

La colaboración entre médicos de familia y especialistas: vacío de conocimientos y necesidades de investigación

Collaboration between family physicians and specialists: knowledge gaps and research needs



Charo Rodríguez

PhD, McGill University, École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Nassera Touati, PhD, École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Jean Louis Denis, PhD, École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 1/7/2013 - Aprobación: 15/8/2013
Primera edición, www.siicsalud.com: 17/9/2013
Segunda edición, ampliada y corregida:
11/10/2013

Enviar correspondencia a: Charo Rodríguez,
H2W 154, Montreal, Canadá
charo.rodriguez@mcgill.ca

✚ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Abstract

Objective: To identify knowledge gaps and research needs on collaboration between family physicians and specialists. **Methods:** A traditional literature review of the empirical evidence on medical collaboration from 1990 to 2012 was performed. **Results:** Twenty-six articles were finally included. In the papers reviewed the concept of collaboration appears unclear and barely defined. The available empirical evidence suggests that family physicians are more inclined than specialists to collaborate due to the following two reasons: to acquire further medical knowledge and to gain mutual respect. Specialists are less inclined to consider family physicians as their equals, and if they collaborate with them, they do so in order to educate them and modulate patients' flow. Several individual, organizational and institutional factors seem to influence collaborative dynamics between generalists and specialists, but the observed results appear inconclusive. **Conclusions:** Despite its relevance, collaboration between family physicians and specialists appears to be an extremely complex and poorly known process. In order to better understand it, more comprehensive empirical investigations that consider different levels of analysis and to examine in-depth actors' dynamics appear necessary.

Key words: collaboration, intraprofessional medical collaboration, shared care

Resumen

Objetivo: Identificar las lagunas de conocimiento y las necesidades de investigación de los procesos de colaboración entre médicos de familia y especialistas. **Métodos:** Revisión tradicional de la literatura empírica sobre la colaboración profesional entre médicos publicada entre 1990 y 2012. **Resultados:** Veintiséis artículos fueron finalmente incluidos. En los trabajos revisados, el concepto de colaboración aparece poco claro y rara vez definido. La evidencia empírica disponible parece indicar que los médicos de familia se muestran más predispuestos a la colaboración que los especialistas, y alegan dos razones principales para ello: adquirir más conocimientos y fomentar el respeto mutuo. Por su parte, los especialistas tienden a no considerar a los generalistas como sus iguales, y si colaboran con ellos, lo hacen para formarlos y conseguir una mejor gestión del flujo de pacientes. Diversos factores de orden individual, organizativo e institucional parecen ejercer una influencia sobre la dinámica de colaboración entre generalistas y especialistas. Sin embargo, los resultados observados son poco concluyentes. **Conclusiones:** A pesar de su reconocida relevancia, la colaboración entre médicos de familia y especialistas es un proceso extremadamente complejo y no muy conocido. Para su mayor comprensión, se necesitan trabajos empíricos más exhaustivos que contemplen diferentes niveles de análisis y examinen en profundidad diversas dinámicas de acción de los actores implicados.

Palabras clave: colaboración, colaboración intraprofessional entre médicos, cuidados compartidos

Introducción

La colaboración, desde la cooperación entre profesionales de la salud en el plano individual hasta la integración o institucionalización de estructuras y prácticas cooperativas de tipo sistémico,¹ ha atraído fuertemente la atención de profesionales de la salud, políticos e investigadores en organización y gestión de los servicios de salud durante las últimas décadas. Así, al menos en la literatura especializada anglosajona, y más en concreto norteamericana, si las décadas de 1980 a 1990 fueron las de la competencia gestionada (*managed care*)²⁻⁴ y los sistemas integrados de salud (*integrated delivery systems*),^{5,6} estos últimos años son sin lugar a duda los de los cuidados compartidos (*shared care*)^{7,8} y centrados en el paciente (*patient-centred*),⁹ producidos por equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios de profesionales de la salud.¹⁰ Muchos son los argumentos a favor de esta modalidad de producción de cuidados, particularmente en el nivel primario de atención; entre ellos cabe destacar la optimización de los servicios ofertados (más accesibles y costo-efectivos), la mejora de la práctica profesional en

entornos con un mejor clima de trabajo y un mayor grado de satisfacción, y la promoción de la innovación en la organización de servicios.¹¹

