

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Cambio a un modelo de atención asistencial
integrada para la patología musculoesquelética
en el Departamento de Salud de Torrevieja**

Alumno: Navarro Ortiz, Ramón

Tutor: Juan Antonio Marqués Espí

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

ÍNDICE:

1- INTRODUCCION.....	2
2- OBJETIVOS.....	4
3- PLAN ESTRATÉGICO.....	4
3.1- METODOLOGIA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.....	4
3.1A- Misión.....	4
3.1B- Visión.....	5
3.1C- Valores.....	5
3.2- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	5
3.2-1- Análisis Externo.....	5
3.2-2- Análisis Interno.....	5
3.3- ESTRATEGIA Y OBJETIVOS.....	8
3.3-1- Consideraciones generales.....	8
3.3-2- Modificación del sistema de derivación de pacientes a atención especializada.....	8
3.3-3- Reinstauración del comité de aparato locomotor.....	10
3.4- BENEFICIOS ESPERABLES.....	11
3.5- CONTROL DE RESULTADOS.....	12
3.6- CICLO DE MEJORA.....	14
4- CONCLUSIONES.....	15
5-BIBLIOGRAFÍA.....	16

Cambio a un Modelo de Atención Asistencial Integrada para la Patología Musculoesquelética en el Departamento de Salud de Torrevieja.

1- INTRODUCCION

La patología musculoesquelética es una de las más prevalentes en España ya que al menos uno de cada seis adultos (15 y más años) padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda lumbar (18,6 %), artrosis, artritis o reumatismo (18,3 %) y dolor cervical crónico (15,9 %), lo que unido a una población cada vez más envejecida hace que la demanda de atención por estos motivos crezca de manera gradual. Hay que saber que la carga económica del dolor músculo-esquelético está en segundo lugar, solamente después de la enfermedad cardiovascular. Según las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2.050, España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34% de población mayor de 65 años en 2.050 y El envejecimiento, se perfila como el motor fundamental del aumento del gasto sanitario ya que las personas mayores de 75 años consultan con mayor frecuencia al médico, presentan un índice más alto de comorbilidad y requieren más ingresos hospitalarios. Entre los años 2000 y 2050 se prevé un aumento medio del gasto sanitario público en Europa de un 25% (del 5,3% del año 2000 al 6,6% del año 2050). Todo esto nos obliga a plantearnos si existe alguna manera de mejorar la eficiencia de la atención que se presta a los usuarios para poder atender a la población como bien se merece. En el departamento de Torrevieja un factor añadido para favorecer la predominancia de los mayores rango de edad es que también contamos con muchos pacientes extranjeros provenientes en su mayoría de la Unión Europea, siendo la mayoría jubilados ingleses que viven en la zona al menos seis meses al año. Todo esto contribuye a que la prevalencia de la patología músculo esquelética sea muy prevalente y en especial la degenerativa, lo que hace aún más necesario el optimizar el uso de los recursos, reducir demoras y simplificar los procesos.

Actualmente los protocolos predeterminados para enviar a los pacientes del departamento 22 a los servicios de atención especializada son muy escasos y se usan en algunas especialidades muy concretas.

Se ha intentado en repetidas ocasiones el instaurar protocolos más generales aunque simples para que los pacientes que lleguen a la atención especializada lo hagan de manera correcta, tanto por tener completas las pruebas complementarias básicas como por ser derivados al servicio y unidad correctos.

Si no se controla la demora en la consulta, puede provocar que los pacientes opten por acudir a otros centros, ya sean privados o públicos, para resolver su problema con la consiguiente mala calidad en la atención percibida, o que tengan que esperar durante meses a la consulta de especializada y ya sea tarde para proporcionar un tratamiento en agudo de su patología, debiendo optar por un tratamiento de secuelas que en ocasiones puede arrojar un peor pronóstico debido a que necesitan un tratamiento más complejo y una recuperación más lenta, con el posible incremento de tiempo de pacientes con incapacidad temporal.

En repetidas ocasiones se ha intentado instaurar protocolos en base a los diagnósticos de los pacientes para guiar los pasos en el tratamiento sin necesidad de que los facultativos que intervengan en el proceso asistencial tengan que ser unos expertos en la patología (por ejemplo, hallux valgus), pero por errores en la codificación de los diagnósticos, falta de tiempo o conocimiento, o por falta de cumplimiento de los pacientes, en repetidas ocasiones las consultas de primeras visitas en atención especializada se convierten en un trámite rutinario y en ocasiones sistemático de solicitud de pruebas complementarias que los pacientes supuestamente deberían de tener realizadas cuando llegan a la primera visita.

