

ARTÍCULO ESPECIAL

Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada



Juan Gérvas^a, Ana Rico^b y Seminario de Innovación 2005*

^aEquipo CESCA. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial. Madrid. España.

^bDepartamento de Economía y Gestión Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Oslo. Oslo. Noruega. Instituto de Política y Organización Sanitaria. Universidad Erasmo de Rotterdam. Rotterdam. Países Bajos.

Respecto a la coordinación, en el caso de los médicos hay un conflicto permanente por su doble papel de agentes del paciente y de la sociedad¹⁻³. Además, la delegación resulta más compleja por la asimetría de la información, ya que los médicos deciden respecto a los pacientes concretos con un cúmulo de información que no es fácil analizar⁴. Por todo ello, la coordinación y la delegación, y el control y la motivación consiguientes, son difíciles de lograr en el sector sanitario⁵. No hay soluciones fáciles, del tipo habitual en otras organizaciones, como la coordinación y el control por el mercado o por mecanismos jerárquicos. En el sistema sanitario es muy importante el establecimiento de mecanismos de cooperación y de control mediante redes formales e informales, en los que los propios médicos tienen un papel central^{6,7}.

Por otra parte, la carencia de soluciones universales obliga a la innovación en el sistema sanitario^{5,7,8}. En este texto exploraremos dicha innovación en torno a la coordinación en los 15 países integrantes de la Unión Europea antes de mayo de 2004 (UE-15), es decir, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido y Suecia.

De la necesidad creciente de la coordinación

La coordinación entre niveles es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y el uso apropiado de los recursos sanitarios. En la práctica, la coordinación ha sido y es muy difícil, y la innovación surge con frecuencia desde la base, desde los médicos clínicos⁵⁻¹².

La coordinación es cada vez más necesaria por: *a)* el cambio del perfil epidemiológico de enfermedades agudas (episodios de corta duración, en un solo nivel) a enfermedades crónicas (episodios de larga duración, en varios niveles de atención, que derivan de o se mezclan con problemas sociales); *b)* el aumento de la comorbilidad (por mayor croni-

cidad); *c)* el mayor relieve que se da al control del gasto sanitario; *d)* las posibilidades y los problemas de las nuevas tecnologías; *e)* el desarrollo espontáneo, más o menos informal o virtual, de redes de profesionales y de organizaciones; *f)* la necesidad de garantizar la continuidad, especialmente para mantener la unidad de criterio ante alternativas de gran incertidumbre; *g)* la creciente y persistente desigualdad social en el acceso al especialista, a favor de las clases altas; *h)* la presión social en favor de un uso más libre de los distintos niveles y de la «segunda opinión», e *i)* la búsqueda de la optimización en mucho de lo hecho en atención primaria, que sólo se materializa mediante la coordinación eficiente con el nivel hospitalario (p. ej., respecto a las hospitalizaciones evitables).

De la necesidad de definir la coordinación

Al hablar de coordinación, es preciso definir al menos:

– ¿A quién beneficia la coordinación? Aunque el primer beneficiario de la coordinación es el paciente, al dar respuesta rápida, adecuada y en lugar oportuno a sus necesidades de salud, si se pretende una coordinación de calidad y sostenida, todos los actores deberían encontrar un beneficio, aunque fuera marginal.

– ¿Quién debería coordinar? En principio, el médico de primaria, por su polivalencia y sus vastos conocimientos científicos, sociales y comunitarios, lo que le permite coordinar a nivel micro (el problema concreto del paciente) y meso (el conjunto de pacientes o de problemas). Pero hay otras opciones, según las circunstancias, con oportunidades para enfermeras y trabajadores sociales, siempre que estén capacitados y tengan una actitud generalista.

– ¿Qué niveles se debería coordinar? Según los problemas a resolver, puede necesitarse coordinación horizontal (entre grupos y equipos, e intragrupos cuando son multidisciplinarios), vertical (entre niveles sanitarios) e intersectorial (ámbitos sanitarios, sociales, educativos, jurídicos y otros).

De las ventajas de los médicos para la coordinación

En los sistemas sanitarios la ventaja de los médicos es que sólo los pares pueden juzgar con cierta facilidad su labor, difícil de valorar por gerentes y pacientes^{10,12}. Además, los médicos tienen, como profesión, un conjunto de características que facilitan la cooperación informal o virtual:

– La reputación profesional y científica es muy apreciada, y la información al respecto se transmite entre los médicos rápidamente y a bajo coste.

– La gran socialización implícita en la larga etapa formativa lleva a compartir un conjunto de valores profesionales, científicos y éticos que homogeneizan.

*Los participantes en el Seminario de Innovación 2005 se indican al final del artículo.

Esta publicación es el resultado final de un seminario sobre innovación acerca de la coordinación entre atención primaria y especializada. Se llevó a cabo a través de un aula virtual (www.fomc.org) y de un taller presencial, en febrero y marzo de 2005. Fue ponente Ana Rico y el coordinador, Juan Gérvas.

Trabajo financiado por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y Fundación de Ciencias de la Salud, con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo y de GSK.

Correspondencia: Dr. J. Gérvas.
Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial.
Pl. de las Cortes, 11. 28014 Madrid. España.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Recibido el 30-9-2005; aceptado para su publicación el 16-12-2005.

- Los médicos interactúan frecuentemente, tanto en el trabajo clínico como en otras actividades.
- El trabajo médico es de alto riesgo, en el sentido de que supone aceptar situaciones de gran incertidumbre, con imperiosa necesidad en la toma de decisiones.
- La presión para lograr la contención de costes mediante la restricción de prestaciones, con el riesgo de reclamaciones judiciales.
- La interdependencia entre médicos, que ha aumentado con el manejo de pacientes crónicos y con la comorbilidad.
- El establecimiento espontáneo de la confianza entre colegas.

De las dificultades de los médicos para lograr la coordinación

El trabajo médico plantea dificultades específicas para la coordinación:

- La asimetría de la información, ya citada, que dificulta medir la actividad y el resultado en los pacientes concretos.
- El interés clínico prioritario, centrado en los problemas de salud de los pacientes individuales.
- La resistencia a la entrada de otros profesionales como protagonistas del cambio o de la coordinación.
- La existencia de sistemas de atribución informal de poder, que se concede a aquellos que aceptan tareas más complejas y de mayor incertidumbre, características que se atribuyen habitualmente a los especialistas. Es importante ser conscientes de la existencia de una atención primaria «débil» (de escasos prestigio y reputación, con escasa implantación en la universidad) en España y otros países de la UE-15¹³.
- La mayor presión de los grupos organizados, que son el colectivo médico como tal (colegios de médicos, por ejemplo) y las organizaciones profesionales y científicas (entre ellas, tienen el poder las que cuentan con más medios, conocimientos acotados y reconocimiento social; es decir, habitualmente las de los especialistas).
- La organización de los servicios sanitarios, que en España no ha logrado dar a los especialistas un papel de consultores. En todo el mundo se echa en falta la definición clara del papel del especialista en lo que respecta a su situación para resolver efectivamente problemas de salud^{14,15}.
- La carencia de conocimiento empírico acerca de la mejor forma de remunerar a los médicos.
- Los problemas para descentralizar la jerarquía (descentralización de la gestión y de los presupuestos) y las tareas (descentralización de la carga de trabajo), pues ello implica la redistribución del poder y, a veces, aceptar riesgos financieros.
- Las carencias respecto al desarrollo de una política y una gestión basadas en pruebas. Por ejemplo, falta experimentación e innovación que permitan elegir una forma de coordinación basada en la demostración de la mejora de la salud de los pacientes y de la población.
- La defectuosa formación del pregrado, dominada académicamente por los especialistas y excesivamente centrada en los hospitales, en enfermedades infrecuentes, en una atención episódica y en el modelo científico biológico y jerárquico propio de dicho entorno.
- La multiplicidad de asociaciones profesionales y científicas de los médicos, con puntos de vista diferentes, a veces incompatibles, lo que dificulta la unidad de acción. Esta cuestión es importante en países como España, Francia e Italia.

De los varios intentos de innovación respecto a la coordinación en la UE-15

Hay experiencias múltiples de innovación en coordinación entre niveles en la UE-15⁵⁻¹². Se pueden agrupar en las siguientes:

- Con mecanismos de mercado. El ejemplo mejor conocido es el de los médicos generales ingleses *fundholders*, con un presupuesto cerrado y un cambio en el entramado legal para eliminar las restricciones respecto a sus tareas. El médico se convirtió en comprador de servicios, sin perder su condición de proveedor. La experiencia terminó al llegar al poder los laboristas, en 1997.
- Con mecanismos jerárquicos. La iniciativa más difundida es la de Italia, donde se atribuyó a los médicos generales responsabilidades respecto a los servicios sociales. La coordinación se buscó mediante el establecimiento de un listado amplísimo de situaciones clínicas y sociales con protocolos definidos de actuación.
- Con redes. Destaca la iniciativa inglesa de los Primary Care Groups, iniciada en 1997 por los laboristas, donde se agrupan varios centros de salud con el objetivo de ofrecer todos los servicios sanitarios y sociales a la población. Se promueve el poder de coordinación de las redes de médicos generales locales.

De la innovación española en torno a la coordinación

En España ha habido y hay múltiples experiencias de innovación en la coordinación de la atención entre niveles y entre sectores, que sólo se señalarán, pues el objetivo de este trabajo es analizar el conjunto de la experiencia europea como fuente de ideas. La experiencia española es variada, pero ha tenido poca difusión¹⁶. Cabe mencionar la experiencia canaria, de la Unidad de Medicina de Familia en el Hospital Universitario de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)¹⁷, así como las experiencias catalanas del Centro de Salud Gòtic¹⁸ y del Centro de Salud de la Barceloneta¹⁹, las entidades de base asociativa²⁰, la experiencia en Gerona de la Fundación Hospital de Figueras y otras, como la integración de la gestión de servicios de un mismo territorio¹³. Y las experiencias madrileñas, entre médicos de primaria e internistas hospitalarios, y entre aquéllos y oftalmólogos (p. ej., acerca de algo tan simple como acuerdos sobre las abreviaturas en los informes de interconsulta). Cabe señalar también la incorporación del médico de familia al servicio de urgencias²¹ y, por último, la experiencia múltiple en torno a la «consulta única», con sus pros y sus contras²²⁻²⁴.

La innovación en coordinación en atención primaria busca complementar y mejorar las experiencias innovadoras de iniciativa hospitalaria (generalmente con objetivos concretos y presupuestos costosos) y suelen ser de presupuestos más ajustados y objetivos más amplios; por ejemplo, las experiencias canaria y danesa, que han llevado a los hospitales a médicos generales con trabajo a tiempo completo o parcial (para asesorar en la mejora de la coordinación que facilite la continuidad de cuidados)^{17,25}.

Sobre cómo introducir la innovación en coordinación

Los políticos no suelen buscar el cambio y parece que las mejoras en la coordinación no son una prioridad en la política sanitaria. Para que lo fueran se necesitaría:

- Negociar para demostrar la necesidad de la innovación. Hay que evitar la cultura del enfrentamiento y de la queja. A los políticos les conviene conocer el aumento actual de los costes directos e indirectos, tangibles e intangibles, asociados a la fragmentación de la atención, que es consecuencia del aumento de la morbilidad crónica y de la comorbilidad. Todo ello asegura la mejora del voto para el político que disminuya la fragmentación.
- Demostrar las posibilidades de los médicos de primaria, su gran capacidad de decisión con escaso consumo de re-

cursos, el aumento de la satisfacción de los pacientes y el ahorro en costes sanitarios asociados a la atención primaria.

– Aceptar la innovación propuesta por los políticos, para emplear su fuerza en provecho de una atención primaria «fuerte»¹³.

– Delegar con autoridad, manteniendo las tareas directivas de coordinación, control y motivación. Para delegar hay que reducir el espíritu corporativista, ceder o compartir monopolios formales y «aceptar» a otros profesionales.

– Marcar objetivos, metas y sistemas de medida. Se precisa un sistema de información que dé soporte a las decisiones clínicas y gerenciales, a la investigación y a la docencia, que esté diseñado adecuadamente para garantizar la confidencialidad y el secreto profesional, al tiempo que asegure la información necesaria para valorar el cumplimiento de los objetivos. Tal sistema no es la norma, al menos en la actualidad.

– Exigir formación y práctica de excelencia a los gerentes, pues de su trabajo depende en mucho la reputación de los médicos clínicos. La gestión debería pasar de la gestión de lo complementario a la gestión de lo esencial⁸. Es importante profesionalizar la gestión y, en general, hay que acercar la gestión a la clínica^{26,27}.

– Definir mejor lo que precisan los pacientes y sus médicos de otros profesionales. Cabe también exigir la presencia de trabajadores que ayuden en el día a día, como auxiliares de consulta médica y personal administrativo polivalente.

– Conseguir más presupuesto para el sistema sanitario en general, para la atención primaria en particular y para la innovación en especial. El presupuesto actual para la atención primaria española es escaso y debería aumentar²⁸. A su vez, la coordinación debería contar con presupuesto suficiente. La innovación puede ser actividad voluntaria y muy experimental, pero sólo en un primer momento, hasta evaluarla. En su evaluación ayuda la comparación internacional⁹. La difusión e implantación de la innovación apropiadamente evaluada es tarea clave de los médicos y de sus asociaciones profesionales y científicas.

– Exigir que las autoridades cumplan sus funciones, entre las que están el apoyo a la investigación, a la difusión de la innovación y el reconocimiento e implantación de la innovación contrastada y útil.

– Elaborar una estrategia en que se definan objetivos y medios, que cuente con el amplio respaldo de todas las asociaciones profesionales y científicas. Es importante ofrecer unidad de acción.

– Lograr la progresiva integración de los funcionarios y políticos en el sistema sanitario general. Se trata de enfrentar en la práctica a quienes deciden con las consecuencias de sus decisiones.

– Reivindicar un ámbito académico, la existencia independiente y autónoma de la medicina general/de familia y de la atención primaria en la universidad. Se trata de hacer normal en España lo que es normal desde hace medio siglo en, por ejemplo, los Países Bajos y el Reino Unido.

Sobre cómo incentivar la innovación

La innovación tiene ventajas, pero también riesgos. La innovación exige cambios, lo que se traduce en inseguridad y resistencia a ellos. Para fomentar la innovación se precisaría:

– Incrementar la autonomía de los médicos. Autonomía significa capacidad de decisión, capacidad de manejo y asignación de presupuestos, y capacidad de asignación de tareas.

– Dar prestigio a la innovación y a su difusión. Habría que añadir a los premios y estímulos a la innovación los correspondientes a la difusión, que se considera erróneamente una tarea elemental.

– Introducir incentivos económicos y de reputación ligados a la calidad. Se trata de aumentar la eficiencia del sistema sanitario, no de disminuir costes (aunque esto puede lograrse como consecuencia del mejor trabajo).

– Unir innovación a creatividad y trabajo clínico de calidad, de forma que se deleguen tareas concretas, sistemáticas y/o burocráticas. La delegación debería acompañarse de la participación en los beneficios de la reputación (dar prestigio a las tareas delegadas y a los profesionales que las aceptan).

– Introducir imaginación. Por ejemplo, la innovación podría difundirse a muy bajo coste si el acuerdo entre comunidades autónomas permitiera el intercambio de personal con experiencia en innovación con éxito (los conocidos como «paracaidistas»).

Sobre la priorización del cambio y de la innovación

La innovación en la coordinación entre niveles exige cambios múltiples en el sistema sanitario, y no todos son posibles, al menos a corto plazo. En España, dada la actual situación, podría ser prudente plantear como objetivos a corto plazo los siguientes:

– El cambio del modelo de receta. Se precisa de forma urgente pasar del modelo de «una receta, un envase» a otros modelos acordes con la cronicidad de los problemas de salud y la comorbilidad. El cambio es conceptual, no de simple informatización de la receta.

– Libre elección de especialista y hospital por el médico de primaria, en nombre del paciente. Es una posibilidad prevista en la legislación, pero habría que definir si se va a un modelo de garantías o de mercado, y arbitrar ayudas para facilitar la movilidad de los pacientes, de forma que no se resienta la equidad (al estilo del modelo noruego, que cubre los gastos del desplazamiento del paciente).

– Eliminación de barreras artificiales en la solicitud de pruebas diagnósticas y en la prescripción. Se trata de pasar de una cultura de la desconfianza (filtros *a priori*) a una cultura de la confianza (filtros *a posteriori*).

– Revisión y potenciación de las áreas administrativas, donde se necesita mayor polivalencia.

– Fomento de la implantación de redes formales e informales en atención primaria (tipo OSCI, Organizaciones Sanitarias Comunitarias Integradas) con el objetivo de descentralizar presupuestos, tareas y responsabilidades para dar respuestas dinámicas y flexibles ajustadas a las necesidades locales de pacientes y poblaciones^{5,10}. En las OSCI la coordinación es el objetivo fundamental, entre niveles sanitarios, intra e interprofesionales, y con los sistemas de atención social y otros. Además, las OSCI permiten la redefinición de tareas, según capacitación, competencia y saberes, y el aumento de la gama de servicios ofrecidos cerca de y en el domicilio del paciente¹⁰.

– Desarrollo de aplicaciones informáticas al servicio de las necesidades clínicas de los pacientes y de los médicos. Las aplicaciones descentralizadas pueden integrarse y transferir información definida (datos mínimos básicos) a otras unidades centrales o superiores, al objeto de facilitar la coordinación.

– Delegación reglada y científica de tareas y obligaciones a otros profesionales, como enfermeras, farmacéuticos comunitarios y trabajadores sociales, de los que el médico de primaria es el último responsable y coordinador del conjunto de servicios.

Conclusiones

En la práctica, es característico que para mejorar la coordinación se entremezclen los 3 tipos de mecanismos posibles

(mercados, jerarquías y redes), y que la cooperación sustituya a la competencia entre organizaciones y profesionales. Buen ejemplo es la iniciativa holandesa de Transmural Care, de mayor éxito respecto a coordinación entre servicios hospitalarios y sociales que entre éstos y los médicos generales²⁹. Si se consideran en su contexto apropiado, se deduce que precisamos menos mercado y jerarquía y más organización en red^{5,10,12,30}.

Todas las experiencias tienen en común la búsqueda de economías de escala (optimización del volumen de recursos según necesidades) y economías de gama (mayor variedad de servicios), así como adecuar lugar y momento del servicio a las necesidades de la población y de los pacientes³¹.

La experiencia demuestra que se pierde eficacia y posibilidades de intervención con el aumento del tamaño de los grupos que se coordinan. Por ello, las unidades básicas deberían ser pequeñas y muy autónomas³²⁻³⁴.

En general, se demuestra más cooperación en el sector público o sin ánimo de lucro que en el privado, así como una mayor cooperación en el medio rural que en el urbano³⁵.

Por último, es fundamental la evaluación científica de muchas de las experiencias innovadoras, que ahora mismo falta o es parcial. Por ello, conviene ser cautos en la adopción del cambio. Entre la adopción alocada y mimética de experiencias ajenas y el inmovilismo y la rigidez hay políticas y estrategias intermedias. Conviene la precaución, pero sin que sea paralizante.

