

Universidad de Sevilla



TESIS DOCTORAL:

ESTUDIO DETELPROG:

*EFECTIVIDAD DE UN NUEVO MODELO DE DERIVACIÓN
TELEFÓNICA PROGRAMADA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y
ATENCIÓN HOSPITALARIA.*

DOCTORANDO E INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Luis Miguel Azogil López

PROGRAMA DE DOCTORADO:

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud por la Universidad de Jaén y la
Universidad de Sevilla (RD. 99/2011)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Procedimientos Clínicos, Intervenciones y Resultados en Salud

TUTORA:

Prof^a. Dra. D^a. ESTHER M^a MEDRANO SÁNCHEZ

DIRECTORES:

Prof^a. Dra. D^a. M^a VALLE CORONADO VÁZQUEZ

Prof. Dr. D. JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO

AGRADECIMIENTOS

Ya estamos aquí, en la recta final de este proyecto que tanto tiempo nos ha llevado. La experiencia ha sido increíble y he conseguido aprender tanto de tantas personas que me siento muy privilegiado de haber podido tener esta experiencia doctoral.

En primer lugar, me gustaría agradecer la paciencia de mi mujer, por investigar conmigo, aguantar mis días de “necesito unos diñllas para la tesis” y soportarme los cabreos por tener tanto pendiente y no saber por dónde empezar. Sin ti esto no hubiera sido posible.

Agradecer a mi Tutora Esther y a mis directores Valle y Juanjo por estar siempre ahí, ofreciéndome todo el apoyo solicitado, incluso hasta por encima de sus necesidades y posibilidades. Habéis hecho vuestra función a la perfección en cada paso de este proceso. Muchísimas gracias.

Agradecer especialmente la ayuda del profesor Juan Gómez Salgado por todos sus consejos, por ofrecerme su capacidad de movimiento, su paciencia, su sabiduría... Gracias, amigo, llegaste al proyecto como lluvia de mayo y esta tesis te pertenece a ti tanto como a mí.

Muchísimas gracias a mis compañeros internistas y médicos de familia de los que he aprendido tantas cosas de esas que no se enseñan en los libros. Gracias por vuestra colaboración, por soportar mis continuas llamadas, por vuestro tiempo, por prestarme a vuestros pacientes, por vuestra ayuda incondicional. Espero que os sintáis tan orgulloso de este estudio como yo porque lo hemos hecho ente todos

Muchas gracias a mi Juan Prieto por ser mi compañero de viaje, el mejor compañero de viaje que se puede tener. Nos queda mucha cuali por disfrutar, eh!!!.

Gracias a mi resi Anaís por ayudarme con el análisis cualitativo, y por aguantar mis charlas de lo importante que es la investigación.

Mil gracias a las profesoras Cecilia Escudero y Eugenia Gil, y a todos mis compis de curso de Investigación cualitativa de la EASP por mostrarme este maravilloso campo.

Y gracias a todas aquellas personas que pusieron su granito de arena en esta tesis y que por ser tantas, no puedo nombrarlas a todas.

MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Listado de Abreviaturas..... | 8 |
| Resumen..... | 10 |
| Introducción..... | 16 |
| Objetivos..... | 27 |
| Aspectos éticos | 31 |
| Metoldología..... | 37 |
| Metodología primer artículo..... | 40 |
| Metodología segundo artículo..... | 44 |
| Metodología tercer artículo..... | 47 |
| Resultados..... | 52 |
| Resultados cuantitativos..... | 54 |
| Resultados cualitativos..... | 60 |
| Discusión..... | 69 |
| Limitaciones y Prostectiva..... | 78 |
| Conclusiones..... | 83 |
| Artículos originales publicados y otros méritos..... | 87 |
| Bibliografía..... | 94 |
| Anexos..... | 107 |
| Anexo 1: Guion para grupo focal médicos de atención primaria..... | 109 |
| Anexo 2: Guion para grupo focal médicos internistas..... | 112 |
| Anexo 3: Consentimiento informado para entrevistados..... | 115 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

LISTADO DE ABREVIATURAS

AGSNH: Área Sanitaria Norte de Huelva

AH: Atención hospitalaria

AP: Atención primaria

CCEE: Consultas externas

CRD: Cuaderno de recogida de datos

DETELPROG: DERivación TELefónica PROGramada

MAP: Médico de atención primaria

MAH: Médico de atención hospitalaria

MI: Medicina interna

SSPA: Sistema sanitario público de Andalucía

TAEs: Tarjetas sanitarias ajustadas por edad

TICs: Tecnologías de la información y la comunicación

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

La evolución de los modelos sanitarios, cada vez más sofisticados y costosos, en la búsqueda por la excelencia en el servicio prestado a los ciudadanos, exigen una mayor implicación de los médicos de atención primaria (MAP) en la atención sanitaria a los pacientes, familias y comunidades. Para ello es necesario capacitar la atención primaria (AP) y un nivel alto de coordinación entre ésta y la atención hospitalaria (AH) para que la mayor parte de los problemas de los pacientes se puedan solucionar desde AP, dejando a la AH solo aquellos problemas en los que sea estrictamente necesario pasar por el hospital.

Para mejorar la capacidad de resolución de la AP y evitar las temidas listas de espera para AH, se han intentado muchas cosas a nivel mundial, pero aquellas que mejoran la comunicación entre AH, AP y pacientes, son las que tienen una mayor evidencia a su favor.

Una de estas intervenciones, cuyo desarrollo se ha acelerado de manera vertiginosa con la epidemia de COVID-19 es la telemedicina, que incluyen plataformas de consultas asincrónicas (e-Consultas) y consultas telefónicas a tiempo real (Curbside Consultation). La telemedicina ha abierto nuevas posibilidades a la atención de la salud, al obtener muy buenos resultados en tiempos de espera para primera consulta especializada, disminución de citas presenciales en consulta especializada y satisfacción de pacientes y profesionales; sin embargo, no se han encontrado estudios que aporten datos referentes a días de espera hasta resolución del problema que dio origen a la derivación y existen dudas ético-legales al respecto. Además, las e-Consultas precisan importantes inversiones e implicación institucionales, liderazgo y tiempo de trabajo para los médicos; y con consultas telefónica a tiempo real se detectaron problemas de comunicación, de información incompleta o fragmentada, dificultad para elegir al compañero al que consultar, interrupciones impredecibles con gasto de tiempo no programado y algunos problemas más.

Por este motivo desarrollamos un sistema alternativo de derivación telefónica programada (DETELPROG) en el que el MAP solicita una cita programada en AH, integrada dentro del horario de consulta de ambos médicos, para tener una consulta telefónica con el MAH, estando el paciente en la consulta del MAP. El objetivo es mejorar días de espera con respecto la consulta tradicional y evitar consultas presenciales innecesarias, eliminando las barreras de los otros tipos de telemedicina.

Objetivos

Objetivos generales

Comprobar la efectividad de un nuevo modelo de DERivación TELEfónica PROGramada (DETELPROG) más ágil que el presencial, que evite desplazamientos innecesarios de los

pacientes al hospital y que mejore la continuidad asistencial en el AGSNH evitando las barreras surgidas en las e-consultas y en las consultas telefónicas no programadas.

Objetivos específicos

1. Determinar si la DETELPROG reduce los días de espera en la respuesta del MAH al MAP con respecto a la derivación presencial tradicional.
2. Analizar si con la DETELPROG disminuyen los días de espera para resolución del problema por el que el paciente es derivado desde AP a AH con respecto a la derivación presencial tradicional.
3. Calcular la proporción de consultas presenciales evitadas en AH.
4. Conocer las barreras y beneficios percibidos por los MAP y los médicos especialistas en medicina interna (internistas) que participaron en el estudio DETELPROG que ayuden a determinar puntos de mejora en una futura implantación del modelo en el AGSNH u en otras áreas sanitarias similares.

Metodología

Para conseguir los objetivos del estudio DETELPROG se ha utilizado una metodología mixta cuantitativa para los 3 primeros objetivos específicos y cualitativa para el cuarto.

Para nuestros tres primeros objetivos realizamos un ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento con dos periodos de captación de pacientes. Con el primer periodo conseguimos en tamaño muestral suficiente para conseguir nuestro primer objetivo. Para los 2 siguientes objetivos, que precisaban un tamaño muestral mayor, abrimos un segundo periodo de captación para ampliar dicho tamaño muestral y seguimos la evolución de sus procesos durante un año. Tras el seguimiento de los procesos de los pacientes captados en los dos periodos pudimos conseguir nuestros objetivos 2 y 3.

La metodología cualitativa fue necesaria para la consecución de nuestro cuarto objetivo. Realizamos 2 grupos focales, uno para internistas y otro para MAP, buscando las ventajas de las técnicas de recogida de información grupales con respecto a las individuales; y preferimos realizar entrevistas semiestructuradas para 4 médicos que los consideramos informadores clave y nos interesaba tener una visión más profunda de sus impresiones. También usamos las entrevistas para 2 médicos que no pudieron acudir a los grupos focales.

Resultados

1. La DETELPROG reduce los días de espera en la respuesta del MAH al MAP con respecto a la derivación presencial tradicional en 27 (IC 95%: 20-33) días.
2. La DETELPROG disminuyen los días de espera para resolución del problema por el que el paciente es derivado desde AP a AH con respecto a la derivación presencial tradicional en 47 (IC 95%: 17-74) días

3. La DETELPROG evita en el 91,7 % de las ocasiones que el paciente tenga que desplazarse de manera presencial a las consultas de AH.
4. En cuanto a los beneficios de la DETELPROG, ha supuesto una experiencia muy positiva tanto para los MAP como para los internistas, le ha dado al MAP un papel más protagonista como coordinador de los problemas de salud de sus pacientes, mejorando la relación MAP-paciente y empoderándolo para mejorar su capacidad de resolución, ha dotado al MAP de capacidad para obtener pruebas complementarias y tratamientos para sus pacientes a las que no tenía acceso de manera independiente y ha permitido a los MAP sentirse más arropados por sus compañeros hospitalarios al tener una comunicación más rápida y directa, que ha mejorado la información transmitida entre ambos profesionales y el paciente sin provocar una sobrecarga de trabajo para ninguno de los profesionales y mejorando la relación AP-AH.

Con respecto a las barreras expresadas por los internistas de fiabilidad de la información aportada por los MAP y de las implicaciones legales de sus consejos y la petición de pruebas complementarias y con respecto a los problemas de tardanza en la recepción de las llamadas por parte de los internistas, creemos que con la organización de encuentros personales periódicos entre los médicos de los dos niveles asistenciales, con la creación de un documento de responsabilidades ante la DETELPROG y con una mejor distribución de las DETELPROG en las agendas de MAP y MAH, se podrían paliar las barreras encontradas.

En relación a las causas de rechazo, consideramos que la DETELPROG no es un modelo de derivación para pacientes que no quieren ser derivados vía DETELPROG, que no confían en su MAP, ni para pacientes en los que el MAP no supiese manejar o encaminar su diagnóstico por falta de conocimiento o de medios aunque, en este último caso, la DETELPROG podría aportar un consejo apropiado mientras llega la cita presencial o un adelanto de dicha cita presencial o de la petición de la una prueba complementaria determinada.

Conclusiones

Consideramos que la DETELPROG es un modelo de derivación complementario a la derivación presencial, que debería implantarse en nuestra área sanitaria como modelo de derivación inicial para derivaciones desde AP a especialidades hospitalarias médicas, con las excepciones anteriormente comentadas, debido a que disminuye días de espera a los pacientes con respecto a la derivación presencial, y evita la gran mayoría de las barreras de otros métodos de derivación similares como las e-Consultas y las consultas telefónicas en tiempo real. Además, consideramos que la DETELPROG podría implantarse en otras áreas sanitarias, aunque los beneficios pueden cambiar en función de las características de dichas áreas por lo que sería necesario un estudio similar al nuestro antes de su implantación.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La evolución de los modelos sanitarios, cada vez más sofisticados y costosos, en la búsqueda por la excelencia en el servicio prestado a los ciudadanos, exigen una mayor implicación de los médicos de atención primaria (MAP) en la atención sanitaria a los pacientes, familias y comunidades, y para ello se les debe capacitar para que atiendan de manera independiente a pacientes con patologías y características cada vez más complejas, dejando el resto de especialidades hospitalarias, más como apoyo a la atención primaria (AP) que como un nivel distinto de atención sanitaria¹. Pero para que este protagonismo sea posible, es necesario un nivel alto de coordinación interniveles para que la atención hospitalaria (AH) ejerza de manera efectiva ese apoyo tan imprescindible para la AP.

Para que pueda existir un desarrollo sostenible de los sistemas sanitarios es preciso darle un papel fundamental a la AP ya que los países con inversiones priorizadas en atención primaria están mejor ubicados para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible en su atención sanitaria que aquellos con sistemas centrados en el hospital o inversiones limitadas en salud²⁻⁴. Para ello se precisará dotar a los médicos de familia de mayores recursos de todo tipo, entre los cuales se encuentra una correcta coordinación con sus compañeros de AH para que les sirvan de apoyo para diagnosticar y tratar los problemas de salud de las comunidades y de los pacientes. Dicha necesidad ya ha sido percibida por algunos gobiernos, como por ejemplo el de la comunidad de Andalucía, donde se desarrolla nuestro proyecto de investigación, en donde se ha creado un plan de renovación de la atención primaria, con el objetivo de “fortalecer este nivel asistencial para convertirlo en el verdadero eje vertebrador de la asistencia sanitaria y agente de salud del paciente, partiendo de la base de que es el que mejor garantiza una asistencia centrada en la persona, tomando en consideración su contexto familiar, comunitario y social”⁵. También a nivel estatal, se ha creado un *marco estratégico para la atención primaria y comunitaria* en el que se desarrollan 6 estrategias de trabajo fundamentales, entre las que están “Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones”, y “Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs)”⁶

Pero la mala comunicación y coordinación entre la AH, donde históricamente han tenido sus despachos los directivos encargados de ejecutar en última instancia las políticas sanitarias, y la AP es un hándicap importante para hacer efectivo este protagonismo de la AP, siendo este un problema detectado con frecuencia^{7,8}. Esta mala comunicación, favorecida por la falta de conocimiento del trabajo ajeno, provoca unas convicciones erróneas y confrontación entre MAPs y médicos de atención hospitalaria (MAH) dando lugar a un problema enquistado desde hace muchos años que impide una correcta continuidad asistencial de los pacientes. La opinión más asumida entre una buena parte de los profesionales hospitalarios es que el hospital es el lugar donde se resuelven realmente los problemas de salud de los enfermos, donde están los verdaderos expertos en todo tipo de enfermedades y donde hay un alto grado de resolubilidad, sólo entorpecido por la avalancha de usuarios “sin nada serio” que es remitida sin

justificación alguna por los médicos de cabecera por clamorosa falta de preparación. En contrapartida, los médicos de AP en general opinan que los especialistas (los otros especialistas) tienen una visión de la medicina muy organicista, acumulan una lista de espera demasiado larga y distorsionan el perfil prescriptivo de los pacientes que tanto esfuerzo cuesta racionalizar. Además, la atención de los pacientes por especialidades no les permite comprender de manera integral al enfermo⁹. Esta histórica falta de comunicación y coordinación contribuye a las temidas listas de espera, quebradero de cabeza de la mayor parte de los países desarrollados¹⁰⁻¹³, entre los cuales se encuentra España, donde la media de espera para una primera cita en AH es de 57 días¹⁴, siendo el principal problema del sistema sanitario percibido por los ciudadanos¹⁵.

Con el objetivo de mejorar tiempos de espera, derivaciones innecesarias y calidad de derivaciones desde AP a AH, se han desarrollado en todo el mundo distintas estrategias para mejorar la derivación presencial cara a cara tradicional, en la que el MAH recibe en su consulta al paciente, el cual le lleva un papel escrito por su MAP indicando, de manera más o menos adecuada, el motivo de la derivación. Estas estrategias podemos clasificarlas de la siguiente forma¹⁶:

- 1. Intervenciones para mejorar la formación de los MAP:** Cualquier intervención con un enfoque principal en la educación o capacitación MAP. Aquí se incluyen intervenciones de revisión por pares con posterior retroalimentación, intervenciones que consistían en la formación del MAP (incluyendo intervenciones de formación continua), y la emisión de directrices (sin o con capacitación formal adicional y apoyo para profesionales). Las intervenciones que apuntan a moderar los procesos de derivación mediante la educación de los médicos de cabecera tiene resultados mixto, pero se han identificado algunos grupos de intervenciones con resultados más positivos, que incluyen, en particular, la revisión por pares con posterior retroalimentación (efectos positivos sobre la derivación, el gasto y la calidad de la carta de derivación), así como algunas intervenciones de formación del MAP (efectos positivos en la tasa de derivación, derivaciones apropiadas, formación de MAP, calidad de consulta y tiempo de espera del paciente). Sin embargo, dada la variedad de las intervenciones, se necesita más investigación para identificar intervenciones clave exitosas o elementos particulares de intervenciones que tengan más probabilidades de ser exitosas.
- 2. Cambios en el proceso de derivación:** Se tratan de cambios a pequeña escala en algún aspecto del proceso de derivación individual que no implicaba movimiento del personal, reubicación de clínicas, cambios en los métodos de triaje del hospital ni cambios en cuanto a la financiación de las derivaciones. Las intervenciones de cambio de proceso incluyeron: espacios de citas exclusivas y clínicas de acceso rápido para derivaciones desde AP, acceso directo a pruebas complementarias por parte de los MAP, consulta MAP-MAH antes de la derivación, sistemas electrónicos de derivación, herramientas de apoyo a la toma de decisiones en AP y revisión de la lista de espera o espera vigilante. Estas intervenciones que pretenden mejorar los resultados de las derivaciones al modificar levemente el proceso de derivación tienen también resultados dispares. La evidencia más sólida la tienen las intervenciones de derivación

electrónica (efectos positivos en la derivación, derivación apropiada, satisfacción del médico de cabecera, reducción de la falta de asistencia, tiempos de espera y transferencia de información) y las intervenciones que incluyen consultas con MAH antes de la derivación (efectos positivos en la cantidad de derivaciones [derivaciones evitado], tiempo de tratamiento, precisión del diagnóstico y evaluación de los servicios por parte del paciente). Estas intervenciones están diseñadas para proporcionar información de mejor calidad al MAH, ya sea antes o como parte de un proceso formal de derivación, mejorando la comunicación entre ambos niveles asistenciales

- 3. Cambios importantes en el sistema de derivación:** Los cambios en el sistema se identificaron como grandes cambios que impactaban en todas las derivaciones realizadas que involucraban el movimiento del personal o reubicación de clínicas, cambios en los métodos de triaje del hospital y/o cambios en cuanto a la financiación de las derivaciones. Las intervenciones de cambio en el sistema incluyeron la provisión comunitaria de servicios especializados por parte de MAP previamente formados, o por MAH, retorno de referencias inapropiadas, la provisión de personal adicional en AP, la adición o eliminación de sistemas de control de acceso (que requieren que un proveedor de AP dé acceso a los servicios de AH), cambios en los sistemas de pago y creación de centros de gestión de referencias u otros sistemas de triaje principales. Estas intervenciones también consiguieron resultados muy diversos siendo las que involucraban la provisión de servicios especializados en la comunidad: ya sea extensión / provisión comunitaria por MAH o provisión comunitaria de servicios especializados por MAP especialmente capacitados (efectos positivos en la tasa de derivación, derivaciones apropiadas, paciente satisfacción y accesibilidad al servicio). También existían pruebas más sólidas para sugerir que la provisión de personal adicional en atención primaria (por ejemplo, enfermeras o consejeros) tuvo un efecto negativo en los resultados de derivación.
- 4. Intervenciones centradas en el paciente:** Se encontraron muy pocos ejemplos de intervenciones centradas en el paciente con resultados relevantes para la gestión de la demanda. Las intervenciones centradas en el paciente incluyeron la provisión de información / educación sobre la salud y una intervención para abordar las preocupaciones y la satisfacción del paciente. Las intervenciones educativas se calificaron como inconsistentes y la intervención de inquietud del paciente se calificó como sin evidencia. Esto resalta una falta significativa de evidencia para intervenciones centradas en el paciente, a pesar del enorme impacto potencial que los pacientes pueden tener en el proceso de derivación.

De todas estas intervenciones, aquellas que proporcionan un cambio en el proceso de la derivación para dar una mejor información al MAH, debido a la mejora en la comunicación entre MAH, MAP y pacientes, son las que tienen una mayor evidencia a su favor. Éstas, las podemos clasificar como sigue^{16,17}:

1. Interconsultas mediante el uso de TICs o teleconsultas (sistemas informáticos comunes para MAP y MAH a nivel nacional o autonómico, plataformas o modelos de consultas virtuales a tiempo real ^{1,16-40} o asincrónicas^{10-13,16,17,41-71} ⁵^{10-13,16,17,41-71}).

2. Especialistas de referencia para MAP^{17,72}.
3. Planes para mejorar la información aportada por los MAP sobre los pacientes derivados^{16,17}.

Todas estas intervenciones cumplen el cuádruple objetivo para optimizar los sistemas de salud al mejorar la salud de los pacientes, la satisfacción de pacientes y profesionales y mejorar los costes de la atención sanitaria⁷³, teniendo, sobre todo las dos primeras, metodologías fácilmente replicables para poder implantarlas en cualquier sistema sanitario, lo que ha dado lugar a un gran desarrollo, sobre todo de las TICs, en los últimos años, sobre todo en los dos últimos años con la llegada de la pandemia de COVID-19.