En este contexto la literatura, tanto empírica como teórica, sobre la colaboración interprofesional es cuantiosa. Nos referimos a la colaboración establecida entre profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas de la salud, generalmente operando en un mismo nivel asistencial, en el que cada individuo aporta la especificidad de los conocimientos propios de su disciplina, así como su experiencia profesional, para conseguir mejorar la atención a los pacientes.

Sin embargo, la colaboración profesional entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas, los cuales habitualmente trabajan en diferentes niveles de asistencia, ha sido relativamente mucho menos estudiada.¹² Si se sabe que se trata de un proceso no exento de problemas.¹³ La percepción de las dificultades que la colaboración entre médicos lleva consigo existe incluso durante el período de formación de posgrado (residencia) de los futuros profesionales, en particular en lo relativo a conocimientos médicos y responsabilidad profesional.¹⁴

Profundamente interesado por el tema, nuestro equipo de investigación inició en 2009 un minucioso trabajo de revisión de la literatura y de conceptualización de la colaboración entre médicos,¹⁵⁻¹⁷ que culminó con la obtención de una subvención de investigación otorgada por los Institutos de Investigación en Salud de Canadá en 2011. En el marco de este estudio, aún en curso, nuestro propósito en el presente artículo ha sido identificar las lagunas de conocimiento y las necesidades de investigación de los procesos de colaboración entre médicos generalistas y especialistas. A continuación se describen los métodos de identificación y selección de los trabajos revisados. Se presentan después los resultados, discutidos, de la revisión realizada sobre la evidencia empírica identificada. Se concluye el trabajo con un resumen de los conocimientos revisados y nuestras sugerencias para investigaciones futuras.

Métodos

Se llevó a cabo una revisión tradicional, o narrativa,^{18,19} de la literatura empírica sobre los procesos de colaboración entre médicos generalistas y especialistas. Se consideraron trabajos publicados en inglés, francés o español entre 1990 y 2012, los cuales fueron identificados a través de búsquedas bibliográficas realizadas en las bases de datos Medline, ProQuest y Google Scholar con la ayuda de las palabras clave: *medical collaboration, physician collaboration, family physician/general practitioner and specialist collaboration, y shared care model*. El título y los resúmenes de los artículos así identificados fueron primero examinados con el fin de corroborar que efectivamente eran trabajos empíricos sobre los procesos de colaboración médica. De este modo fueron rechazados todos aquellos que: a) estudiaban un tema que no era la colaboración entre médicos generalistas y especialistas, b) eran artículos de opinión, c) proponían instrumentos de medida de los resultados de la colaboración.

Resultados y discusión

En total, finalmente fueron seleccionados 26 trabajos. Los resultados del análisis efectuado sobre ellos se reagrupan en cuatro grandes áreas temáticas.

La colaboración: un proceso difícil de definir

Según el diccionario, la colaboración es la acción y efecto de colaborar, y colaborar significa trabajar con otra u otras personas en la realización de una obra. La colaboración sería entonces el proceso (o los procesos) mediante el cual los individuos interactúan conscientemente con el fin de alcanzar un objetivo común, así como el resultado de dicha interacción. En el caso que nos ocupa, la colaboración entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas se referiría pues al trabajo clínico conjunto de estos profesionales en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, y los resultados de dicho trabajo clínico colaborativo en materia de nuevas modalidades de gestión de los pacientes.