Disfunciones como estas tienen consecuencias como:

- Aumento de la demora para una primera visita y sucesiva.
- Aumento del índice sucesivas/primeras.
- Aumento del tiempo de baja de algunos pacientes.

- Necesidad de tratamientos más agresivos por la cronificación de procesos.
- Deterioro de la calidad percibida por los pacientes y por los compañeros de atención primaria.
- Fuga de pacientes del departamento en busca de una pronta solución.

De acuerdo con todo ello, nos planteamos la siguiente cuestión: ¿Se puede mejorar la atención a los pacientes afectados por patología musculoesquelética en el departamento de salud de Torrevieja?

2- OBJETIVOS

Presentar una serie de medidas implementadas para dar respuesta a la cuestión anterior mediante:

1. La reorganización de la atención a los pacientes mediante la modificación de los protocolos de remisión a los pacientes a las consultas de traumatología, ya sea desde atención primaria o desde otra especialidad, siendo la mayoría de las primeras visitas atendidas en las consultas externas, pacientes remitidos desde atención primaria.
2. Reactivar el Comité de aparato locomotor como medida complementaria y poder ofrecer una solución a pacientes complejos.

3- PLAN ESTRATÉGICO

3.1- METODOLOGIA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES

3.1A- Misión

Establecer una metodología de derivación de los pacientes afectos por dolencias musculoesqueléticas de manera adecuada a atención especializada usando las especiales herramientas de comunicación del departamento 22 de salud. Reducir los tiempos de espera para poder acceder a la consulta de atención especializada y mejorar y acelerar la atención ofrecida a los pacientes, mejorando así la calidad percibida por los mismos y por los compañeros.

3.1B- Visión

Mejorar y sistematizar una asistencia integradora y sincrónica a todos los niveles para poder dar una solución multidisciplinar temprana, de calidad y cercana a los pacientes que consultan por patología musculoesquelética.

3.1C- Valores

Enmarcados en los globales de la empresa: Ofrecer una atención personalizada de calidad, igualitaria y de la mayor calidad posible a todos los pacientes.

3.2- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

3.2-1- Análisis Externo:

El hecho de movernos en un entorno de concesión administrativa nos permite mejorar la comunicación entre los diferentes niveles de asistencia e instaurar y agilizar protocolos asistenciales. La historia clínica electrónica integrada entre todos los niveles asistenciales también ayuda a que el sistema de comunicación sea ágil y fluido, permitiendo tener respuestas incluso inmediatas cuando se usa el sistema de interconsulta en relación a los pacientes.

Según el contrato de la concesión administrativa, la espera para la asistencia a los pacientes como primera visita no debe de superar los 4 meses.