Sobre lo que las TICs pueden aportar a los MAP para mejorar su coordinación con AH, decir que en los últimos años se han desarrollado con mayor intensidad que los otros tipos de intervenciones, llegándose a implantar varios métodos de teleconsulta en distintos lugares del mundo que los podríamos clasificarlos en:

1. Plataformas virtuales seguras de consulta asincrónica entre AP y AH (e-Consultas):

Estas plataformas han sido ampliamente desarrolladas en muchos países^{10-13,16,17,44,46-52,54,56-59,61-64,66-68,70,71,74,75}, aumentándose en los últimos años la variedad de servicios especializados a consultar y el número de MAP usuarios de dichas plataformas¹¹. Pero desde marzo de 2019, con la llegada de la pandemia de COVID-19, las e-Consultas se han desarrollado e implantado de manera vertiginosa con el objetivo de descargar la presión asistencial de los hospitales y de evitar el posible contagio de profesionales sanitarios y pacientes en una consulta presencial. En Andalucía, las e-Consultas, a las que les han llamado “teleconsultas”, que antes de la pandemia tenían una presencia testimonial, se han desarrollado y puesto en marcha en muy pocos meses, convirtiéndose en pocos días en el modelo de derivación principal e incluso único que tenían los MAPs para derivar a sus pacientes a determinadas especialidades hospitalarias⁷⁶⁻⁷⁹.

Las e-Consultas tienen un impacto general positivo en las medidas de accesibilidad, evitación de desplazamientos y consultas innecesarias, tiempos de espera, capacitación de los profesionales, comunicación e información interprofesional, aceptabilidad, costo y satisfacción de pacientes y profesionales aunque existe pocos datos sobre resultados en salud tipo morbilidad y mortalidad^{10,54,63} e incluso algunos artículos empiezan a hablar ya de una mayor probabilidad de negligencia o la aparición de una nueva “telenegligencia” en la que pueden intervenir pacientes, médicos y enfermeras, desarrolladores de sistemas, proveedores de hardware y administradores de hospitales, tras la cual se generan muchas dudas a nivel legal y de responsabilidad^{41,42}. Además, existen retrasos ocasionales en recepción de respuestas, dificultades con respecto al seguimiento de los pacientes y dificultades a la hora de convencer a gerentes y médicos en la implantación y uso, respectivamente, de la e-Consulta, ya que precisa importantes inversiones e implicación institucional, liderazgo y tiempo de trabajo para los médicos^{44,58,62}. Sin embargo, en el balance entre riesgos y beneficios, los beneficios de la teleconsulta, parecen mucho mayores que el riesgo de ser demandado⁴².

En cuanto a los tiempos de espera para respuesta por parte del MAH oscilan entre 4,6 horas a 3,9 días ¹⁰ aunque algunas plataformas de interconsulta virtual implantadas desde hace años, dan como plazo a los MAH una semana para una respuesta con suficiente calidad¹¹ y en algunos estudios exponen como barrera la tardanza de las respuestas de los MAH⁵⁸ que se ha incrementado en esta época de pandemia con la generalización del uso de la e-Consulta. La satisfacción de los MAP oscila entre el 78% y 93%¹⁰ y la tasa de derivaciones evitadas, entre el 12 y el 84%¹⁰, siendo del 36% en un estudio español de tele dermatología, una intervención ya instaurada en nuestro sistema sanitario de la comunidad de Andalucía⁵⁵.

- 2. Consultas telefónicas en tiempo real (curbside consultation):** Práctica habitual en la que el MAP llama a su referente hospitalario en el momento en que le surge una duda clínica para resolverla. Este modelo de derivación telefónica no programada se caracteriza por sus beneficios en tiempos de espera, disminución de citas presenciales en consulta especializada y satisfacción de pacientes y profesionales, siendo la práctica preferida para responder dudas surgidas en la consulta diaria de pacientes o temas complejos¹, pero también por sus potenciales problemas de comunicación, de información incompleta o fragmentada, dificultad para elegir al compañero al que consultar, interrupciones impredecibles con gasto de tiempo no programado, etc., generalmente relacionadas con la falta de programabilidad de este tipo de consultas^{18,31,32,36,38,39,80}.

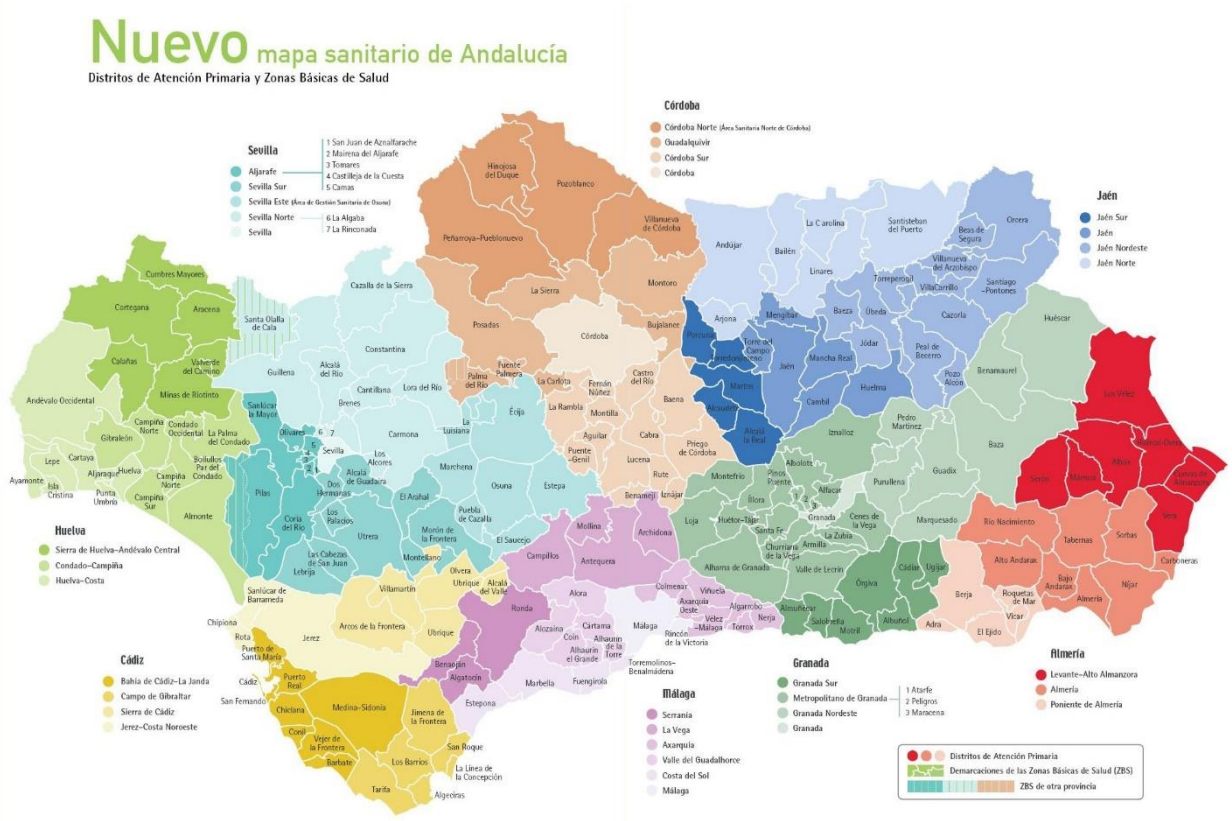
Con respecto a los tiempos de espera, En el programa RACE canadiense³², uno de los programas de consulta telefónica inmediata más potentes del mundo, no existe espera alguna para respuesta por parte del MAH, ya que la llamada es atendida a tiempo real pero solo el 60% de las consultas telefónicas evitan la consulta presencial.

- 3. Consultas por videoconferencia programadas:** se trata de consultas entre el MAP, el cual se encuentra con el paciente en su consulta, y el MAH. Esta consulta se realiza en tiempo real pero con una programación previa y por videoconferencia. Este tipo de consultas, generalmente implantadas en zonas rurales donde los pacientes tiene dificultades importantes de accesibilidad a consultas de AH, son similares a las consultas presenciales tradicionales en cuanto a la eficacia clínica^{19,27} y además comparten beneficios sin compartir las barreras de los anteriores métodos de consulta.^{21,27,33}

En España, la protección de la salud es uno de los derechos fundamentales que recoge el artículo 43 de la constitución española⁸¹ y la ley general de sanidad⁸² es la encargada de dar cumplimiento a dicho mandato constitucional, descentralizando las competencias en materia sanitaria en las comunidades autónomas como se reconoce en los artículos 147 y 148 de la constitución. Las comunidades autónomas son unas entidades territoriales administrativas que, dentro del ordenamiento jurídico constitucional estatal, están dotadas de cierta autonomía legislativa con representantes propios y de determinadas competencias ejecutivas y administrativas⁸³, entre las cuales se encuentran las de la organización del sistema sanitario en su propio territorio, cuya ordenación territorial se establece en el

capítulo 2 de la ley de salud de Andalucía, en el caso de la comunidad de Andalucía, donde se desarrolla nuestro estudio⁸⁴. Esta ley establece que el sistema sanitario público de Andalucía (SSPA) se organiza en demarcaciones territoriales denominadas **áreas de salud**, las cuales constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias tanto de AP como de AH. Con la finalidad de alcanzar una mayor eficacia en la organización y funcionamiento del SSPA, cada área de salud se divide territorialmente en **zonas básicas de salud**, que es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria. Para la planificación, gestión y apoyo de las zonas básicas existe un organismo denominado distrito de Atención Primaria que gestiona varias zonas básicas próximas y cuyo ámbito de actuación esté determinado por el gobierno andaluz. (Figura 1)

Figura 1. Mapa de distritos de atención primaria y zonas básicas de salud de Andalucía



Fuente: <https://ws001.sspa.juntadeandalucia.es/webjornadas/Mapa%20Sanitario.html>

Las áreas de salud, además de zonas básicas de salud para la AP, también dispondrán de al menos un **dispositivo de AH** en régimen de consultas externas e internamiento (hospitales), cuya gestión está a cargo de la gerencia del hospital.

Generalmente, la gestión de la AP y AH es independiente, pero en algunos casos en que la baja complejidad lo permitía, para optimizar los recursos, se unificaron la gestión de ambos niveles, dando lugar a una estructura gestora denominada **área de gestión sanitaria**, estructura a la que se acogió el distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central y el hospital de Minas de Riotinto, creando el área de gestión sanitaria norte de Huelva (AGSNH), donde hemos realizado nuestro estudio.

A pesar de compartir una gestión común, tener una población rural pequeña (71500 habitantes aproximadamente)⁸⁵ y tener un número de profesionales pequeño en AP y en AH, el único modelo de derivación existente en nuestra AGSNH es el presencial tradicional, existiendo de manera extraoficial, la llamada telefónica no programada en caso de que el MAP conozca al MAH. También se han llevado a cabo algunos intentos fallidos de consulta vía mailing y nombramientos de especialista de referencia para consultarles vía telefónica un día y a una hora determinada, que se montaron de manera esporádica y siempre han fracasado.

Por todo ello, realizamos este estudio en el que creamos, como alternativa a la derivación presencial tradicional entre AP y AH, un sistema alternativo de derivación vía telefónica, en este caso programada, en el que el MAP solicita una interconsulta telefónica, integrada dentro del horario de consulta de ambos médicos, con el objetivo de mejorar días de espera con respecto a la derivación presencial y eliminar las barreras de la consulta telefónica a tiempo real. Para ello elegimos las consultas externas del servicio de medicina interna (CCEE de MI) porque en nuestra AGSNH; esta especialidad asume interconsultas de otras especialidades que no existen en el área (p. ej., neurología o reumatología) y de otras especialidades habitualmente saturadas (cardiología, neumología, digestivo, etc.), atendiendo a una gran cantidad y variedad de pacientes.

Creemos que con este tipo de derivación innovadora, en la que aportamos esa programación a la consulta telefónica entre especialistas de los dos niveles asistenciales y de la que no hemos encontrado experiencia alguna publicada en todo el mundo, no solo pretendemos evitar traslados innecesarios de los pacientes al hospital y disminuir los días de espera para una primera consulta con AH y para la resolución del problema por el que el paciente es derivado, sino que también pretendemos mejorar la comunicación y las coordinación entre ambos niveles asistenciales y mejorar el conocimiento del trabajo ajeno entre especialistas de ambos niveles asistenciales. Con este método de derivación también pretendemos dar una mayor autonomía a los MAPs, ya que en nuestra AGSNH, los MAPs tiene muchas restricciones a la hora de pedir una gran cantidad de pruebas complementarias a las que no pueden acceder de manera independiente; y de esta forma pretendemos darle ese mayor protagonismo a la AP que se pide desde hace años desde todas las organizaciones nacionales e internacionales y que se ha intentado potenciar con distintas políticas sanitarias nacionales y andaluzas¹⁻⁷ pero que al final no han llegado a desarrollarse con demasiado éxito. Además, al evitar

desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital, se evitan los riesgos tanto de los propios desplazamientos (accidentes de tráfico, caídas, etc.) como de la exposición de los pacientes al ambiente hospitalario (infecciones nosocomiales, transmisión de infecciones de la comunidad entre los pacientes en salas de esperas, etc.) y se evitan costes innecesarios tanto a los pacientes como al sistema sanitario (transporte sanitario de pacientes dependientes).

Por último, otro beneficio que pretendemos conseguir con este tipo de derivación es que, al haber una comunicación en tiempo real entre profesionales, el tiempo necesario para resolver la consulta es menor que el que es necesario en una derivación presencial, por lo que, con un uso óptimo de la DETELPROG, en el mismo tiempo de trabajo de un MAH se resolverían más consultas y disminuiría así las listas de espera.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Comprobar la efectividad de un nuevo modelo de DERivación TELefónica PROGramada (DETELPROG) más ágil que el presencial, que evite desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital y que mejore la continuidad asistencial en el AGSNH evitando las barreras surgidas en las e-consultas y en las consultas telefónicas no programadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5. Determinar si la DETELPROG reduce los días de espera en la respuesta del MAH al MAP con respecto a la derivación presencial tradicional.
6. Analizar si con la DETELPROG disminuyen los días de espera para resolución del problema por el que el paciente es derivado desde AP a AH con respecto a la derivación presencial tradicional.
7. Calcular la proporción de consultas presenciales evitadas en AH.
8. Conocer las barreras y beneficios percibidos por los MAP y los médicos especialistas en medicina interna (internistas) que participaron en el estudio DETELPROG que ayuden a determinar puntos de mejora en una futura implantación del modelo en el AGSNH u en otras áreas sanitarias similares.

ASPECTOS ÉTICOS

ASPECTOS ÉTICOS

CONSIDERACIONES GENERALES

Este estudio deberá desarrollarse de acuerdo con el protocolo y con las normas de Buena Práctica Clínica, tal como se describe en:

-Normas Tripartitas Armonizadas de la International Conference on Harmonisation para Buena Práctica clínica 1996.

-Directiva 91/507/EECC: Normas sobre Buena Práctica Clínica para ensayos con productos médicos en la Comunidad Europea.

-Declaración de Helsinki referente a la investigación médica en seres humanos ("Recomendaciones para los médicos que participan en investigación biomédica con seres humanos").

El investigador accede, con la firma de este protocolo, a seguir las instrucciones y procedimiento descritos en el mismo y por lo tanto cumplirá los principios de Buena Práctica Clínica en los cuales se basa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El investigador debe explicar a cada paciente (o representante legalmente autorizado) la naturaleza del estudio, sus propósitos, procedimientos, duración prevista y los potenciales riesgos y beneficios relacionados con la participación en el estudio, así como cualquier inconveniente que éste le pueda suponer. Cada uno de los participantes debe ser advertido de que su participación en el estudio es voluntaria y de que puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte a su tratamiento médico posterior, ni a su relación con el médico que le trata.

El consentimiento informado será proporcionado mediante un escrito estándar, en lenguaje fácilmente comprensible para el participante. El paciente ha de escribir su nombre y el del médico informante de su puño y letra y, fechar y firmar el consentimiento informado, así como recibir una copia del documento firmado. Si el sujeto no puede leer o firmar los documentos puede realizarse una presentación oral o puede obtenerse la firma del representante legal autorizado del sujeto, siempre que lo presencie un testigo no involucrado en el estudio y se mencione en el mismo documento y/o historia clínica.

Ningún paciente puede ser incluido en el estudio sin haber otorgado previamente su consentimiento informado.

Cualquier cambio en el consentimiento informado propuesto por el investigador deberá ser aprobado por Promotor antes de la presentación al comité ético, y se entregará una copia de la versión aprobada al investigador después de la aprobación del comité ético.

CONFIDENCIALIDAD:

Mediante la firma del protocolo, el investigador se compromete a mantener toda la información proporcionada por el investigador principal en estricta confidencialidad y de que insistirá en el mantenimiento de la misma por parte de su equipo y del comité ético. Los documentos del estudio proporcionados por el investigador principal (protocolos, manual del investigador, cuaderno de recogida de datos (CRD) y otros materiales) deberán ser guardados convenientemente para asegurar su confidencialidad. La información proporcionada por el Investigador principal al investigador no podrá ser revelada a terceras partes sin la autorización directa por escrito de las mismas, excepto en la medida necesaria para obtener el consentimiento informado de los pacientes que quieran participar en este ensayo.

ENMIENDAS AL PROTOCOLO:

Todos los cambios en el protocolo se especificarán en forma de enmienda. El método de realización de las enmiendas seguirá los procedimientos estandarizados según RD223/2004.

Finalización del estudio:

El investigador principal se reserva el derecho a suspender cualquier estudio bajo las condiciones especificadas en el acuerdo del ensayo clínico.

PÓLIZA DE SEGUROS

No aplicable

REGISTROS DEL ESTUDIO

A priori no encontramos riesgos que puedan surgir en este estudio, aunque no podemos descartar rotundamente que aparezcan a lo largo del estudio al ser un modelo de derivación que hasta ahora nunca se ha estudiado.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflicto de intereses

PRESUPUESTO

Los gastos mínimos de imprenta (CRDs, consentimientos...), de transporte y de telefonía serán sufragados por el equipo investigador.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Responsabilidades de todos los participantes en el ensayo

- Investigador

El investigador deberá cumplir todos los requisitos del protocolo y se responsabilizará de que la información sea exacta y veraz y se haya obtenido de la forma indicada en el protocolo. Especialmente, el investigador deberá velar en todo momento por el mejor

cuidado posible del paciente anteponiendo siempre el bienestar y seguridad de sus pacientes.

-Investigador principal

Deberá dar fe de que la información recopilada en el CRD sea veraz, para lo cual deberá contar con toda clase de facilidades por parte del equipo de investigación para desarrollar su labor.

Procedimientos de monitorización

Durante el estudio, el investigador principal visitará regularmente el centro, para confrontar los datos recogidos en el CRD con los documentos fuente, comprobar la adhesión al protocolo y a la Normas de Buena Práctica Clínica.

Los investigadores del ensayo deberán estar disponibles para ayudar al investigador principal durante estas visitas.

Ningún dato que revele la identidad de los pacientes deberá salir del centro participante.

Registro de los datos y conservación de documentos

El investigador ha de completar los CRDs y enviar los datos tal como se le haya indicado al principio del estudio.

Deberá guardar en un lugar seguro el archivo del investigador, el cual contiene toda la documentación relevante del estudio.

Los datos de los pacientes recogidos los CRDs durante el ensayo, deberán documentarse de manera anónima y disociada, vinculándose a un código del paciente de manera que únicamente el investigador podrá asociar tales datos a una persona identificada o identificable.

El investigador principal guardará los documentos clínicos originales de cada paciente del estudio, que constan de los CRDs y una copia del formulario del consentimiento informado firmado, durante 15 años como mínimo tras la finalización o suspensión del estudio.

Mediante la firma del protocolo el investigador accede a seguir los procedimientos de conservación de documentos.

Comité ético

El comité ético de la provincia de Huelva evaluó y autorizó este estudio. Además, al ser un ensayo clínico controlado y aleatorizado, ha sido registrado con el número de registro de ensayo clínico ACTRN12617001536358

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos del estudio DETELPROG se ha utilizado una metodología mixta cuantitativa para los 3 primeros objetivos específicos y cualitativa para el cuarto.

Para nuestros tres primeros objetivos realizamos un ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento con dos periodos de captación de pacientes. Con el primer periodo conseguimos en tamaño muestral suficiente para conseguir nuestro primer objetivo. Para los 2 siguientes objetivos, que precisaban un tamaño muestral mayor, abrimos un segundo periodo de captación para ampliar dicho tamaño muestral y seguimos la evolución de sus procesos durante un año. Tras el seguimiento de los procesos de los pacientes captados en los dos periodos pudimos conseguir nuestros objetivos 2 y 3.

La metodología cualitativa fue necesaria para la consecución de nuestro cuarto objetivo. Realizamos 2 grupos focales, uno para internistas y otro para MAP, buscando las ventajas de las técnicas de recogida de información grupales con respecto a las individuales^{86,87}; y preferimos realizar entrevistas semiestructuradas para 4 médicos que los consideramos informadores clave y nos interesaba tener una visión más profunda de sus impresiones. También usamos las entrevistas para 2 médicos que no pudieron acudir a los grupos focales.

METODOLOGÍA DEL PRIMER ARTÍCULO QUE RESPONDE AL PRIMER OBJETIVO

1. **Diseño del estudio:**

Ensayo clínico controlado y aleatorizado de dos brazos (experimental y control) sin enmascaramiento, ya que se comparó la DETELPROG, que es una derivación no presencial en la que el paciente no iba al hospital, con la derivación presencial en la que el paciente tenía que ir al hospital, siendo esta característica imposible de enmascarar.

2. **Población a estudio**

Pacientes residentes en una de las 6 zonas básicas de salud del AGSNH y necesitaron una derivación a las CCEE de MI del hospital de Riotinto.