Algunos trabajos de revisión de la literatura en servicios de salud intentan clarificar el término colaboración y algunos otros que se utilizan indistintamente, como cooperación, continuidad o integración. Así, Mitchell y colaboradores,²⁰ en su revisión sistemática de la literatura sobre los efectos de la relación entre médicos generalistas y especialistas, definen la cooperación organizada como "... any formal arrangement that linked the GPs with specialist practitioners in the care of the patient. This

definition thus included case conferences between the specialist and GP, shared consultations, organized consultations by GPs of patients in specialist inpatient units, visits by specialist staff to a GP clinic, as well as formal shared care arrangements between the patient's GP and a specialist clinic". Esta definición se situaría más bien en el ámbito profesional individual, y se referiría únicamente a todo acuerdo *formal* entre generalistas y especialistas. Así definida, la cooperación organizada excluiría toda interacción informal entre los actores en juego, lo que se considera esencial en contextos organizativos colaborativos realmente efectivos.²¹

Haggerty y colaboradores²² también se centran en el plano individual cuando revisan la literatura sobre la continuidad de los cuidados o servicios de salud. Teniendo en cuenta los trabajos producidos en diferentes campos disciplinarios (medicina de familia, enfermería, gestión), la continuidad es para estos autores una dimensión crítica de la producción de servicios de salud, distinta de la coordinación o la integración. La continuidad implicaría, por una parte, el conjunto de cuidados ofrecidos a un paciente en particular y, por otro lado, los cuidados dispensados de manera longitudinal y coherente en el tiempo. Varios profesionales pueden estar implicados en la producción de cuidados continuos, pero lo que realmente caracteriza la continuidad es la percepción, tanto de pacientes como de proveedores, de que el conjunto de cuidados de salud dispensados estén conectados entre sí de manera coherente.

Por su parte, Rodríguez y des Rivières,¹ en su revisión de la literatura sobre los servicios integrados de salud en perinatalidad, distinguen varios procesos cooperativos que se producen a diferentes estratos: 1) el nivel individual correspondería a la continuidad tal y como fue definida por Haggerty y col.,²² así como a una coordinación secuencial o recíproca entre dos profesionales (la referencia tradicional del médico de familia al especialista ilustraría la coordinación secuencial, la cual sería una coordinación recíproca si hubiera una respuesta en sentido contrario); 2) el nivel programático se referiría a la coordinación de servicios, no únicamente entre dos profesionales, sino a la que se desarrollaría en el seno de un equipo; 3) el término colaboración se reservaría para las relaciones cooperativas entre organizaciones (o nivel interorganizativo), y por último 4) el término integración implicaría la institucionalización de prácticas cooperativas a través de todo el sistema de salud (nivel sistémico), ya sea en ámbitos individuales, grupales o entre las diferentes organizaciones de salud.

Resulta por lo tanto llamativo constatar que en los trabajos empíricos aquí examinados, la naturaleza (ontología) de la colaboración, por lo general, se presupone; es decir que la conceptualización y la definición de la colaboración entre médicos de familia y especialistas están generalmente ausentes, refiriéndose, en el mejor de los casos, a la coordinación de servicios.²⁰ Por consiguiente, aunque la colaboración en todas sus vertientes aparece como una de las características más importantes y deseables de un sistema de salud de calidad, existe una dificultad evidente para definir sin equívocos su significado, en particular cuando se trata de la colaboración entre médicos generalistas y especialistas.

Motivados a colaborar, pero por distintas razones

La evidencia empírica de la que disponemos actualmente, obtenida en el contexto de los sistemas de salud

de diferentes países occidentales, muestra que los médicos de familia (o generalistas) están predispuestos a relacionarse con los médicos especialistas por dos motivos fundamentales.

En primer lugar, los generalistas están interesados en desarrollar relaciones con los especialistas de profesional a profesional, es decir, directas y personales,^{12,23} que vayan más allá de la referencia tradicional,²⁴ con el fin de aprender de éstos^{23,25} y poder ofrecer una mayor calidad de servicios.²⁶ Esta motivación está fuertemente ligada a la esfera cognitiva, es decir al deseo de los médicos de familia de mejorar su nivel de conocimientos médicos. Prueba de ello es que la necesidad de colaborar con los especialistas surge de un modo particularmente intenso en subdisciplinas médicas para las cuales los médicos de familia se sienten insuficientemente formados y por las que, sin embargo, sufren una intensa demanda asistencial, p. ej.: trastornos mentales.^{24,26}