3.2-2- Análisis Interno

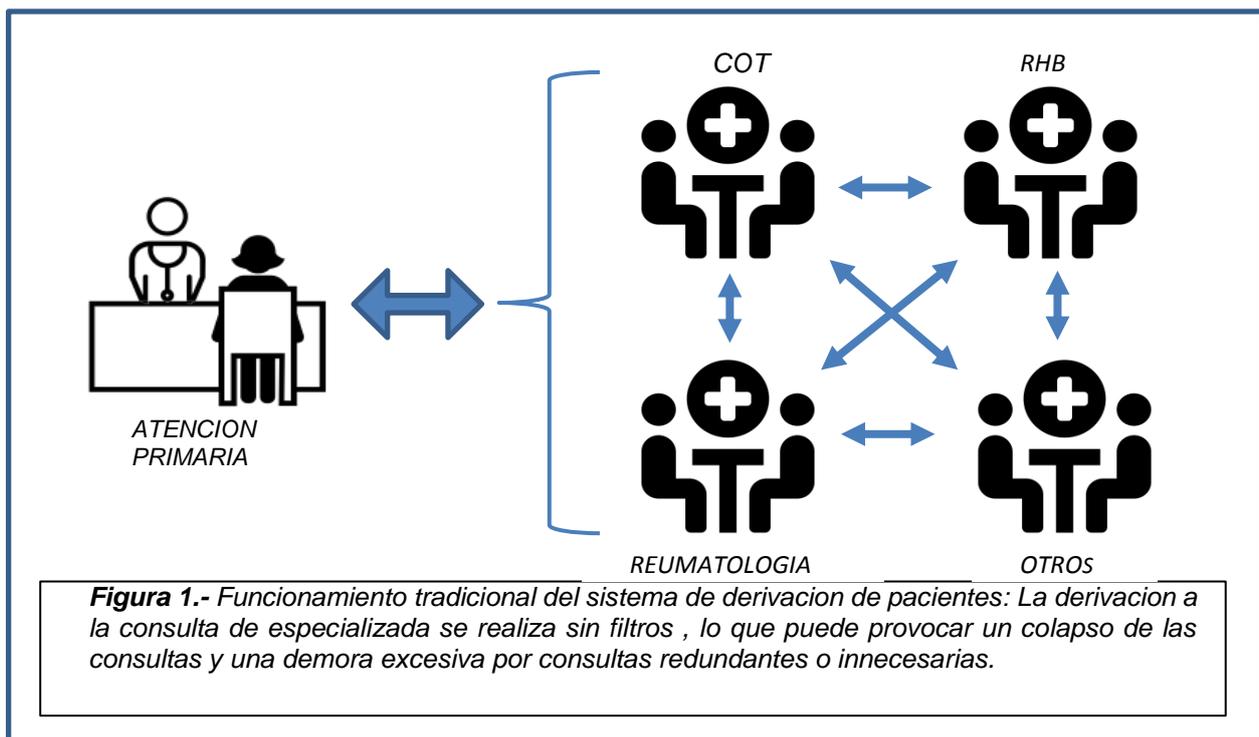
El departamento de salud hasta ahora ha tenido un funcionamiento tradicional: el paciente con dolencias relacionadas con la patología musculoesquelética acude a atención primaria (cuando no es una urgencia) y en atención primaria se solicitan las pruebas complementarias y se da en tratamiento y las recomendaciones que se creen convenientes. En función de la resolución o no del problema, o en ocasiones con la primera visita, se realiza una propuesta de consultas externas para derivar al paciente a la consulta de atención especializada.

En ocasiones está indicado y son derivados de manera correcta, pero suelen existir uno o varios problemas:

- Falta o ausencia de pruebas complementarias.
- Derivación errónea, ya sea al servicio o unidad.
- Diagnóstico inicial erróneo y consiguiente derivación errónea (radiculopatías derivadas a la unidad de pie y tobillo porque duele el pie)
- Codificación de diagnóstico erróneo.
- Derivación de pacientes sin indicación quirúrgica o que rechazan la misma.

Estos errores provocan el aumento de la demora general y que los pacientes que precisen una atención de manera más apremiante se retrasen, con el consecuente aumento de la insatisfacción comentada anteriormente.

Una manera de intentar derivar y priorizar de manera adecuada a los pacientes, es la instauración de protocolos de atención integrada desde atención primaria hasta especializada, pero este sistema también puede fallar de múltiples maneras y por motivos variados, desde el desconocimiento de los mismos a considerar un paciente no afectado por el mismo. En la experiencia del departamento, los protocolos también han caído en desuso, quedando la



colaboración desde primaria y desde las especialidades dependiente por completo del nivel de implicación de los facultativos según el caso.

Al no cumplirse los protocolos ni estructurarse la derivación de los pacientes, la demora media para las esperas de traumatología es cercana al límite de 4 meses marcado por el contrato de concesión.

Actualmente el único requisito para derivar a un paciente a una consulta concreta de atención especializada es rellenar una hoja de propuesta y el paciente queda directamente pendiente de ser citado con el diagnóstico y preferencia asignado por el médico que solicita la derivación.

Matriz D.A.F.O. de análisis estratégico	
INTERNO	Debilidades: Inercia por la manera de trabajo tradicional. Dificultad a la hora de instaurar o modificar una costumbre de trabajo. Falta de comunicación entre algunos especialistas. Falta de colaboración por algunos profesionales.
	Fortalezas: Historia clínica electrónica integrada. Métodos de comunicación variados, generalizados e interpersonales (interconsultas, E-mail y teléfonos corporativos personales). Buena comunicación y reuniones frecuentes entre las direcciones. Gran capacidad de trabajo y flexibilidad en pro de la adaptación a las necesidades de los pacientes. Cultura de trabajo en equipo.
EXTERNO	Amenazas: Modelo concesionario dependiente del gobierno autonómico. Posible reversión del sistema que limite la implementación y mejora de los protocolos. Tiempos de desarrollo de aplicaciones de comunicación que pueden alargarse.
	Oportunidades: Aplicar y desarrollar nuevas tecnologías en la comunicación con los pacientes y entre las profesionales. Estandarizar y exportar metodología de trabajo en equipo centrada en procesos en beneficio de los pacientes.

Tabla 1.- Matriz DAFO de análisis estratégico

En especial el hecho de que el servicio de traumatología esté estructurado en subunidades para mejorar la atención a los pacientes y las repetidas

confusiones en las derivaciones provoca un aumento de las esperas de manera desigual.

3.3- ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

3.3-1 Consideraciones generales

Desde la gerencia del departamento se ha decidido tomar 2 medidas para intentar mejorar la asistencia que reciben los pacientes, de una manera más rápida, ágil y directa en todos los niveles mediante la eliminación de pasos intermedios cuando se tratan de patología musculoesquelética: la primera es la interconsulta previa a la auto derivación, medida ya utilizada en otros servicios con gran presión asistencial previa y que ha conseguido gestionar la atención al cupo de población con éxito, como por ejemplo cardiología; La otra es la de reimpulsar el comité de aparato locomotor para pacientes complejos.

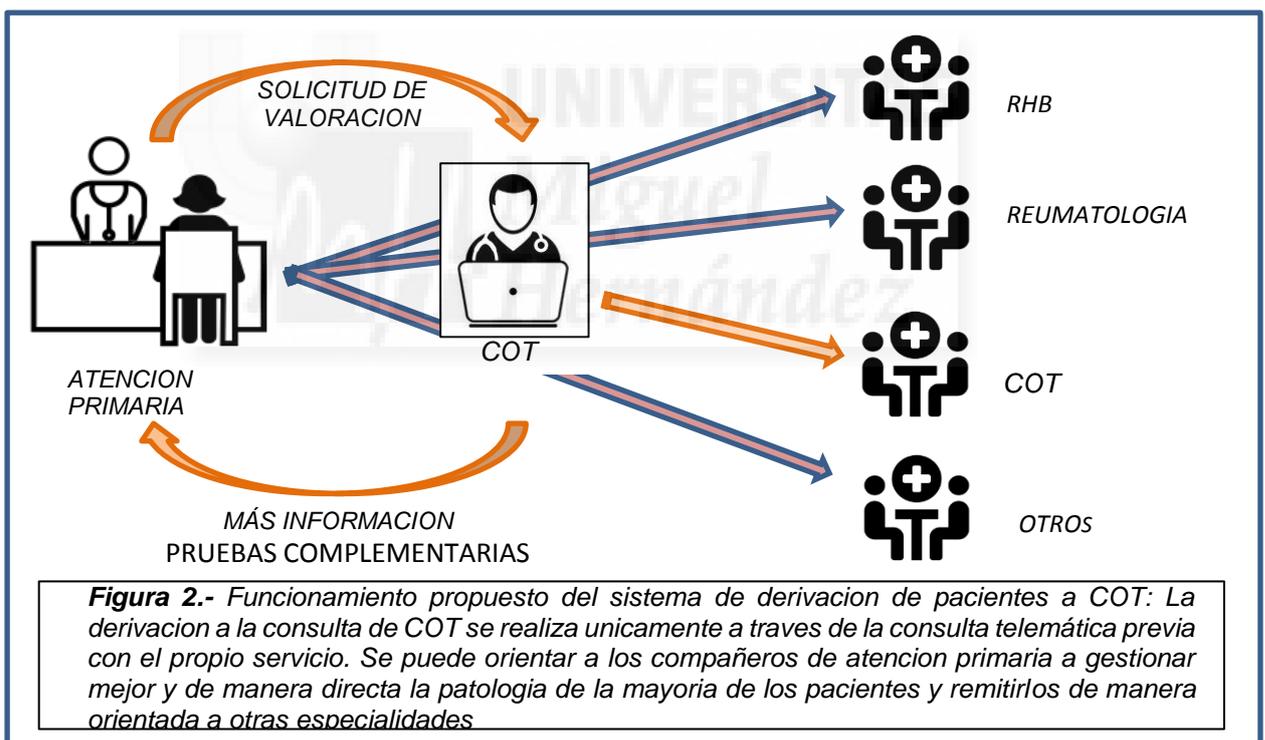
Para valorar la utilidad inicial y depurar procesos (hay que demostrar su utilidad en traumatología) se ha decidido instaurar inicialmente un “periodo de prueba” en los 3 centros de salud desde los que se deriva a más pacientes a traumatología.

Lo primero que debe de quedar claro es que no se le bloquea la asistencia a nadie. Simplemente es una manera de supervisar que los pacientes sean derivados a la unidad correcta en tiempo y en forma, o de resolver problemas sencillos o dudas de manera directa sin tener que esperar meses.

3.3-2 Modificación del sistema de derivación de pacientes a atención especializada

El funcionamiento es el siguiente: en lugar de remitir a los pacientes a atención especializada, el compañero de atención primaria debe realizar una interconsulta nominativa al especialista correspondiente, El especialista revisa el caso e indica las pruebas complementarias y recomendaciones para recopilar más información en caso de ser necesaria en cada caso en particular. También explica al médico de

atención primaria si hay algún tipo de error a la hora de derivar al paciente o si cree oportuno valorar el pedir más pruebas para descartar patologías concretas o derivar al paciente a otras especialidades (posible patología reumática, o subsidiaria de tratamiento por parte de rehabilitación o fisioterapia). Con los resultados se vuelve a realizar otra interconsulta las veces que sean necesarias. Si se considera que el paciente debe ser revisado en consultas, el especialista es quien realiza la propuesta para remitir al paciente sus propias consultas con la prioridad que crea oportuna. También puede pedir más pruebas directamente o puede sugerir la remisión a otra especialidad (como rehabilitación, por ejemplo).



Una de las ventajas principales es que se evitan los posibles malentendidos que se pueden provocar cuando el procedimiento a seguir es el “filtrado” de las propuestas. Si se rechaza a un paciente que está pendiente de consulta sin mayores explicaciones, aunque sea por un error, se puede provocar un conflicto innecesario con el paciente, con la consecuente pérdida de calidad de la atención recibida. Mediante la derivación

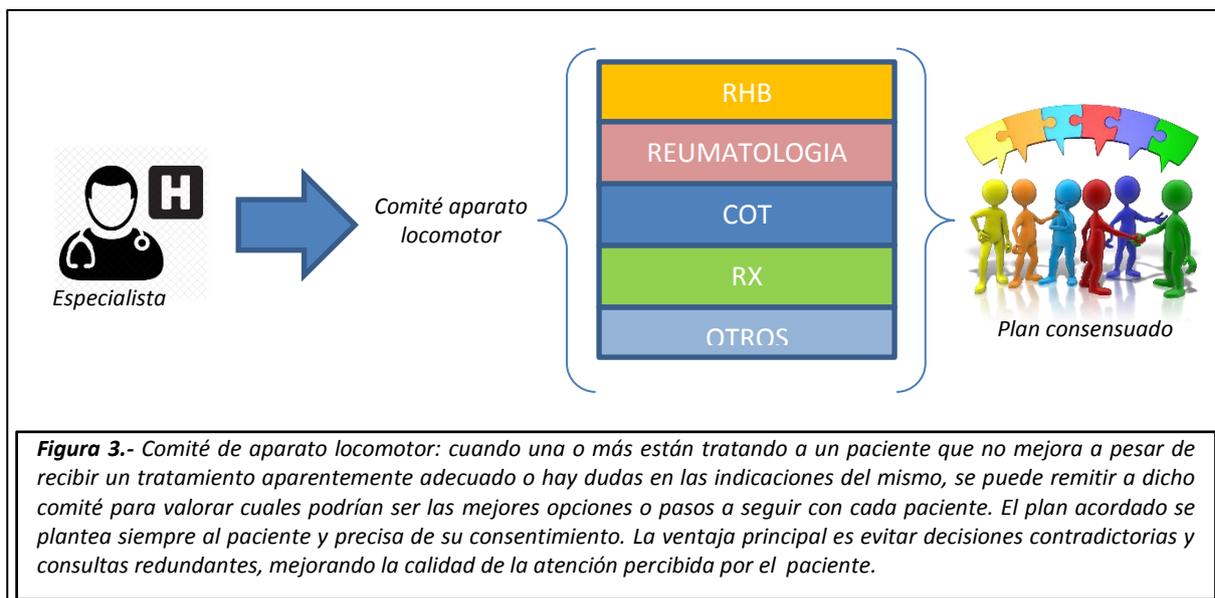
asistida por atención especializada se puede mejorar la calidad percibida por los pacientes