3. **Tamaño muestral**

Para el tamaño muestral usamos la calculadora muestral de la web fisterra.com⁸⁸, estimando que los días de espera para primera consulta en CCEE de MI tenían un desviación típica de 12 días y buscando una precisión de 10 días, con un nivel de confianza y un poder estadístico del 99%. Como proporción esperada de pérdidas esperábamos un 15%, dando un cálculo de tamaño muestral de 73 pacientes.

4. **Aleatorización**

Para la selección de los pacientes se realizó una aleatorización de todos los MAP del AGSNH que desearon participar (aleatorización de pacientes por bloques). En primer lugar, se contactó personalmente con todos los MAP del AGSNH para explicarles el proyecto y preguntarles si deseaban participar. A los que desearon participar se les pidió el consentimiento informado por escrito. Una vez obtenida nuestra muestra de MAP, éstos se ordenaron por número decreciente de derivaciones realizadas a CCEE de MI en 2014 y se les asignó, de forma aleatoria simple, a través de una tabla de números aleatorios⁸⁹, al grupo experimental o al grupo control, asignándose finalmente 20 MAP al grupo experimental y 30 MAP al grupo control. Todos los pacientes que precisaron una derivación a CCEE de MI fueron asignados al grupo de su MAP. La asignación de los MAP a uno de los dos grupos, les permitía derivar a sus pacientes vía DETELPROG, en el caso de haber sido seleccionado para el grupo experimental, o de manera presencial, en el caso de haber sido seleccionado para el grupo control. Para los pacientes derivados vía DETELPROG, su MAP debía informarle y obtener su consentimiento informado escrito, además de recoger una hoja de datos con las variables independientes necesarias para el estudio. Para los pacientes derivados vía presencial, su MAP solo debía recoger la hoja de datos.

5. **Intervención**

La DETELPROG consiste en un nuevo modelo de derivación programada en la agenda de MAP e internista, el mismo día y a la misma hora, en el que el MAP, con su paciente delante, llama al internista a la hora programada para realizarle la consulta telefónica correspondiente, estando el paciente participando de dicha conversación. Para su realización, una vez obtenida la muestra de MAP y teniendo el visto bueno del servicio de MI, se sustituyeron 2 citas de 30 minutos presenciales por citas de 15 minutos para DETELPROG todos los días en la agenda de una de las CCEE de MI, previa estimación de las DETELPROG que se realizarían.

Para que los pacientes del grupo experimental fueran citados vía DETELPROG, el MAP o el administrativo de AP, debía citar al paciente en los huecos de 15 minutos destinados a dicha derivación, y a su vez debía coger 3 citas de 6 minutos seguidas, el mismo día y a la misma hora, en la consulta del MAP, para que este último, con la presencia del paciente en la consulta, llamara a la hora programada al internista para realizarle la consulta por una línea telefónica exclusiva para DETELPROG. En dicha consulta, MAP, internista y paciente consensuaban tratamientos, pruebas complementarias y previsibles revisiones por vía telefónica o presencial, dejando constancia de todo en la historia digital tanto de AP como de MI. Se enviaron al domicilio del paciente las solicitudes, los consentimientos y las citas correspondientes para las pruebas complementarias, que se tendrían que realizar bien en el centro de salud (analíticas, radiografías) o bien en el hospital.

El periodo de derivación fue del 1 de marzo al 10 de junio del 2016, donde cada MAP derivó a sus pacientes mediante interconsulta telefónica o presencial en función del grupo al que pertenecía.

Durante el mes de febrero de 2016 se realizaron sesiones formativas individuales y grupales a internistas, MAP y administrativos de AP, además de tener un teléfono disponible para consultar cualquier duda sobre el estudio en cualquier momento de la jornada laboral.

6. **Criterios de inclusión**

Todos los pacientes derivados por su MAP a CCEE de MI.

7. **Criterios de exclusión**

- **Criterios de exclusión para MAP:**

- MAPs que no den su consentimiento para participar en el estudio y a cuyos pacientes, por tanto, no se les ofrecerá la posibilidad de la derivación telefónica.
- MAPs que, perteneciendo al grupo control, no recojan los datos de al menos el 50% de sus pacientes derivados a MI.
- MAPs que, perteneciendo al grupo experimental, no soliciten ninguna interconsulta telefónica, habiendo solicitado derivaciones presenciales

- **Criterios de exclusión para pacientes:**

- Pacientes cuyo MAP, perteneciendo al grupo experimental, consideren que no se beneficiaría de la derivación telefónica por cualquier razón y solicite derivación presencial.
- Pacientes que no deseen la derivación telefónica, aun cuando su MAP pertenezca al grupo experimental

8. **Criterios de retirada**

No existen criterios de retirada.

9. **Variables registradas, técnicas de medida y seguimiento de los participantes**

- Como **variables sociodemográficas** de los pacientes registramos: sexo, edad, índice de ruralidad de la población en la que reside⁹⁰ (índice que indica la cantidad de ruralidad, siendo cero el valor medio de ruralidad; para su elaboración se ha tenido en cuenta el envejecimiento de la población, la

dependencia económica, la ocupación agropecuaria, la habitabilidad de las viviendas y la densidad de población) y distancia al hospital de Riotinto desde su población. Para los MAP registramos las mismas variables además de: número de derivaciones a CCEE de MI en 2014 y número de tarjetas sanitarias ajustadas por edad (TAEs), que hace referencia a un número que se le aplica a cada paciente con tarjeta sanitaria en función de su edad siendo:

- 1 para pacientes de 7 a 64 años,
 - 2 para pacientes de 65 a 74 años,
 - 4 para pacientes mayores de 75 años y
 - 2 para pensionistas menores de 65 años.
- Como variable dependiente calculamos los **días de espera para interconsulta con MI** como el número de días transcurridos entre el día de la solicitud de interconsulta por parte del MAP y el día de la misma.

También se recogieron las causas de rechazos. Para ello creamos un cuestionario para los MAP donde aparecían: rechazo del paciente y 6 posibles causas de rechazo de los MAP, basándonos en las barreras más frecuentes detectadas en otros estudios y en algunos problemas detectados por nosotros.

El registro de las variables se realizó por 2 vías, a través una hoja de recogida de datos y a través de los datos existentes en el sistema de historia clínica digital DIRAYA del Sistema Andaluz de Salud. El seguimiento de cada paciente se realizó hasta el día de su consulta en MI.

10. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 25.0 en Sevilla. Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante medias y desviación típica. En caso de no seguir una distribución normal, se resumieron mediante medias y rango intercuartílico. Las variables cualitativas se describieron mediante valores absolutos y relativos. Para valorar la existencia diferencias estadísticamente significativas intergrupales en las variables independientes se aplicaron test de la chi al cuadrado para el sexo, el test de ANOVA para las variables que cumplían criterios de normalidad (se usa corrección de Welch para distancia al hospital por desigualdad de varianzas) y el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para las que no lo cumplían, con un nivel de significación del 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. De la misma manera, se trataron las variables independientes de los pacientes de los 3 grupos. Posteriormente, se compararon las medianas de los días de espera de las 2 muestras (grupo experimental y control) mediante la técnica no paramétrica de U de Mann-Whitney, con un nivel de significación del 0,01 y un intervalo de confianza del 99% al no cumplirse la condición de normalidad en dicha comparación, aplicando posteriormente la técnica de diferencia de medianas de Hodges-Lehman para muestras independientes. A nivel descriptivo también analizamos las causas de exclusiones, tanto de MAP como de pacientes.

11. Aspectos ético-legales

El comité ético de la provincia de Huelva evaluó y autorizó este estudio. Además, al ser un ensayo clínico controlado y aleatorizado, ha sido registrado con el número de registro de ensayo clínico ACTRN12617001536358

METODOLOGÍA DEL SEGUNDO ARTÍCULO QUE RESPONDE AL SEGUNDO Y TERCER OBJETIVOS

1. **Diseño del estudio:**

Ensayo clínico controlado y aleatorizado de dos brazos (experimental y control) sin enmascaramiento, igual que en el primer artículo.

2. **Población a estudio**

Pacientes que vivían en una de las 6 zonas básicas de salud del AGSNH y necesitaron una derivación a las CCEE de MI del hospital de Riotinto, al igual que en el primer artículo.

3. **Tamaño muestral**

Para el tamaño muestral usamos la calculadora muestral de la web fisterra.com⁸⁸, estimando que los días de espera para la resolución del problema por el que el paciente es derivado a CCEE de MI tenían una desviación típica de 77,5 días y buscando una precisión de 30 días, con un nivel de confianza y un poder estadístico del 95%. Como proporción esperada de pérdidas esperábamos un 15%, dando un cálculo de tamaño muestral de 170 pacientes.

4. **Aleatorización**

Para la selección de los pacientes se realizó una misma aleatorización de pacientes por bloques que en el primer artículo.

5. **Intervención**

La intervención fue la misma que en el primer artículo, pero como el tamaño muestral precisado era mayor, realizamos un segundo periodo de captación de pacientes del 3 de octubre al 12 de diciembre de 2016, añadiendo los pacientes captados en este segundo periodo a los del primer periodo. Todos los pacientes fueron seguidos durante un año o hasta que se resolvió el proceso por el que fue derivado.

6. **Criterios de inclusión**

Todos los pacientes derivados por su MAP a CCEE de MI.

7. **Criterios de exclusión**

- Pacientes cuyo MAP, perteneciendo al grupo experimental, consideraron que no se beneficiaría de la derivación telefónica por cualquier razón y solicitó derivación presencial.
- Pacientes que no desearon la derivación telefónica, aun cuando su MAP pertenecía al grupo experimental

8. **Criterios de retirada**

- Pacientes que no acudan a la realización de las pruebas complementarias solicitadas.
- Pacientes que no acudan a las revisiones solicitadas.
- Pacientes que fallezcan durante el estudio.
- Pacientes en lo que no se haya resuelto su proceso en el año de seguimiento

9. Variables registradas, técnicas de medida y seguimiento de los participantes

- Como variables independientes de los pacientes registramos las mismas que en el primer artículo
- Como variables dependientes calculamos:
 - **Días de espera para interconsulta con MI** como el número de días transcurridos entre el día de la solicitud de interconsulta por parte del MAP y el día de la misma.
 - **Número de derivaciones presenciales evitadas/evitables** como aquellos pacientes que han tenido una o ninguna revisión en CCEE de MI, ya que la última revisión se usa siempre como consulta no presencial para la realización del informe de alta que le será enviado por correo. Por tanto, en los pacientes con 0 ó 1 revisiones del grupo experimental se evitará la consulta presencial y en los controles la consulta presencial sería evitable.
 - **Días de espera hasta resolución del proceso** como número de días transcurridos desde el día de la derivación a CCEE de MI hasta el día de resolución del proceso (máximo 1 año), considerando este día como aquel en el que el MAP registra en la historia clínica digital que el problema por el que derivó al paciente quedó resuelto, o aquel día en el que el internista redacta su informe de alta.

También se recogieron las causas de rechazos al igual que en el primer artículo.

El registro de las variables se realizó por dos vías, a través de una hoja de recogida de datos y a través de los datos existentes en el sistema de historia clínica digital DIRAYA del Sistema Andaluz de Salud. Para el registro del número de analíticas usamos el módulo informático dedicado al registro de las mismas en el AGSNH.

El seguimiento de cada paciente se realizó durante un año o hasta el día de la resolución de su proceso.

10. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 25.0 en Sevilla. Se analizaron las variables independientes de los pacientes de los grupos experimental, control, pacientes excluidos y retirados mediante el cálculo de frecuencias para el sexo y el cálculo de la mediana (percentil 25-percentil 75) en las otras 3 al no cumplir ninguna, criterios de normalidad en al menos uno de los 4 grupos.

Para valorar la existencia de diferencias estadísticamente significativas intergrupales en las variables independientes se calculó test chi cuadrado para el sexo y el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para las otras 3 variables, con un nivel de significación del 0,05 y un intervalo de confianza de 95%.

En cuanto a las variables dependientes se analizaron descriptivamente mediante el cálculo de frecuencias para consultas evitadas/evitables y mediana (percentil 25-percentil 75) para las otras dos, al no cumplir ninguna los criterios de normalidad. Analizamos posteriormente si existieron diferencias estadísticamente significativas intergrupales mediante la técnica de Chi al cuadrado en la primera y, en las otras dos, mediante la técnica no paramétrica de U de Mann-Whitney, con un nivel de significación del 0,05 y un intervalo de confianza de 95%, aplicando posteriormente

la técnica de diferencia de medianas de Hodges-Lehman para muestras independientes.

Realizamos un análisis descriptivo de las causas de retirada mediante el cálculo de frecuencias, analizando la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre grupos experimental y control mediante la técnica de Chi al cuadrado.

También realizamos una descripción de las causas de exclusión a la DETELPROG.

11. Aspectos ético-legales

El comité ético de la provincia de Huelva evaluó y autorizó este estudio. Además, al ser un ensayo clínico controlado y aleatorizado, ha sido registrado con el número de registro de ensayo clínico ACTRN12617001536358

METODOLOGÍA DEL TERCER ARTÍCULO QUE RESPONDE AL CUARTO OBJETIVO

1. **Diseño del estudio:**

Estudio cualitativo de carácter descriptivo e interpretativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

2. **Población a estudio**

La población de estudio fue una población finita compuesta por los MAP e internistas que pertenecieron al grupo experimental del estudio DETELPROG y que por lo tanto tuvieron la posibilidad de realizar o recibir derivaciones telefónicas programadas durante el periodo del estudio.

3. **Aleatorización**

Para la selección de los pacientes se realizó una misma aleatorización de pacientes por bloques que en el primer artículo.

4. **Intervención**

Se realizaron un grupo focal para MAP y otro para internistas. Posteriormente realizamos 2 entrevistas para los internistas y otras 2 para los MAP que no pudieron acudir a los grupos focales. Además, se realizaron entrevistas a los informadores clave.

Las grabaciones se realizaron desde el 3 de octubre de 2019 que se realizó el grupo focal de MAP hasta el 30 de enero de 2020 que se realizó la última entrevista.

Realizamos un guion común para grupos focales y entrevistas.

- **Grupo focal de MAP:** De los 13 MAP que pertenecían al grupo experimental, dos de ellos no realizaron ninguna derivación por ninguna vía durante los meses del estudio por lo que no se los convocó. De los 11 MAP que intervinieron se convocó a todos, menos a los 2 informantes clave, a realizar un grupo focal buscando las ventajas de las técnicas de recogida de información grupales con respecto a las individuales^{87,91}. De los 9 convocados solo pudieron acudir 7.

Previo a la convocatoria se realizó un guion de entrevista (Anexo 1) preguntando sobre barreras y beneficios de la DETELPROG en cada una de las fases de la derivación (desde que el MAP se plantea la derivación hasta el alta por el internista), respecto a la derivación presencial, teniendo en cuenta también los problemas detectados en las consultas telefónicas a tiempo real^{18,31,32,36,38,39,80}.

Para la convocatoria, se contactó telefónica o personalmente con los MAP y se les citó en un restaurante, más o menos equidistantes a todos los centros de salud y consultorios de los participantes, para realizar el grupo mientras tomábamos un aperitivo previo a la comida.

- **Grupo focal de Internistas:** De los 5 internistas que participaron en el estudio, 2 de ellos se habían trasladado a otro hospital y, además, en años anteriores, habían trabajado como médicos de atención primaria durante varios años, por lo que los consideramos informadores clave, por lo tanto, solo pudieron participar 3 de ellos en el grupo focal.

Previo a la convocatoria, se realizó un guion de entrevista similar al de los MAP (Anexo 2) y posteriormente se contactó con la jefa de servicio de medicina interna para que convocara a los internistas participantes y se quedó un día entre semana en la sala de juntas del servicio tras la jornada laboral matutina.

- Por otro lado, se convocó a los MAP e internistas que no pudieron asistir al grupo focal para realizar con ellos una entrevista semiestructurada. Además, consideramos oportuno realizar entrevistas semiestructuradas a nuestros informadores clave⁹² ya que eran los profesionales que más usaron y que más rechazaron la DETELPROG, con el objetivo de tener sus opiniones de manera individual.

El guion fue el mismo para las entrevistas semiestructuradas que para los grupos focales e informadores clave con el objeto de ver posibles diferencias entre ellos con las mismas cuestiones.

Para la convocatoria de los profesionales a los que se le realizó entrevista se les contactó vía telefónica y se quedó con ellos el día y en el lugar propuesto por los mismos para que estuvieran lo más cómodo posible.

El entrevistador-moderador, en todos los casos era el investigador principal, compañero MAP de todos los participantes y conocido por todos ellos.

Para los grupos focales también usamos un observador para la anotación del lenguaje no verbal.

Antes de comenzar con las técnicas se pidieron por escrito los consentimientos informados para las grabaciones (Anexo 3) y se pidió también dicho consentimiento en las grabaciones verbalmente.

5. **Criterios de inclusión**

Al ser una población finita y accesible se realizó el estudio con todos los miembros de la población a estudio que desearon participar en el mismo.

6. **Criterios de exclusión**

No existen

7. **Informadores clave**

Fueron el MAP que más rechazó la DETELPROG (MAP informador clave 1) y el que menos lo hizo (MAP informador clave 2) con 21 rechazos de 36 derivaciones y con ningún rechazo de 14 derivaciones respectivamente; así como, por su doble visión, a dos internistas que trabajaron, años antes, en atención primaria como médicos de familia.

8. **Análisis de los datos**

Se realizó un análisis del contenido de la información recogida:

- **Grabación:** las entrevistas y los grupos focales fueron grabados en formato digital previo consentimiento informado de los participantes.
- **Transcripción:** toda la información grabada fue transcrita literalmente en un procesador Word.

- **Lectura comprensiva de los textos:** una vez transcritas las grabaciones se realizó una lectura preliminar de dichos textos para corregir errores de transcripción.
- **Análisis de los contenidos:** se realizó un análisis a nivel semántico en dos fases:

1. Identificación de segmentos relevantes del texto. (Codificación de las transcripciones):

Inicialmente, las categorías pactadas por el grupo investigador, que surgieron del marco teórico y a partir de las cuales se realizó el guion de las entrevistas, fueron las siguientes:

- Toma de decisión del tipo de derivación más adecuada.
- Consentimiento informado verbal y escrito.
- Características técnicas y programáticas para la solicitud de la primera cita
- Comunicación con MI.
- Características técnicas (teléfono, ordenador...).
- Características interpersonales (toma de decisiones, actitudes...).
- Seguimiento de los pacientes.
- Relación MAP-Paciente.
- Relación MAP-MI.

Tras la realización de los grupos focales y la primera entrevista con informador clave internista, se transcribieron las grabaciones y se codificaron las transcripciones por 3 miembros de equipo investigador para consensuar las distintas categorías y sus definiciones, quedando finalmente como sigue:

- a. **Médico de familia como pivote central:** sensación de colocar al MAP con un papel más central en las decisiones con respecto a la salud de su paciente, incluso en el medio hospitalario
- b. **Falta de pruebas disponibles en atención primaria:** Como causa del éxito de la DETELPROG es el pobre catálogo de pruebas que se puede pedir desde AP y que te permite ampliar al acordarlas con internista.
- c. **Comparación con otro tipo de derivaciones:** Comentarios y comparaciones con otros tipos de derivación/contacto AP-hospital ya experimentados (derivación presencial, mail, consulta telefónica no programada...)
- d. **Valoración cualitativa general:** Valoración y satisfacción general de los participantes
- e. **Propuestas de mejora:** Propuestas de mejoras que hacen los participantes.
- f. **Implicaciones ético-legales:** Dudas sobre temas ético-legales surgidas
- g. **Causas de rechazo-aceptación DETELPROG:** características de los pacientes, de las consultas o cualquier tipo de característica que haga al médico rechazar o decantarse por la DETELPROG en vez de por la derivación presencial
- h. **Características positivas o negativas en:**
 - **Relación MAP-internista:** Características que modifiquen la relación profesional entre el MAP e internista
 - **Relación médico-paciente:** Características que afecten a la relación médico-paciente

- Planear DETELPROG: Facilidades y problemas que aparecieron desde que el MAP se plantea derivar al paciente hasta que comienza la conversación telefónica. (Plantearse idoneidad de dicho método de derivación, consentimiento informado al paciente, planear el día que realizará la llamada telefónica, planear la consulta telefónica con su compañero)
- Mejoras cuantitativas: Mejoras de variables objetivas cuantitativas: Tiempo de espera, desplazamientos de los pacientes, listas de espera, capacidad de ver mayor/menor número de pacientes.
- Comunicación MAP-internista-paciente: Beneficios y problemas en la comunicación telefónica entre MAP-internista-paciente (actitudes, acuerdos y desacuerdos en pruebas complementarias, tratamientos, seguimiento, revisiones; consejos, calidad de la información, fiabilidad de la información, registro de la información)
- Características organizativas: Cualquier característica que dependa de la Organización de la DETELPROG (fase inicial de formación/preparación previa de los participantes, organización de agendas (horario y duración), sobrecarga de trabajo, protocolización de las consultas...)
- Características técnicas: Funcionamiento de los teléfonos, funcionamiento de los ordenadores, de software (accesos a las historias de los pacientes, pruebas complementarias, módulo de citación...)

Mientras se iban triangulando las categorías definitivas se fueron realizando y transcribiendo las demás entrevistas.

2. Análisis por perfiles

Una vez consensuadas las categorías finales y transcritas todas las grabaciones, el investigador principal realizó la codificación de todas las transcripciones y realizó el análisis del contenido de las transcripciones por categorías y dividido por perfiles de Internista y MAP, con ayuda del programa informático Nvivo 12.