En segundo lugar, los médicos de familia desean relacionarse con los especialistas también con el objeto de ganarse el respeto de éstos.²³ En este sentido, un estudio canadiense relativamente reciente demostró la percepción generalizada existente entre los médicos de familia acerca de la falta de respeto de la que eran objeto por parte de algunos especialistas.²⁷ Los autores subrayan que el problema es complejo y, por consiguiente, para su resolución se necesitaría la adopción de diferentes estrategias, tanto en la esfera individual como en la sistémica. Sin embargo, un estudio descriptivo cualitativo llevado a cabo en Inglaterra diez años antes, en el que participaron tanto médicos generalistas como especialistas hospitalarios, demostró claramente la existencia de un alto grado de respeto mutuo.²⁸ Estos resultados, en apariencia contradictorios, podrían poner de manifiesto diferentes grados de legitimidad de la práctica médica generalista en estos dos países, así como la existencia de diferencias significativas en la estructura organizativa y de gobierno de los sistemas de salud respectivos. De hecho, en ciertos países parecen haber dado resultados prometedores determinadas intervenciones que favorecen el conocimiento mutuo y la colaboración entre los futuros médicos durante su periodo de formación.²⁹

Considerados globalmente, estos resultados sugieren que, con el objetivo final de favorecer la colaboración entre médicos de familia y especialistas, sería necesario considerar no sólo la dimensión cognitiva (médico en calidad de experto) sino también las dimensiones de identidad profesional, imagen y reputación, de naturaleza claramente política, y todo ello desde los primeros años de formación universitaria.^{30,31}

Por otra parte, los especialistas parecen menos dispuestos a colaborar que los generalistas, y si lo hacen, es fundamentalmente con la intención de "formarlos", y modular con ello el flujo de pacientes referidos.³² Asimismo, los especialistas demuestran menos inclinación a considerar a los médicos de familia como sus iguales.^{25,32} De nuevo, estos resultados revelan la importancia que tiene la interacción existente entre las estructuras de poder, la posesión del conocimiento del experto, y la construcción de la identidad e imagen profesionales.

Incentivos y barreras a la colaboración

Un estudio muy reciente,³³ llevado a cabo en Canadá, señala que la edad y el sexo son factores que se asocian con las relaciones entre médicos de un modo muy diverso. Así, cohortes de médicos de familia canadienses pero

que gozan de una cierta experiencia clínica (profesionales de entre 40 y 50 años) colaboran más con otros profesionales de la salud (colaboración interprofesional) de lo que lo hacen profesionales de más edad. Esta colaboración se ve favorecida por un contexto político que fomenta la cooperación entre los profesionales (nivel sistémico), así como por el trabajo clínico dispensado en grupo, y no de manera independiente (nivel organizativo).^{33,34} El efecto género parece ser también importante, ya que los médicos varones se relacionan más con los médicos especialistas, y los médicos de sexo femenino con las enfermeras.

También en ámbitos individuales la dimensión cognitiva aparece de nuevo como un elemento crítico a considerar para una mejor comprensión de la existencia de relaciones cooperativas entre los médicos. Así, las pruebas empíricas existentes sugieren que si el médico de familia tiene un nivel de formación, conocimientos y experiencia clínica previa en una determinada práctica especializada (p. ej.: salud mental), sus relaciones profesionales con psiquiatras y especialistas en salud mental se verán favorecidas de manera sensible.³⁴

Factores a nivel organizativo pueden ejercer también una influencia en la colaboración entre médicos. En este sentido, ciertos estudios sostienen que las nuevas tecnologías de la información, tales como las videoconferencias,^{35,36} podrían favorecer la estructuración de prácticas colaborativas entre generalistas y especialistas. Eso no quiere decir, sin embargo, que la existencia de este tipo de tecnologías consiga ejercer un impacto positivo sin paliativos sobre la colaboración, ya que su influencia se ve modulada por una compleja red de dimensiones técnicas y de gestión.³⁷ Es más, las tecnologías de la información podrían incluso generar resultados paradójicos al perpetuar las fronteras entre las organizaciones.³⁸

En lo referente a las dificultades para establecer vínculos colaborativos, los trabajos revisados tienden a demostrar que la falta de conocimientos y experiencia clínica de los médicos de familia, así como la edad y el sexo, se manifiestan como variables individuales que dificultarían, en grado variable, la colaboración con los médicos especialistas.³⁵ La necesidad de clarificar los respectivos roles a desempeñar en el proceso de colaboración también ha sido reseñada.^{39,40}

Otros elementos, esta vez de orden institucional, parecen poder actuar igualmente como obstáculos para la práctica colaborativa. Por ejemplo, ciertos estudios pusieron de manifiesto que el método de remuneración por acto médico dificulta la colaboración del generalista con el especialista.^{26,33} Asimismo, el ejercicio de la medicina familiar como práctica clínica independiente, o efectuado en una zona rural, parece un constituir inconveniente para la organización de nexos colaborativos con los especialistas.³³

Dicho de otro modo, si bien es frecuente que el discurso de apoyo a la colaboración domine la esfera política, parece necesario que esa voluntad se aplique a la realidad de las estructuras administrativas y operacionales que afectan el trabajo clínico de los médicos en su quehacer cotidiano.^{26,41}

Consecuencias para los pacientes de la colaboración entre médicos

Los autores que se han interesado en los efectos que la colaboración entre los médicos produce en los cuidados dispensados a los pacientes se han ocupado fundamentalmente de estudiar aquellos que presentan un perfil

crónico (p. ej.: salud mental), de comorbilidad (ancianos) o ambos. En efecto, parece lógico pensar que la necesidad de colaboración que manifiestan los profesionales implicados se encuentre directamente relacionada con la perdurabilidad y la complejidad de los problemas que afectan a los pacientes. Así, la colaboración entre equipos de atención primaria, que incluyen médicos de familia, y equipos de atención especializada, que incluyen geriatras, parece mejorar claramente la calidad de los servicios ofertados a los ancianos.^{42,43} Asimismo, las pruebas empíricas existentes indican que la colaboración entre generalistas y especialistas en salud mental favorece una mejor gestión para el paciente que sufre de episodios depresivos.⁴⁴ Mitchell y colegas²⁰ señalan igualmente que la relación formal entre los médicos generalistas y los especialistas mejora más rápidamente los resultados funcionales en los pacientes con problemas de salud mental y consigue mejores efectos intermedios (ej. la adecuación de la prescripción de medicamentos), aunque parece no tener ninguna consecuencia significativa sobre resultados de salud de carácter físico.

Conclusiones y sugerencias de investigación futuras

El discurso mayoritario en las políticas sanitarias es el de fomentar categóricamente la colaboración entre los profesionales de la salud. A pesar de su popularidad como modalidad primordial de producción de servicios de salud, hemos podido corroborar que, en concreto, la colaboración entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas permanece aun hoy ampliamente inexplorada, dado que la atención de los investigadores se ha dirigido preferentemente a las relaciones de colaboración interprofesionales.

Nuestra revisión de la literatura empírica sobre la colaboración entre generalistas y especialistas también nos ha permitido constatar que el concepto mismo de colaboración continúa siendo ambiguo; es asimilado a veces a la coordinación de los servicios, pero su significado sigue sin estar claramente definido.

Las pruebas empíricas aquí revisadas sobre la colaboración entre médicos sugieren igualmente que en la díada generalistas-especialistas, los primeros son más proclives a interrelacionarse que los segundos. Además, hemos

podido verificar que tanto el nivel de conocimientos médicos como cuestiones de identidad, de imagen, de reputación profesional y políticas son dimensiones que tienen un papel significativo en la relación de colaboración entre médicos de familia y especialistas. Sabemos igualmente que factores estructurales organizativos (p. ej.: trabajo en equipo) e institucionales (p. ej.: remuneración por acto médico) pueden tanto favorecer como dificultar las prácticas colaborativas entre médicos. Y disponemos de datos que sugieren que la colaboración entre médicos puede favorecer la calidad de los cuidados dispensados a los pacientes, en particular cuando éstos presentan comorbidades o problemas de salud crónicos.

