

Artículo Original

# Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna del Hospital Universitario de Guadalajara (UCAPI): 10 años de experiencia

José Manuel Machín Lázaro <sup>1,\*</sup>, María Luisa Díez Andrés <sup>2</sup>, Javier Hergueta González <sup>3</sup>, Robert T. Sánchez del Arco <sup>3</sup> y Manuel Rodríguez Zapata <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ciencias Biomédicas. Servicio de Medicina Interna. UCAPI. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Centro de Salud Cervantes. Gerencia de Área Integrada de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Interna. UCAPI. Hospital Universitario de Guadalajara.

<sup>4</sup> Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

\* Autor correspondencia: jmmachin@yahoo.es

Recibido: 10/04/2018; Aceptado: 10/04/2018; Publicado: 01/05/2018

**Resumen:** La atención sanitaria se realiza, mayoritariamente, siguiendo un modelo convencional, en el que la Atención Primaria y la Atención Especializada actúan como compartimentos estancos, con graves carencias en la relación entre ambos niveles asistenciales. Esta situación origina una serie de disfunciones, sobre todo en los pacientes con múltiples patologías crónicas, que repercuten directamente en la calidad de su atención, en la sobrecarga de los diferentes circuitos asistenciales y en el consumo de recursos por parte del Sistema Sanitario. Ante esta realidad, en 2006 se crea en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Medicina Interna (UCAPI), que supone una reorganización de la estructura, permitiendo combinar el modelo asistencial convencional propio de esta especialidad con un nuevo marco de trabajo que favorezca la coordinación con Atención Primaria mediante la figura del médico internista de referencia, a través de la consultoría telefónica, sesiones clínicas compartidas entre ambos equipos, autogestión de las agendas e integración de consultas con el empleo del hospital de día y camas de hospitalización. Con este nuevo modelo se logra mejorar la atención a los pacientes pluripatológicos y a los pacientes en fase diagnóstica no demorable, reduciendo visitas a urgencias hospitalarias y optimizando los recursos de hospitalización.

**Palabras Clave:** Paciente pluripatológico; Pluripatología; Pacientes crónicos; Comorbilidad; Continuidad asistencial; Atención Integrada; Paciente crónico complejo.

**Abstract:** Health care is carried out, mostly, following a conventional model, in which primary care and specialised care act as almost isolated compartments, with severe deficiencies in the relationship between both levels of care. This reality directly impacts on the quality of patient care, on the present overloaded healthcare circuits and on the consumption of the Healthcare System's resources. As a result of the aforementioned situation, in 2006, the Internal Medicine Department of the University Hospital of Guadalajara, created the Primary Care-Internal Medicine Continuity Unit (UCAPI). This new clinical unit involves a reorganization of the structure, which permits to combine the conventional care model of this speciality with the new one. The established synergy favours the coordination with Primary Care through the figure of the consultant internist. This new model requires four basic elements to be in place: telephone consulting, clinical meetings with primary care teams, self-management of agendas as well as integration of the assistance in the medical office with the use of day hospital and conventional inpatient beds. With this new model, it is possible to improve the care of patients with multiple chronic diseases and that of those in which diagnosis

must not be delayed thus, avoiding patients going to the hospital emergency department and optimizing hospitalization resources.

**Key words:** Polypathological patient; Pluripathologic patient; Polypathology; Chronic patients; Comorbidity; Continuity of care.

---

## **1. Introducción: Justificación de la creación de la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna (UCAPI)**

Antes de entrar en detalle en el concepto, organización y lo que ha supuesto la actividad de la Unidad de Continuidad Asistencial en el Área de Salud de Guadalajara desde el año 2006, es pertinente poner en contexto la razón del nacimiento de estas estructuras asistenciales en nuestro país, así como destacar la necesidad de la colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria con el fin de prestar una adecuada asistencia a los pacientes pluripatológicos y con enfermedades crónicas complejas.

En los últimos años se ha producido un aumento de la esperanza de vida y, por tanto, un envejecimiento poblacional paulatino. Las mejoras socioeconómicas, así como las innovaciones biomédicas, han permitido soslayar la mortalidad de muchas enfermedades (fundamentalmente infecciosas, cardiovasculares y neoplásicas). El precio de sobrevivir a ellas no es otro que la generación de patologías crónicas [1, 2].

Si bien el patrón de enfermedades está cambiando, los sistemas de salud no se están adaptando al mismo ritmo. La mayoría de los países han organizado unos sistemas de salud orientados a los problemas agudos, lo que implica una medicina fragmentada, sin continuidad, con poca participación del paciente y con graves problemas de calidad para las personas con enfermedades crónicas.

La división tradicional entre atención sanitaria y social por una parte y, dentro de la sanitaria, la separación entre Atención Primaria y Atención Especializada que abarca el ámbito hospitalario, trae consigo un grave problema de integración de la práctica clínica que ha sido detectado en todos los modelos sanitarios.

La realidad objetiva es que cada nivel asistencial tiende a priorizar la utilización racional de sus propios recursos olvidando con frecuencia los objetivos globales del sistema de salud y de cada ciudadano. Los indicadores de calidad generalmente evaluados hacen referencia a la utilización de recursos en cada organización y no a los resultados finales de los procesos. En la práctica se potencia que los dos niveles asistenciales actúen independientemente, viviendo el paciente la sensación de estar atendido por dos sistemas distintos que con frecuencia favorecen que sus problemas queden suspendidos en las rendijas del sistema.

Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de reordenar las organizaciones asistenciales [3]. Es necesario acabar con la lógica de los niveles estancos y reconfigurar el modelo de tal manera que el paciente se mueva en diferentes ámbitos de asistencia, ya sea Atención Primaria o Atención Especializada, pero siempre a un mismo nivel con conexiones sin barreras. Por tanto, desarrollar un modelo de continuidad asistencial para los enfermos crónicos obliga a la búsqueda de nuevos modelos de integración de cuidados [4]. Es en este contexto de reto ante la cronicidad de los pacientes cuando los sistemas sanitarios de nuestro entorno dan capital importancia al hecho de la continuidad asistencial.

La continuidad asistencial es un concepto multidimensional que hace referencia tanto a la coordinación entre servicios como a la experiencia por parte del paciente de progresión más o menos fluida de la atención y la identificación de fases o barreras en las que la discontinuidad es más acusada.

Se distinguen tres subtipos de continuidad asistencial, relacionados entre sí [5]:

1. De relación: es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores de salud.
2. De información: es la percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales.
3. De gestión: es la percepción del paciente de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

Hay dos documentos firmados por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) que supusieron un punto de inflexión a la hora de reorganizar los procesos asistenciales de los pacientes con enfermedades crónicas complejas, que ponen en valor la capacidad integradora de ambas especialidades.

El hito inicial tuvo lugar en el año 1998, cuando las anteriores sociedades científicas elaboraron el documento "Médicos de familia e internistas trabajando por una atención Integral". Este documento programático indicaba la responsabilidad compartida que tenían sobre el resultado en salud de los pacientes ambos colectivos profesionales, y se proponían líneas concretas de intervención [6].

Posteriormente, en 2011, se celebró la conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas, firmándose un consenso llamado Declaración de Sevilla [7]. Este consenso pretendía promover y estimular el desarrollo de iniciativas en todas las comunidades autónomas, coordinadas desde las gerencias de los servicios de salud en colaboración con representantes de las sociedades científicas implicadas y de los pacientes, que se reflejasen en un plan integral autonómico de atención a los pacientes con afecciones crónicas en cada comunidad autónoma, dentro de una estrategia nacional integrada [8].

Una de las aportaciones más innovadoras y genuinas de este proceso de reorganización de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas ha sido la asignación de un liderazgo compartido entre médicos de familia, en el ámbito de la Atención Primaria, e internistas en el ámbito hospitalario, así como el importante papel que se le asigna a la personalización en la comunicación como elemento fundamental para potenciar la conectividad en la interacción entre los diferentes ámbitos asistenciales. Para ello se plantea como sustrato esencial del proceso la sectorización de los internistas, creando la figura del internista de referencia e introduciendo así a los profesionales hospitalarios en la dinámica de la gestión en base poblacional. En la Tabla I se recogen las diferencias entre la asistencia convencional y la que se propone desde los nuevos dispositivos asistenciales.

**Tabla I:** Diferencias entre la asistencia convencional en Medicina Interna y la asistencia basada en la continuidad asistencial con Atención Primaria.

ASISTENCIA CONVENCIONAL	ASISTENCIA COORDINADA
Seguimientos burocráticos.	Seguimientos según evolución clínica.
Múltiples consultas de área médica.	Dos generalistas (facultativo de familia e internista) para todos los procesos médicos.
Urgencias para acceso rápido a Atención Especializada.	Consultoría telefónica para concertar cita en menos de 72 horas.
Urgencias para acceso rápido a ingreso en cama.	Ingresos programables desde el Centro de Salud.
Las pruebas diagnósticas iniciales generan una primera visita.	Las pruebas diagnósticas se pueden tramitar a través de su médico de Atención Primaria, previo acuerdo con internista.

Desconocimiento entre profesionales A. Primaria-A. Especializada.	Conocimiento mutuo entre profesionales: Confianza para el paciente.
Revisiones tras alta hospitalaria según agenda.	Revisiones tras alta hospitalaria en función de estabilidad clínica.

En los últimos quince años se han desarrollado distintos dispositivos asistenciales que pretenden dar respuestas concretas a los problemas planteados por la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Entre estos destacan los que promueven la coordinación entre Atención Primaria y Medicina Interna.

Uno de ellos inicia su andadura en junio de 2006; es la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria Interna (UCAPI) del Hospital Universitario de Guadalajara, que nace de la observación de los vacíos existentes en el proceso asistencial a los pacientes pluripatológicos, con patología crónica compleja y multifrecuentadores de las urgencias, teniendo como único punto de referencia a su médico de Atención Primaria, el cual trabaja con esta población sin un soporte adecuado.

## 2. Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna (UCAPI)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara organiza en 2006 una Unidad que cumple las directrices de las estrategias de coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y Medicina Interna firmadas por la SEMI y la semFYC [6].

La filosofía de nuestro Servicio de Medicina Interna con respecto al dispositivo de nueva creación, radica en la convivencia del modelo asistencial convencional propio de Medicina Interna con la nueva estructura. No se pretende la competición de los dos sistemas asistenciales, si no la sinergia a la hora de colaborar en la atención de los pacientes pluripatológicos o en fase diagnóstica no demorable.

### 2.1. Definición

La UCAPI es una estructura asistencial novedosa, basada en el entendimiento de la forma de enfermar y, por tanto, un saber organizar este proceso en los distintos niveles asistenciales: Domicilio del paciente-Atención Primaria -Unidad-Atención Especializada. Para ello, se crea la figura del internista de referencia en los Equipos de Atención Primaria y se organiza una infraestructura específica hospitalaria [9] para poder atender a los pacientes de manera óptima que evita la burocratización del proceso asistencial convencional.

### 2.2. Estructura y funcionamiento

La UCAPI se basa en la consultoría directa y en tiempo real entre los Equipos de Atención Primaria y el internista de referencia de cada centro de salud, contando para ello en el hospital con una Unidad de Día y camas de hospitalización. Desde el punto de vista de infraestructura, es necesario que toda la actividad se realice en un área del hospital en la que todo quede cerca, a fin de evitar la pérdida de tiempo en los desplazamientos, lo que contribuye a una atención más eficaz de todos sus pacientes

Las características propias de la UCAPI se recogen en la Tabla II.

**Tabla II** Estructura de la UCAPI y características de cada proceso

CONSULTORÍA	UNIDAD DE DÍA	CAMAS
	<b>Consultas</b>	
Móvil / e-mail.	Autogestionadas.	Recurso de cama de
Coordinación en tiempo real con A Primaria.	Capacidad de alta resolución.	hospitalización
Dudas clínicas.	Demora acordada menor a 72 horas.	convencional.
Concertar cita en UCAPI.		
	<b>Hospital de Día</b>	
	Técnicas diagnósticas y terapéuticas.	
	Tratamientos endovenosos.	
	Técnicas de enfermería.	

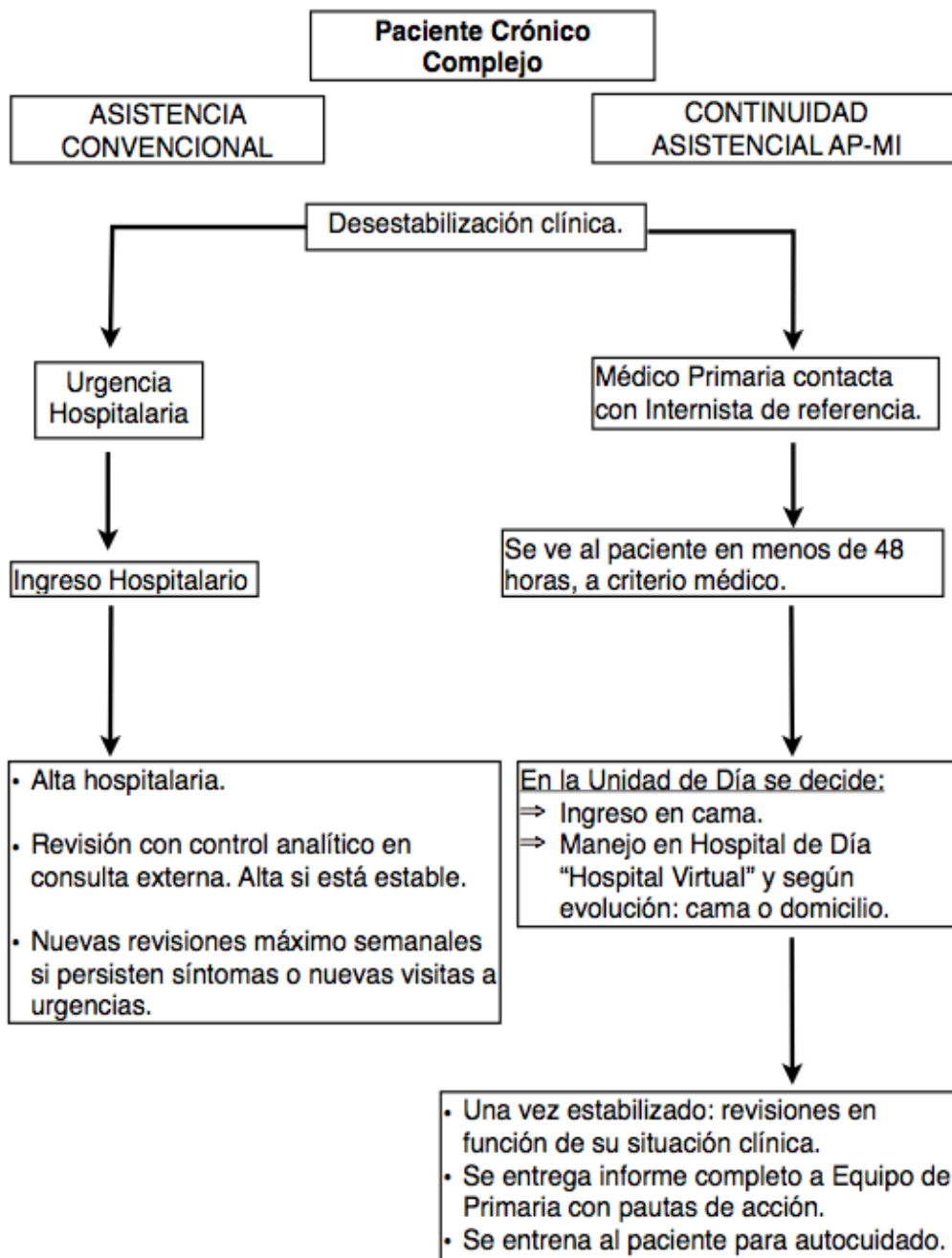
### 2.3. Tipos de pacientes que se benefician

1. Enfermos pluripatológicos.
2. Los enfermos crónicos permanentemente sintomáticos o con frecuentes reagudizaciones.
3. Pacientes en fase diagnóstica no demorable: el estudio de pacientes con síndrome constitucional, fiebre prolongada sin foco, anemia por pérdidas bien tolerada, masas a estudio o incluso otros procesos como diarrea crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, dolor torácico, ictericia, ascitis, VIH, etc.
4. Pacientes que requieren asistencia hospitalaria transitoria de escasa complejidad.

### 2.4. Actividades derivadas de la coordinación con Atención Primaria

- Asignación de internistas de referencia a los Centros de Salud adscritos a la Unidad. El facultativo especialista en Medicina Interna será siempre la misma persona. Teléfono o mail de contacto directo entre profesionales fácilmente identificables.
- Realización de planes de actuación conjunta con Atención Primaria cuando se inestabilice el paciente.
- Consulta con el internista de referencia con demora acordada, inferior a 72 horas.
- Programación de ingresos directos en la Unidad.
- Gestión clínica en el hospital: Capacidad de atender sin demora a la asistencia solicitada desde Atención Primaria, siendo los internistas los responsables de las citaciones de los pacientes.
- Registros estadísticos.
- Investigación clínica.
- Formación de médicos residentes de Medicina Interna y Medicina de Familia y rotaciones de médicos especialistas en Medicina Familiar.

En la Figura 1 se describen las diferencias en el manejo del paciente con enfermedad crónica compleja según el sistema asistencial convencional y el basado en la coordinación, y la utilización de los recursos inherentes a la UCAPI.



**Figura 1** Atención de paciente crónico complejo en modelo convencional y modelo basado en la coordinación Medicina Interna-Atención Primaria.

2.5. Personal integrante de la Unidad

La UCAPI cuenta con 3 internistas, una enfermera de enlace y una auxiliar administrativa, englobando así a todos los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara. El personal del hospital de día y de las camas de hospitalización es el habitual en las unidades de hospitalización.

### 3. Resultados

#### 3.1. Resultados de la consultoría y la coordinación con Atención Primaria

En la UCAPI se atienden al año unos 1.100 pacientes en la Unidad de Día y 900 pacientes en las camas de hospitalización.

Cada internista recibe unas 40 llamadas al mes, de los Equipos de Atención Primaria y se programan sesiones clínicas conjuntas en los centros de salud con una periodicidad bimensual.

Esta actividad no está suponiendo un cambio en las derivaciones desde Atención Primaria a otras especialidades médicas ni una mejoría en el pronóstico de los pacientes pluripatológicos, pero sí se ha documentado un ahorro del gasto sanitario por optimización de recursos y un alto grado de satisfacción en la calidad de la asistencia percibida en los pacientes atendidos bajo el binomio de colaboración primaria-interna, así como de los facultativos de Atención Primaria con este modelo de coordinación [10].

Los datos asistenciales se desglosan siguiendo la estructura de la UCAPI:

#### 3.2. Consultoría

La consultoría entre los médicos de Atención Primaria y los internistas adscritos a la Unidad consigue resolver un 57% de las consultas recibidas, siendo el 43% restante empleadas para concretar una cita en la Unidad. A pesar de la capacidad resolutoria de esta consultoría, los cambios en las tasas de derivación desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias de nuestro hospital y a las especialidades médicas afines a Medicina Interna no han resultado estadísticamente significativas.

#### 3.3. Unidad de día

Consultas externas y hospital de día: La mayoría de los pacientes atendidos en la UCAPI proceden de Atención Primaria (91%). Poseen unas características demográficas y clínicas similares a las de los pacientes atendidos en las consultas externas del Servicio de Medicina Interna. La UCAPI consigue un índice de consultas sucesivas/nuevas 1 punto inferior a Medicina Interna. Con la infraestructura (consultas diarias, hospital de día) y la metodología de trabajo propia de la UCAPI, se han conseguido evitar anualmente unas 260 derivaciones a urgencias desde Atención Primaria y 210 ingresos hospitalarios, sin que ello suponga una reducción significativa desde el punto de vista estadístico.

#### 3.4. Hospitalización

La UCAPI ofrece unos parámetros asistenciales algo más favorables que los obtenidos por Medicina Interna: estancia media inferior en 2 días. Se recoge un discreto menor índice de mortalidad, menor tasa de reingresos; esto puede explicarse porque la UCAPI recibe un número muy reducido de traslados de pacientes quirúrgicos y del Servicio de Medicina Intensiva.

El que la UCAPI posea un índice de consultas sucesivas/nuevas y una estancia media más favorables que Medicina Interna, implica que este dispositivo asistencial no convencional resulta coste efectivo. El balance económico calculado para el año 2016, la UCAPI con toda su estructura logró evitar un gasto de 60.130 euros con respecto a la actividad convencional del Servicio de Medicina Interna para ese mismo año.

### 4. Discusión

#### 4.1. Fortalezas y debilidades de la UCAPI

Pasado este tiempo de funcionamiento, se puede reflexionar sobre los puntos destacables y aquellos que van a requerir una intervención para lograr optimizar la UCAPI en nuestra área de salud (Ver Tabla III). Por otro lado, este modelo asistencial conformado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara ha sido tomado como patrón para otras UCAPI en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (Albacete, Cuenca y a lo largo de 2018, Toledo).

**Tabla III** Fortalezas y debilidades de la Unidad de Continuidad Asistencial

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
Autogestión de las agendas.	Rutina diaria: cambio mentalidad.	Recursos.
Implantación institucional (100%).	Rechazo-Falta información (Desconocimiento del grado real de implantación).	No retorno del paciente a A. Primaria: asistencia convencional.
Demora asistencial según necesidad clínica.	Exceso de consulta como alta resolución para diagnósticos.	Fatiga (motivación).
Gestión de la confianza de pacientes, cuidadores.	Inversión de tiempo (información transmitida de calidad).	
Perfil y motivación del profesional.	Perfil del profesional.	
Mayor autonomía a Atención Primaria.	Identificación y estratificación de pacientes con enfermedades crónicas complejas.	
Coste efectividad.	Integración incompleta con Servicios Sociales.	
Satisfacción con el trabajo.		
Convivencia y sinergia con modelo convencional de M Interna.		

## 5. Conclusiones

Podemos concluir que el nuevo modelo asistencial supone un avance en el campo de la organización de los servicios de Medicina Interna que complementa al modelo convencional. Asimismo, supone una especialización de la estructura asistencial que le permite adaptarse a los nuevos retos: ambulatorización de la asistencia, envejecimiento de la población y un mayor número de pacientes con enfermedades crónicas complejas.

**Agradecimientos:** A la Unidad de Gestión Asistencial del Hospital Universitario de Guadalajara y al Servicio de Gestión Económica por la colaboración en la elaboración de los datos asistenciales y económicos.

**Conflictos de Intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Abreviaturas

UCAPI: Unidad de Continuidad Asistencial Primaria Interna.

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.

semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.



## Referencias Bibliográficas

1. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2012. [Consultado el 20 de marzo 2018] Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
2. Ollero Baturone M (coordinador), Bernabéu Wittel M, Espinosa Almendro J, García Estepa R, et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. 3ªed: Consejería de Salud de Andalucía; 2018. [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pai/atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/atencion_pacientes_pluripatologicos_v3?perfil=org)
3. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspá A, Fernández Moyano A, et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. 2ªed: Consejería de Salud de Andalucía; 2007. [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pacientes\\_pluripatologicos/00\\_indice.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/00_indice.pdf)
4. Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp.* 2017;217(4):229-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.007>
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf)
6. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención Integral. *Gaceta semFYC.* 1999;(31). [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/revista/14953/A/1999>
7. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, et al. «Declaración de Sevilla» conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev. Clin. Esp.* 2011;211(11):604-6. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/buscador/?txtDoi=10.1016%2Fj.rce.2011.09.007>
8. Fernández Moyano A, Machín Lázaro JM, Martín Escalante MD, Aller Hernández MB, Vallejo Maroto I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp.* 2017;217(6):351-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.03.003>
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones; 2009. [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
10. Machín Lázaro JM, Pereira Juliá A, Rodríguez Zapata M, Bárcena Marugán M, Díez Andrés ML. Four years of the primary care-internal medicine continuity of care unit in the health region of Guadalajara. *International Journal of Integrated Care.* 2012;12(3):None. [Consultado el 20 de marzo 2018]. Disponible en: <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.871/>



© 2018 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.