9. Aspectos ético-legales

Antes de la entrevista se solicitó el consentimiento informado por escrito de los/las participantes y se garantizaron la protección y la confidencialidad de las informaciones y de los datos personales. La información obtenida se trató de manera que no fuera posible identificar a las personas participantes. El tratamiento de los datos se hizo según la Ley Orgánica 15/1999 sobre protección de datos y el Real Decreto 994/1999 sobre seguridad de ficheros automatizados que contengan datos personales.

RESULTADOS

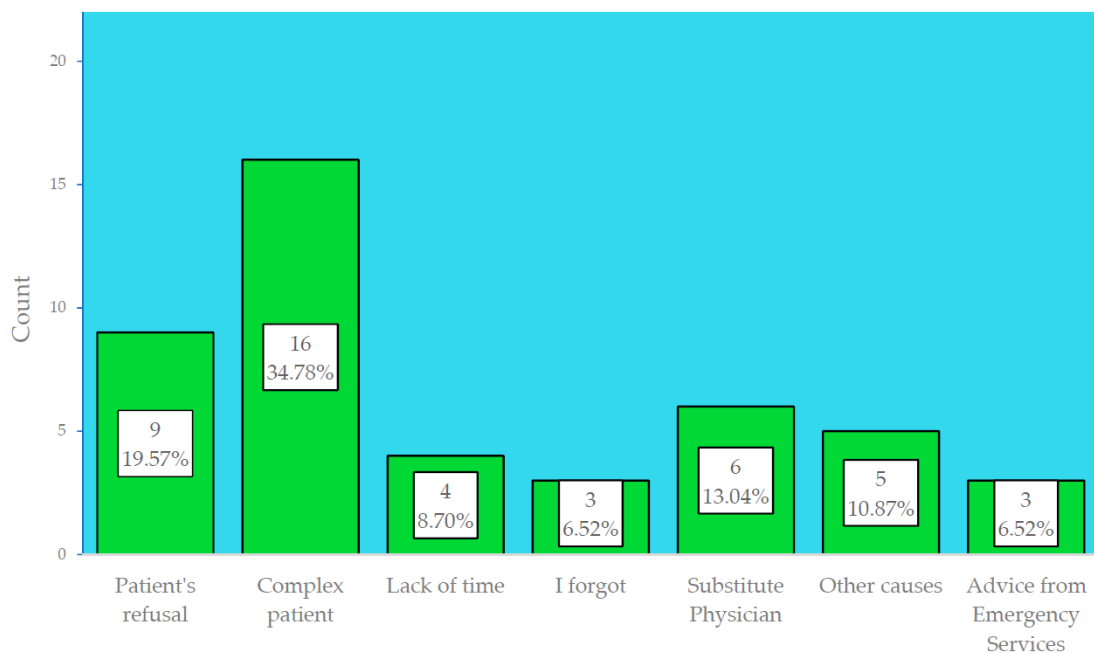
RESULTADOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS

De los 58 MAP del AGSNH, 50 aceptaron participar y, de estos, fueron excluidos 7 del grupo experimental y 13 del grupo control, por reunir los criterios de exclusión para MAP, quedando 13 MAP en el grupo experimental y 17 en el control. Los 8 MAP que inicialmente rechazaron la participación en el estudio lo hicieron por considerar que les iba a consumir mucho tiempo y/o esfuerzo. La misma causa aportaron los 7 MAP del grupo experimental que fueron excluidos posteriormente. De los 13MAP excluidos del grupo control, las causas fueron, para uno de ellos, que la recogida de datos le iba a suponer mucho tiempo y esfuerzo, y los otros 12, refirieron que no se acordaron de hacer la recogida de datos.

Con respecto a los 46 pacientes que cumplieron criterios de exclusión para pacientes, fue «la complicación de los pacientes para el manejo desde AP» el criterio más frecuente, seguido del rechazo por parte del paciente (Figura 2).

Figura 2: Causas de exclusión para pacientes



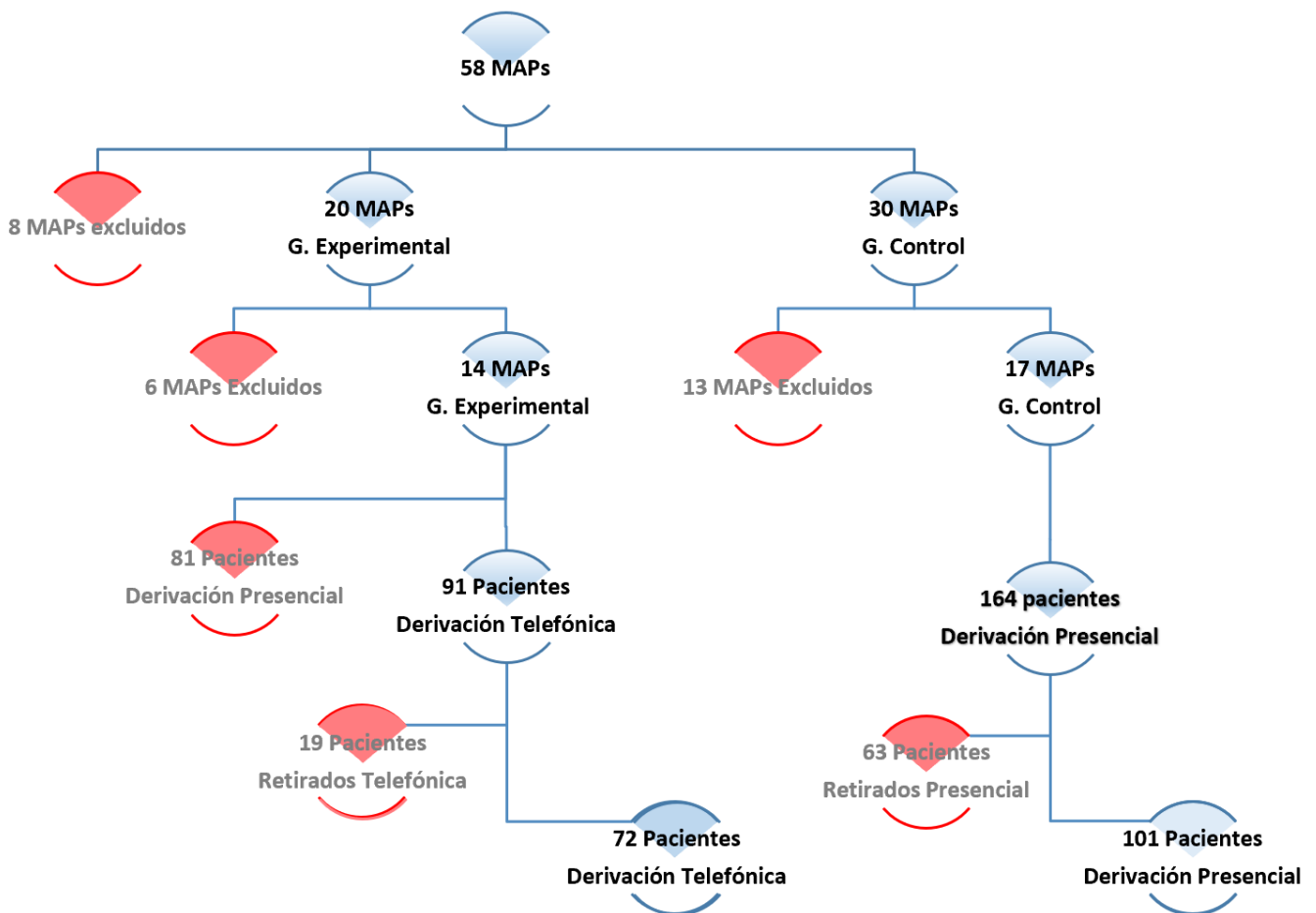
Fuente: Creación propia

Aunando los dos periodos de derivaciones, los 17 MAPs del grupo control derivaron 164 pacientes de los cuales 63 (38,4%) se retiraron del estudio por cumplir criterios de retirada. Los 13 MAPs del grupo experimental derivaron 172 pacientes, de los cuales 91 (53%) se mandaron por vía telefónica y 81 pacientes (47%) por vía presencial. Estos últimos 81 pacientes fueron rechazados para el estudio por cumplir uno de los criterios de exclusión para pacientes. De los 91 pacientes del grupo experimental, 19 (20,9%)

fueron retirados del estudio por cumplir uno de los criterios de retirada En la figura 3 se muestra el esquema del estudio para su mejor comprensión.

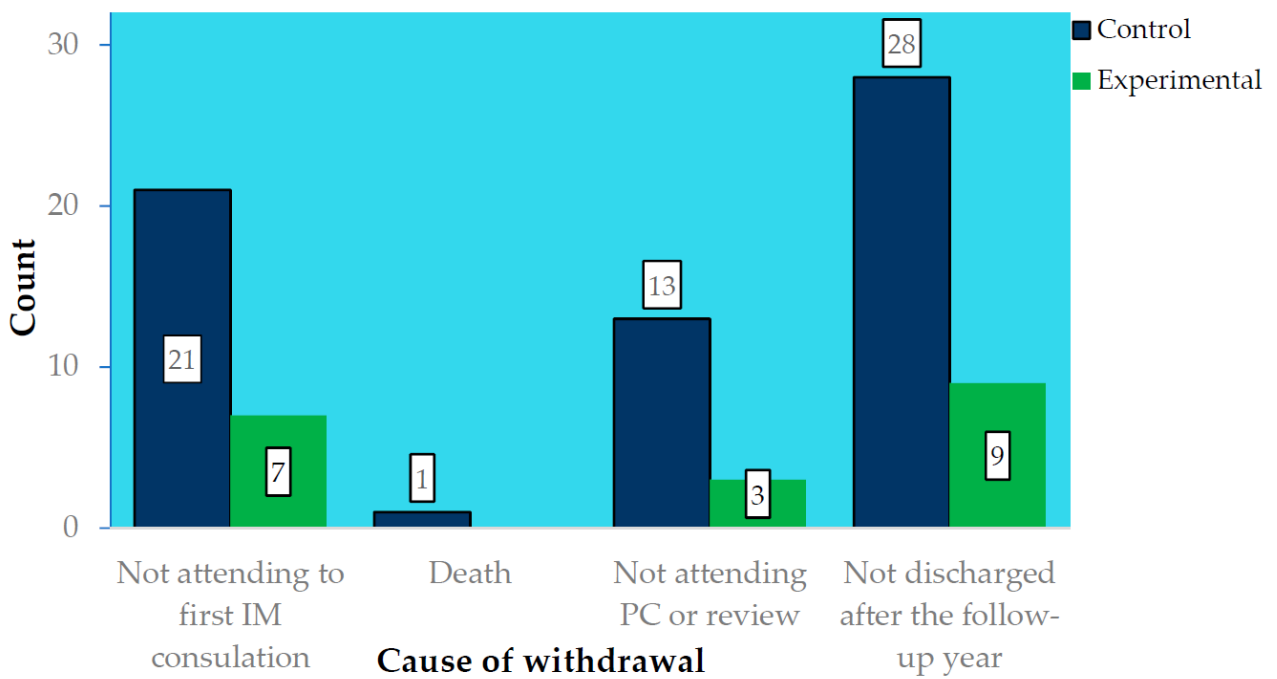
En cuanto a los criterios de retirada existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y control en la cantidad de retiradas (38,4% vs 20,9%) $p=0,04$, aunque las causas de retirada estaban distribuidas de manera uniforme en ambos grupos $P=0,88$. (figura 4)

Figura 3: Esquema general del estudio



Fuente: Creación propia

Figura 4: Recuento de pacientes retirados según causas de retirada



Fuente: Creación propia

Tabla 1. Características sociodemográficas de los MAPs incluidos y excluidos, por grupos.

| Características sociodemográficas | MAPs excluidos n=20 | Grupo experimental n=13 | Grupo control n=17 | Valor P |
|--|------------------------|----------------------------|-----------------------|----------|
| Sexo n (%) | | | | |
| Hombre | 13 (65%) | 7 (53,8%) | 14 (82,4%) | P= 0,236 |
| Mujer | 7 (35%) | 6 (46,8%) | 3 (17,6%) | |
| Edad en años | | | | |
| Mediana (P25-P75) | 57,5 (36-60) | 59 (43-61,5) | 54 (43-58,5) | P= 0,624 |
| Distancia al hospital en kilómetros | | | | |
| Media (\pm desviación típica) | 44,5 (\pm 25,4) | 39 (\pm 11,4) | 32 (\pm 24,4) | P= 0,551 |
| Tarjetas sanitarias ajustadas por edad | | | | |
| Media (\pm desviación típica) | 1.747 (\pm 590) | 1.756 (\pm 635) | 1.804 (\pm 570) | P= 0,926 |
| Nº derivaciones en 2014 | | | | |
| Mediana (P25-P75) | 32 (22-45) | 27 (20-49) | 21 (18-32) | P= 0,101 |
| Índice de ruralidad | | | | |
| Media (\pm desviación típica) | -0,53 (\pm 0,54) | -0,57 (\pm 0,41) | -0,57 (\pm 0,51) | P= 0,768 |

Fuente: Creación propia

Las variables independientes sociodemográficas de los pacientes están descritas en la tabla 2, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de pacientes con respecto a la distancia al hospital de Riotinto desde su población. Pero al analizar los grupos 2 a 2, nos encontramos que el grupo que provoca las diferencias es el control, con una diferencia de mediana de 8 km con respecto al grupo experimental y al de pacientes excluidos.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos y excluidos, por grupos.

| Características sociodemográficas | Pacientes excluidos n=81 | Pacientes retirados n=82 | Grupo experimental n=72 | Grupo control n=101 | Valor P |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|---------|
| Sexo n (%) Hombre Mujer | 33 (40,7%) 48 (59,3%) | 33 (40,2%) 49 (59,8%) | 31 (43,1%) 41 (56,9%) | 41 (40,6%) 60 (59,4%) | P=0,985 |
| Edad en años Mediana (Rango intercuartílico) | 56 (44,42-69,50) | 54,8 (39,75-71,34) | 56 (41,25-66) | 56 (43-69,30) | P=0,92 |
| Índice ruralidad Mediana (Rango intercuartílico) | -0,9 (-0,92 - -0,59) | -0,78 (-1,09 - -0,59) | -0,69 (-0,92 - -0,42) | -0,78 (-1,13 - -0,43) | P=0,02 |
| Distancia al hospital en kilómetros Mediana (Rango intercuartílico) | 30,5 (27-35) | 27 (3,7-41,22) | 36,2 (27-44,9) | 23 (0-41,3) | P<0,01 |

Fuente: Creación propia

Con respecto a las variables dependientes (tabla 3) el 91,7% de las derivaciones telefónicas evitaron una consulta presencial con el internista, siendo el 85,1% de las consultas del grupo control previsiblemente evitables y no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Con respecto a días de espera para interconsulta con MI y hasta resolución del proceso, obtenemos diferencias estadísticamente significativas en ambas ($P < 0,001$ y $P = 0,002$ respectivamente) con una estimación de 27 (20-33) y 46 (17-74) días de diferencia entre ambos grupos respectivamente.

Tabla 3. Resumen y diferencias entre grupos de las variables dependientes

| Variable | Grupo experimental n=72 | Grupo control n=101 | Valor p | Diferencias de medianas en días (IC 95%) |
|--|----------------------------|------------------------|-----------|--|
| Derivaciones presenciales evitadas/evitables n (%) | 66 (91,7) | 86 (85,1) | P = 0,290 | No diferencias estadísticamente significativas |
| Espera para interconsulta con MI, en días. Mediana (P25-P75) | 11 (7-19) | 41 (23-56) | P < 0,001 | 27 (20-33) |
| Espera hasta resolución del proceso, en días. Mediana (P25-P75) | 104,5 (39,5-169) | 147 (74-228) | P = 0,002 | 46 (17-74) |

Fuente: Creación propia

Durante el estudio se dedicó a la consulta telefónica el 9,3% del tiempo total dedicado a primeras consultas desde AP. Las derivaciones telefónicas supusieron alrededor de un 9% de todas las derivaciones a MI, con lo cual, la organización de la DETELPROG, no le dio más tiempo a ninguno de los dos tipos de derivación.

RESULTADOS CUALITATIVOS

1. Médico de atención primaria (MAP) como pivote central: Tanto los dos internistas con experiencia como MAP como la gran mayoría de los MAP expresaron que la DETELPROG le da más protagonismo al MAP como eje central de la salud de su paciente, dándole más capacidad resolutoria en el entorno natural del paciente, el centro de salud. Además, se le hace partícipe de las decisiones diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo por los especialistas del hospital (en este caso por los internistas) y que abre la puerta a una posible mayor implicación del MAP en las decisiones sobre sus pacientes tomadas en las consultas externas de atención hospitalaria.

“...el médico de cabecera aumenta su importancia, aumenta su papel relevante, aumenta la toma de decisiones, aumenta en definitiva asumiendo más responsabilidad de alguna manera, aunque esta esté aconsejada, consensuada, etc. etc., pero el médico de cabecera pasa a ser todavía más pivote central de la asistencia sanitaria...” (internista informador clave 1)

2. Falta de pruebas disponibles en atención primaria: Una de las quejas continuas de los MAP y razones del éxito de la DETELPROG no es más que el pobre catálogo de pruebas complementarias y parámetros analíticos de los que se disponen los MAP de nuestra área sanitaria rural. La DETELPROG soluciona en parte este déficit ya que los MAP a través de la misma podían solicitarle y justificarle dichas pruebas no disponibles al internista para que él las solicitara.

“...Antes de internista fui médico general aquí en Huelva y entonces mi formación había sido hospitalaria desde después de la carrera y sabía mucho todo lo que había que hacer. El tema está en que no tenía los medios adecuados. Entonces supongo yo... eso sería la idea de decir yo sé que tengo que hacer pero no me dan los medios para poder realizarlo...” (internista informador clave 2).

“...y luego se ha ganado en una cosa fundamental, que es evitar un paso que si los médicos de primaria tuviéramos la opción de pedir esas pruebas complementarias se evitarían en ese 90 y tanto por ciento...” (grupo focal MAPs)

3. Comparación con otro tipo de derivaciones: Surgieron varias comparaciones de la DETELPROG, además de con la presencial, con consultas/derivaciones vía telefónica inmediata y mailing.

- En cuanto a la vía telefónica inmediata:

- Los internistas se quejaban que la información aportada por el MAP era de peor calidad y menos fiable que de manera programada. Además, la falta de programabilidad sobrecargaría su ya sobrecargada agenda.

“era una consulta un poco más light, yo le decía yo te pido el tac y yo escribía; el médico de familia me pide el tac, veo que no hay contraindicaciones, con lo cual acepto... e íbamos un poco de una manera...menos información...porque el médico de cabecera quería que yo le pidiera un tac y la información que me había dado era más o menos sensata y yo accedía a pedir el tac, pero claro...” (internista informador clave 1).

- Un MAP del grupo focal valoraba positivamente la programabilidad de la DETELPROG en comparación la inmediata,

“Una ventaja para mí muy importante fue la gestión del tiempo, porque yo me citaba a los pacientes en tal y entonces ya tenía conexión con el hospital y entonces era como más operativo en el sentido de que bueno, no es lo mismo, que llamar y pedir un favor, de hablar con el internista, no sé cuánto...cuando ya tenías tu hora, el internista te esperaba...y tu exponías el asunto, o sea, para mí eso fue fantástico.”

- Sin embargo, para otra MAP que usaba la vía telefónica inmediata de manera habitual refiere que el método era el mismo y la información era exactamente igual que con la programada pero que la disponibilidad del internista no era igual.

“...Tenemos un teléfono, yo llamo a ese teléfono, cogen el teléfono, pregunto si están ocupados, porque si está un paciente... Yo les digo que, si están ocupados, me llamas después. Les dejo un teléfono de contacto, y si están ocupados me llaman cuando terminan. Entonces hablamos después del paciente, igual, igual que lo que se hacía contigo, yo lo hago...” (MAP).

- En cuanto a la derivación vía mailing, que se instauró poco después de terminar nuestro experimento, no resultó tan beneficiosa para los MAP que lo expresaron. Vía mailing, se aporta menor información, menos personal y menos completa. Además, los tiempos son más indeterminados y la tranquilidad que le da a los MAP hablar directamente con su compañero hospitalario es mucho mayor que a través de un mail. *“...me ha tardado muchísimo, porque no sabes si la persona está disponible o no está, a lo mejor está de vacaciones, a lo mejor está fuera, está de descanso... Que me ocurrió, y entonces cuando recibí la respuesta ya había pasado un mes. Y a parte no es la misma tranquilidad, las preguntas que te puedan hacer el especialista en cuanto al paciente, que tú le puedes responder a lo mejor yo, al hacer una pregunta online, escribo una serie de datos, pero faltan cosas que a lo mejor si me las pregunta directamente, se aclaran muchísimo mejor...” (MAP)*

4. Valoración cualitativa general:

- Para todos los MAP fue una posibilidad de derivación muy útil en múltiples aspectos y en todos los casos la usarían de manera habitual si se instaurara de manera habitual

“la impresión subjetiva mía y de los pacientes, que puedo transmitir a este grupo, es que la experiencia ha sido super positiva, es decir, el paciente, como dice la introducción, ha ganado en tiempo, le han atendido antes, ha ganado en comodidad, no solo porque se ha evitado un desplazamiento al hospital, sino porque la primera consulta la ha hecho en presencia de su médico de familia, que suele tener mucha más confianza que a lo mejor con otros especialistas que no conoce” (grupo focal MAP).