Todas estos hallazgos revelan que las relaciones colaborativas entre médicos de familia y especialistas, aun potencialmente beneficiosas, son de un alto nivel de complejidad; que su estudio ha sido hasta ahora insuficiente y fragmentado; que se trata de procesos aún mal conocidos, y que tampoco sabemos todavía cómo fomentar de manera efectiva el interés por el trabajo cooperativo, y cómo podemos convertir el deseo de colaboración en una práctica real y eficaz.

Con el fin de paliar este vacío de conocimientos, y tomando como base la revisión de la literatura aquí resumida, argumentamos la necesidad de adoptar, en futuras investigaciones, perspectivas analíticas globales e integradoras. Así, sugerimos el examen conjunto de las diversas dinámicas de acción (p. ej.: cognitivas, identitarias, de imagen, políticas) que aparecen íntimamente imbricadas en la materialización de las prácticas colaborativas entre médicos generalistas y especialistas. Del mismo modo, y dado que estas dinámicas de acción entre los profesionales están influidas por las estructuras sociales que caracterizan los ámbitos organizativos e institucionales, aparece deseable no solo la consideración del nivel analítico individual sino también de los niveles organizativo e institucional o social. Los conocimientos exhaustivos que este tipo de estudios podría generar serían útiles no sólo para la mejor comprensión de estos procesos, sumamente complejos, sino también para el diseño, implantación y posterior evaluación de estrategias que faciliten de manera efectiva las relaciones de carácter cooperativo entre los médicos, así como la implicación activa y eficaz de los pacientes en dicha colaboración.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Autoevaluación del artículo

Las relaciones colaborativas entre médicos de familia y especialistas son procesos de un alto nivel de complejidad, y aún mal conocidos, cuyo estudio ha sido hasta ahora escaso y fragmentado.

¿Qué tipo de estudios permitirían mejorar los conocimientos acerca de la colaboración entre los médicos de familia y los especialistas?

A, Los estudios de análisis individual; B, Los ensayos de análisis a nivel organizativo; C, Los protocolos de estudios de nivel institucional; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128888

Cómo citar este artículo

Rodríguez Ch, Touati N, Denis JL. La colaboración entre médicos de familia y especialistas: vacío de conocimientos y necesidades de investigación. Salud i Ciencia 20(3):280-4, Nov 2013.

How to cite this article

Rodríguez Ch, Touati N, Denis JL. Collaboration between family physicians and specialists: knowledge gaps and research needs. Salud i Ciencia 20(3):280-4, Nov 2013.