3.3-3- Reinstauración del comité de aparato locomotor

La segunda medida es la restauración del comité de aparato locomotor, el cual se diseñó para proponer planes de actuación concretos para pacientes específicos con la intención de dar una solución consensuada y multidisciplinar cuando lo que padecen son patologías complejas, con múltiples afecciones, manifestaciones clínicas atípicas y / o situaciones especiales o que no responden a tratamientos aparentemente bien indicados. Estas circunstancias generalmente provocan que los pacientes vaguen entre consultas de varias especialidades de manera reiterada provocando que sus patologías se eternicen.

El criterio para exponer el caso clínico depende de cada especialista, pero a grandes rasgos en general se presentan casos “que no van bien”, cuya evolución no es la esperada a pesar de recibir un tratamiento aparentemente adecuado, o aquellos en los que se quiere evitar indicaciones contradictorias entre varias especialidades.

Consiste en la exposición del caso correspondiente por parte de alguno de los especialistas que tratan a un paciente ante todos los servicios implicados.



El comité base está formado de base por los servicios de rehabilitación y traumatología. Además y dependiendo de cada caso, se convoca a los especialistas de otros servicios responsables del seguimiento del paciente a discutir, como puede ser Medicina interna, Radiodiagnóstico, Reumatología, Anestesia, etc.

Tras la presentación del caso clínico, se hace pasar al paciente para una entrevista y una exploración conjunta y una vez finalizada se discute el caso para debatir las posibles opciones de tratamiento y tomar una decisión consensuada sobre el plan de acción a seguir, que debe ser aceptado por el paciente. La decisión del paciente se apunta en su historia clínica digital para que se pueda consultar el plan trazado por todos los especialistas que la consulten.

3.4 BENEFICIOS ESPERABLES

La coordinación entre los profesionales de la salud y la colaboración multidisciplinar será más importante que nunca para poder ofrecer una atención sanitaria integral de calidad, efectiva, segura y que optimice recursos evitando duplicidades, pruebas innecesarias y molestias a los pacientes. Se mejorará la calidad en la atención.

El contacto continuo y frecuente entre los especialistas ayudará a una mejor comprensión y manejo de la patología multidisciplinar en cualquiera de las especialidades implicadas y especialmente, desde atención primaria, sin la necesidad de ampliar los recursos destinados a ello, pero sí una modificación de sus funciones y sistemática de trabajo.

A largo plazo, también puede ayudar a mejorar la formación de los propios pacientes y cambiar la cultura sanitaria, haciendo a los pacientes partícipes activos de su proceso de salud y a los profesionales sanitarios ir un poco más allá de las barreras preestablecidas por la especialización de los sectores sanitarios.

3.5 CONTROL DE RESULTADOS

La mejor manera de saber si estamos en la buena dirección es plantearse unos objetivos específicos y valorar la evolución que se va desarrollando para así poder buscar puntos débiles o subsidiarios de mejora en el servicio prestado. Si el objetivo general es obtener una asistencia eficiente y de calidad, los indicadores que nos pueden valer para hacer autocrítica y localizar los puntos mencionados son:

- 1 **Demora media para acceder a las distintas especialidades implicadas**; indicador elemental que indica el tiempo que tarda en hacerse efectiva la consulta con el especialista desde que se solicita la misma. A menor demora, mejor asistencia, especialmente para los pacientes preferentes y que se beneficiarían de una pronta visita ya que se evitaría la cronificación de procesos y la necesidad de evitar el tratamiento de secuelas como primera medida. Si la demora no descende, nos obligaría a:
 - a. Revisar que los protocolos se estén cumpliendo de manera adecuada.
 - b. Revisar el cumplimiento de las indicaciones realizadas en las interconsultas por parte de las otras especialidades / atención primaria y especialmente por los pacientes, asegurándonos de que comprenden la necesidad de cumplir y ser constante con el tratamiento conservador inicial.
 - c. Valorar reestructurar la asistencia o cambiar alguno de los protocolos para simplificar y/o acelerar la asistencia a los pacientes y tratar de dar solución lo antes posible a los pacientes que lo requieran.
- 2 **Derivaciones adecuadas / erróneas**; Mientras menor número de errores existan, mejor será la calidad de la atención prestada ya que unas derivaciones precisas en el momento adecuado pueden ahorrar muchas visitas a las consultas hospitalarias. Los principales aspectos a tener en cuenta serían:

- a. **Remitir al paciente a la especialidad o unidad adecuada:** por ejemplo: si a un paciente le duele la pierna por una radiculopatía, se debe evitar enviar a la unidad de pie y tobillo, pero sí que puede ser estudiado y remitido a RHB o a la unidad de raquis teniendo ya los estudios complementarios realizados, para que el paciente llegue de manera orientada al servicio y unidad que pueda ofrecer una solución más adecuada para él, generando una atención más precisa y de mejor calidad.
 - b. **Codificación correcta de los diagnósticos:** en ocasiones el error se debe a la mala codificación del episodio que ocupa al paciente y se tiene en cuenta algún problema que no es el principal (por ejemplo: “vengo por el hombro pero no puedo caminar por el dolor en la rodilla”). Es correcto intentar ayudar a los pacientes todo lo que sea posible, pero en ocasiones sería bueno tratar de priorizar y en ocasiones podemos invertir demasiado tiempo en una dolencia que puede no ser realmente un problema para el paciente.
 - c. **Tener clara la prioridad de los pacientes, sus “líneas rojas” y las carteras de servicios de las especialidades:** una vez descartado el tratamiento quirúrgico por contraindicación absoluta o por rechazo del paciente, no tiene sentido remitir al paciente a un servicio quirúrgico para volver a ser valorado si no existen cambios significativos en su estado clínico. Tampoco tiene sentido volver a remitir a otros servicios por el mismo problema si el tratamiento se considera ineficaz o que no procede el tratamiento por dicha especialidad. Será necesario buscar soluciones consensuadas en los casos complejos, pero en la mayoría de casos será necesario mejorar la comunicación con los pacientes y entre los equipos asistenciales para evitar las llamadas consultas redundantes y la remisión reiterada de pacientes entre especialidades
- 3 **Índice de primeras/sucesivas visitas;** mientras menos visitas sucesivas existan, quiere decir que la asistencia telemática asistida desde especializada, los estudios complementarios, los protocolos, la

adecuación de las remisiones y en general la eficiencia están mejorando ya que con pocas visitas en atención podremos ayudar a los pacientes a resolver su patología.

- 4 **Número de pruebas repetidas;** debe ser el menor posible. Indicará que la coordinación entre las especialidades es adecuada y que no hay solapamiento no contradicciones a la hora de asistir a los pacientes. También hay que tener en cuenta la diferenciación necesaria con las pruebas que se repiten al ser necesario un control evolutivo.
- 5 **Calidad percibida por el paciente y por los facultativos de los servicios implicados en el tratamiento de los pacientes;** no sólo es importante medir números objetivos como resultado, sino también la percepción que tienen de cómo están funcionando las cosas los pacientes y el propio personal sanitario integrante de los equipos que proporcionan la asistencia. Por ello una de las posibilidades que se puede implementar es remitir cuestionarios de opinión sobre el funcionamiento de los servicios y la asistencia que prestan, tanto a los pacientes como a los especialistas. También se puede utilizar para que se remitan sugerencias sobre posibles mejoras o recomendaciones.

3.6- CICLO DE MEJORA:



Figura 4.- Ciclo de mejora.

4 - CONCLUSIONES

En España en general y en particular en el Departamento de Salud 22 de la Comunidad Valenciana, la tendencia demográfica es hacia el envejecimiento de la población y ello conlleva el aumento de la prevalencia y la incidencia de la patología musculoesquelética entre otras, por lo que la tendencia será hacia el aumento del gasto sanitario.

Debido a esto, es necesario implementar cambios estructurales y culturales en el funcionamiento del sistema de salud para aumentar su eficiencia, tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

Parte de los problemas se producen por mala derivación de los pacientes o visitas mal orientadas y los protocolos pueden no ser eficaces cuando se trata de mejorar de manera global la asistencia.

Para lograr estos objetivos, la creación de sistemas de atención integrada para poder tratar de manera conjunta y con una orientación multidisciplinar las distintas dolencias de los pacientes parece ser la mejor manera a día de hoy. Para crear esta atención multidisciplinar, es necesaria la colaboración e implicación de todos los profesionales y pacientes, para poder trabajar de manera sincronizada.

Los avances tecnológicos, como la historia clínica electrónica y unificada, las aplicaciones de contacto entre profesionales, los nuevos métodos de comunicación con los pacientes, y en general el uso de las nuevas tecnologías son un elemento clave para poder llevar a cabo este proyecto.

Los objetivos principales son:

- Descenso del número de derivaciones al poder tratar a los pacientes de manera asistida en atención primaria.
- Completar los estudios complementarios previos a la derivación.
- El descenso de los errores en la derivación de los pacientes.
- Descenso del número de visitas sucesivas.
- Aumentar la calidad percibida por los pacientes y por los profesionales.

Es necesario realizar de manera periódica controles y evaluaciones de resultados para poder localizar fallos en los procedimientos y posibles puntos de mejora.

Los cuestionarios de calidad tanto de los pacientes como de los profesionales también son importantes a la hora de poder conocer la percepción que se tiene del sistema y lo que pueden ser problemas o limitaciones percibidos. También son útiles para conocer quejas o sugerencias.

5 BIBLIOGRAFIA

- Universidad de Cantabria. : 16 DE Enero de 2014 [acceso mayo 2018]. PDI/PLA.03 DEFINICIÓN DE ALTERNATIVAS ESTRATÉGICAS. Disponible en:
<https://web.unican.es/unidades/serviciopdiretribuciones/Gestionporprocesos/PDIPLA-03%20DEFINICI%C3%93N%20DE%20ALTERNATIVAS%20ESTRAT%C3%89GICAS.pdf>
- Revista de la Sociedad Española del Dolor. vol.24 no.5 Madrid sep./oct. 2017. [acceso de Mayo de 2018]. M. Fernández-Hernández; D. Bouzas-Pérez; C. Martín-Moretón .Patología osteomuscular y dolor crónico: rotación multidisciplinar para médicos de Atención Primaria. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000500256
- Elsevier. Noviembre 10, 2013 [acceso en Mayo de 2018] Colaboración multidisciplinar. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/corp/conecta/enfermeria/hablemos-de-colaboracion-multidisciplinar/>
- Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria: [acceso en Mayo de 2018] pain proposal. Santolaya F.; Tejedor A.; Colmenarejo J.C.; Disponible en:
https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Pain%20Proposal%20-%20Madrid.pdf
- Asociacion Española de Fisioterapeutas: Fisioterapia. 2001 [acceso Mayo de 2018]. S.G.Trebon; I.Medina Porqueres; A.Jurado Bueno; Enfoque multidisciplinar en las endoprótesis de cadera y rodilla: un nuevo concepto. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563801729422>

- EAE Business School: Seis ventajas de trabajar con equipos multidisciplinares. [acceso en Mayo de 2018] Disponible en: <https://www.eaprogramas.es/blog/seis-ventajas-de-trabajar-con-equipos-multidisciplinares>
- Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Consultorios de extensión de especialistas en el ámbito de atención primaria y hospitales rurales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso en mayo de 2018] Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Collado CA, Mata X, Gassol A, Cerdà GD, Vilarrasa R, Valdés MM, Mun?J Multidisciplinary treatment of chronic pain with disability Medicina Clinica {MED CLIN } 2001;117(11):401-405. [Acceso en junio de 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2013588227&DocumentID=r423>
- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier- C Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain The Cochrane database of systematic reviews 2002;1(CD000963-CD00493X). [Acceso en junio de 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2013588227&DocumentID=r605>
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. [Acceso en Junio 2018]. Disponible en: <http://keisen.com/es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-de-Control-y-mejora-continua-de-los-procesos.pdf>
- J.J.Mira, J.Rodríguez-Marín, R.Peset, J.Ybarra, V.Pérez-Jover, I.Palazón, E.Llorca. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Revista de Calidad Asistencial. Volume 17, Issue 5, 2002, Pages 273-283. [Acceso en Junio 2018]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77517-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77517-9)