“Muy útil, yo creo que eso está más que dicho, yo creo que es muy útil y que me gustaría una implantación de este tipo de sistemas. A mí me da más confianza y tranquilidad el contactar con esta persona, el contacto directo.” (MAP)

- Los internistas consideraron que era un método de derivación útil en todos los casos, pero cada uno de ellos ponía algunos matices. En el grupo focal se refirieron que era un tipo de derivación para cosas fáciles, pacientes simples, solicitud de una prueba complementaria en pacientes muy bien dirigidos... Para uno de los internistas clave fue útil, pero consideraba que se debería hacer para determinadas patologías y previa protocolización para que fuera mejor, cosa también sugerida como mejora por una internista en el grupo focal. Y para el otro internista clave, es un tipo de derivación que serviría para todo tipo de pacientes y situaciones excepto para aquellos pacientes que considerara alguno de los dos compañeros que sería necesaria una exploración por parte del internista para que no se escapasen determinados signos y/o síntomas poco habituales y desconocidos por el MAP que puedan reportar un perjuicio en el paciente al no ser detectados.

“...yo te sirvo como un punto de apoyo que es bastante bueno y que ese punto de apoyo hay que verlo en positivo porque ese punto de apoyo le puede salvar la vida al enfermo, pero, en determinadas circunstancias, por el contrario, a ti se te ha podido escapar algo y para el enfermo hubiera valido más haber venido a la consulta aunque hubiera esperado un mes y medio, eso también tenemos que estar conscientes...” (internista informador clave 1)

5. Implicaciones ético-legales: Existen controversias en cuanto a las responsabilidades de los distintos médicos implicados en el proceso de la DETELPROG y en los consentimientos informados de las pruebas complementarias que se solicitan a los pacientes ya que el que firma las peticiones es el internista que no ve al paciente de manera presencial para explicarle los riesgos.

- A nivel de los MAP no existió esa preocupación en ninguno de los entrevistados y en su mayoría pensaban que cada uno tenía la responsabilidad de lo que hacía y no veían problemas ético-legales que pudieran surgir

“...La responsabilidad es compartida seguro y te voy a explicar por qué, desde el momento que tú estás contando a un médico especialista de hospital, sus antecedentes, su medicación y su exploración física, si él no quiere hacerse cargo virtualmente de ese paciente te dice mira, este paciente...” (Grupo focal MAP).

“...No, la verdad que no me sentí... Normal, en ese sentido. Es compartida, yo hacía mi trabajo, es lo mismo que cuando yo le escribo en la petición, envío y derivó a tal paciente por esto y esto, y él lo va a ver y lo va a leer, pero después le va a hacer sus pruebas y demás. Yo creo que es una responsabilidad compartida. La primera decisión es la mía, la de hacer la consulta, lo mismo que la petición escrita, o sea que...” (MAP).

“...cuando tú mandas a alguien al hospital parece que como que te desprendes de él y ya el internista o el especialista del hospital es el encargado de la salud o de ese problema del paciente y, sin embargo, de esta forma pues... es un compartir al paciente y no cae la responsabilidad en el interista, sino que es tuya.” (MAP informador clave 2)

- Los internistas tuvieron más dudas al respecto y el hecho de no poder explorar al paciente les dio la sensación de que podrían haberse producido consecuencias ético-legales si se hubiera presentado algún problema.

“Yo tengo que reconocer que cuando esto ocurría pues decía, consulta realizada de forma virtual, un poco por...para cuando se leyese la historia pues se supiera que yo es que no he visto al paciente, que ha sido una consulta que se le ha hecho a través de un teléfono y yo me guío por lo que está diciendo mi compañero de primaria, entonces yo sí que es verdad que en ese sentido me guardaba un poco las espaldas entre comillas, de decir, mira es que yo he hecho lo que he podido desde el teléfono” (grupo focal internistas).

Además, un internista expresó dudas importantes sobre su responsabilidad a la hora de firmar peticiones de determinadas pruebas complementarias sin la posibilidad de realizar el consentimiento verbal al paciente de manera presencial.

“...entonces, lógicamente hay una responsabilidad como decía, de aceptar esas pruebas por el médico de familia, a su paciente, pero lógicamente hay una responsabilidad escrita de que yo soy el que pido la prueba, y si hay un efecto, digamos negativo o un efecto adverso y el enfermo pide explicaciones, pues va a hacer que el médico que ha pedido la prueba pues no ha hablado con el paciente, no lo conoce...” (Internistas informador clave 1)

6. Relación MAP-internista: Todos los entrevistados coincidieron que la DETELPROG mejora esta relación pero que dicha mejora se vería más a largo plazo ya que fueron pocos meses y pocas derivaciones telefónicas las realizadas para conseguir dicha mejora. *“E3. Es que no es significativo. El volumen de consultas no fue significativo para eso...E2. Fueron saltados” (grupos foca Internistas).* *“Yo creo que sí, que se fortalece también la relación, por ejemplo, la doctora Morales no la conocía...y fue encantadora y colaboradora en todos los sentidos y yo creo que eso hace fortalecer, claro que sí.” (MAP).*

7. Relación médico-paciente: En cuanto a los internistas los entrevistados coincidían en que con la DETELPROG se pierde esa relación ya que en la mayor parte de los casos no ven al paciente y lo único que hacen es hablar por teléfono con él. Cosa que aprecian como un problema del sistema pero que aceptan debido a los beneficios en rapidez que le supone al paciente.

“...si tú contestas una consulta telefónica pues lógicamente al paciente no lo ves...eso lo eliminas totalmente, lo eliminas en aras de una mayor rapidez diagnóstica, que al final es lo que interesa, lo que interesa es que ayudemos al paciente lo antes posible...” (Internista informador clave 1).

Para los MAP, el hecho de que sus pacientes los viesen comunicarse por teléfono con su homólogo hospitalario como un igual, llegando a acuerdos para su diagnóstico y tratamiento y notasen que hay una interconexión entre el hospital y su médico para solucionar su problema, potencia la relación médico-paciente.

“...era como si los pacientes vieran que tú eras importante, o sea que como que en el hospital te tenían en valor, te hacían caso, compartíais las opiniones que ya le habías explicado tú al paciente y los internistas la compartían...lo que yo experimenté fue una mejora importante de la relación médico-paciente.” (MAP informador clave 2)

8. Planear DETELPROG:

- Con respecto a los MAP, cuya fase de preparación llevaba más trabajo que la de los internistas, no hubo grandes dificultades. En cuanto a la decisión de optar por ofrecerles o no la DETELPROG, aunque se analizará con mayor detalle en un punto posteriormente, hubo algunos MAP que todo lo que se planteaban derivar a medicina interna lo hacían por vía DETELPROG y otros que seleccionaban los pacientes a los que se la ofrecían o no “E2. Claro, yo sesgo, yo filtro al paciente que va a participar en el estudio en función de lo que conozco del paciente y de la patología que va a originar la derivación. Eso es así y tiene que ser así. E7. Yo la determinación que tomé que aquel que derivara a medicina interna lo iba a derivar por esta vía, salvo que él dijera que no, por no hacer ningún tipo de discriminación...” (grupo focal MAP).

- Con respecto al consentimiento informado ningún MAP expresó dificultades ni una sobrecarga de trabajo o de tiempo y lo consideraron muy fácil sin tener la sensación de dificultad alguna.

- Con respecto al planificar el día de citar al paciente para la DETELPROG, algunos MAP expresaron que a veces puede pasar que cambies alguna guardia o salga algún imprevisto por el que no estés en la consulta ese día, pero fue poco frecuente y se solucionó pidiendo otra cita en algún otro día, y como eran muy rápidas nadie lo expresó como problema

“Eso es lo único que hubo que cambiar algunas citas porque coincidieron con salientes de guardia, o coincidían con las del especialista también que hubiera estado de guardia y tal, es la única vez que hemos tenido que cambiar alguna... En general se pudo hacer bien.” (MAP).

- En cuanto a la preparación de la consulta, algunos MAP expresaron que se preparaban el tema que iban a consultar para poder tener fundamentos en la decisión compartida al respecto de pruebas complementarias a pedir, o tratamientos a recomendar “...un estudio a una niña, que yo consideraba que a parte de la analítica había que hacer una endoscopia antes porque así lo recoge el protocolo de estudio...” (grupo focal MAP) y en cuanto a los internistas, una de ellas expresó que ella miraba la derivación para ver un poco qué le iban a preguntar pero los dos internistas informadores clave expresaron que ellos no se preparaban nada “Alguna gente si tenía escrita la historia en su historia muy bien detallada, que tu entrabas y lo mirabas y otra gente pues no tenía el paciente allí y le iba preguntando lo que nosotros queríamos saber, yo mismamente entraba un poquillo para una pista, a ver de qué va, porque eso a ver, que te van a preguntar” (grupo focal internistas). “No, no. Creo que tengo cierta experiencia a nivel de clínica y más o menos muchas patologías ya se solventarlo y sé más o menos donde... pero no... lo que sí, por ejemplo cuando ya tenga... recibes los resultados tienes que estudiando y tienes que revisar...(Internista informador clave 2)

9. Mejoras cuantitativas: Las mejoras en tiempo de espera, desplazamientos de los pacientes y listas de espera fue percibida por todos los participantes del estudio y destacado como una de las grandes ventajas y justificación del estudio, característica que ya fue demostrada en la parte cuantitativa del estudio y que todos ya conocían.

10. Comunicación MAP-internista-paciente: En general la comunicación vía telefónica con los tres implicados se vio muy positiva por todas los entrevistados:

- La calidad y cantidad de información compartida fue mucho más completa que mediante el formato papel tradicional de la derivación presencial. Todos coincidieron en que la posibilidad de compartir a un paciente entre ambos profesionales fue una

experiencia positiva en cuanto a la cantidad y calidad de la información que aporta tanto el MAP como el paciente al internista

“yo creo que el médico de familia enriquece mucho porque ahí cuando te manda un paciente hay datos que tu desconoces del paciente que lo conoce el médico de familia y a veces la interrelación con la familia, hay un conjunto de datos que no suele ser aportados por vía escrita y sin embargo a nivel de comunicación pues es más enriquecedora incluso yo diría que ese contacto previo es bastante enriquecedor.”(Internista informador clave 1).

“siempre a la hora de hablar con otra persona, aunque sea por teléfono, la comunicación es más fluida que no lo que puedas aportar en un documento escrito que suele ser más fría y seguramente por la premura de tiempo, también más limitada.” (MAP informador clave 1).

- Pero en cuanto a la fiabilidad de la información, el hecho de que los internistas no vean al paciente en directo les supone cierta controversia y muchas veces tienen cierta reticencia a fiarse de la exploración de los MAP o cierto “prurito” a que se les escape algún dato importante

“No te cuentan el paciente igual unos, que te lo cuentan otros y eso influye muchísimo, al final terminas a lo mejor diciendo, mira le voy a ir pidiendo la ecografía abdominal por ejemplo y lo voy a citar.”(grupo focal internistas).

“ese es un poco el prurito que me queda, que yo no he auscultado al enfermo, no lo he explorado, tengo que asumir los datos que el médico de familia me da.” (internista informador clave 1).

- Con respecto al registro en la historia clínica digital, ambos médicos registraban que se trataba de una consulta telefónica y un resumen de lo hablado y acordado.

- En cuanto a la hora de acordar las pruebas a pedir, los tratamientos a aconsejar al paciente, el seguimiento y revisiones a realizar, consejos... aunque hubo distintas actitudes en cuanto a acatar la decisión del MAP, del internista o de realizar una discusión constructiva entre ambos médicos y el paciente, todos los entrevistados manifestaron una enorme satisfacción al respecto y hubo siempre acuerdo entre las partes a excepción de una sola ocasión que terminó con la solicitud de una derivación presencial por parte del MAP debido al desacuerdo en los planteamientos del internista.

- Todos los entrevistados manifestaron su total satisfacción también con la actitud y la disposición de su compañero a la hora de compartir al paciente vía telefónica, aunque algunos MAP se quejaban de la actitud ocasional de una internista en particular, y un MAP se quejó de que al principio notó cierta desconfianza en la DETELPROG por parte de los internistas y su secretaria

“había al principio algunos o algunas internistas que no estaban mucho por la labor de colaborar y todos sabemos a quién nos referimos, entonces eso es una pega por la falta de colaboración que hemos...este que está aquí y mis circunstancias...Que le hablan...”. “Un poco socarronamente decían “consulta virtual”... al principio había un poco de incredulidad por parte de los internistas, que la secretaria...concepto virtual, parecía que tu oías que no era una cosa muy aceptado, muy...pero luego ya, se montaron en el carro y empezaron a tomárselo más en serio...”(grupo focal MAP).

11. Características organizativas:

- En cuanto a la fase preparatoria algunos participantes se quejaban de la falta de conocimiento personal que había entre los MAP e internistas que dificultó a veces la confiabilidad de la información y el entendimiento entre los médicos de ambos niveles

“E3: ...con ese inconveniente de que no conoces al interlocutor con el que estás hablando, se presupone que todos los médicos estamos formados de la misma manera... E1. Eso es discutible. E3. Pues por eso, entonces también ha llegado un momento, que también depende quien te haga la interconsulta...” (grupo focal internistas).

-La barrera más permanente citada fue debido al horario de las consultas telefónicas que estaban programadas en medio de consultas presenciales y hubo retrasos a la hora de que los internistas no cogieran el teléfono a la hora establecida para la cita o que lo

cogieran e hicieran esperar al MAP porque estaban ocupados con un enfermo presencial en la consulta, cosa que retrasaba a los MAP y que incomodaba a los internistas por hacer esperar a su compañero

“Alguna vez surgió...no cogieron el teléfono y el paciente tuvo que salirse de la consulta, esperar unos minutos, un cuarto de hora que yo viera a otros pacientes para volver a intentarlo otra vez y entonces sí lo cogieron... no hubo que anular la cita ni nada, sino que simplemente se retrasó unos minutos, yo seguí viendo a otros pacientes y después al segundo intento se solucionó.” (MAP informador clave 1).

- Con respecto al tiempo de las consultas, a todos los participantes les pareció apropiado los 15 minutos, aunque un internista y una MAP verían más apropiado los 20 minutos. Aunque para los MAP, la DETELPROG supuso una sobrecarga de trabajo por el hecho de que tenían que estar pendientes del paciente, cosa que con la derivación presencial te despreocupas algo más dejando la dirección del problema del paciente al compañero hospitalario, no les supuso ningún problema

“quizá un pelín de sobrecarga a lo mejor para nosotros, que en vez de desprendernos del paciente tenemos que estar un poquito más pendiente de lo que de lo que va pasando en toda esta historia, pero, bueno, que ese es nuestro trabajo y lo que a mí me gusta, con lo cual, a mí, esa sobrecarga no es sobrecarga...” (MAP informador clave 2). Para los internistas la consulta telefónica fue no supuso una sobrecarga *“E2. ¿Sobrecarga de trabajo?, no. E4. Llegan pacientes que tú de todas formas tenías ese hueco con el horario propio... E2. Hombre un poquillo menos de tiempo se tardaba, claro. (grupo focal Internistas)*

-Como ya hemos expresado en el punto de valoración cualitativa general, dos internistas echaron de menos que se hubieran diseñado unos protocolos de determinadas enfermedades para que se hubieran usado para hacer una DETELPROG más rápida y operativa

“...sería de alguna forma, concretar el estudio de que, de alguna forma, cómo engranar todo aquello de que vosotros disponéis y lo que nosotros podemos hacer que fuese de forma consensuada, o sea adecuada. Hacer unos protocolos.” (internista informador clave 2)

12. Características técnicas: No hubo problemas técnicos salvo que el teléfono de los internistas estaba inicialmente en una sal distinta a donde estaba el ordenador donde veían las historias de los pacientes, pero se solucionó en menos de una semana. Por lo demás, todo funcionó de manera correcta y los medios técnicos permitieron una conversación a tres óptima, y una visión simultánea de los mismos datos del paciente a través de los ordenadores en las dos consultas.

13. Causas de rechazo-aceptación DETELPROG: Existió muchas opiniones en cuanto a los casos típicos que se beneficiarían de una DETELPROG con respecto a la presencial y al contrario.

- **Casos claros de DETELPROG:** Parece que todo el mundo estaba de acuerdo que los casos típicos son aquellos que están muy dirigidos desde el MAP y precisan claramente y por protocolo una prueba específica que no se puede pedir desde atención primaria y el internista puede ofrecer la petición de dicha prueba

“Para cosas estándares y fáciles es para lo que es eso, la consulta telefónica. Para cosillas muy concretas” (grupo focal internistas).

Para un internista informador clave y para 4 MAP, donde entraban los dos informadores clave, la única limitación sería la de pacientes que manifestaran su deseo de ser derivados por vía presencial, ya sea por desconfianza en su MAP o por cualquier razón *“...hablar entre el médico de atención primaria y el especialista, yo creo que ahí no habría limitaciones en principio ninguna, yo me parece que el comentario vivo y actualizado en el que el médico de familia le explica al especialista la circunstancia de su paciente, en principio las características del paciente no deben*

de ser un factor limitante para impedir esta consulta telefónica.” (internista informador clave 1).

“Yo no lo creo, porque la comunicación vía telefónica es simple y directa y el paciente incluso le puede ahorrar el traslado al hospital y si el paciente confía en el médico que lo está atendiendo, el médico de atención primaria, pues va a delegar totalmente en este paciente.” (MAP informador clave 1).

- Rechazos a la DETELPROG:

- El grupo focal de internistas referían que aquellos casos que no les cuadraba por estar mal dirigidos por el MAP, porque no se fiaban de los expuestos por el MAP o porque no veían al MAP capaz de llevarlo los citaban para verlos vía presencial, aunque alguno de ellos ya le iban adelantando algunas pruebas

“No te cuentan el paciente igual unos, que te lo cuentan otros y eso influye muchísimo, al final terminas a lo mejor diciendo, mira le voy a ir pidiendo la ecografía abdominal por ejemplo y lo voy a citar.”

Para el Internista informador clave 1 no se le ocurrían criterios de rechazo ante la pregunta.

El internista informador clave 2 consideraba que los pacientes complejos no serían tributarios de DETELPROG, a no ser que el paciente ya fuera conocido por el internista y fuera una DETELPROG para dudas o manejo compartido de dicho paciente complejo/pluripatológico en domicilio

“Pacientes mayores complejos o no tan mayores complejos tienen muchos matices que difícil que una consulta se vaya a poder...terminar... o lo veo difícil de poderlo solventar salvo que, conozca tanto el médico de primaria como el especializado conozca el paciente... o sea que ya sea conocido; tanto uno como otro saben de qué va. Así sí...”.

- Con respecto a los MAP, además de los pacientes que prefiriesen la derivación vía presencial, también expresaron de forma individual que no serían casos indicados aquellos pacientes en los que le ves un signo o síntoma que no sabes interpretar o tienes muchas dudas y no sabes por donde enfocarlo.

“si yo no sé qué tiene el paciente, yo no sé explicarte si lo que tiene es un roce o es velcro o es un crepitante. Entonces eso es algo que tiene que ver el internista... o es una lesión en la piel que no sé qué es, y a lo mejor puede estar relacionada con alguna enfermedad general...” (MAP).

Otras causas que expresaron fueron: medicina defensiva “Yo en algún caso con algún paciente, siendo crítico conmigo, es quizás por responsabilidad, por decir, voy a meter la pata, no voy a estar a la altura de las circunstancias...” (grupo focal MAP), desconfianza en la capacidad diagnóstica y exploratoria de uno mismo “...digamos yo confiaba en X y iba a ver mejor que yo la exploración, iba a ser mejor que yo...” (grupo focal MAP), por no saber interpretar determinadas pruebas complementarias o por falta de formación “Yo le puedo pedir...pero imagínate que tiene un tumor y aquí yo no tengo la formación que tienen ellos y prefiero que pasen más rápido, pero a ellos.” (grupo focal MAP)

Y la última causa importante que nos gustaría reflejar, porque además de ser expresada por dos MAP más, se trata de la única causa que expresó en MAP informador clave 1 fue la falta de tiempo a causa de la sobrecarga habitual de la consulta del MAP que le hace estar estresado y decidir derivarlo de manera presencial que tarda menos tiempo en un momento de agobio

“lo negativo, que con la escasez de tiempo que tenemos, no terminamos librándonos de ese paciente porque lo bueno que tiene muchas veces la derivación es que coges y dices: “te derivo a medicina interna y ya que arreen contigo, y ya un peso menos, que no tengo tiempo de más, pero bueno... Pero el inconveniente podría ser ese, es un trabajo extra que se añade a lo que suele ser una agenda bastante complicada en cuanto a tiempo.” (MAP informador clave 1).