Bibliografía

1. Rodríguez C, Des Rivières C. A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care* 19:1-15, 2007.
2. Miller RH, Luft HS. Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA* 271:1512-1519, 1994.
3. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 13:46-64, 1994.
4. Emanuel E, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 273:323-329, 1995.
5. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
6. Leatt P, Pink GH, Naylor D. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Can Med Assoc J* 154:803-809, 1996.
7. Barber C. Shared care brings specialists and family doctors closer for better patient care. *BC Medical Journal* 53:15, 2011.
8. Schwann NM, Nester BA, McLoughlin TM. Sense and Sensibility: The role of specialists in health care reform. *Acad Med* 87:258-260, 2012.
9. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 322:444-445, 2001.
10. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 291:1246-1251, 2004.
11. Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *Brit J Health Manage* 6:364-371, 2000.
12. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seeling M, Shanman R, Shekelle PG. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med* 152:247-258, 2010.
13. Beaulieu MD. Primary and secondary care: Breaking down barriers for our patients with chronic diseases. *Can Fam Physician* 59:221, 2013.
14. Beaulieu MD, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Medical Education* 9:31, 2009.
15. Touati N, Lamothe L, Rodríguez C. Understanding intraprofessional collaboration across organizational boundaries. Paper presented at the 26th European Group for Organizational Studies (EGOS) Colloquium. Lisbon, Portugal, July 1-3, 2010.
16. Touati N, Rodríguez C. Medical Collaboration for Chronic Care: A framework for analysis. Paper presented at the 2010 Academy of Management Annual Meeting. Montreal, Quebec, Canada, August 6-10, 2010.
17. Touati N, Rodríguez C, Denis JL. Medical collaboration for chronic care: a context-based framework for analysis. Manuscript currently under review, 2013.
18. Cronin P, Ryan F, Coughlan F. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *BJN* 17:38-43, 2008.
19. Jesson JK, Mathesson L, Lacey JM. Doing your literature review: traditional and systematic techniques. London: Sage, 2011.
20. Mitchell G, Del Mar, C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Brit J Gen Pract* 52:934-939, 2002.
21. Cross R, Gray P, Cunningham S, Showers M, Thomas RJ. The collaborative organization: how to make employee networks really work. *MIT Sloan Manage Rev* 52:83-90, 2010.
22. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327:1219-1221, 2003.
23. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-De Jong B, Klazinga NK, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 7:4, 2007.
24. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, Hardy-Bayle MC. General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice* 6:18, 2005.
25. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Groenier KH, Schuling J, Grol RPTM, Meyboom-De Jong B. DOC questionnaire: measuring how GPs and medical specialists rate collaboration. *Int J Health Care Qual Assurance* 23:516-526, 2010.
26. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice* 13:19, 2012.
27. Manca D, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O. Respect from specialists - Concerns of family physicians. *Can Fam Physician* 54:1434-1435, 1435.e1-1435.e5, 2008.
28. Marshall MN. How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession. *Brit J Gen Pract* 48:1379-1382, 1998.
29. Wong TY, Koh GCH, Lee EH, Cheong SK, Goh LG. Family medicine education in Singapore: a long-standing collaboration between specialists and family physicians. *Ann Acad Med Singapore* 37:132-135, 2008.
30. Rodríguez C, Tellier PP, Bélanger, E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a case study of Quebec. *Education for Primary Care* 23:158-168, 2012.
31. López-Roig S, Pastor-Mira, MA, Rodríguez C. Understanding reputation of and professional identification with the practice of family medicine among medical students: a Spanish case. *Atención Primaria* 42:601-603, 2010.
32. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPJ, Meyboom-De Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study. *BMC Health Services Research* 6:155, 2006.
33. Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu MK. Canadian family physicians' decision to collaborate: Age, period and cohort effects. *Soc Sci & Med* 75:1811-1819, 2012.
34. Fleury MJ, Bamvita JM, Farand L, Aubé D, Fournier L, Lesage A. GP group profiles and involvement in mental health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18:396-403, 2010.
35. Nilsen LL, Moen A. Teleconsultation - collaborative work and opportunities for learning across organizational boundaries. *J Telemed Telecare* 14:377-380, 2008.
36. Nilsen LL. Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice. *Qual Health Res* 21 (8):1158-1157, 2011.
37. Jarvis-Selinger S, Chan E, Payne R, Plohma K, Ho K. Clinical telehealth across the disciplines: lessons learned. *Telemed e-Health* 14:720-725, 2008.
38. Bal R, Mastboom F, Spiers HP, Rutten H. The product and process of referral - Optimizing general practitioner-medical specialist interaction through information technology. *Int J Med Inform* 76S:528-538, 2007.
39. Diamantidis CJ, Powe NR, Jaar BG, Greer RC, Troll MU, Boulware LE. Primary care-specialist collaboration in the care of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 6:334-343, 2011.
40. Motegi T, Yamada K, Ishii T, Gemma A, Kida K. Long-term management of chronic obstructive pulmonary disease: a survey of collaboration among physicians involved in pulmonary rehabilitation in Japan. *Resp Investigation* 50:98-103, 2012.
41. Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangboek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care* 9:1-14, 2009.
42. Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of the quality improvement intervention in primary care. *J Am Board Fam Med* 19:331-339, 2006.
43. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 5:17-25, 2012.
44. Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in veterans' affairs primary care. *J Gen Intern Med* 18:9-16, 2003.