaria) OR (prestacion sanitaria) OR (coordinacion de los cuidados) OR (coordinacion entre niveles) OR (coordinacion asistencial) OR (continuidad de los cuidados) OR (atencion basica)))

#3: América Latina

(pais_afiliacao:((argentina) OR (brasil) OR (brazil) OR (colombia) OR (chile) OR (mexico) OR (uruguay) OR (latinoamerica) OR (america latina)))

#4: #1 and #2 and #3

Resultados: 498 referencia

2.3 Búsqueda en Scielo 22 de febrero 2016

#1: Mecanismos de coordinación

(ab:((((referencia OR "educación participativa" OR "trabajo en red" OR contrarreferencia OR interconsulta OR remisión OR comunicación OR derivación OR coordinacion OR integracion OR integrada OR continuidad)

#2: Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

("atencion básica" OR "atencion especializada" OR primaria OR secundaria OR terciaria OR "niveles asistenciales"))))

#3: América Latina

in:("scl" OR "col" OR "mex" OR "chl" OR "arg" OR "ury") AND la:("es" OR "pt" OR "en")

#4: #1 and #2 and #3

#5: Límites

ac:("Health Sciences" OR "Human Sciences" OR "Applied Social Sciences" OR "Biological Sciences")

Resultados: 565 referencias

2.4 Búsqueda en Web of Science 27 de febrero 2016

#1: Mecanismos de coordinación

Tema: ((("referral form*" OR "referral letter*" OR "referral sheet*" OR "patient discharge summaries" OR "patient discharge summar*" OR "consultation letter*" OR "counter reference*" OR "information transfer" OR "interconsultation*" OR "case conference*" OR "case conferencing" OR "consultation request" OR "joint meeting*" OR "joint consultation*" OR "clinical revision*" OR "clinical session*" OR "curbside consultation*" OR "derivation*" OR "referral and consultation" OR ((telephone OR email OR text messaging OR whatsapp) AND ("referral*" OR "reference*" OR "interconsultation*" OR "derivation*" OR "consultation*" OR "specialist*" OR "nurse*" OR "physician*" OR "doctor*"))))

#2: Sistemas de Salud/ coordinación asistencial

Tema: ((("coordination of care" OR "shared care" OR "coordination" OR "integrated care" OR "primary care" OR "secondary care" OR "delivery of health care" OR "delivery

of health care, integrated" OR "health services administration" OR "health services" OR "primary health care" OR "tertiary healthcare" OR "secondary care"))

#3: #1 and #2

#4: Límites

Idiomas: (ENGLISH OR SPANISH OR PORTUGUESE) AND Países/Territorios: (COLOMBIA OR MEXICO OR BRAZIL OR BRASIL OR ARGENTINA OR URUGUAY OR CHILE)

Período de tiempo: Todos los años.

Idioma de búsqueda=Auto

Resultados: 90 referencias

2.4 Búsqueda en buscadores y páginas web durante enero y febrero 2016

Palabras utilizadas en:

- Buscador Google®
- Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA) (página no disponible actualmente)
- Ministerios de Salud de los países de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay

Mecanismos de coordinación: mecanismos de coordinación, estrategias de integración, referencia, contrarreferencia, interconsulta, hoja de alta, carta de remisión derivación, contra-derivación, sistema experto, capacitación, formación continuada, discusión conjunta, reuniones periódicas, teléfono, correo electrónico, email, sesiones clínicas

Sistemas de salud/coordinación asistencial: coordinación de la atención, integración asistencial, atención primaria, atención especializada, entre niveles

Países: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Uruguay

Anexo 3. Guía CASPe según tipo de estudio, adaptados para el estudio

3.1 Guía para la lectura crítica de los estudios cualitativos identificados

¿Los resultados del estudio son válidos?			
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 			
¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 			
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.) 			
Preguntas de detalle			
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio 			
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.) - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación) - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello 			
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: en la formulación de la pregunta de investigación, en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.) 			

¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia) - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético 			
¿Cuáles son los resultados?			
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos) - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis 			
¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio 			

Anexo 4. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales, adaptado para el estudio⁴³.

Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas					
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)					
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas 					
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza) 					
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación 					
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la					

existencia o ausencia de conflictos de intereses					
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		

Anexo 5: Tabla extracción de datos de los estudios identificados

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Primer autor y año de publicación
Tipo de publicación	Artículo per-review, resumen a congreso, informe de evaluación, planes de mejora, evaluaciones, etc
Intervención	
Descripción	Tipo de mecanismo implementado, profesionales implicados y área de especialización, adherencia de lo implementado con el diseño de la intervención, duración de la intervención, número de participantes, diseño de la intervención, etc
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Tipos de servicios de salud participantes de la red pública o servicios privados e institución donde se realiza la intervención
Año de aplicación	Año de aplicación de la intervención
Comentarios	Comentarios de las revisoras sobre la intervención
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	Objetivos del estudio
Metodología	Cualitativa, cuantitativa o mixta
Métodos	Diseño y tipo de estudio
Técnicas de recogida de la información	Técnicas de recogida de la información de la evaluación
Comentarios	Comentarios de las revisoras sobre la evaluación de la intervención
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	Resultados identificados en el estudio en relación en coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad
Comentarios	Comentarios de las revisoras sobre los resultados presentados
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Evaluación de la calidad según diseño de estudio
Filiación de los investigadores	Filiación de los autores informada en el estudio
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención mencionada en la discusión

Elaborado a partir del Manual del revisor de la Colaboración Cochrane⁴⁴

Anexo 6: Lista de publicaciones excluidas a partir de la lectura del texto completo y sus motivos

ESTUDIO	RAZON DE EXCLUSIÓN
Alves, 2011	No evalúa el impacto del mecanismo de coordinación
Bahamonde et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación entre niveles
Bahiense-Oliveira et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación
Barragán et al, 2011	No es un mecanismo de coordinación
Bauducco et al, 2002	No evalúa el mecanismo de coordinación
Castro et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación de interés para la revisión
Chanussot-Deprez et al, 2008	No es un mecanismo de coordinación de interés para la revisión
Chiavagatti et al, 2012	No es un mecanismo de coordinación
Cunha et al, 2011	No evalúa el mecanismo de coordinación
Diaz et al, 2011	No es un mecanismo de coordinación
Eymin et al, 2014	No evalúa el mecanismo de coordinación
Figueiredo et al, 2009	No es un mecanismo de coordinación
Finkelsztein et al, 2009	No evalúa el impacto del mecanismo de coordinación
García et al, 2013	No es un mecanismo de coordinación
GESICA Investigators, 2005	No es un mecanismo de coordinación
Gonçalves et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación
Grancelli et al, 2003	No es un mecanismo de coordinación
Guinoza et al, 2015	No es un mecanismo de coordinación
Juliani et al, 1999	No es un mecanismo de coordinación
Kawasaki et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación entre niveles
Lacerda et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación
Lange et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación
Lemões et al, 2009	No es un mecanismo de coordinación
Lobos, 2009	No es un mecanismo de coordinación
Lopes et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación
Melo et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación
Molini-Avejonas et al, 2015	No es un mecanismo de coordinación
Pessoa et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación
Román, 2008	No evalúa el mecanismo de coordinación
Rubio et al, 2003	No es un mecanismo de coordinación
Ruiz et al, 2009	No es un mecanismo de coordinación de interés para la revisión
Silberman et al, 2008	No evalúa el impacto del mecanismo de coordinación
Silva e Oliveira et al, 2013	No evalúa el impacto del mecanismo de coordinación
Silveira et al, 2009	No evalúa el mecanismo de coordinación
Torres-Pereira et al, 2008	No evalúa el impacto del mecanismo de coordinación
Valenzuela et al, 2007	No es un mecanismo de coordinación
Valenzuela et al, 2010	No es un mecanismo de coordinación
Vazquez et al, 2014	No es un mecanismo de coordinación
Venancio et al, 2009	No es un mecanismo de coordinación

Anexo 7: Extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo de los estudios seleccionados¹

Informes de derivación

1) Der et al, 2006

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Der et al, 2006
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Interconsultas al Servicio de Otorrinolaringología
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Chile, Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Dr. Sótero del Río de Santiago. Red pública
Año de aplicación	2003
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Las hojas de interconsultas corresponden a informes de derivación.
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar causas administrativas de derivación inadecuada 2. Identificar causas médicas de derivación inadecuada 3. Proponer ideas para la solución de los problemas desde la perspectiva del médico especialista
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal entre abril y junio de 2003. El grupo a estudiar estuvo compuesto por interconsultas de pacientes derivados al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Dr. Sótero del Río, que se encontraban en la lista de espera registrada a junio 2003 (7.750 Interconsultas). Muestra aleatoria de 1.150 interconsultas (15% del total). Se seleccionó al azar un subgrupo de 115 pacientes (correspondientes al 10% de la muestra) que fueron examinados por otorrinolaringólogos del servicio, quienes luego de la primera consulta plantearon un diagnóstico, el cual se comparó con la información entregada en la interconsulta. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando test de proporciones, evaluando los intervalos de confianza.
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros que se manejaron en una base de datos Excel.
Comentarios	Datos relevantes son los presentados en relación a la cumplimentación de la información
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica.</i> Cumplimentación de la información en las hojas de interconsulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro completo en el 4% - 42% incluye número de historia clínica - 1% derivado al servicio equivocado - 36% incluye diagnóstico
Comentarios	Resto de resultados presentados no corresponden a medición de impacto del mecanismo en la coordinación, continuidad y/o calidad
Comentarios y extras	

¹ El detalle de cada ítem de la tabla de extracción de datos se encuentra en el anexo 5.

Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Hospital Dr. Sótero del Río, Hospital del Salvador, Hospital clínico Pontificia Universidad Católica de Chile
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Los problemas administrativos se podrían resolver prácticamente en su totalidad, si existiera una base de datos computarizada con campos obligatorios para registrar las derivaciones. Es responsabilidad de los profesionales de la salud, que derivan a la especialidad, enviar las interconsultas completas con todos los datos del paciente.

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas		X			
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)				X	
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas 			X		
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza) 			X		
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio 		X			

- Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación					
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

2) Navarro et al, 2001

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Navarro et al, 2011
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Cartas de referencia al Servicio de Medicina Oral
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Servicio de Medicina Oral de Araraquara Dental School.
Año de aplicación	1999
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Las cartas de referencia corresponden a informes de derivación.
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Analizar los contenidos mínimos requeridos en las cartas de referencias enviadas al Servicio de Medicina Oral de Araraquara Dental School
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal entre enero y abril de 1999. El grupo a estudiar estuvo compuesto por 236 cartas de referencia que llegaron al Servicio de Medicina Oral de Araraquara Dental School. El análisis de las cartas de referencia fue basado en elementos de la historia clínica del paciente. Los datos se almacenaron en una base de datos organizada con Einfo 6.04. Se aplicó el test χ^2 ($\alpha 0.05$) a los resultados.
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros
Comentarios	En métodos no informan a través de qué medidas expresarán los resultados, ni el cálculo de muestra.
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica.</i> Cumplimentación de la información en las cartas de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2% incluye información sobre consulta previa con algún médico debido al motivo de consulta - 2% incluye información sobre consulta previa con algún dentista debido al motivo de consulta <p><i>Coordinación de gestión clínica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 63% incluye institución a donde se envía - 78% incluye nombre del profesional

Comentarios	Resto de resultados presentados no corresponden a medición de impacto del mecanismo en la coordinación, continuidad y/o calidad. Forma de presentación de los datos es poco clara, mencionan que hubo cálculo de p valor pero no los informan.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Universidad Estatal Paulista, Sao Paulo, Brasil.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	La notificación incorrecta de las direcciones causó problemas al paciente y al staff de la Universidad y en algunos casos retraso en la consulta y consecuentemente en el diagnóstico oral. Las cartas de referencia deben ser integrales, concisas, práctica y útil para permitir la clasificación adecuada de los problemas de salud del paciente. Las cartas estándar son importantes para mejorar la calidad de referencia reduciendo la tasa de omisión de la información para declarar.

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas				X	
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)			X		
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas	X				
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las			X		

diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)					
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación		X			
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

3) Pardo et al, 2008

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Pardo et al, 2008
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Pases de interconsulta a especialista (neuropediatría, neumología y gastroenterología) y al departamento de emergencia pediátrica (DEP).
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Uruguay, Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Red pública
Año de aplicación	2005-2006
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Los pases de interconsultas corresponden a informes de derivación.
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Contribuir a la organización y planificación de la atención pediátrica ambulatoria a través del análisis de la referencia de pacientes al Hospital
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal entre agosto del 2005 y diciembre 2006. Evaluación de los registros de interconsulta a especialista (neuropediatría, neumología y gastroenterología) entre agosto de 2005 y diciembre de 2006 y las consultas al DEP (departamento de emergencia pediátrica) del HP-CHPR entre septiembre y diciembre del año 2006. Se evaluó el registro de elementos a cumplimentar en la hoja. Para evaluar la calidad de los informes se utilizaron los siguientes criterios: i. La escritura es legible;

	<p>ii. El médico establece el problema por el cual envía al paciente</p> <p>iii. La interconsulta con el especialista está justificada de acuerdo a los criterios de derivación preestablecidos.</p> <p>La calidad se consideró buena si los tres ítems eran afirmativos, regular con dos ítems afirmativos, mala con un solo ítem afirmativo. En caso de ser totalmente ilegible, se consideró mala.</p> <p>Se calcularon medianas como medida de tendencia central y porcentajes. Se realizó comparación de proporciones mediante el test de χ^2. Los resultados se procesaron mediante Epi Info 6.04.</p>
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros a través de la ficha utilizada en el triage de las consultas al departamento de emergencia e historia clínica.
Comentarios	No informan cálculo muestral
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica.</i></p> <p>Cumplimentación de la información en los pases de interconsulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30% y 64% de interconsultas a especialista y emergencia cumplen tres criterios - 44% y 32% de interconsulta a especialista y emergencia cumplen dos criterios - 26% y 4% de interconsulta a especialista y emergencia cumplen un criterio o son ilegibles
Comentarios	Resto de resultados presentados no corresponden a medición de impacto del mecanismo en la coordinación, continuidad y/o calidad
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Media
Filiación de los investigadores	Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	<p>La calidad del pase fue insatisfactoria en 70% de los casos. Esto genera problemas asistenciales y médico-legales. La legibilidad de la escritura en un pase, en el cual el colega comunica por escrito la identificación del problema y los datos que él dispone de la historia clínica del niño, es una pieza clave para poder interpretar la situación. La comunicación telefónica con el médico que refirió al niño permitió superar esta dificultad en muchas ocasiones.</p> <p>La comunicación entre los diferentes colegas muchas veces es difícil de lograr. El intercambio de opiniones, ya sea por correo o teléfono, enriquece siempre la asistencia del paciente-problema y al equipo médico tratante. La calidad de los pases y de todos los registros médicos es un tema fundamental en la educación médica continua.</p>

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas	X				
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)	X				
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas			X		
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)			X		
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación	X				
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la					X

existencia o ausencia de conflictos de intereses					
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
		X			

4) Bustos et al, 2001

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Bustos et al, 2001
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Notas de envío (notas de transferencia y notas de traslado) al Hospital Infantil de México
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	México, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Red pública
Año de aplicación	1998
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Las notas de envío corresponden a informes de derivación
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Evaluar con qué frecuencia las notas de envío incluyen la información requerida así como la asociación entre integridad de éstas y el tipo de formato estructurado para elaborarlas
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal entre 1 de enero al 30 de junio de 1998. Se incluyeron pacientes que portaban una nota de envío de otra institución en pacientes menores de 18 años y de ambos sexos. Se colectaron en forma consecutiva todas las notas recibidas en el servicio hasta que se completaron 50 notas de transferencia y 50 notas de traslado. Se evaluó la cumplimentación de la información de la hoja, análisis estadístico descriptivo de cada variable y se correlacionó la presencia de espacio destinado a anotar la información específica con la presencia de la misma información utilizando la prueba χ^2 .
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros de las nota de envío
Comentarios	Estudio piloto
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica.</i> Cumplimentación de la información en las notas de envío:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 92% de informes incluye motivo de envío - 75% de informes incluye diagnóstico final - 48% de informes incluye exámenes previos - 86% y 82% de informes sin y con formato incluye tratamiento inicial ($p>0,005$) - 82% y de informes sin y con formato incluye evolución ($p>0,005$) - 68% y 46% de informes sin y con formato incluye exámenes previos ($p>0,005$) - 87% y 95% de informes sin y con formato incluye el diagnóstico ($p>0,005$) <p><i>Coordinación de gestión clínica</i></p>

	<p>Cumplimentación de la información en las notas de envío:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65% incluye institución a donde se envía - 34% y 84% de informes sin y con formato incluye la institución a donde se envía ($p < 0,005$)
Comentarios	<p>En la mayoría de los parámetros evaluados no hay diferencia significativa. Los autores concluyen aspectos que no se extraen de los resultados. Presentación poco clara de los resultados, presentan porcentajes sin informar el denominador y no se puede saber con seguridad de qué población calcularon las proporciones.</p>
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	No informa
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	<p>En algunos casos a pesar de tener uno o más formatos para elaborar la nota de envío se utilizaba una hoja en blanco u otro formato para otro fin, se detectó que las notas de envío se alejan mucho de lo ideal, existen graves y frecuentes errores en el llenado del formato. Parte del problema es quien elabora la nota de envío que no es el médico responsable del paciente, sino un médico becario. Pocas veces el personal que elabora la nota piensa en las necesidades de información del médico que va a recibir al paciente. Las notas de envío son muy deficientes en su elaboración y frecuentemente no incluyen información respecto a los puntos que se consideran relevantes, con lo que se pone en peligro la continuidad de la atención médica de pacientes movilizados entre instituciones. El uso de un formato que contenga todos los apartados requeridos pudiera mejorar la calidad de las notas de envío y por lo tanto la calidad de la atención.</p>

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL

Aspecto	El aspecto se logra				
	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Pregunta u objetivo de la investigación					
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas		X			
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)		X			
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio			X		

- Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas					
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)				X	
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación				X	
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

5) Navarro et al, 2002

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Navarro et al, 2002
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Cartas de referencia estándar y no estándar al Servicio de Medicina Oral
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Servicio de Medicina Oral de Araraquara Dental School.
Año de aplicación	Cartas entre 1996 y 2000
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Las cartas de referencia corresponden a informes de derivación
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Comparar las cartas de referencia estándar versus las no estándar enviadas por los

	médicos clínicos a especialistas de medicina oral
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal entre marzo de 1996 y septiembre de 2000. Se seleccionaron 1956 expedientes clínicos. El análisis del contenido de la carta fue realizado por un sólo examinador el cual se basó en los elementos que se consideran esenciales para una buena carta de referencia. Los datos se almacenaron en la base de datos Epi Info 6.04. La prueba χ^2 ($\chi = 0,05$) fue aplicada a la muestra para determinar la frecuencia de los ítems evaluados de la carta estándar y no estándar
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros de los expedientes clínicos y cartas de referencia
Comentarios	No describe cuál es el formato estándar y no estándar, se entiende de la bibliografía citada por el artículo que las cartas de referencia estándar corresponden a cartas con un formato específico con campos para completar y que las cartas no estándar son cartas sin formato y que muchas veces son hojas en blanco u hojas destinadas para otros fines distintos a la referencia.
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica.</i> Cumplimentación de la información en las cartas de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3% y 6% de cartas sin y con formato incluye exámenes previos ($p > 0,005$) - 74% y 90% de cartas sin y con formato incluye sitio de la lesión oral ($p < 0,005$) - 8% y 32% de cartas sin y con formato incluye motivo de consulta ($p < 0,005$) - 1% de cartas sin y con formato incluye consulta previa ($p > 0,005$) <p><i>Coordinación de gestión clínica</i> Cumplimentación de la información en las cartas de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72% y 98% de informes sin y con formato incluye origen del profesional ($p < 0,005$)
Comentarios	No presenta los intervalos de confianza ni porcentajes en tablas y presenta aproximaciones de valores a través de gráficos de barra. Sólo se saben valores exactos de los resultados que describen en apartado de resultados
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Oral Medicine Service, Department of Diagnosis and Surgery, School of Dentistry Araraquara
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Una adecuada carta de referencia contiene información sobre detalles clínicos que es el inicio de un tratamiento exitoso y esencial para un contacto eficiente entre los profesionales, se sugiere el uso de las cartas estándar ya que en este estudio se encontró que eran más completas.

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas			X		
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)				X	
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas 		X			
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza) 			X		
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación 			X		
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X

Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

Informes de contra-derivación

6) Harris et al, 2007

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Harris et al, 2007
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Cartas de respuesta a atención secundaria
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Atención secundaria municipal en Unidad de Salud Mental, Centros Ambulatorios Especializados, Centros de Salud de la mujer. Red pública.
Año de aplicación	2003
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. Las cartas de respuesta corresponden a informes de contra-derivación
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Identificar obstáculos que interfieren con el uso de cartas de respuesta por los especialistas de nivel secundario en el municipio de Camaragibe
Metodología	Cualitativa
Métodos	Se entrevistaron profesionales de la atención secundaria sobre el uso de las cartas de respuesta entre septiembre y diciembre del 2003. Se realizó un análisis de contenido de las entrevistas usando categorías preestablecidas para identificar los temas comunes en las barreras de la utilización de la carta de respuesta.
Técnicas de recogida de la información	Entrevistas semiestructuradas a profesionales realizadas por enfermeros externos. Las entrevistas se grabaron e inmediatamente transcritas por los entrevistadores, incluyendo sus reflexiones de la dinámica de la entrevista
Comentarios	No informan el enfoque del estudio cualitativo, forma de elegir la muestra, saturación de los datos y generación de categorías.
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Impacto percibido sobre coordinación clínica entre niveles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprensión del beneficio de enviar las cartas de respuesta al médico general - Beneficio para la comunicación entre niveles especialmente en casos complejos - Utilización de la carta de respuesta evita duplicación de esfuerzos, provee apoyo requerido por el médico general y asegura continuidad de la atención <p><i>Barreras al uso del mecanismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales que dificultan el envío de la carta de respuesta (contrato temporal, alta carga laboral, trabajo poco valorado) - Falta de recursos materiales como papel calco para la carta de respuesta - Baja comunicación entre profesionales

	- Poca valoración de la necesidad de coordinarse
Comentarios	Presentan discusión y resultados de manera conjunta lo que dificulta la extracción de los verdaderos resultados
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Oxford University, Department of Public Health and Primary Health Care, Oxford, England Family Health Program, Camaragibe, Pernambuco, Brazil
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Los autores observan que los especialistas tienen sus propios criterios para responder una carta de respuesta, lo cual debería ser una remisión de manera independiente del caso clínico.

GUÍA CASPe: ESTUDIO CUALITATIVO			
¿Los resultados del estudio son válidos?			
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No sé	No
Considera - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	X		
¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No sé	No
Considera - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	X		
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	No sé	No
Considera - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.)			X
Preguntas de detalle			
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio			X
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si - El ámbito de estudio está justificado - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.) - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación) - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)			X

- Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello			
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: en la formulación de la pregunta de investigación, en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.) 			X
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia) - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético 	X		
¿Cuáles son los resultados?			
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos) - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis 			X
¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio 			X

7) Torres-Pereira et al, 2013

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Torres-Pereira et al, 2013
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Uso de correo electrónico en la transmisión de imágenes clínicas a medicina oral
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, clínica de medicina oral de la Universidad Federal de Paraná. Reciben pacientes de la red pública pero es un centro universitario.
Año de aplicación	No informa
Comentarios	Hay diseño de una intervención en la creación de un sistema para realizar interconsultas a distancia
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Evaluar la aplicabilidad de tele diagnóstico en medicina oral a través de la transmisión de imágenes digitales por email
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Descriptivo transversal. Se seleccionaron los primeros 60 pacientes que acudieron a la clínica de medicina oral para realizarse una biopsia. Los datos clínicos se registraron en un formulario clínico diseñado especialmente para el estudio. Las imágenes se enviaron a través de correo electrónico a dos consultores especialistas en medicina oral que analizaron separadamente la información clínica y las imágenes digitales, teniendo la posibilidad de dar dos posibles hipótesis para cada caso. El diagnóstico correcto fue el informado por la biopsia.
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros del formulario clínico diseñado para el estudio.
Comentarios	No informan en qué fecha se aplicó la intervención.
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Calidad</i></p> <p>Efectividad diagnóstica desde atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% y 55% de diagnósticos correctos en el clínico 1 y 2 cuando sólo fue considerada la primera hipótesis diagnóstica - Kappa de 0,575 y 0,516 de nivel de acuerdo entre la primera hipótesis diagnóstica y el gold standard en el clínico 1 y 2 respectivamente - 70% y 63% de diagnósticos correctos en el clínico 1 y 2 cuando fueron consideradas las dos hipótesis diagnósticas - Kappa de 0,669 y 0,574 de nivel de acuerdo cuando se consideran ambas hipótesis diagnósticas y el gold standard en el clínico 1 y 2 respectivamente - 52% de diagnósticos correctos de ambos clínicos cuando se consideraron las dos hipótesis <p>*Consideraron el resultado de la biopsia como el gold standard.</p>
Comentarios	El análisis de los diagnósticos correctos formulados por los clínicos guardan más relación con la probabilidad de acertar con el diagnóstico que con la capacidad diagnóstica de los médicos, debido a que cada profesional plantea varias hipótesis y se realiza el

	análisis considerando uno o dos diagnósticos en función del gold standard, es decir entre más diagnósticos se consideren de los clínicos habrá más probabilidad de acertar con el correcto. No se presentan los intervalos de confianza.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Universidad de Paraná, Brasil. Laboratorio de patología oral Universidad Positivo, Brasil. Medicina Oral Universidad de Ponta Grossa, Brasil. Universidad de Pernambuco, Brasil.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Los autores observan que la participación de dos consultores y la posibilidad de dar dos hipótesis clínicas para cada caso, aumenta la probabilidad de un diagnóstico correcto. Los 60 casos son insuficientes para decir que este diagnóstico a distancia pueda sustituir a la examinación clínica en persona.

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas			X		
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)			X		
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas		X			
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los			X		

resultados (p. ej., intervalos de confianza)					
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación				X	
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

8) Figueroa et al, 2011

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Figueroa et al, 2011
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Uso de correo electrónico en la transmisión de imágenes e información clínica a dermatología. Se diseñó la intervención por un residente de tercer año de dermatología y por médicos generales de Atención Primaria del Centro de Salud, que permitió el envío y la respuesta de las tele consultas a través de la web, la intervención consiste en que el especialista recibe un e-mail con una breve historia clínica e imágenes de las lesiones del paciente luego responde con una presunción diagnóstica y plan de manejo terapéutico. Se capacitó a los médicos del Centro de Salud respecto a: patología dermatológica prevalente en Atención Primaria; método para confeccionar las tele consultas, técnica adecuada para captura de imágenes digitales para TD.
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Chile, Centro de Atención Primaria "Ignacio Carrera Pinto", Región del Maule. Red pública.
Año de aplicación	2008
Comentarios	Hay diseño de una intervención en la creación de un sistema para realizar interconsultas a distancia
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Evaluar la efectividad de la tele dermatología en la resolución de las patologías cutáneas de los usuarios evaluados mediante este sistema y determinar el grado de satisfacción usuaria a corto plazo de su aplicación
Metodología	Cuantitativa

Métodos	Descriptivo transversal entre los meses de mayo y diciembre del 2008. Se evaluaron por el investigador principal 172 pacientes. Se analizó la información dada por el médico general y por el residente de dermatología a partir de la ficha clínica y fotografías de los pacientes. Se excluyeron a los pacientes que presentaban lesiones pigmentadas melanocíticas ya que en el centro no contaba con dermatoscopio que posibilitara la toma y el análisis de este tipo de patología. Se realizó un cuestionario de satisfacción usuaria (PSQ-18) luego de los 15 días de recibida la contra referencia. Se analizó la concordancia diagnóstica considerando el principal diagnóstico de derivación de la tele consulta y comparándolo con el diagnóstico definitivo dado por el investigador
Técnicas de recogida de la información	Revisión de registros de la información clínica dada a través del correo electrónico y cuestionario de satisfacción usuaria (PSQ-18)
Comentarios	Es un estudio piloto, se analizan la totalidad de casos referenciados, la intervención no es aplicada a nivel institucional, es el mismo investigador el que selecciona, analiza y presenta los resultados
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación de la gestión clínica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 99% de consultas fueron diagnosticadas por correo electrónico (sin derivación presencial) <p><i>Calidad</i></p> <p>Efectividad diagnóstica en atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 88% de acuerdo diagnóstico entre los médicos de atención primaria y especializada <p><i>Calidad percibida por los usuarios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 97% "satisfecho" o "muy satisfecho" en general - 49% "muy satisfecho" sobre la calidad técnica de la atención - 73% "muy satisfechos" sobre las relaciones interpersonales
Comentarios	No informan cuantas consultas pretendían evaluar antes del estudio. Como resultado los autores comentan: <i>"Esto permitió una marcada disminución en los tiempos de espera ya que la respuesta estuvo disponible en 48 horas y a los usuarios se les informó sobre el diagnóstico, tratamiento específico y plan de manejo y seguimiento dentro de los siete días hábiles posteriores"</i> , hay que destacar que el investigador principal es el que ejecutaba la intervención dando respuesta a los médicos de atención primaria y luego evaluando la intervención. Es una intervención no implementada a nivel institucional.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Universidad de Chile, Centro de Salud Ignacio Carrera Pinto, Chile.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Mediante la aplicación de la tele dermatología asincrónica fue posible la evaluación de la totalidad de las consultas derivadas a dermatología, tanto de las que se encontraban en lista de espera, como de las que habían sido generada en el período de estudio. Esto permitió una marcada disminución en los tiempos de espera ya que la respuesta estuvo disponible en 48

	horas y a los usuarios se les informó sobre el diagnóstico, tratamiento específico y plan de manejo y seguimiento dentro de los siete días hábiles posteriores.
--	---

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas			X		
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)			X		
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas 			X		
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza) 			X		
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar <ul style="list-style-type: none"> - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, 				X	

beneficios, seguridad y costes de su aplicación					
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

Sesiones de capacitación

9) Diaz -Torres et al, 2015

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Diaz-Torres et al, 2015
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Estrategia educativa participativa para el desarrollo de aptitud clínica en Geriatria. Se incluyeron 10 médicos familiares y se realizaron 2 intervenciones con el grupo. La primera fueron sesiones de asesoría en el consultorio y la segunda intervención se basó en sesiones de discusión de casos clínicos problematizados. La estrategia tuvo una duración de 60 horas de trabajo. Se diseñó la intervención por parte de los investigadores quienes construyeron el instrumento de evaluación
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	México, Centro de Salud Familiar.
Año de aplicación	No informan
Comentarios	Hay diseño de una intervención. No informan nombre ni características del centro, año de aplicación, características de los profesionales participantes.
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Estimar los alcances de una estrategia educativa participativa para el desarrollo de aptitud clínica en Geriatria
Metodología	Cuantitativa
Métodos	Analítico antes-después. Se evaluó a los médicos antes y después de la intervención a través de un instrumento, validado por expertos, con 5 casos clínicos de Geriatria. Se realizó una prueba piloto, estimando la confiabilidad interna por la fórmula 21 de Kuder-Richardson, obteniéndose 0.95.
Técnicas de recogida de la información	Encuestas a profesionales sobre contenidos (instrumento).
Comentarios	En métodos no informan las pruebas estadísticas que se realizarán para comparar las puntuaciones antes y después de la intervención, al presentar los resultados se entiende que analizaron con la prueba de Wilcoxon
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad	Capacitación:

entre niveles asistenciales y/o en la calidad	- 56 (21-82) y 72 (29-100) mediana de la puntuación por los alumnos antes y después de las sesiones ($p= 0.015$ Prueba de Wilcoxon)
Comentarios	-
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación de Querétaro, México.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Posteriormente a la aplicación de la estrategia educativa participativa se pudo constatar que la aptitud clínica en Geriatría se incrementó en los participantes de acuerdo con los resultados del instrumento de medición, lo cual nos permite afirmar que dicha estrategia promueve la actividad cuestionadora reflexiva, crítica y enjuiciadora (características que explora nuestro instrumento de evaluación), y lleva a los médicos al desarrollo de nuevas aptitudes clínicas en el manejo del adulto mayor.

EVALUACIÓN RIESGO DE SESGO: LECTURA CRÍTICA ESTUDIO TRANSVERSAL					
Aspecto	El aspecto se logra				
Pregunta u objetivo de la investigación	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas			X		
Definición y medición de las variables principales	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, etc.)				X	
Análisis estadístico y confusión	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio - Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas			X		
Resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles - Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible. - Se presentan estimaciones de la significación estadística de las			X		

diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)					
Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Considerar - Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio - Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos - La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación			X		
Conflicto de intereses	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No informa
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses	X				
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja		
			X		

Discusión conjunta de casos clínicos

10) Bessa et al, 2014

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Bessa et al, 2014
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Evalúan un mecanismo llamado “apoyo matricial” que se centra en el trabajo colaborativo, se estructura en la interlocución de equipos especializados, compuestos por los profesionales del Centro de Atención Psicosocial y por el equipo de referencia de que son parte los equipos de Salud Familiar.
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Centro de Salud Familiar. Red pública
Año de aplicación	No informan
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. *Traducción de “apoyo matricial” es matriz de soporte
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Analizar la operacionalización de la matriz de soporte en salud mental en la atención básica.
Metodología	Cualitativa
Métodos	Los participantes del estudio fueron constituidos por grupos de representación utilizando como criterio de inclusión ser profesional del programa de salud familiar o de los centros de atención psicosocial y ser parte del equipo de la matriz de soporte o personal de referencia. La muestra se logró con la saturación de la información. Para la organización de la información, siguieron tres etapas: la ordenación, clasificación y análisis final de

	los datos (incluida la clasificación de las entrevistas), componentes de las categorías empíricas, resúmenes horizontal y vertical y cruce de información, agrupando las ideas convergentes, divergentes, y complementarias para el análisis del contenido temático.
Técnicas de recogida de la información	Entrevistas y observación a profesionales. La entrevista fue guiada por preguntas sobre la experiencia en matriz de soporte en salud mental, las dificultades y posibilidades que visualizan con la práctica junto con una observación sistemática de las prácticas. Los datos fueron grabados en audio y luego transcritos. Las observaciones fueron registradas en un diario de campo con el objetivo de complementar la información obtenida en la entrevista
Comentarios	No informa el enfoque del estudio cualitativo. Es parte de un proyecto de investigación más amplio, denominado "La red de atención primaria como enlace de integración de la salud mental, con énfasis en matriz de soporte".
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<i>Coordinación información clínica:</i> - Estrategia que posibilita el diálogo y el intercambio de conocimientos <i>Barreras al uso del mecanismo:</i> - Condiciones laborales que impiden la participación en la matriz de soporte como la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo - Dificultades en el trabajo en el equipo como falta de profesionales y necesidad de capacitación de los profesionales
Comentarios	Presentan los resultados de manera conjunta con la discusión lo que dificulta la extracción de los verdaderos resultados de la investigación.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Media
Filiación de los investigadores	Universidad Estadual do Ceará, Brasil. Prefeitura de Maracanaú, Brasil. Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	-

GUÍA CASPe: ESTUDIO CUALITATIVO			
¿Los resultados del estudio son válidos?			
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No sé	No
Considera - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	X		
¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No sé	No
Considera - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	X		

¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	No sé	No
Considera - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.)			X
Preguntas de detalle			
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio	X		
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si - El ámbito de estudio está justificado - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.) - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación) - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello	X		
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	No sé	No
Considera - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: en la formulación de la pregunta de investigación, en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.)			X
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No sé	No
Considera - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia) - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético			X
¿Cuáles son los resultados?			
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	No sé	No
Considera - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)			X

<ul style="list-style-type: none"> - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos) - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis 			
¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio 			X

11) Minozzo, Fabiane. 2013

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Minozzo, Fabiane. 2013
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Evalúan un mecanismo llamado “apoyo matricial” que es considerado como un soporte técnico especializado que ofrece a los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) para ampliar su campo de actuación y calificar sus acciones. En el estudio se aborda el “apoyo matricial” en salud mental ofrecido por los Centros de Atención Psicosocial (CAPS)
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Centros de Atención Psicosocial y Salud Familiar de Rio de Janeiro. Los CAPS III y la Unidad de Salud Familiar operan en la misma unidad física. Red pública.
Año de aplicación	2010-2011
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. *Traducción de “apoyo matricial” es matriz de soporte
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Analizar el proceso de implantación de la matriz de soporte en salud mental de un CAPS III en una comunidad del municipio de Rio de Janeiro, Brasil.
Metodología	Cualitativa
Métodos	Se realizó un estudio entre noviembre 2010 y febrero 2011. Se aplicaron cuestionarios compuestos por 5 preguntas a los profesionales (4 abiertas y 1 cerrada). Las preguntas buscaban identificar el concepto de matriz de soporte de los participantes, sus experiencias en matriz de soporte, sus dudas y percepciones sobre las facilidades y dificultades para la implantación de esta práctica. Se realizaron 3 encuentros de grupo con los profesionales de salud familiar, 3 con los profesionales de CAPS y 3 integrando los dos servicios. Participaron 15 profesionales del CAP III y 6 profesionales de nivel superior de Salud Familiar. Se realizó un análisis de contenido, transcripciones de los grupos y respuestas de los cuestionarios. Se crearon categorías con los temas que tenían el mismo significado, para identificar los temas más recurrentes se hizo un análisis cuantitativo.

Técnicas de recogida de la información	Encuesta y grupos focales con profesionales.
Comentarios	No informa el enfoque del estudio cualitativo ni cómo eligieron a los participantes.
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorece la corresponsabilización de los casos clínicos - Favorece la educación permanente y el aprendizaje en los médicos de familia y profesionales de salud mental - Reducción de las derivaciones injustificadas <p><i>Barreras y facilitadores al uso del mecanismo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales que impiden la participación en la matriz de soporte como la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo - Dificultades en la comunicación entre profesionales como conflictos interpersonales, trabajo aislado de cada especialidad y dificultad para reunirse y discutir los casos - Encuentros incitaban a la reflexión, favorece la apropiación del concepto de matriz de soporte y deseo de fortalecer la práctica - La ubicación en la misma estructura física favorece la comunicación entre los profesionales
Comentarios	Presentan los resultados de manera conjunta con la discusión lo que dificulta la extracción de los verdaderos resultados de la investigación.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Media
Filiación de los investigadores	Universidad de Brasilia, Brasil
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	-

GUÍA CASPe: ESTUDIO CUALITATIVO			
¿Los resultados del estudio son válidos?			
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	X		
¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	X		
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.) 			X
Preguntas de detalle			
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No

<p>Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio 			X
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
<p>Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.) - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación) - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello 	X		
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	No sé	No
<p>Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: en la formulación de la pregunta de investigación, en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.) 			X
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No sé	No
<p>Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia) - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético 	X		
¿Cuáles son los resultados?			
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	No sé	No
<p>Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos) - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis 			X
¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No sé	No
<p>Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación 			X

<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio 			
--	--	--	--

12) Silveira da Silva, Danielle. 2011

EXTRACCIÓN DE DATOS	
Identificación del estudio	Silveira da Silva, Danielle. 2011
Tipo de publicación	Artículo original
Intervención	
Descripción	Evalúan un mecanismo llamado “apoyo matricial” considerado como encuentros periódicos y regulares cada semana, mes o más espaciados si es necesario. El objetivo de estos encuentros es discutir los casos o problemas de salud seleccionados por el equipo de referencia, se elaboran planes terapéuticos y acuerdan líneas de intervención entre los profesionales. Los participantes son de centros de atención psicosocial, atención primaria y asistencia social
País donde se ha implementado, tipo de servicios de salud participantes e institución	Brasil, Centro de Atención Psicosocial - CAPS I Arthur Bispo Rosario. Red pública
Año de aplicación	No informan
Comentarios	Se evalúa un mecanismo de coordinación existente, no hay diseño de intervención. *Traducción de “apoyo matricial” es matriz de soporte
Métodos de evaluación de la intervención	
Objetivos	1. Evaluar desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria, la matriz de soporte
Metodología	Cualitativa
Métodos	Descriptivo exploratorio y participativo. Fueron entrevistados 15 profesionales: 1 psicólogo, 3 asistentes sociales, 3 enfermeras, 8 agentes comunitarios de salud.
Técnicas de recogida de la información	Entrevistas a profesionales.
Comentarios	No se tiene mayor información respecto a métodos 8 (manejo de la información, análisis, generación de categorías, validación, rol del investigador, etc)
Resultados	
Efecto/impacto de la intervención en la coordinación, continuidad entre niveles asistenciales y/o en la calidad	<p><i>Coordinación información clínica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la capacidad resolutive de los casos a través de la discusión - Instancia para agendar visitas y consultas con los especialistas para los pacientes <p><i>Barreras al uso del mecanismo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones del trabajo en equipo como no cumplimiento de fechas y horarios y baja participación de los profesionales - Falta de recursos humanos y materiales (transporte para encuentros entre profesionales y visitas domiciliarias) - Baja comprensión de la finalidad del mecanismo por parte de los profesionales

Comentarios	Presentan los resultados de manera conjunta con la discusión lo que dificulta la extracción de los verdaderos resultados de la investigación.
Comentarios y extras	
Evaluación de la calidad	Baja
Filiación de los investigadores	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III Liberdade, Brasil.
Conclusiones de los autores sobre la efectividad de la intervención	Los autores señalan que se ha encontrado una necesidad urgente de sensibilizar y capacitar a los profesionales que trabajan en las Unidades Básicas de Salud para la atención de casos de salud mental y que posiblemente con esta necesidad, la matriz de soporte se fortalezca y los profesionales no lo vean como un trabajo de más.

GUÍA CASPe: ESTUDIO CUALITATIVO			
¿Los resultados del estudio son válidos?			
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	X		
¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	X		
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.) 			X
Preguntas de detalle			
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio 			X
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No sé	No
Considera si <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.) - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación) - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello 			X

¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: en la formulación de la pregunta de investigación, en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.) 			X
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia) - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético 	X		
¿Cuáles son los resultados?			
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos) - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis 			X
¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No sé	No
Considera <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio 			X

Bibliografía

1. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2010.
2. Cotlear D, Population Ageing: Is Latin America Ready? Washington, DC: The World Bank; 2011.
3. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the Elderly: A Systematic Review. Ontario: Canadian Policy Research Network. 2008.
4. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *Int J Integr Care*. 2011;11:e100.
5. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26:360-7.
6. Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485-95.
7. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
8. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e007037.
9. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw*. 1996;70:43-4,46,48.
10. Ovreteit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation; 2011.
11. Beltran P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación [tesis máster salud pública]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2006.
12. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, et al. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington DC: Pan American Health Organization; 2016 [in press].

13. Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, et al. Barriers to care coordination in market-based and decentralised public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*, 2016; pii: czv126. [Epub ahead of print].
14. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. [Factors influencing coordination among healthcare levels according to the opinion of healthcare managers and health professionals]. *Gac Sanit*. 2009;23:280-6.
15. Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, et al. Closing the Quality Gap: A critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 7—Care Coordination. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
16. Gittel JH. Organizing work to support relational co-ordination. *Int J Hum Resource Manag*. 2000;11:517-39.
17. Yau GL, Williams AS, Brown JB. Family physicians' perspectives on personal health records: qualitative study. *Can Fam Physician*. 2011;57:e178-84.
18. Ham C, Smith J. Removing the policy barriers to integrated care. London: The Nuffield Trust; 2010.
19. Harris M, Ferreira A, Moraes I, et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21:96-110
20. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and Conceptual Analysis of the SDO's Programme's Research on Continuity of Care. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations; 2010.
21. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010;24:339-46.
22. Legido-Quigley H, Mckee M, Nolte E, et al. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Copenhagen; WHO, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
23. Institute of Medicine, Committee on quality of health care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.

24. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, et al. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15:377-98.
25. Mills A. *Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic versus Market Approaches*. London: Health Economics & Financing Programme;1995.
26. Palmer S, Torgerson DJ. Economic notes: definitions of efficiency. *BMJ*. 1999;318:1136.
27. Jacobs R. *Efficiency in Health Care. Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge: University Press; 2006.
28. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, et al The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*. 2000;2:E38.
29. Mooney H. Integration of care should be at heart of NHS reform, says King's Fund. *BMJ*2010;341:c6687.
30. Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel; 2012.
31. Galbraith JR. *Designing Complex Organizations*. Boston,MA: Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc.; 1973.
32. Longest B, Young G. Coordination and Communications. En: Shortell SM, Kaluzny AD, editores. *Health care management Organization design and behavior*. 4 ed. Albany, NY: Delmar; 2000. p.210-43.
33. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA*. 2004;286:2578-85.
34. Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev*. 2000;23:179-92.
35. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Barcelona: Masson, S.A; 2001.
36. Rico A, Casado D, Sabés R. Situation in Spain. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, et al, editores. *Integrated care in Europe*. 2003. p. 98-120.
37. . Institute of Medicine. *Measuring the quality of health care*. Washington, DC: National Academy Press. 1999;

38. Aller MB, Vargas I, Waibel S, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit.* 2013;27:207-13.
39. Aller MB. La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.
40. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: The king's Fund; 2010.
41. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, et al. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust.* 2008;188:S65-8.
42. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Instrumentos para la lectura crítica [Internet]. Alicante: CASPe; [consultado el 04/05/2016]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
43. Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, et al. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit.* 2008;22:492-7.
44. Centro Cochrane Iberoamericano T. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; [consultado el 04/05/2016]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>