14. Propuestas de mejora:

| Barrera | Propuesta de mejora |
|--|---|
| Cuando llamaban los MAP a la hora de la cita, los internistas muchas veces estaban ocupados con un paciente presencial | <i>"yo creo que lo ideal sería cortar radicalmente a una determinada hora y en la que el médico estuviera solamente disponible en un ambiente relajado y un ambiente tranquilo, con el ordenador preparado, sin hacer ninguna actividad, solamente pendiente de las llamadas telefónicas..." (internista informador clave 1)</i> |
| Problemas con la explicación verbal de los consentimientos de pruebas complementarias | <i>"a única manera es que el médico de familia tenga las peticiones en su consultorio y entonces pues escriba y ponga que se ha comentado o se ha consensuado con el especialista de alguna manera" (internista informador clave 1)</i> |
| Responsabilidades en el seguimiento de los pacientes | <i>"yo creo que el médico de familia ahí tiene que tomar un papel preponderante porque es el que está cerca del paciente...el especialista debe revisar esas pruebas...habrá cosas que sean muy claras...el enfermo tiene una neoplasia de colon porque en caso que comentaba antes, una neoplasia de colon...derivarlo a cirugía o derivarlo al especialista correspondiente." "...la cercanía entre el médico de familia y el paciente, pues quizás la respuesta más rápida del médico de familia pues puede decir: cuanto salga de la colonoscopia usted va a venir por aquí y me lo va a decir, por lo tanto, esa cercanía incluso favorecería el diagnóstico rápido" (internista informador clave 1)</i> |
| Falta de fiabilidad de la información que dan los MAP a los internistas | <i>"creo que deberíamos conocer mejor a los médicos que tenemos en primaria antes de empezar a hacer una cosa así, para que tu sepas realmente con quien estás trabajando" (grupo focal internistas)</i> <i>"...quizás sectorizando...quizás el centro de salud de Valverde, pues el referente es don fulano, el centro de salud de Aracena es referente es tal internista, que es lo que se pretende hoy...y entonces sería mejor la comunicación porque los 7 o 8 médicos de esa zona básica de salud, conocerían a sus internistas referentes..." (internista informador clave 1).</i> |
| Calidad de la información en la comunicación telefónica" | <i>...sería de alguna forma, concretar el estudio de que de alguna forma, cómo engranar todo aquello de que vosotros disponéis y lo que nosotros podemos hacer que fuese de forma consensuada, o sea adecuada. Hacer unos protocolos..." (internista informador clave 2)</i> |
| Retraso en citas de pruebas complementarias | <i>"...que a lo mejor tuvieran ellos la posibilidad de pedir algunas, en determinadas situaciones, que por teléfono se puede consensuar mejor y pudieran pedir este tipo de pruebas un poquito más preferentes..."</i> |

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El proyecto DETELPROG nació como punto de mejora a una realidad percibida por muchos sobre la pobre comunicación y coordinación entre AP y AH⁹, que también se percibe en nuestra área sanitaria y que obliga a muchos MAPs a tener que pedir favores personales a sus médicos residentes o conocidos dentro del hospital para gestionar citas, pruebas complementarias, tratamientos, etc. para sus pacientes.

Ante la percepción de esa realidad y la búsqueda de una solución, se ideó este sistema de derivación en el que cualquier MAP, tuviera conocidos trabajando en el hospital o no, pudiera conseguir gestionar de manera más ágil determinadas necesidades de sus pacientes y que no podía conseguir (o no se le permitía conseguir) por sus propios medios, teniendo que recurrir a sus homólogos hospitalarios. Y por otro lado, este sistema debía controlar la sobrepetición no justificada de pruebas complementarias desde atención primaria tan temida por las gerencias de nuestra área sanitaria, que acota de manera estricta el catálogo de pruebas complementarias disponibles para los MAPs a pesar de las órdenes publicadas por la gerente del Servicio Andaluz de Salud⁹³, provocando un importante número de petición de citas a consultas externas de atención hospitalaria que podrían evitarse.

De ahí surgió la idea del proyecto DETELPROG y surgió este estudio que pretendía valorar si este modelo nuevo de derivación tendría buenos resultados al aplicarlo en el medio real. Para ello decidimos realizar un ensayo clínico aleatorizado sin cegamiento (ya que el cegamiento era imposible al comparar derivaciones presenciales y telefónicas) para valorar si nuestra DETELPROG conseguía disminuir consultas presenciales a los pacientes y disminuir días de espera, tanto para una primera consulta como para recibir el alta desde AH. La intención inicial fue realizar el estudio con varias especialidades hospitalarias, sobre todo con aquellas que no tenían consultas en el hospital de Riotinto y los pacientes tenían que ir a Huelva para consultar presencialmente, teniendo que hacer trayectos que superan la hora de coche en el caso de muchos de los núcleos poblacionales de nuestra área sanitaria. Pero viendo las posibilidades reales del equipo investigador, se decidió realizar el estudio con el servicio de medicina interna del Hospital de Riotinto ya que este servicio ve a un gran volumen de pacientes y asume, además de las suyas, interconsultas de otras especialidades que no existen en el hospital y de otras que habitualmente están saturadas.

Durante la realización del ensayo clínico, observamos como muchos MAP, a pesar de que podían realizar DETELPROG, derivaban a casi la mitad de sus pacientes vía presencial, por ello decidimos hacer un estudio cualitativo para intentar detectar las posibles causas de esta cantidad de rechazo a realizar la DETELPROG. Para ello consideramos que la metodología más oportuna para conseguir nuestro objetivo, con la muestra de médicos que teníamos, era la realización de dos grupos focales (uno para MAP y otro para internistas) y entrevistas semiestructuradas con aquellos informadores que consideramos claves. Pero esta metodología, no solo nos aportó información sobre posibles causas de rechazo a la DETELPROG sino que nos aportó una cantidad de información que inicialmente no esperábamos y que va en sintonía con los objetivos no

cuantificables que tenía este proyecto desde su concepción en cuanto a la mejora en la comunicación y la coordinación interniveles para conseguir una continuidad asistencial real entre AP y AH, por donde los pacientes pasen de forma fluida y sin barreras de ningún tipo, en función de sus necesidades.

Con respecto a los días de espera para interconsulta con MI, primero de los objetivos de nuestro proyecto, la DETELPROG disminuye considerablemente los días de espera para primera consulta con MI respecto a la derivación tradicional, dejando la espera en unos 11 (7-19) días. Esa reducción no llega a ser tan importante como en el caso de la curbside consultation, en la que no hay ninguna espera al ser una consulta inmediata. Tampoco se reducen tanto los días de espera como en los casos de sistemas bien organizados de E-consulta en donde los tiempos de respuesta por parte del MAH oscilan entre 0 y 4 días¹⁰ aunque, como ya dijimos en la introducción, algunas plataformas de interconsulta virtual implantadas desde hace años, dan como plazo a los MAH una semana para una respuesta con suficiente calidad¹¹ y en algunos estudios exponen como barrera la tardanza de las respuestas de los MAH⁵⁸, dato que aparece también en este estudio, donde la valoración de la vía mail para consultas entre AP y MI existente en el AGSNH no fue buena en cuanto a los tiempos de respuesta

Con respecto a nuestro segundo objetivo de días de espera para resolución del proceso por el que el paciente es derivado, nuestro estudio muestra una reducción considerable de 41 días con respecto a la derivación presencial, no pudiendo comparar estos datos con otros modelos de derivación telemática al no encontrar estudios que hayan analizado dichos tiempos de espera en curbside consultation o E-consultas.

En cuanto al tercero de nuestro objetivos, con la DETELPROG, en un 97, 1 % de las derivaciones, no hizo falta una derivación presencial en CCEE de MI, mejorando los resultados obtenidos en la curbside consultation que evitaban tan solo el 60 %³² y los obtenidos en las E-consultas donde la tasa de consultas presenciales evitadas oscilaba entre el 12 y el 84%¹⁰, siendo del 36% en un estudio español de teledermatología, una intervención ya instaurada en nuestro sistema sanitario de la comunidad de Andalucía⁵⁵. En el caso de reuniones periódicas con especialista de referencia, en un estudio en Andalucía, también entre AP y MI, solo el 73% fueron evitadas⁷².

En cuanto a los datos obtenidos en el estudio cualitativo donde intentamos dar respuesta a nuestro cuarto objetivo, nos gustaría destacar las siguientes ideas expresadas por MAP e internistas:

Ha supuesto una experiencia muy positiva tanto para los MAP como para los internistas que participaron en el estudio, los cuales expresaron que debería ser un modelo de derivación de uso habitual en nuestra área sanitaria después de la realización del estudio. Esta satisfacción expresada por los profesionales de nuestro estudio no se corresponde con la satisfacción expresada por los profesionales participantes de estudios de E-consultas⁶⁵, donde existen resultados mixtos en la experiencia de los mismos, ni en los profesionales de estudios de curbside consultation^{18,31,32,36,38,39,80} donde aparecen algunas barreras derivadas de la falta de programación de las consultas que en nuestro estudio se superan.

Le ha dado al MAP un papel más protagonista como coordinador de los problemas de salud de sus pacientes, uno de los compromisos de la declaración de la OMS con la atención primaria², mejorando la relación MAP-paciente y empoderándolo para mejorar su capacidad de resolución, en detrimento de la relación internista-paciente, la cual desaparece y ello provoca cierta desconfianza en los internistas al tener que confiar en los datos de la exploración física de su compañero de AP. También ha dotado al MAP de capacidad para obtener pruebas complementarias y tratamientos para sus pacientes de una manera ágil y consensuada con su compañero hospitalario, a las que no tenía acceso de manera independiente. Ha permitido a los MAP sentirse más arropados por sus compañeros hospitalarios al tener una comunicación más rápida y directa, sin sobrecarga para ninguno de los profesionales, mejorando la información transmitida entre ambos profesionales y el paciente, uno de los puntos más importantes que supone un plus de seguridad para los pacientes.

Existe una opinión generalizada de que si se implantase la DETELPROG mejoraría la relación entre los médicos de ambos niveles asistenciales tan deteriorada en la actualidad⁹, aunque en este estudio tan corto no dio tiempo a que esto sucediera. Esta opinión se basó en que, en la poca experiencia vivida durante el estudio, mejoró el conocimiento del trabajo ajeno, se pudieron compartir conocimientos y opiniones entre los profesionales y el paciente y consensuar de manera ágil pruebas diagnósticas y tratamientos más idóneos, siendo una experiencia enriquecedora para los profesionales.

A nivel organizativo, el proyecto no tuvo grandes problemas. Como punto de mejora destacar que, al principio, a pesar de la programación, el retraso en algunas consultas retrasaba la disponibilidad de los MAH a la hora de la cita, lo cual no supuso un gran problema, pero podría mejorarse con el cambio del horario estipulado para las DETELPROG.

En cuanto a los casos ideales para derivar mediante DETELPROG serían aquellos muy dirigidos desde el MAP y que precisan claramente y por protocolo una prueba específica que no se puede pedir desde atención primaria y el internista puede facilitar la petición de dicha prueba.

Con respecto a la búsqueda de las causas de rechazo de la DETELPROG, surgieron cuatro:

- Pacientes que quisieran ser derivados de forma presencial por cualquier motivo,
- Pacientes en los que su MAP no supiese manejar o encaminar su diagnóstico por falta de conocimiento o de medios,
- Pacientes amenazantes a los que el MAP precisa aplicar una medicina defensiva,
- Pacientes que precisen derivación en momentos de presión asistencial importante en los que actuar como siempre parece ser más rápido

En el último caso, creemos que, con la normalización del uso de este nuevo modelo de derivación, podría limitarse esta causa de rechazo ya que solo uno de los MAP que participaron expresaron que en algunos momentos podría sobrecargar realizar este tipo

de derivación. Con respecto a las dos primeras, creemos que, con el uso habitual de la DETELPROG, mejoraría el conocimiento de ambos especialistas al ir compartiendo pacientes, y por otro lado, a medida que los pacientes fueran experimentando que la DETELPROG supone agilizar la solución de su problema y se difundiera dicha experiencia entre los pacientes, creemos que éstos serían más receptivos que en la actualidad a ser derivados vía DETELPROG

Como barreras, a parte de las causas de rechazo expresadas anteriormente, los MAP expresaron que al inicio del estudio los internistas se retrasaban en contestar al teléfono aludiendo que estaban con un paciente presencial en la consulta, pero con el paso del tiempo los internistas se fueron organizando mejor y esos retrasos dejaron de suceder. También comentó una MAP que las pruebas complementarias tenían mucho retraso y que debía haber un método para pedir estas pruebas de manera preferente en determinados pacientes, cosa que consideramos una característica organizativa del hospital de Ríotinto en el que no pude influir el modelo de derivación.

Por parte de los internistas, señalaron varias barreras:

- La necesidad de tener que fiarse de la información aportada por los MAP sin poder ver al paciente, teniendo en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones no conocían personalmente a los MAP y tenían que fiarse de la exploración física realizada por éste.
- Las implicaciones legales que tenían sus consejos y sus peticiones de pruebas complementarias sin ver a los pacientes ni poder explicarles cara a cara la información oportuna y los riesgos e implicaciones de determinadas pruebas.

En cuanto a las propuestas de mejora para dichas barreras proponemos:

- La organización de encuentros personales periódicos entre los médicos de los dos niveles asistenciales para que haya un conocimiento personal de los profesionales y creemos que el nombramiento de internista referente de una zona básica de atención primaria facilitaría el conocimiento personal de los profesionales.
- Habría que valorar una programación de las DETELPROG en un horario distinto al de las presenciales para que no haya posibilidad de solaparse unas con otras y evitar los retrasos en la comunicación.
- Habría que tener claras y por escrito las implicaciones ético-legales del consejo del internista, para ello proponemos como mejora la creación de un documento de responsabilidades ante la DETELPROG con la ayuda del comité ético de nuestra área sanitaria y, por otro lado, proponemos que los consentimientos sean informados y firmados por el MAP, que es el médico que valora presencialmente al paciente.
- Aunque consideramos un área de mejora importante la realización de protocolos para derivaciones desde atención primaria a especializada y que debe haber un mecanismo para priorizar determinadas pruebas complementarias o terapias en determinados pacientes que necesiten más rapidez, consideramos que son áreas de mejora no específicas de la DETELPROG sino más generales para cualquier tipo de modelo de derivación.

Al comparar los datos cualitativos con los otros modelos de derivaciones, como ventajas fundamentales con respecto a la derivación presencial, al igual que le e-Consulta^{44,58,62} y la curbside consultation^{1,22,24}, además de mejorar los tiempos de espera y evitar consultas innecesarias, ha mejorado la calidad de las derivaciones presenciales y del acto médico (diagnósticos y tratamientos) al compartir al paciente entre médicos de los dos niveles asistenciales, mejorando la relación entre médicos, la relación MAP-paciente y la satisfacción de todos los implicados. Pero al tratarse de una comunicación oral sincrónica, la información transmitida en la conversación telefónica a tres, entre ambos médicos y el paciente, es de mayor calidad que la vía mailing usada en la e-consulta, más adaptada a las necesidades de todos los implicados, más fiable y más rica, dando lugar a una colaboración más estrecha entre médicos que hace que el MAP se sienta más arropado a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas y sin precisar ninguna inversión extraordinaria^{44,58,62}, ya que lo único que precisó fue una reorganización de los servicios implicados. Como ventaja a las consultas telefónicas inmediatas, evita los problemas de comunicación, información incompleta o fragmentada, dificultad para elegir al compañero al que consultar, interrupciones impredecibles con gasto de tiempo no programado etc. expresados por los médicos participantes en estudios con este modelo de derivación^{18,31,32,36,38,39,80}.

Con respecto a las barreras, también al igual que la e-Consulta^{44,58,62,41,42} y la curbside consultation^{1,22,29,31}, la más expresada por los internistas fue la pérdida del contacto directo con los pacientes a los que no pueden explorar y deben confiar en la información aportada por el médico del centro de salud, a quien no conocen a menudo. Esta sensación podría mejorar realizando encuentros comunes personales entre especialistas para conocerse personalmente y creemos que también mejoraría con el uso de la DETELPROG, al ir compartiendo cada vez más pacientes. Tampoco tienen claras los internistas las implicaciones ético legales de sus consejos en una consulta telefónica en la que no ven al paciente, ni de las implicaciones con respecto al consentimiento informado de algunas pruebas complementarias cuyas peticiones firman sin informar verbalmente a los pacientes y teniéndose que delegar esta actividad esencial en el MAP como pasa en los otros modelos de derivación no presencial. Esta barrera ha surgido con más fuerza durante la pandemia de Covid-19, en donde se han tenido que desarrollar o mejorar en tiempo récord determinadas TICs para realizar teleconsultas que eviten la presencia innecesaria de los pacientes en los centros médicos, dando lugar a muchas preguntas medicolegales al respecto^{41,42}. Pero esta sensación creemos que puede solucionarse con nuestra propuesta de mejora de crear un documento de responsabilidades ante la DETELPROG y que los consentimientos sean informados y firmados por el MAP.

Con respecto a la muestra del ensayo clínico, optamos por realizar un muestreo aleatorizado de todos los MAP del AGSNH que desearon participar, aleatorizando así a los pacientes, que son la unidad de análisis de este estudio, por bloques (cada paciente pertenecía al bloque de pacientes de su MAP). Para el tamaño muestra se calculó un tamaño diferente para el primer y para el segundo estudio ya que la variable dependiente del objetivo principal en ambos estudios era distinta y por tanto la varianza

de los días de espera para una primera consulta en MI (variable objetivo del primer estudio) y los días de espera para resolución del proceso por el que el paciente es derivado a MI (variable objetivo del segundo estudio) era totalmente distinta dando cálculos de tamaños muestrales necesarios diferentes.

En relación a la metodología, señalar también que en el segundo estudio creamos unos criterios de retirada que no existían en el primer artículo ya que no influían para a la hora de analizar el primer objetivo pero que sí intervenían en los resultados del segundo y tercer objetivo que se resolvieron en el segundo artículo. Como se trataban de pacientes que inicialmente fueron incluidos en el estudio (cumplían criterios de inclusión y no cumplían criterios de exclusión) y que posteriormente se les retiró del estudio por no concluirlo, se decidió crear estos criterios de retirada para describir las causas por las cuales no se analizaron los datos de estos pacientes

Con respecto al Objetivo Cuádruple para optimizar los sistemas de salud⁷³, se considera que es un sistema que mejora la salud de la población al mejorar los tiempos de espera, que mejora los diagnósticos y tratamientos al estar consensuados por los 3 implicados (MAP, Internista y paciente) y que optimiza las derivaciones presenciales evitando las que son innecesarias. En este sentido, se observa una mejora los costes que suponen los retrasos en los tiempos de espera y la mala comunicación que existe en la derivación presencial entre médicos (necesidad de repetir pruebas complementarias, repetir terapias, necesidad de terapias más complejas a tener cuadros más evolucionados por mayores tiempos de espera...) a la vez que se disminuyen los costes de los pacientes al no tener que desplazarse al centro hospitalario. De igual forma, mejora la satisfacción de los profesionales médicos y presumiblemente, por lo que manifiestan los profesionales, de los pacientes que reciben el servicio.

LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Como limitaciones, señalar que las diferencias encontradas entre los grupos con respecto a las variables sociodemográficas independientes de “distancia al hospital” podríamos pensar que los pacientes que vivieran más cerca del hospital podrían rechazar más la derivación telefónica, por cercanía, aunque las diferencias de distancia son tan pequeñas que no nos atrevemos a afirmarlo en este estudio. En cuanto al “índice de ruralidad” podría darse que a mayor ruralidad la tendencia pueda ser a no usar las nuevas tecnologías para una derivación, pero las diferencias, aunque también mínimas, van en sentido contrario.

En cuanto a la única causa que expresaron los 8 MAP para no participar, que fue que les iba a sobrecargar su labor habitual, señalar que, en el estudio cualitativo, los participantes expresaron que no supuso ninguna sobrecarga de trabajo debido a la programación, excepto para MAP informador clave 1, que en algunas situaciones de estrés asistencial prefirió derivar vía presencial, aunque no lo hizo por la sobrecarga que le suponía la DETELPROG sino más porque en situación de estrés decidió hacer lo de siempre

Consideramos que la DETELPROG no estaría indicado para pacientes que no estén bien enfocados desde el MAP, para pacientes que prefieran una derivación presencial ni para pacientes en los que el MAP tiene serias dudas diagnósticas o falta de los recursos terapéuticos necesarios, aunque, en este último caso, la DETELPROG podría aportar un consejo apropiado mientras llega la cita presencial o un adelanto de dicha cita presencial. La sobrecarga asistencial habitual del MAP puede ser otra limitación al provocar que éstos, en situaciones de alta presión, opten por la derivación presencial, que es la usada habitualmente y con la que se sienten más cómodos en la actualidad al ser la DETELPROG un modelo nuevo y desconocido de derivación.

Con respecto a las limitaciones metodológicas, señalar que los dos primeros artículos se basan en un ensayo clínico controlado aleatorizado de dos brazos (experimental y control) sin cegamiento en el que el cegamiento no fue posible debido a la imposibilidad de cegar una derivación cara a cara, donde el paciente va físicamente al hospital, en comparación con la DETELPROG, en el que el paciente está en la consulta de su médico de familia. Por otro lado, en el tercer artículo, la realización de tan solo dos grupos focales y seis entrevistas semiestructuradas (total de 16 profesionales) podría considerarse limitante por su escaso número, pero los 16 profesionales eran los que formaban la población total de los médicos que participaron en el proyecto DETELPROG y, aunque con distintos matices, las opiniones fueron bastante similares para cada uno de los dos perfiles, médico de familia e internistas, por lo que, aunque una muestra más grande podría haber añadido algún dato más, creemos que el tamaño de la muestra es suficiente para obtener resultados confiables sobre las principales barreras y beneficios del modelo.

En cuanto a la prospectiva, creemos oportuno la instauración de la DETELPROG en nuestra área sanitaria tras la incorporación de las mejoras propuestas para obtener los beneficios ya mencionados anteriormente en este documento. También consideramos oportuno la instauración de la DETELPROG para otras especialidades médicas en nuestra área sanitaria, aunque habría que valorar posibles modificaciones a nivel organizativo para coordinar las llamadas entre AP y las distintas especialidades hospitalarias.

Consideramos también que la implantación de este método de derivación puede ser útil en otras áreas sanitarias, sobre todo en áreas sanitarias rurales similares a las nuestras, aunque creemos necesario realizar un estudio similar al realizado por nuestro equipo antes de implantar la DETELPROG donde se evalúen los posibles beneficios de la misma, ya que existen muchas diferencias en las distintas áreas sanitarias con respecto a la pruebas complementarias permitidas a los MAP, las listas de espera para AH, cobertura de profesionales, etc.