Participantes en el Seminario de Innovación 2005

Fernando A. Alonso-López, Josep Casajuana-Brunet, Felipe Chavida-García, Jesús Domínguez-Velázquez, José Manuel Esteban-Sobreviela, Antonio Fernández-Pro Ledesma, Juan Carlos Forment-Cots, Luis Miguel García-Olmos, Javier González-Medel, Fernando Malmierca-Sánchez, Rafael de Pablo-González, Luis Palomo-Cobos, Raimundo Pastor-Sánchez, Mercedes Pérez-Fernández, Paz Pérez-Gortari, Miguel Ángel Ripoll-Lozano, Juan José Rodríguez-Sendín, Ángel Ruiz-Téllez, Francisco Toquero de la Torre, Mateu Seguí-Díaz, Juan Simó-Miñana, José Manuel Solla-Camino y José Ramón Vázquez-Díaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sappington DEM. Incentives in principal-agent relationships. *J Econ Perspectives*. 1991;5:45-66.
- Hampton JR. The end of clinical freedom. *Br Med J*. 1983;287:1237-8.
- Abrams FR. The doctor with two heads. *N Engl J Med*. 1993;328:975-6.
- Tanenbaum S. What physicians know. *N Engl J Med*. 1993;329:1268-71.
- Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*. 2005;31:418-23.
- Goddard M, Mannion R, Smith P. Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information. *Health Econ*. 2000;9:95-107.
- Silio Villamil F, De Manuel Keenoy E, editores. Alternativas de integración de niveles asistenciales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-87.
- Quam L, Smith R. What can the UK and the US health systems learn from each other? *BMJ*. 2005;330:530-3.
- Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias en Europa: gobierno, compensación y evaluación. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2005.
- Oyarzabal JI, Ruiz Téllez A, Pérez Gortari P, Eguzkiza A, Blanco M, Aierbe A, et al. Las carteras de servicios en los contratos programa y su correspondencia con la realidad asistencial. *Aten Primaria*. 2000;26 Supl 1:223.
- Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administ*. 2003;37:592-608.
- Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
- Starfield B. Research in general practice: comorbidity, referrals and the role of general practitioners and specialists. *SEMERGEN*. 2003;23 Supl 1:7-15.
- Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialists supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs [revista electrónica]* 2005 Mar 15;0:5971. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthoff.w5.97v1> [PMID 157 69797]
- Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. *Salud* 2000. 2004;99:12-5.
- Vázquez Díaz JR, López Hijazo MH, Díez Salvador F, Merero Díaz MD, Bellas Beceiro B. S-PICA: subprograma de integración y coordinación asistencial. Actas de XV Jornadas Salud Pública y Administración. XI Jornadas de Hipatia. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p. 31-2.
- Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torres MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
- Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut; 2004 [Monografies 12].
- Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.
- Jiménez S, Red G, Miró O, Bragulat E, Coll B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:132-7.
- Gérvas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)*. 2002; 119:315.
- Zambrana JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:257-9.
- Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria*. 2005;35:283-9.
- Olsen F, Jensen PB, Grinstead P, Henriksen JS. GPs as advisers and coordinators in hospital. *Q Health Care*. 1998;7:42-7.
- Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor. ¿Cómo saltar la barrera? *SEMERGEN*. 2003;29:240-3.
- De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gérvas J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria*. 2004;33:462-70.
- Simó J, Gérvas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, cien años europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
- Linden BAV, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in the Netherlands: the development of trans-mural care since 1994. *Health Policy*. 2001;55:111-20.
- Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. *Rev Adm Sanit*. 2002;4:39-67.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clin (Barc)*. 2005;124: 778-81.
- Baxter K, Bachmann M, Bevan G. Primary care groups: trade offs in managing budgets and risk. *Public Money Manage*. 2000;20:53-61.
- Bjoke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ*. 2001;322:599-602.
- Homborgh PVD, Engels Y, Hoogen HVD, Doremalen JV, Bosch WVD, Grol R. Saying goodbye to single-handed practices: what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract*. 2005;22:20-7.
- Mays G, Halverson P, Kaluzny A. Collaboration to improve community health: trends and alternative models. *J Q Improvement*. 1998;24:518-40.