Aunque tenemos una opinión indirecta de la satisfacción de los pacientes a través de la valoración de su MAP que expresaron en las entrevistas que sus pacientes estaban encantados con la DETELPROG, no tenemos una valoración directa de la satisfacción de los pacientes con la misma por lo que consideramos que sería oportuno realizar un estudio de satisfacción de pacientes si se implantara la DETELPROG en nuestra área sanitaria.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

5. La DETELPROG reduce los días de espera en la respuesta del MAH al MAP con respecto a la derivación presencial tradicional en 27 (IC 95%: 20-33) días.
6. La DETELPROG disminuyen los días de espera para resolución del problema por el que el paciente es derivado desde AP a AH con respecto a la derivación presencial tradicional en 47 (IC 95%: 17-74) días
7. La DETELPROG evita en el 91,7 % de las ocasiones que el paciente tenga que desplazarse de manera presencial a las consultas de AH.
8. En cuanto a los beneficios de la DETELPROG, ha supuesto una experiencia muy positiva tanto para los MAP como para los internistas, le ha dado al MAP un papel más protagonista como coordinador de los problemas de salud de sus pacientes, mejorando la relación MAP-paciente y empoderándolo para mejorar su capacidad de resolución, ha dotado al MAP de capacidad para obtener pruebas complementarias y tratamientos para sus pacientes a las que no tenía acceso de manera independiente y ha permitido a los MAP sentirse más arropados por sus compañeros hospitalarios al tener una comunicación más rápida y directa, que ha mejorado la información transmitida entre ambos profesionales y el paciente sin provocar una sobrecarga de trabajo para ninguno de los profesionales y mejorando la relación AP-AH.

Con respecto a las barreras expresadas por los internistas de fiabilidad de la información aportada por los MAP y de las implicaciones legales de sus consejos y la petición de pruebas complementarias y con respecto a los problemas de tardanza en la recepción de las llamadas por parte de los internistas, creemos que con la organización de encuentros personales periódicos entre los médicos de los dos niveles asistenciales, con la creación de un documento de responsabilidades ante la DETELPROG y con una mejor distribución de las DETELPROG en las agendas de MAP y MAH, se podrían paliar las barreras encontradas.

En relación a las causas de rechazo, consideramos que la DETELPROG no es un modelo de derivación para pacientes que no quieren ser derivados vía DETELPROG, que no confíen en su MAP, ni para pacientes en los que el MAP no supiese manejar o encaminar su diagnóstico por falta de conocimiento o de medios aunque, en este último caso, la DETELPROG podría aportar un consejo apropiado mientras llega la cita presencial o un adelanto de dicha cita presencial o de la petición de la una prueba complementaria determinada.

Por tanto, consideramos que la DETELPROG es un modelo de derivación complementario a la derivación presencial, que debería implantarse en nuestra área sanitaria como modelo de derivación inicial para derivaciones desde AP a especialidades hospitalarias médicas, con las excepciones anteriormente comentadas. Además, consideramos que la DETELPROG podría implantarse en otras áreas sanitarias, aunque los beneficios pueden cambiar en función de las características de dichas áreas por lo que sería necesario un estudio similar al nuestro antes de su implantación.

**ARTÍCULOS ORIGINALES PUBLICADOS RESULTANTES DE LA TESIS
DOCTORAL**

ARTÍCULOS ORIGINALES PUBLICADOS RESULTANTES DE LA TESIS DOCTORAL

1. Azogil-López LM, Pérez-Lázaro JJ, Ávila-Pecci P, Medrano-Sánchez EM, Coronado-Vázquez MV. Effectiveness of a new model of telephone derivation shared between primary care and hospital care. *Aten primaria* [Internet]. 2018 Apr 23 [cited 2018 Nov 15]; Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717303116>;⁹⁴

2. Azogil-López L, Pérez-Lázaro J, Medrano-Sánchez E, Gómez-Salgado J, Coronado-Vázquez V. DETELPROG Study. Effectiveness of a New Model of Scheduled Telephone Referral from Primary Care to Internal Medicine. A Randomised Controlled Study. *J Clin Med* [Internet]. 2019 May 16;8(5):688. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/5/688>⁹⁵

3. Azogil-López LM, Coronado-Vázquez V, Pérez-Lázaro JJ, Gómez-Salgado J, Medrano-Sánchez EM. Barriers and Benefits of the Scheduled Telephone Referral Model (DETELPROG): A Qualitative Approach. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 May 2 [cited 2021 Jul 24];18(10):5280. Available from: </pmc/articles/PMC8156098/>⁹⁶

OTROS MÉRITOS

-Beca Isabel Fernández de ayuda a la realización de tesis doctorales, convocada por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en 2018

-Comunicación en formato póster virtual del **Estudio DETELPROG. Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica programada entre atención primaria y medicina interna. Ensayo clínico aleatorizado** en el XL congreso de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria (SEMFyC) 2020.

-Presentación del proyecto **Estudio DETELCOM. Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica compartida entre atención primaria y atención hospitalaria** en la actividad Foro de investigación: Becas para Tesis doctorales Isabel Fernández, realizada en el XXXVIII congreso de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria (SEMFyC) 2018

Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica compartida entre atención primaria y atención hospitalaria

Autoría:

a Luis Miguel Azogil-López,

b Juan José Pérez-Lázaro,

c Patricia Ávila-Pecci,

d Esther María Medrano-Sánchez,

e María Valle Coronado-Vázquez

a Consultorios de Los Marines y Cortelazor, Huelva, España,

b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

c Centro de Salud de Almonte, Huelva, España

d Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

e Dirección General de Asistencia Sanitaria, Zaragoza, España

Publicado en: *Atención Primaria*. 2019;51(5):278-284.

| | |
|---|---|
| Factor de impacto de la revista: JCR | 1.087 |
| Categoría | Medicina general e interna |
| Posición | 115/165 |
| Cuartil | Q3 |
| Información extraída de | https://jcr.clarivate.com/jcr/home?Init=Yes&SrcApp=IC2LS |

DETELPROG Study. Effectiveness of a New Model of Scheduled Telephone Referral from Primary Care to Internal Medicine. A Randomised Controlled Study

Autoría:

a Luis Miguel Azogil-López,

b Juan José Pérez-Lázaro,

c Esther María Medrano-Sánchez

d,e Juan Gómez Salgado,

f María Valle Coronado-Vázquez,

a Servicio andaluz de salud, Centro de salud de Valverde del Camino, Huelva, España.

b Escuela Andaluza de Salud Pública, Departamento de medicina preventiva y salud pública, Universidad de Granada. Granada, España.

c Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

d Departamento de sociología, trabajo social y salud pública, Universidad de Huelva, Huelva, España.

e Programa postgrado de seguridad y salud, Universidad Espiritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

f Dirección general de asistencia sanitaria del servicio aragonés de salud, Zaragoza, España.

Publicado en: *Journal of clinical medicine.* 2019 May 16;8(5):688

| | |
|--------------------------------------|---|
| Factor de impacto de la revista: JCR | 3.303 |
| Categoría | Medicina general e interna |
| Posición | 36/165 |
| Cuartil | Q1 |
| Información extraída de | https://jcr.clarivate.com/jcr/home?Init=Yes&SrcApp=IC2LS |

Barriers and Benefits of the Scheduled Telephone Referral Model (DETELPROG): A Qualitative Approach

Autoría:

a Luis Miguel Azogil-López,

b,c María Valle Coronado-Vázquez,

d Juan José Pérez-Lázaro,

e,f Juan Gómez Salgado,

g Esther María Medrano-Sánchez

a Servicio andaluz de salud, Consultorio Bollullos de la Mitación, Sevilla, España.

b Servicio de salud de Castilla-La Mancha, centro de salud de Illescas, Toledo, España.

c Departamento de ciencias de la salud, Universidad católica de Ávila “Santa Teresa de Jesús”, Ávila, España.

d Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

e Departamento de sociología, trabajo social y salud pública, Universidad de Huelva, Huelva, España.

f Programa postgrado de seguridad y salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

g Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Publicado en: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 May 2;18(10):5280.

| | |
|---|---|
| Factor de impacto de la revista: JCR | 3.390 |
| Categoría | Salud pública, ambiental y ocupacional |
| Posición | 131/374 |
| Cuartil | Q2 |
| Información extraída de | https://jcr.clarivate.com/jcr/home?Init=Yes&SrcApp=IC2LS |

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Cook DA, Sorensen KJ, Wilkinson JM, Berger RA. Barriers and Decisions When Answering Clinical Questions at the Point of Care. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013 Nov 25 [cited 2018 May 29];173(21):1962. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23979118>
2. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* (London, England) [Internet]. 2018 Oct 20 [cited 2018 Nov 13];392(10156):1461–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618318294>
3. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet* [Internet]. 2018 Oct 20 [cited 2018 Nov 13];392(10156):1369. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30343840>
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 29]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>
5. Junta de Andalucía - Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/94610.html>
6. Sanidad M DE, Bienestar Social CY. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2019 [cited 2020 May 31]. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
7. Allepuz A, Gallardo C, Perona M. Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales? *Atención Primaria* [Internet]. 2012 Sep [cited 2018 May 29];44(9):568–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656712002065>
8. Car LT, Papachristou N, Bull A, Majeed A, Gallagher J, El-Khatib M, et al. Clinician-identified problems and solutions for delayed diagnosis in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 9 [cited 2018 May 29];17(1):131. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613564>
9. Cebrià Andreu J. ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? *Atención Primaria* [Internet]. 2005 Apr [cited 2018 May 29];35(6):288–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656705703498>
10. Liddy C, Drosinis P, Keely E. Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care—a systematic review. *Fam Pract* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2018 May 29];33(3):274–85. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmw024>
11. Liddy C, Moroz I, Afkham A, Keely E. Sustainability of a Primary Care–Driven eConsult Service. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 Mar 12 [cited 2018 May 29];16(2):120–6. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29531102>

12. Wrenn K, Catschegn S, Cruz M, Gleason N, Gonzales R. Analysis of an electronic consultation program at an academic medical centre: Primary care provider questions, specialist responses, and primary care provider actions. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2017 Feb 8 [cited 2018 Nov 14];23(2):217–24. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X16633553>
13. Naseriasl M, Adham D, Janati A. E-referral Solutions: Successful Experiences, Key Features and Challenges- a Systematic Review. *Mater Sociomed* [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 May 29];27(3):195–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236167>
14. SISLE-SNS Situación a 30 de junio de 2018 Indicadores resumen [Internet]. [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
15. Barómetro sanitario 2018 (Total oleadas) [Internet]. [cited 2020 May 31]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
16. OMA Principles and Recommendations: Models and Processes of Delivery for Specialty Care [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://content.oma.org/wp-content/uploads/modelsandprocessesofdeliveryforspecialtycare.pdf>
17. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, et al. Referral interventions from primary to specialist care: A systematic review of international evidence. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2020 May 31];64(629):e765–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240149/>
18. Denes E, Pinet P, Cypierre A, Durox H, Ducroix-Roubertou S, Genet C, et al. Spectrum of advice and curbside consultations of infectious diseases specialists. *Médecine Mal Infect* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Nov 4];44(8):374–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25149269>
19. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, Farris KM, Normoyle TM, Avery MD, et al. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov 2 [cited 2018 Nov 15];27(6):525–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26634618>
20. Jensen SH, Weile J, Aagaard R, Hansen KM, Jensen TB, Petersen MC, et al. Remote real-time supervision via tele-ultrasound in focused cardiac ultrasound: A single-blinded cluster randomized controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2021 Jul 12];63(3):403–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328094/>
21. Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. Healthcare personnel’s experiences

- using video consultation in primary healthcare in rural areas. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2017 Jan 19 [cited 2018 Nov 15];18(01):73–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27640522>
22. Kuo D, Gifford DR, Stein MD. Curbside Consultation Practices and Attitudes Among Primary Care Physicians and Medical Subspecialists. *JAMA* [Internet]. 1998 Sep 9 [cited 2018 May 29];280(10):905. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.280.10.905>
 23. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, Irwin RS, Adams TM, Altman KW, et al. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold: CHEST Expert Panel Report. *Chest*. 2017 Nov 1;152(5):1021–37.
 24. Myers JP. Curbside consultation in infectious diseases: a prospective study. *J Infect Dis* [Internet]. 1984 Dec [cited 2018 May 29];150(6):797–802. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6501925>
 25. Papermaster A, Champion JD. The common practice of “curbside consultation.” *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Nov 11];29(10):618–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28845575>
 26. Perley CM. Physician use of the curbside consultation to address information needs: report on a collective case study. *J Med Libr Assoc* [Internet]. 2006 Apr [cited 2018 May 29];94(2):137–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16636705>
 27. Prada C, Izquierdo N, Traipe R, Figueroa C. Results of a new telemedicine strategy in traumatology and orthopedics. *Telemed e-Health* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Jul 21];26(5):665–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31287786/>
 28. Premkumar M, Kajal K, Kulkarni A V., Gupta A, Divyaveer S. Point-of-Care Echocardiography and Hemodynamic Monitoring in Cirrhosis and Acute-on-Chronic Liver Failure in the COVID-19 Era [Internet]. Vol. 36, *Journal of Intensive Care Medicine*. SAGE Publications Inc.; 2021 [cited 2021 Jul 14]. p. 511–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33438491/>
 29. Rappolt S. Family physicians’ selection of informal peer consultants: Implications for continuing education. *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2002 [cited 2018 May 29];22(2):113–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12099120>
 30. Sarcone E, Stella SA, Allyn R. Curbside consultations: a call for more investigation into a common practice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2018 May 29];89(11):1589–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444493>
 31. Wadhwa A, Lingard L. A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations. *Med Educ* [Internet]. 2006 Aug [cited 2018 Aug 7];40(8):759–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16869921>

32. Wilson M, Mazowita G, Ignaszewski A, Levin A, Barber C, Thompson D, et al. Family physician access to specialist advice by telephone: Reduction in unnecessary specialist consultations and emergency department visits. *Can Fam Physician* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 May 29];62(11):e668–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28661886>
33. Zorron Cheng Tao Pu L, Raval M, Terbah R, Singh G, Rajadurai A, Vaughan R, et al. Video consultations during the coronavirus disease 2019 pandemic are associated with high satisfaction for both doctors and patients. *JGH open an open access J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2021 Jun 27];5(5):542–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34013052>
34. Consultoría/Asesoría | Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES - 061 [Internet]. [cited 2020 Jun 11]. Available from: <http://www.epes.es/?estaticos=consultoriaasesoria>
35. Azarmina P, Wallace P. Remote interpretation in medical encounters: a systematic review. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2005 Apr 23 [cited 2018 Nov 15];11(3):140–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15901441>
36. Burden M, Sarcone E, Keniston A, Statland B, Taub JA, Allyn RL, et al. Prospective comparison of curbside versus formal consultations. *J Hosp Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2018 Nov 11];8(1):31–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23065716>
37. Constanzo F, Aracena-Sherck P, Hidalgo JP, Peña L, Marrugo M, Gonzalez J, et al. Contribution of a synchronic teleneurology program to decrease the patient number waiting for a first consultation and their waiting time in Chile. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2020 Feb 5 [cited 2021 Jul 21];20(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7003445/](https://pmc/articles/PMC7003445/)
38. Cook DA, Sorensen KJ, Wilkinson JM. In reply—Curbside Consultations: A Call for More Investigation Into a Common Practice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 Nov 4];89(11):1590. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444494>
39. Cook DA, Sorensen KJ, Wilkinson JM. Value and Process of Curbside Consultations in Clinical Practice: A Grounded Theory Study. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014 May [cited 2018 Nov 11];89(5):602–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797642>
40. Dalesio NM, Lester LC, Barone B, Deanehan JK, Fackler JC. Real-time emergency airway consultation via telemedicine: Instituting the pediatric airway response team board! *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Jul 12];130(4):1097–102. Available from: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2020/04000/Real_Time_Emergency_Airway_Consultation_via.39.aspx
41. Arimany-Manso J, Pujol RM, García-Patos V, Saigí U, Martín-Fumadó C.

- Medicolegal aspects of teledermatology. *Actas Dermo-Sifiliográficas* (English Ed [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Jun 27];111(10):815–21. Available from: [/pmc/articles/PMC7836632/](#)
42. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A, et al. Telemedicine Practice: Review of the Current Ethical and Legal Challenges [Internet]. Vol. 26, *Telemedicine and e-Health*. Mary Ann Liebert Inc.; 2020 [cited 2021 Jul 21]. p. 1427–37. Available from: [/pmc/articles/PMC7757597/](#)
 43. Elsnor P. Teledermatology in the times of COVID-19 – a systematic review [Internet]. Vol. 18, *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*. Wiley-VCH Verlag; 2020 [cited 2021 Jun 27]. p. 841–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448667/>
 44. Joschko J, Keely E, Grant R, Moroz I, Graveline M, Drimer N, et al. Electronic consultation services worldwide: Environmental scan. *J Med Internet Res* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 30];20(12). Available from: <https://www.jmir.org/2018/12/e11112/>
 45. Katz IJ, Pirabhar S, Williamson P, Raghunath V, Brennan F, O’Sullivan A, et al. iConnect CKD – virtual medical consulting: A web-based chronic kidney disease, hypertension and diabetes integrated care program. *Nephrology* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Jul 14];23(7):646–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28474361/>
 46. Keely E, Drosinis P, Afkham A, Liddy C. Perspectives of Champlain BASE Specialist Physicians: Their Motivation, Experiences and Recommendations for Providing eConsultations to Primary Care Providers. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 7];209:38–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25980703>
 47. Keely E, Li J, Magner P, Afkham A, Liddy C. Nephrology eConsults for Primary Care Providers: Original Investigation. *Can J kidney Heal Dis* [Internet]. 2018 Jan 23 [cited 2018 Nov 7];5:2054358117753619. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2054358117753619>
 48. Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, Benefits, and Impact of an e-Consultation Service Across Diverse Specialties and Primary Care Providers. *Telemed e-Health* [Internet]. 2013 Oct [cited 2018 May 29];19(10):733–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23980939>
 49. Keely E, Williams R, Epstein G, Afkham A, Liddy C. Specialist Perspectives on Ontario Provincial Electronic Consultation Services. *Telemed e-Health* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2020 May 28];25(1):3–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29746210/?from_single_result=Specialist+Perspectives+on+Ontario+Provincial+Electronic+Consultation+Services
 50. Liddy C, Afkham A, Drosinis P, Joschko J, Keely E. Impact of and Satisfaction with a New eConsult Service: A Mixed Methods Study of Primary Care Providers. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2018 Nov 7];28(3):394–403. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2015.03.140255>

51. Liddy C, Drosinis P, Deri Armstrong C, McKellips F, Afkham A, Keely E. What are the cost savings associated with providing access to specialist care through the Champlain BASE eConsult service? A costing evaluation. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Jun 23 [cited 2018 Nov 7];6(6):e010920. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-010920>
52. Liddy C, Drosinis P, Fogel A, Keely E. Prevention of delayed referrals through the Champlain BASE eConsult service. *Can Fam Physician* [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Nov 7];63(8):e381–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28807973>
53. Liddy C, Moroz I, Keely E, Taljaard M, Deri Armstrong C, Afkham A, et al. Understanding the impact of a multispecialty electronic consultation service on family physician referral rates to specialists: A randomized controlled trial using health administrative data. *Trials* [Internet]. 2019 Jun 10 [cited 2021 Jul 21];20(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6558850/](http://pmc/articles/PMC6558850/)
54. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Nawar N, Keely E. A Systematic Review of Asynchronous, Provider-to-Provider, Electronic Consultation Services to Improve Access to Specialty Care Available Worldwide. *Telemed e-Health* [Internet]. 2018 Jun 21 [cited 2018 Nov 8];tmj.2018.0005. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29927711>
55. Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L, Nieto-García A, Villegas-Portero R. [Teledermatology]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 Apr 12 [cited 2018 May 29];130(13):496–503. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18423169>
56. Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, Aseltine R, Pickett C, Yan J, et al. Electronic Consultations to Improve the Primary Care-Specialty Care Interface for Cardiology in the Medically Underserved: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2018 May 29];14(2):133–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26951588>
57. Olayiwola JN, Potapov A, Gordon A, Jurado J, Magana C, Knox M, et al. Electronic consultation impact from the primary care clinician perspective: Outcomes from a national sample. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 May 30];25(8):493–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29991315/?from_single_result=Electronic+consultation+impact+from+the+primary+care+clinician+perspective%3A+Outcome+s+from+a+national+sample
58. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Bialy L, Featherstone R, Kurzawa J, et al. Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: A scoping review. Vol. 4, *BMJ Global Health*. BMJ Publishing Group; 2019.
59. Price EL, Sewell JL, Chen AH, Sarkar U. Minding the Gaps: Assessing Communication Outcomes of Electronic Preconsultation Exchange. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 7];42(8):341–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27456415>

60. Russell C, Sandu V, Moroz I, Tran C, Keely E, Liddy C. Key Components of Traditional Consultation Letters and Their Relevance to Electronic Consultation Replies: A Systematic Review [Internet]. Vol. 26, Telemedicine and e-Health. Mary Ann Liebert Inc.; 2020 [cited 2021 Jun 27]. p. 689–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596680/>
61. Shehata F, Posner G, Afkham A, Liddy C, Keely E. Evaluation of an Electronic Consultation Service in Obstetrics and Gynecology in Ontario. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Nov 7];127(6):1033–8. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201606000-00008>
62. Tuot DS, Leeds K, Murphy EJ, Sarkar U, Lyles CR, Mekonnen T, et al. Facilitators and barriers to implementing electronic referral and/or consultation systems: a qualitative study of 16 health organizations. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 Jun 19 [cited 2018 May 29];15(1):568. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26687507>
63. Tuot DS, Liddy C, Vimalananda VG, Pecina J, Murphy EJ, Keely E, et al. Evaluating diverse electronic consultation programs with a common framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Dec 24 [cited 2018 Nov 8];18(1):814. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30355346>
64. Van Der Velden T, Schalk BWM, Harmsen M, Adriaansens G, Schermer TR, Ten Dam MA. Implementation of web-based hospital specialist consultations to improve quality and expediency of general practitioners' care: A feasibility study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2019 May 29 [cited 2020 May 30];20(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31142267/?from_single_result=implementation+of+web-based+hospital+specialist+consultations+to+improve+quality+and+expediency+of+general+practitioners%27+care%3A+A+feasibility+study
65. Vimalananda VG, Orlander JD, Afable MK, Fincke BG, Solch AK, Rinne ST, et al. Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: A systematic review [Internet]. Vol. 27, *Journal of the American Medical Informatics Association*. Oxford University Press; 2020 [cited 2021 Jun 27]. p. 471–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31621847/>
66. Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, Orlander J, Berlowitz D, Fincke BG, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: a systematic review and narrative synthesis. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2015 Sep 20 [cited 2018 Nov 7];21(6):323–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X15582108>
67. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Patient and Clinician Satisfaction with a Store-and-Forward Teledermatology Consult System. *Telemed J e-Health* [Internet]. 2004 Dec [cited 2018 May 29];10(4):422–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15689645>
68. Witherspoon L, Liddy C, Afkham A, Keely E, Mahoney J. Improving access to urologists through an electronic consultation service. *Can Urol Assoc J*

- [Internet]. 2017 Aug 11 [cited 2018 Nov 7];11(8):270–4. Available from: <http://www.cuaj.ca/index.php/journal/article/view/4314>
69. Bastola M, Locatis C, Fontelo P. Diagnostic Reliability of In-Person Versus Remote Dermatology: A Meta-Analysis. *Telemed e-Health* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Jul 12];27(3):247–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32639856/>
 70. Chen AH, Murphy EJ, Yee HF. eReferral--a new model for integrated care. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 Jun 27 [cited 2018 May 29];368(26):2450–3. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1215594>
 71. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Nov 7];67(4):283–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1885585714000267>
 72. García-Alegría J, Jiménez-Puente A, Ruiz Solanes F. [Another model of internal medicine consulting in primary health care]. *Med Clin (Barc)*. 2004;
 73. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2018 Nov 13];12(6):573–6. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1713>
 74. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Featherstone R, Bialy L, Kurzawa J, et al. Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance specialist access to care: a scoping review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Sep 28 [cited 2018 Nov 8];8(9):e022733. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30269069>
 75. Liddy C, Moroz I, Afkham A, Keely E. Sustainability of a Primary Care-Driven eConsult Service. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 Mar 12 [cited 2018 Nov 14];16(2):120–6. Available from: <http://www.annfammed.org/lookup/doi/10.1370/afm.2177>
 76. Coronavirus Huelva: El SAS apostará por las teleconsultas tras la experiencia de la Covid-19 [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: https://www.huelvainformacion.es/huelva/SAS-apostara-teleconsultas-experiencia-coronavirus_0_1465953950.html
 77. El SAS incorpora en Granada una veintena de especialidades a la modalidad de la teleconsulta | Europatropical [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://europatropical.net/2020/06/23/el-sas-incorpora-en-granada-una-veintena-de-especialidades-a-la-modalidad-de-la-teleconsulta/>
 78. Los pacientes del Aljarafe se beneficiarán de más de 2.600 teleconsultas en 2020 evitando traslados innecesarios al hospital | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/los-pacientes-del-aljarafe-se-beneficiaran-de-mas-de-2600->

teleconsultas-en-2020-evitando-traslados

79. Más de 4100 teleconsultas han sido atendidas por los especialistas del Hospital Macarena en la Sala Digital multidisciplinar | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/mas-de-4100-teleconsultas-han-sido-atendidas-por-los-especialistas-del-hospital-macarena-en-la-sala>
80. Sarcone E, Stella SA, Allyn R. Curbside Consultations: A Call for More Investigation Into a Common Practice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 Nov 4];89(11):1589–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444493>
81. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-1978-31229 [Internet]. [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
82. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-1986-10499 [Internet]. [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
83. Título VIII. De la Organización Territorial del Estado - Constitución Española. www.congreso.es [Internet]. [cited 2020 Jun 12]; Available from: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=143&fin=158&tipo=2>
84. Presidente La Junta De Andalucía. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía [Internet]. [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf>
85. Área de gestión sanitaria Norte de Huelva. Plan de calidad asistencial del área de gestión sanitaria Norte de Huelva 2014. 2014;
86. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. The focus group as a qualitative research technic in health: its design and practical application [Internet]. Vol. 25, *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria*; 2000 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10730443/>
87. Ruiz J. Focus group y grupo de discusión: similitudes y diferencias [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: https://www.academia.edu/32230063/Focus_group_y_grupo_de_discusión_si_militudes_y_diferencias
88. López Calviño B, Pita Fernández S, Pértega Díaz S SPT. Calculadora en Excel para calcular tamaño muestral. *Cad. Aten. Primaria* 1996, 3, 138–214. [Internet]. Available from: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
89. Morales A, Zárata L. *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada*. 2004 [cited 2020 Jul 13]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=2UN-khOULAKC&oi=fnd&pg=PA163&ots=KtSsK19zZG&sig=fcGF32L44DsP9VG8VH64u>

90. Prieto-Lara E, Ocaña-Riola R. Updating rurality index for small areas in Spain. *Soc Indic Res* [Internet]. 2010 Jan 17 [cited 2020 Jul 13];95(2):267–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-009-9459-0>
91. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. The focus group as a qualitative research technic in health: its design and practical application. Vol. 25, *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2000.
92. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995 Jul 22;311(6999):251.
93. Servicio Andaluz de Salud. Catálogo de Pruebas Diagnósticas del SSPA. Atención Primaria | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/catalogo-de-pruebas-diagnosticas-del-sspa-atencion-primaria>
94. Azogil-López LM, Pérez-Lázaro JJ, Ávila-Pecci P, Medrano-Sánchez EM, Coronado-Vázquez MV. [Effectiveness of a new model of telephone derivation shared between primary care and hospital care]. *Aten primaria* [Internet]. 2018 Apr 23 [cited 2018 Nov 15]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717303116>
95. Azogil-López L, Pérez-Lázaro J, Medrano-Sánchez E, Gómez-Salgado J, Coronado-Vázquez V. DETELPROG Study. Effectiveness of a New Model of Scheduled Telephone Referral from Primary Care to Internal Medicine. A Randomised Controlled Study. *J Clin Med* [Internet]. 2019 May 16;8(5):688. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/5/688>
96. Azogil-López LM, Coronado-Vázquez V, Pérez-Lázaro JJ, Gómez-Salgado J, Medrano-Sánchez EM. Barriers and Benefits of the Scheduled Telephone Referral Model (DETELPROG): A Qualitative Approach. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 May 2 [cited 2021 Jul 24];18(10):5280. Available from: </pmc/articles/PMC8156098/>

ANEXOS

ANEXO 1: GUION GRUPO FOCAL MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Presentación del equipo investigador

Luis Miguel Azogil-López^a, Juan José Pérez-Lázaro^b, Patricia Ávila-Pecchi^c, Esther María Medrano-Sánchez^d, Juan Gómez-Salgado, María Valle Coronado-Vázquez^f

- ^a. Centro de Salud de Valverde del Camino (Huelva)
- ^b. Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)
- ^c. Centro de Salud de Almonte (Huelva)
- ^d. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología. Universidad de Sevilla
- ^e. Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva
- ^f. María Valle Coronado Vázquez. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Zaragoza

Introducción:

Las listas de espera para una consulta en atención especializada se han convertido en un problema a nivel internacional y su reducción se ha convertido en uno de los retos de todos los sistemas sanitarios de países desarrollados. En cuanto a las medidas adoptadas y publicadas por los distintos sistemas de salud a nivel internacional, decir que existen fundamentalmente dos vertientes: La consulta telefónica inmediata no programada y las consultas electrónicas.

Las primeras se tratan de una consulta telefónica que realiza el médico de familia a su compañero hospitalario en el momento en el que le surge una duda en la consulta. Este tipo de consultas dan lugar a beneficios en tiempos de espera, disminución de citas presenciales en consulta especializada y satisfacción de pacientes y profesionales, pero también existen problemas de comunicación, de información incompleta o fragmentada, dificultad para elegir al compañero al que consultar, interrupciones impredecibles con gasto de tiempo no programado, etc., generalmente relacionadas con la falta de programabilidad de este tipo de consulta.

Las consultas electrónicas se tratan de plataformas seguras tipo Chats o correo electrónico para que los médicos de familia se pongan en contacto con los médicos hospitalarios para consultarle sus dudas. Esta es la vía más desarrollada a nivel internacional con un impacto general en las medidas de acceso, aceptabilidad, costo y satisfacción de los pacientes y los profesionales muy positivo, aunque las e-Consultas precisan importantes inversiones e implicación institucional, liderazgo y tiempo de trabajo para los médicos.

Como ya sabéis, en nuestra área sanitaria Norte de Huelva, no ajena a los problemas de las listas de espera para consultas en atención especializada, pusimos en marcha un ensayo clínico en 2015 con un método de derivación innovador consistente en una consulta telefónica entre atención primaria y medicina interna, pero a diferencia de la mencionada arriba, en nuestro caso se realizaba de manera programada, con lo que pretendíamos evitar los problemas surgidos con la consulta telefónica inmediata.

Durante el estudio se realizaron 72 consultas telefónicas programadas en las que se consiguió evitar una consulta presencial en el 91 % de los casos (resultado más relevante que en las consultas telefónicas inmediatas (60%) y que en las e-Consultas (12-85%)). Además, se consiguió reducir los días de espera para la primera consulta a medicina interna en 27 días y

los días hasta el alta por medicina interna en 46 días con respecto a los pacientes del grupo control que se derivaron de manera presencial.

Aunque se obtuvieron unos resultados cuantitativos muy positivos, nos gustaría saber vuestra opinión sobre vuestra experiencia con este nuevo método de derivación que entre todos nosotros hemos creado, con el objetivo de encontrar fortalezas y posibles mejoras para optimizarlo y poder implantarlo en nuestra área sanitaria y exportarlo a cualquier otra área sanitaria que lo desee. Para ello realizaremos esta técnica de trabajo llamada grupo focal en el que haremos varias preguntas al grupo y grabaremos vuestras impresiones para posteriormente analizarlas con detalle y sacar conclusiones válidas para mejorar nuestra derivación telefónica programada.

Objetivos del estudio:

Detectar barreras, facilitadores y elementos de mejora para poder implantar la derivación telefónica programada en nuestra área sanitaria rural y para que se pueda replicar en otras áreas similares.

Presentación de la técnica

Les proponemos mantener un diálogo “abierto y espontáneo” acerca de la derivación telefónica programada, cada persona puede dar su opinión. No es necesario que todos se pongan de acuerdo, cada persona puede tener sus propias opiniones y todas son válidas, ninguna opinión vale más que otra. Tampoco es necesario que se esfuercen en expresarse con palabras técnicas, para entendernos (comunicarnos) cada uno debe expresarse “en sus propias palabras”. Como esta reunión se van a celebrar varias más. El moderador irá guiando el discurso a lo largo de la reunión para recoger el mayor número de opiniones de todos y el observador irá anotando las situaciones de lenguaje no verbal que no pueden ser recogida con una grabadora.

Confidencialidad de la información... “No se asusten por la grabadora... la información que Vds. nos aportan es “confidencial”. Para nosotros (los investigadores) es muy importante tener registrado todo lo que dicen “tal y como lo dicen, en sus propias palabras” es por eso que para grabar os pedimos autorización (importante que sea por escrito). La información que se recoge es nuestro material de trabajo. No podríamos tomar notas de todo lo que dicen “en general hablamos muy rápido y a veces varias personas a la vez”

Presentación de los miembros del Grupo

Presentación del coordinador, el observador y de cada uno de los participantes, mencionando el centro de salud donde trabajan.

¿Por qué han sido seleccionados? Una pregunta que siempre aparece: Recordar que todos los participantes han sido invitados a participar porque creemos que como profesionales participantes del estudio DETELPROG puede aportar información muy interesante sobre el tema que nos interesa investigar.

Resolución de dudas previas antes de comenzar

¿Tienen alguna duda antes de empezar?

Preguntas

1. ¿Qué ventajas e inconvenientes en general le habéis visto a la derivación telefónica programada en comparación con la derivación presencial tradicional?
2. ¿Qué características del paciente os hicieron valorar la **NO** adecuación de una consulta telefónica programada para su derivación a medicina Interna?
3. ¿Qué dificultades o facilidades encontrasteis a la hora de explicarles y proponerles a vuestros pacientes la derivación telefónica programada?
4. ¿Qué barreras o facilitadores encontrasteis a la hora de solicitar y programar el día de la derivación telefónica?
5. ¿Qué problemas existieron a la hora de establecer la comunicación telefónica con medicina interna y qué ventajas e inconvenientes le veis con respecto a una consulta telefónica inmediata habitual?
6. ¿Qué ventajas y problemas aparecieron durante las conversaciones telefónicas establecidas entre médico de familia, internista y paciente en cuanto al contenido de la información (calidad de las consultas y consejos realizados y recibidos), registro en historia digital, tiempo de las conversaciones, actitudes de los implicados, acceso a la información de los pacientes, sobrecarga de trabajo, ...?
7. ¿Qué ventajas, problemas y soluciones se dieron a la hora de consensuar telefónicamente las pruebas complementarias, tratamientos, consejos y controles?
8. ¿Qué inconvenientes y puntos positivos encontraste a la hora del seguimiento del paciente en cuanto al control de resultados de pruebas complementarias, evolución clínica, responsabilidades con respecto al paciente, necesidad de nuevas consultas o revisiones...)
9. ¿Encontraste algún beneficio o perjuicio en la relación médico-paciente a causa de la derivación telefónica programada?
10. ¿Y con respecto a la relación médico de familia – internista?
11. ¿Diga lo que considera más beneficioso y la mayor barrera que haya encontrado en la derivación telefónica programada?
12. ¿Consideras que sería útil para implantarla en nuestra área sanitaria y en cualquier otra?
 1. inútil
 2. Poco útil
 3. Ni útil ni inútil
 4. Bastante útil
 5. Muy útil

ANEXO 2: GUION GRUPO FOCAL MEDICOS INTERNISTAS

Presentación del equipo investigador

Luis Miguel Azogil-López^a, Juan José Pérez-Lázaro^b, Patricia Ávila-Pecci^c, Esther María Medrano-Sánchez^d, Juan Gómez-Salgado, María Valle Coronado-Vázquez^f

- ^e. Centro de Salud de Valverde del Camino (Huelva)
- ^h. Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)
- ⁱ. Centro de Salud de Almonte (Huelva)
- ^j. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología. Universidad de Sevilla
- ^k. Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva
- ^l. María Valle Coronado Vázquez. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Zaragoza

Introducción:

Las listas de espera para una consulta en atención especializada se han convertido en un problema a nivel internacional y su reducción se ha convertido en uno de los retos de los sistemas sanitarios de todos los sistemas sanitarios de países desarrollados. En cuanto a las medidas adoptadas y publicadas por los distintos sistemas de salud a nivel internacional, decir que existen fundamentalmente dos vertientes: La consulta telefónica inmediata no programada y las consultas electrónicas.

Las primeras se tratan de una consulta telefónica que realiza el médico de familia a su compañero hospitalario en el momento en el que le surge una duda en la consulta. Este tipo de consultas dan lugar a beneficios en tiempos de espera, disminución de citas presenciales en consulta especializada y satisfacción de pacientes y profesionales, pero también existen problemas de comunicación, de información incompleta o fragmentada, dificultad para elegir al compañero al que consultar, interrupciones impredecibles con gasto de tiempo no programado, etc., generalmente relacionadas con la falta de programabilidad de este tipo de consulta.

Las consultas electrónicas se tratan de plataformas seguras tipo Chats o correo electrónico para que los médicos de familia se pongan en contacto con los médicos hospitalarios para consultarle sus dudas. Esta es la vía más desarrollada a nivel internacional con un impacto general en las medidas de acceso, aceptabilidad, costo y satisfacción de los pacientes y los profesionales muy positivo, aunque las e-Consultas precisan importantes inversiones e implicación institucional, liderazgo y tiempo de trabajo para los médicos.

Como ya sabéis, en nuestra área sanitaria Norte de Huelva, no ajena a los problemas de las listas de espera para consultas en atención especializada, pusimos en marcha un ensayo clínico en 2015 con un método de derivación innovador consistente en una consulta telefónica entre atención primaria y medicina interna, pero a diferencia de la mencionada arriba, en nuestro caso se realizaba de manera programada, con lo que pretendíamos evitar los problemas surgidos con la consulta telefónica inmediata.

Durante el estudio se realizaron 72 consultas telefónicas programadas en las que se consiguió evitar una consulta presencial en el 91 % de los casos (resultado más relevante que en las consultas telefónicas inmediatas (60%) y que en las e-Consultas (12-85%)). Además, se

consiguió reducir los días de espera para la primera consulta a medicina interna en 27 días y los días hasta el alta por medicina interna en 46 días con respecto a los pacientes del grupo control que se derivaron de manera presencial.

Aunque se obtuvieron unos resultados cuantitativos muy positivos, nos gustaría saber vuestra opinión sobre vuestra experiencia con este nuevo método de derivación que entre todos nosotros hemos creado, con el objetivo de encontrar fortalezas y posibles mejoras para optimizarlo y poder implantarlo en nuestra área sanitaria y exportarlo a cualquier otra área sanitaria que lo desee. Para ello realizaremos esta técnica de trabajo llamada grupo focal en el que haremos varias preguntas al grupo y grabaremos vuestras impresiones para posteriormente analizarlas con detalle y sacar conclusiones válidas para mejorar nuestra derivación telefónica programada.

Objetivos del estudio:

Detectar barreras, facilitadores y elementos de mejora para poder implantar la derivación telefónica programada en nuestra área sanitaria rural y para que se pueda replicar en otras áreas similares.

Presentación de la técnica

Les proponemos mantener un diálogo “abierto y espontáneo” acerca de la derivación telefónica programada, cada persona puede dar su opinión. No es necesario que todos se pongan de acuerdo, cada persona puede tener sus propias opiniones y todas son válidas, ninguna opinión vale más que otra. Tampoco es necesario que se esfuercen en expresarse con palabras técnicas, para entendernos (comunicarnos) cada uno debe expresarse “en sus propias palabras”. Como esta reunión se van a celebrar varias más. El moderador irá guiando el discurso a lo largo de la reunión para recoger el mayor número de opiniones de todos y el observador irá anotando las situaciones de lenguaje no verbal que no pueden ser recogida con una grabadora.

Confidencialidad de la información... “No se asusten por la grabadora... la información que Vds. nos aportan es “confidencial”. Para nosotros (los investigadores) es muy importante tener registrado todo lo que dicen “tal y como lo dicen, en sus propias palabras” es por eso que para grabar os pedimos autorización (importante que sea por escrito). La información que se recoge es nuestro material de trabajo. No podríamos tomar notas de todo lo que dicen “en general hablamos muy rápido y a veces varias personas a la vez”

Presentación de los miembros del Grupo

Presentación del coordinador, el observador y de cada uno de los participantes.

¿Por qué han sido seleccionados? Una pregunta que siempre aparece: Recordar que todos los participantes han sido invitados a participar porque creemos que como profesionales participantes del estudio DETELPROG puede aportar información muy interesante sobre el tema que nos interesa investigar.

Resolución de dudas previas antes de comenzar

¿Tienen alguna duda antes de empezar?

Preguntas

1. ¿Qué ventajas e inconvenientes en general le habéis visto a la derivación telefónica programada en comparación con la derivación presencial tradicional?
2. ¿Para qué paciente **NO** consideráis adecuada una consulta telefónica programada en vez de presencial?
3. ¿Qué barreras o facilitadores encontrasteis a la hora de preparar la consulta telefónica?
4. ¿Qué problemas existieron a la hora de establecer la comunicación telefónica con el médico de familia y qué ventajas e inconvenientes le veis con respecto a una consulta telefónica inmediata habitual?
5. ¿Qué ventajas y problemas aparecieron durante las conversaciones telefónicas establecidas entre médico de familia, internista y paciente en cuanto al contenido de la información (calidad de las consultas y consejos realizados y recibidos), registro en historia digital, tiempo de las conversaciones, actitudes de los implicados, acceso a la información de los pacientes, sobrecarga de trabajo, ...?
6. ¿Qué ventajas, problemas y soluciones se dieron a la hora de consensuar telefónicamente las pruebas complementarias, tratamientos, consejos y controles?
7. ¿Qué inconvenientes y puntos positivos encontraste a la hora del seguimiento del paciente en cuanto al control de resultados de pruebas complementarias, evolución clínica, responsabilidades con respecto al paciente, necesidad de nuevas consultas o revisiones...)
8. ¿Encontraste algún beneficio o perjuicio en la relación médico-paciente a causa de la derivación telefónica programada?
9. ¿Y con respecto a la relación médico de familia – internista?
10. ¿Diga lo que considera más beneficioso y la mayor barrera que haya encontrado en la derivación telefónica programada?
11. ¿Consideras que sería útil para implantarla en nuestra área sanitaria y en cualquier otra?

6. inútil
7. Poco útil
8. Ni útil ni inútil
9. Bastante útil
10. Muy útil

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “

Yo,
(Nombre y Apellidos):...

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al participante, es de utilidad incorporar un reseña breve con el objetivo del proyecto sobre el que se solicita participación)
- He podido hacer preguntas sobre el trabajo titulado “-----”
- He recibido suficiente información sobre el trabajo “-----”. He hablado con el/la profesional de referencia :
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el proyecto.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Autorizo la grabación de mi participación en formato audio para los fines indicados en este proyecto.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado:

Firma del Participante

Firma del Entrevistador/moderador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

D.N.I.:

Fecha:

Fecha: