

# La coordinación clínica entre niveles de atención: Resultados comparativos entre áreas del sistema sanitario en Cataluña

---



## La coordinación clínica entre niveles de atención: Resultados comparativos entre áreas del sistema sanitario en Cataluña

Mayo 2021

*Cita recomendada:* María Luisa Vázquez, Franco Amigo, Laura Esteve-Matalí, Ingrid Vargas por GAIA. La coordinación clínica entre niveles de atención: Resultados comparativos entre áreas del sistema sanitario en Cataluña. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya. 2021, pp 46.

# Índice

<b>La investigación sobre integración asistencial en el CSC.....</b>	<b>3</b>
<b>Miembros del Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial (GAIA) .....</b>	<b>4</b>
<b>Resumen ejecutivo .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>9</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>10</b>
<b>1) Participación y características de la muestra .....</b>	<b>10</b>
<b>2) Experiencia y percepción de la coordinación clínica entre niveles asistenciales.....</b>	<b>11</b>
Coordinación de la información clínica entre niveles asistenciales .....	11
Coordinación de la gestión clínica entre niveles asistenciales .....	12
Percepción general de coordinación entre niveles asistenciales .....	17
<b>3) Uso y dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación existentes.....</b>	<b>18</b>
Uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención existentes.....	18
Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención .....	22
<b>4) Factores relacionados con la coordinación entre niveles de atención.....</b>	<b>24</b>
<b>5) Sugerencias para la mejora de la coordinación entre niveles de atención .....</b>	<b>28</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>29</b>
<b>Siguientes pasos .....</b>	<b>30</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>31</b>
<b>Agradecimiento a todas las entidades participantes en la encuesta .....</b>	<b>34</b>
<b>Publicaciones del proyecto COORDENA-CAT .....</b>	<b>35</b>
<b>Anexo: Cuestionario COORDENA-CAT .....</b>	<b>37</b>

## La investigación sobre integración asistencial en el CSC

El **Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS)**, la unidad de investigación del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), se creó para contribuir a reforzar el posicionamiento estratégico del CSC y sus asociados en el sector sanitario catalán, estatal e internacional, mediante la generación y divulgación de conocimiento en áreas relevantes para el sector. En el año 2009 fue reconocido como *grupo de investigación emergente* de Cataluña por la Comisión de Ayudas de Investigación del Departamento de Innovación, Universidades y Empresa de la Generalitat de Cataluña (2009-SGR 670) y posteriormente (2013 y 2017) (re)acreditado como grupo de investigación consolidado (2017-SGR 45).

Una de las líneas de investigación más importantes del SEPPS es la de **integración de servicios de salud**. Iniciada en 2003, ha contado con financiación nacional (ISCIII/FIS) e internacional (EU FP7, H2020), que le ha permitido evolucionar e ir innovando continuamente desde la conceptualización al análisis, introduciendo diferentes perspectivas, métodos e instrumentos, para la evaluación de la integración de servicios de salud y sus implicaciones sobre la coordinación, continuidad y calidad asistencial y el acceso a la atención en Cataluña y en Latinoamérica. Se inició con el desarrollo del marco teórico para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas y sus resultados de coordinación y continuidad asistencial, inexistente hasta ese momento [1]. El marco teórico se aplicó en un estudio de casos de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña [2] y posteriormente se ha ido mejorando y ampliando a medida que se aplicaba, para incorporar otros elementos de análisis relevantes (acceso, equidad de acceso y calidad asistencial, efectividad, coste-efectividad) y ha sido adaptado para ser aplicado en cualquier sistema sanitario [3-5].

Dada la ausencia de herramientas para la evaluación de la continuidad y coordinación asistencial entre niveles, el desarrollo de esta línea de investigación ha comportado también el diseño y validación progresivos de varios instrumentos, basados en el marco conceptual elaborado: a) de medida: cuestionario para evaluar la continuidad asistencial (CCAENA [6,7]), cuestionario para evaluar el acceso y la equidad de acceso [8], ambos desde la perspectiva de los pacientes; un conjunto de indicadores para medir el grado de coordinación entre niveles basado en el análisis de registros rutinarios [9] y un cuestionario para medir la coordinación entre niveles desde la perspectiva de los médicos/as [10,11]; b) guías para el análisis cualitativo, desde el punto de vista de los agentes principales y documentos [1]. Estos instrumentos permiten la evaluación de la actuación de los servicios, del impacto de intervenciones introducidas, monitorizar los resultados a lo largo del tiempo y comparar entre servicios (benchmarking), desde las perspectivas de los servicios de salud, sus agentes y los pacientes (*Patient-reported experience measures* – PREMs –).

Para la aplicación de estos instrumentos, se han ido adoptando diferentes aproximaciones metodológicas innovadoras y multidisciplinarias (*mixed methods* e investigación-acción-participativa) que han contribuido por un lado a la evaluación, y por otro a la mejora de la coordinación y continuidad asistencial en diferentes entornos. En cuanto a la coordinación clínica, desde el punto de vista de los servicios de salud, se realizó una aproximación al grado de coordinación entre niveles a partir de la aplicación de indicadores en tres entornos sanitarios de Cataluña [9]. Desde el punto de vista de los profesionales de salud, la coordinación clínica (de la información y gestión clínica) y los factores que influyen (contextuales, organizativos e individuales) se han analizado mediante técnicas cualitativas y cuantitativas en Cataluña y en Latinoamérica [10- 29]. En cuanto a la continuidad asistencial, desde el punto de vista de los pacientes, se ha explorado la experiencia de continuidad y los factores asociados (entorno sanitario y características individuales) en Cataluña y en Latinoamérica [30-40]. A raíz de los resultados de la evaluación de la coordinación en diversos entornos de sistemas de salud de Latinoamérica, también se desarrollaron de forma participativa intervenciones que lograron mejoras en grados diversos, según el entorno [41-42].

Esta línea de investigación de integración de servicios de salud se desarrolla en colaboración con el Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial (**GAIA**), grupo de trabajo permanente del CSC que agrupa varias entidades asociadas y otras instituciones del sector, tales como el Instituto Catalán de la Salud (ICS). Si bien comenzó a colaborar desde el 2003, se creó formalmente en 2013, con el objetivo de contribuir al desarrollo de investigación aplicada para la evaluación y mejora de la integración asistencial al sistema de salud catalán.

## **Miembros del Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial (GAIA)**

Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC): María Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Laura Esteve-Matalí, Verónica Espinel, Aida Oliver, Palmira Borràs

Institut Català de la Salut (ICS): Rosa M<sup>a</sup> Morral, Yolanda Lejardi, Alex Escosa

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): Jordi Coderch, Elvira Sánchez, Erick F. Mayer

Grup SAGESSA: Lluís Colomé

Badalona Serveis Assistencials (BSA): Àngels AVECILLA, Santiago Tomás, Joan Manuel Pérez-Castejón

Parc Sanitari Pere Virgili: Mercè Abizanda

Parc de Salut Mar: Francesc Cots

Fundació Salut Empordà: Pere Plaja

Consorci Sanitari de Terrasa: Elena Medarde

Consorci Hospitalari de Vic: Isabel Ramon, Pere Roura

Consorci Sanitari de l'Anoia: Marta Banqué

Gestió i Prestació de Serveis de Salut: Rami Qanneta

## Resumen ejecutivo

En las últimas décadas, la coordinación clínica entre niveles de atención, dadas sus implicaciones para la calidad y eficiencia en la atención, se ha convertido en un reto y una prioridad para los sistemas públicos de salud en todo el mundo, especialmente para aquellos basados en la atención primaria, como el sistema de salud catalán. El proyecto COORDENA-CAT, liderado por el Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS) del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), se desarrolló en colaboración con el Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial (GAIA). Este proyecto fue el primer estudio basado en una encuesta a médicos/as de atención primaria (AP) y especializada (AE) (de agudos y sociosanitaria) que analiza de manera comprehensiva la coordinación clínica entre niveles en diferentes áreas de Cataluña. Se llevó a cabo mediante la adaptación del cuestionario COORDENA al contexto sanitario catalán [11].

Este informe muestra los resultados comparativos entre áreas del estudio COORDENA-CAT, con el objetivo de analizar las diferencias en la experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles asistenciales y el uso de los mecanismos de coordinación, en diferentes entornos de sistema sanitario catalán para identificar áreas de mejora. Se encuestó a 3.308 médicos/as de AP y AE de 32 áreas sanitarias.

Los resultados muestran, en términos generales, una elevada **experiencia de coordinación de la información** entre AP y AE (transferencia y uso de información) y de **coordinación de la gestión clínica** entre niveles (consistencia de la atención, seguimiento del paciente y accesibilidad entre niveles). Sin embargo, se observa una baja **percepción general de coordinación** de la atención del paciente entre niveles en las áreas.

Si bien se observa una gran variabilidad entre áreas con respecto a la experiencia en la **transferencia de información entre niveles**, una parte importante de los médicos señala que no se comparte información frecuentemente entre niveles (40%). Sin embargo, los que la comparten consideran que la información compartida es la necesaria para la atención de los pacientes y utilizada por los médicos de ambos niveles (**uso de la información**).

En cuanto a la experiencia de coordinación de la gestión clínica, y específicamente en la **consistencia de atención entre niveles**, la variabilidad entre áreas es menor. Aunque un porcentaje elevado de los médicos refiere estar de acuerdo con los tratamientos prescritos por el otro nivel, un porcentaje no despreciable (25%) refiere no estarlo, y sólo una pequeña minoría (13%) refiere definir conjuntamente el plan de atención de los pacientes que así lo requieren, lo que podría explicar el porcentaje considerable de médicos que declara la repetición de pruebas diagnósticas (30%), contraindicaciones y/o duplicaciones de tratamientos (33%).

En relación al **seguimiento de los pacientes entre niveles**, aunque la mayoría de los médicos (81%) considera adecuadas las derivaciones de pacientes de AP a AE y viceversa, el porcentaje que considera que existe una buena comunicación en el seguimiento, tanto en la consulta de dudas por parte de los médicos de AP, como de recomendaciones de la AE, es bajo (40% y 58% respectivamente), pero con una gran variabilidad entre áreas.

La **accesibilidad entre niveles**, también con una importante variabilidad entre áreas, se observa como otra área de mejora, ya que la mayoría de médicos refiere que el paciente tiene que esperar mucho tiempo en ser derivado desde la AP a la AE (tanto de forma ordinaria (80%) como preferente (53%)) como también al ser enviado desde la AE en la AP (50%). Cabe destacar que una proporción importante de médicos de AE declara desconocer el tiempo de espera en el regreso a la AP.

En cuanto a la **percepción general de coordinación clínica** de la atención del paciente en el área, sólo un 33% de los médicos percibe que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está frecuentemente coordinada, con variabilidad entre áreas. De manera consistente con el resto de resultados, los profesionales la relacionan con una comunicación directa limitada, falta de mecanismos de coordinación y falta de tiempo para dedicar a la coordinación.

En cuanto a los **mecanismos de coordinación** existentes en las áreas, uno de los factores organizativos que contribuye a la coordinación clínica, los utilizados con más frecuencia son las herramientas para el intercambio de información (historia clínica compartida del centro (HCC), historia clínica de Cataluña (HC3), y las sesiones clínicas conjuntas), aunque el uso de esta última y de la HC3 presenta una importante variabilidad entre áreas. Son precisamente los mecanismos de comunicación directa entre médicos - interconsultas por correo electrónico y teléfono - los menos utilizados. Los resultados sobre las **dificultades en el uso de los mecanismos** también indican importantes áreas de mejora. La mayoría de los médicos refiere dificultades, especialmente en la participación en las sesiones y en el uso de la HC3. Las dificultades varían según el mecanismo: problemas organizativos para asistir, en el caso de las sesiones presenciales, y problemas técnicos y retrasos o ausencia de respuesta en los mecanismos basados en las nuevas tecnologías (TICS) / contacto telefónico. En todos, también destacan las dificultades relacionadas con los contenidos de los mecanismos (falta de información relevante o información desactualizada y desordenada).

En relación a otros **factores organizativos** que influyen en la coordinación, aunque con diferencias entre áreas, sólo un 51% de los médicos percibe que los directivos de su organización facilitan la coordinación, y sólo un 13% que el tiempo para coordinarse es suficiente. En cambio, los resultados de los **factores de interacción entre médicos** son, en general, mejores. La mayoría de los médicos confía en las habilidades de los médicos del otro nivel (83%) y considera que los médicos de AP son los responsables del seguimiento de los pacientes (75%), aunque sólo un 38% de los médicos conoce los médicos del otro nivel que atienden a sus pacientes.

Finalmente, las **sugerencias de mejora** propuestas por los médicos son consistentes con los resultados obtenidos, ya que hacen referencia a reforzar la implementación, extensión o funcionamiento de los mecanismos de coordinación existentes (principalmente la historia clínica compartida y las sesiones clínicas conjuntas), y a tener un mayor conocimiento mutuo y comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención.

Por lo tanto, los resultados de este estudio, en línea con la evidencia internacional y otros estudios en Cataluña, muestran la necesidad de introducir políticas y estrategias en Cataluña que fortalezcan tanto los mecanismos de coordinación entre niveles, especialmente aquellos basados en la retroalimentación y comunicación directa entre los profesionales, como las condiciones organizativas favorables para un uso adecuado de los mismos. Algunos de estos análisis están en elaboración o ya se han publicado [11,26-28].

Las áreas de mejora identificadas en la coordinación de la información y de la gestión clínica suponen una oportunidad para incrementar la calidad asistencial del sistema nacional de salud. La gran variabilidad observada entre áreas requiere una mayor profundización en el análisis de los factores organizativos e individuales que influyen en la coordinación clínica.

Adicionalmente, el contexto de la pandemia de la COVID-19 ha potenciado el uso de los mecanismos basados en las TICs, tanto para la coordinación asistencial, como para la atención al paciente, lo que abre nuevos interrogantes y la necesidad de evaluar cuál ha sido el impacto, si ha sido diferente según el contexto y cómo se puede mejorar.

## Introducción

En las últimas décadas, la coordinación clínica se ha convertido en un desafío, así como en una prioridad para los sistemas de salud, especialmente para aquellos basados en la atención primaria, como el sistema de salud catalán. La coordinación clínica en Cataluña ha sido previamente analizada mediante estudios cualitativos [12–15] que mostraron problemas en la coordinación entre niveles, asociados a factores relacionados con el sistema, organizativos, o relacionados con los profesionales sanitarios.

El objetivo del estudio COORDENA-CAT<sup>1</sup> fue evaluar la experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles asistenciales de los médico/as, y el uso de mecanismos de coordinación, en diferentes entornos del sistema sanitario público catalán, y detectar áreas de mejora, con el fin de diseñar estrategias dirigidas a mejorar la coordinación clínica y, en definitiva, la calidad asistencial.

El presente informe, que muestra los resultados del análisis secundario específico comparativo por área, pretende aportar información valiosa a las áreas participantes, que les permita obtener una visión general del grado de coordinación experimentado por los médicos/as del área y la comparación entre áreas y con el conjunto de Cataluña.

El informe está organizado en diversos apartados. Tras una presentación breve de la metodología del estudio, se presentan los datos de la participación en la encuesta y características de la muestra, así como los resultados de la experiencia de coordinación de la información y de la gestión clínica entre niveles asistenciales y percepción general de coordinación de la atención del paciente en el área, el uso y las dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación existentes, los factores relacionados con la coordinación clínica y las sugerencias de mejora expuestas por los médicos de cada área. Al final del informe se incluyen las principales conclusiones que se pueden extraer de los resultados y se describen los siguientes pasos en el desarrollo de la línea de investigación.

El proyecto COORDENA-CAT estaba liderado por el Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS) del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), en colaboración con el Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial (GAIA), que agrupa a las entidades involucradas en el desarrollo de investigación aplicada a la integración asistencial en el sistema de salud catalán y en otros contextos.

La información detallada sobre el proyecto y las publicaciones con los resultados del estudio [11,26-28] se encuentran disponibles en la página web: <http://www.consorci.org>, así como el cuestionario COORDENA-CAT, cuyo contenido está en el anexo del presente informe.

### *Marco conceptual*

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. En el marco conceptual del estudio, construido en base a una extensa revisión bibliográfica [1,3,4], la coordinación clínica se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, independientemente del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos [3,43].

---

<sup>1</sup> Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III y Fondos FEDER (FIS PI15/00021) (2016-2019).

Se pueden distinguir dos tipos de coordinación clínica: a) la coordinación de la información clínica, que se refiere a la adecuada transferencia y uso de la información clínica del paciente, y b) la coordinación de la gestión clínica, que es la provisión de la atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención, y que abarca tres dimensiones; consistencia de la atención, seguimiento adecuado del paciente y accesibilidad entre niveles de atención.

De acuerdo al marco [1,3,4], los resultados de coordinación clínica dependen de factores organizativos (como la implementación de mecanismos de coordinación o la disponibilidad de tiempo para coordinarse), de la interacción entre médicos (como la confianza y conocimiento mutuo) y de factores relacionados con el sistema (como el modelo de gestión del área).

Se espera que la coordinación clínica entre niveles impacte en la efectividad de la atención (p.ej. la consistencia de la atención influiría en la provisión de la atención más adecuada), en la eficiencia (p.ej. la disminución en la duplicación de pruebas supondría la reducción de costes innecesarios), en la seguridad del paciente (p.ej. la transferencia de información adecuada contribuiría a evitar duplicación de tratamientos) y en el acceso oportuno a los servicios de salud (p.ej. la mejora de la adecuación en la derivación del paciente, contribuiría a disminuir los tiempos de espera a la atención especializada). Es por ello que la coordinación clínica entre niveles asistenciales se considera uno de los aspectos con mayor impacto sobre la calidad asistencial, siendo por tanto una prioridad para los sistemas sanitarios [44-48].

## Metodología

### *Diseño y áreas de estudio*

Estudio transversal basado en encuesta online, mediante la autoadministración del cuestionario COORDENA-CAT, a médicos/as de atención primaria (AP) y especializada (AE) del sistema de salud público catalán. Las áreas de estudio están formadas por el conjunto de áreas básicas de salud (ABS) y el hospital de agudos y centro sociosanitario de referencia.

### *Población de estudio y muestra*

La población de estudio está constituida por médicos/as de AP y AE con al menos un año en la organización, contacto directo con el paciente y relación con médicos/as del otro nivel. Se invitó a participar a 15.813 médicos/as de 41 áreas, y se analiza una muestra final de 3.308 médicos/as (suponen una participación del 21%) provenientes de 32 áreas. Se excluyeron 9 áreas porque sólo habían respondido los médicos de un nivel asistencial.

### *Recogida de datos*

La recogida de datos se realizó entre octubre y diciembre de 2017 mediante la aplicación del cuestionario online COORDENA-CAT, previamente adaptado y pilotado [11]. Para promover la participación de los profesionales se organizaron sesiones informativas en las instituciones participantes para dar a conocer la investigación y explicar la metodología. También se difundió la encuesta en la intranet o portal corporativo de cada institución. Cada institución contactó con todos los médicos/as de atención primaria y especializada de las áreas de estudio mediante su dirección de e-mail corporativa y se envió un link de acceso directo al cuestionario, garantizando el anonimato de cada participante.

### *Cuestionario*

La estructura del cuestionario COORDENA-CAT<sup>1</sup> es la siguiente:

- 1) Información para el encuestado (consentimiento informado)
- 2) Datos generales y criterios de inclusión
- 3) Experiencia de coordinación entre niveles de atención
  - a. Coordinación de la información clínica
  - b. Coordinación de la gestión clínica
    - i. Consistencia de la atención entre niveles de atención
    - ii. Seguimiento adecuado del paciente entre niveles de atención
    - iii. Accesibilidad entre niveles de atención
  - c. Percepción general de la coordinación entre niveles de atención en el área
- 4) Conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación entre niveles
- 5) Sugerencias de mejora de la coordinación entre niveles de atención
- 6) Factores relacionados con la coordinación entre niveles de atención

### *Análisis y presentación de resultados*

Para este informe se realizó un análisis descriptivo de los ítems del cuestionario según áreas de estudio. Los resultados se presentan mediante gráficos de barra, comparando los resultados entre las distintas áreas y el promedio de todas las áreas que participaron (*Total*).

---

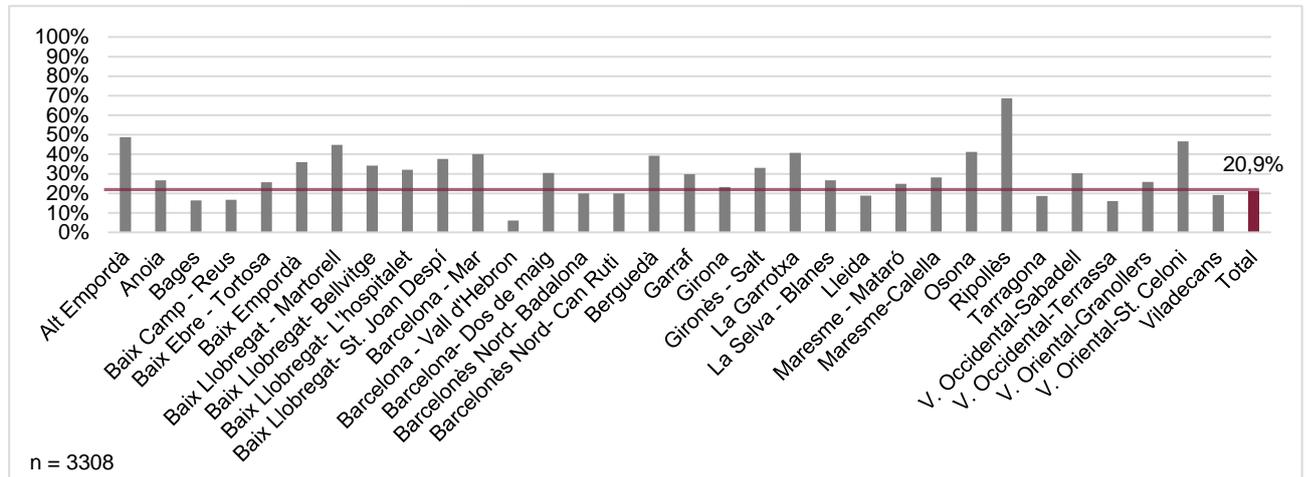
<sup>1</sup> El contenido está disponible en el anexo del presente informe y en: [www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat)

## Resultados

### 1) Participación y características de la muestra

El total de médicos invitados fue 15.813, de los cuales 3.308 respondieron la encuesta. La participación de médicos/as de Cataluña en el estudio (n° respuestas/ n° invitados) fue de un 21%, variando según el área entre el 6% y el 69% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Participación en el estudio según área



En la Tabla 1 se presentan las características demográficas y laborales de los médicos que participaron en este estudio. El 58% fueron mujeres y en torno a la mitad tenía entre 41 y 54 años. El 87% de los médicos participantes procedían de España/Cataluña, y el 66% trabajaban en la atención especializada. En relación a su experiencia en la organización, la misma proporción (en torno al 50%) contaba con 1 a 15 años de antigüedad, y entre 16 y 44 años. Finalmente, cerca del 91% de los médicos contaban con contrato de trabajo indefinido.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable	n	%	
<b>Sexo (N=2882)</b>	Mujeres	1668	57,9%
	Hombres	1214	42,1%
<b>Edad (N=2753)</b>	25 - 40 años	701	25,5%
	41 a 54 años	1278	46,4%
	55 - 69 años	774	28,1%
<b>País de origen (N=2826)</b>	España / Cataluña	2469	87,4%
	Otro país	357	12,6%
<b>Nivel asistencial (N=3308)</b>	Atención primaria (AP)	1141	34,5%
	Atención especializada (AE)	2167	65,5%
<b>Experiencia en la organización (N=2777)</b>	De 1 a 5 años	406	14,6%
	De 6 a 15 años	972	35,0%
	De 16 a 25 años	769	27,7%
	De 26 a 44 años	630	22,7%
<b>Tipo de contrato (N=2892)</b>	Indefinido	2630	90,9%
	Temporal	262	9,1%

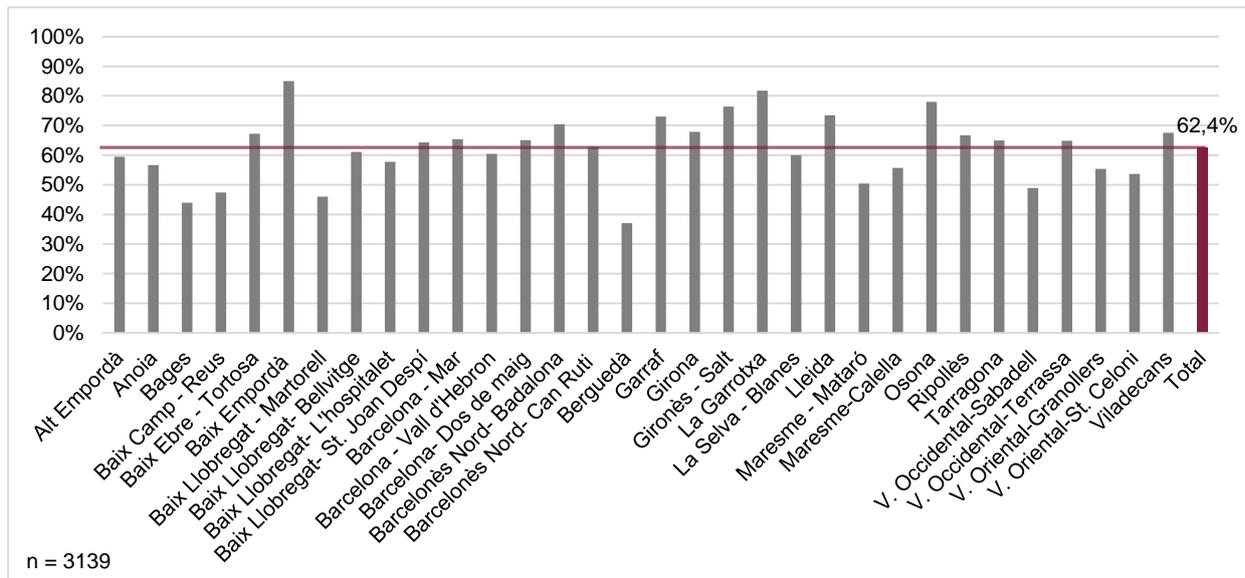
## 2) Experiencia y percepción de la coordinación clínica entre niveles asistenciales

### Coordinación de la información clínica entre niveles asistenciales

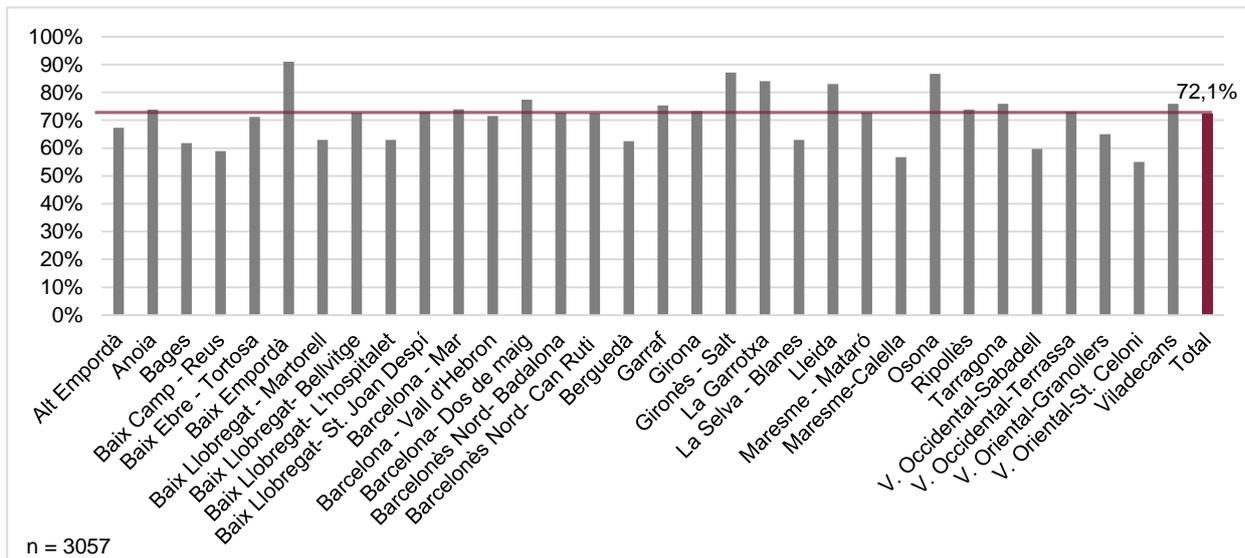
La coordinación de la información clínica comprende dos dimensiones, la transferencia y el uso de información. En cuanto a la **transferencia de información**, el 62% de los médicos de AP y AE de Cataluña refirieron compartir frecuentemente la información sobre la atención de los pacientes atendidos en común, observándose una variabilidad entre áreas entre el 85% y el 37%. Además, el 70% de los médicos de Cataluña indicó que la información compartida es la necesaria para la atención de estos pacientes, variando entre el 90% y el 54%. En cuanto al **uso de información**, el 79% de los médicos de AP y AE de Cataluña refirieron utilizar la información compartida entre niveles, observando poca variabilidad entre áreas, entre el 89% y el 71% (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Coordinación de la información clínica: transferencia y uso de la información entre niveles**

Los médicos de atención primaria y especializada compartimos información sobre la atención de los pacientes que atendemos en común (diagnóstico, pruebas complementarias, tratamientos)

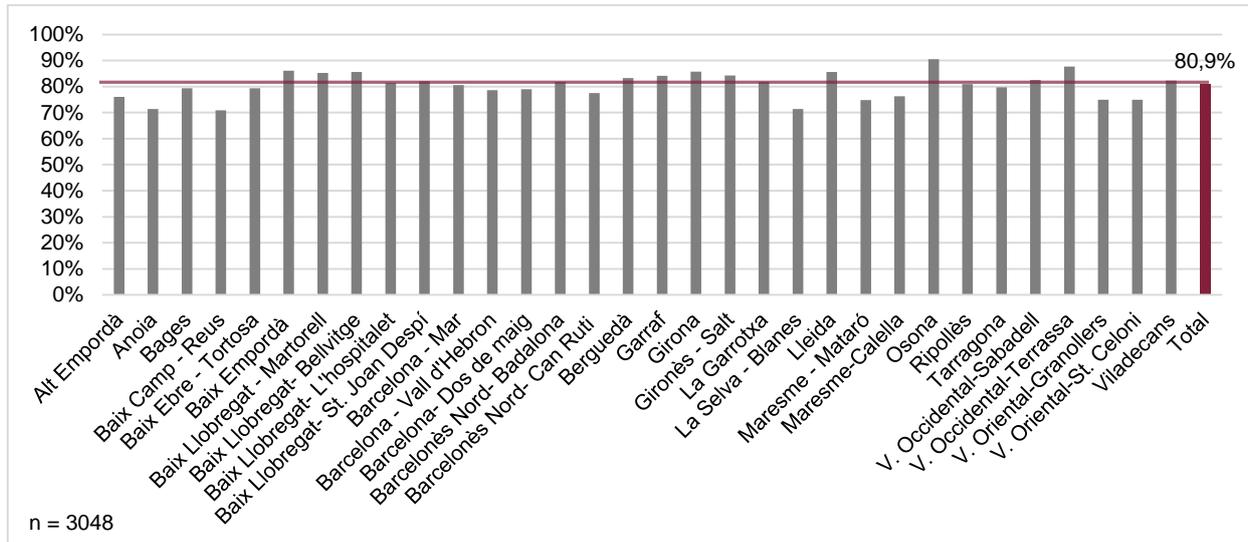


**La información que compartimos es la necesaria para la atención de estos pacientes**



## Gráfico 2. Coordinación de la información clínica: transferencia y uso de la información entre niveles. Continuación

Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos



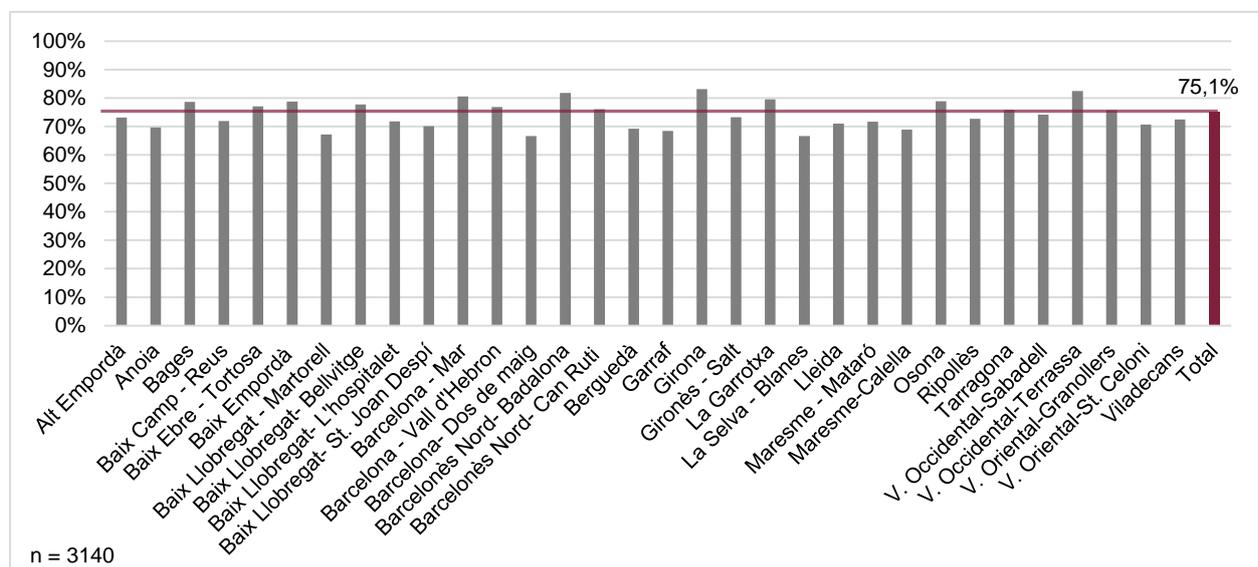
Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

## Coordinación de la gestión clínica entre niveles asistenciales

La coordinación de la gestión clínica comprende tres dimensiones: la consistencia de la atención, el seguimiento adecuado y la accesibilidad entre niveles. En cuanto a la **consistencia de la atención**, el 75% de los médicos de Cataluña refirieron estar de acuerdo frecuentemente con los tratamientos que han prescrito los médicos del otro nivel, con una variación entre 66% y 83%. Así mismo, el 69% señaló que no repiten las pruebas que previamente ha realizado un médico del otro nivel, variando entre el 60% y el 81%. Por último, el 67% de los médicos señaló que no existen contraindicaciones y/o duplicaciones en los tratamientos, variando entre el 51% y el 80%. El ítem de consistencia peor valorado fue el de definición conjunta del plan de atención de los pacientes que lo requieren (en torno al 13%), observándose una variabilidad entre áreas entre el 2% y el 27% (Gráfico 3).

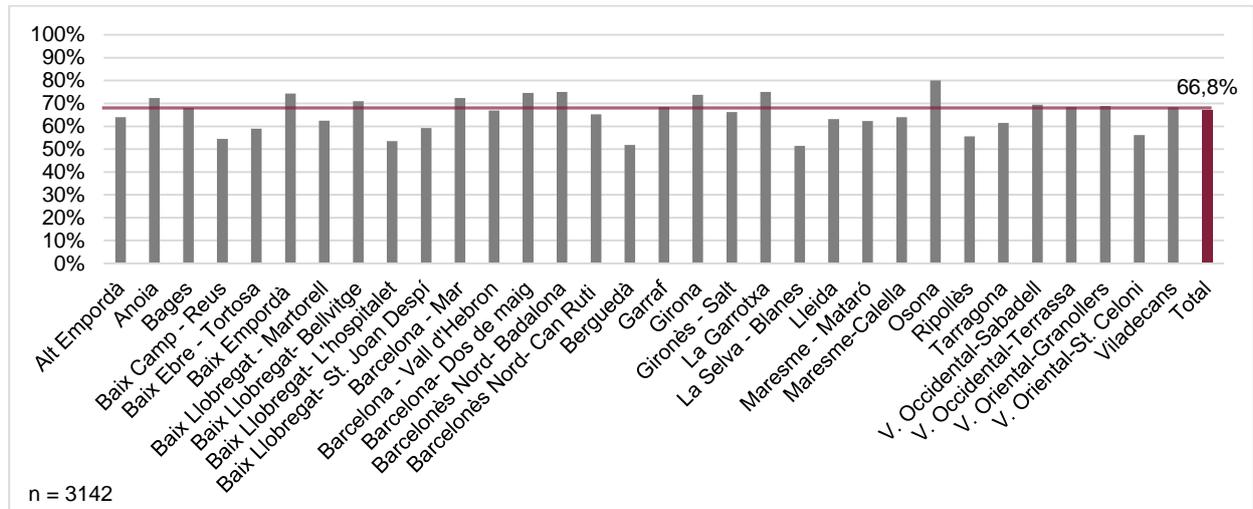
## Gráfico 3. Coordinación de la gestión clínica: consistencia de la atención entre niveles

Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos de otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes

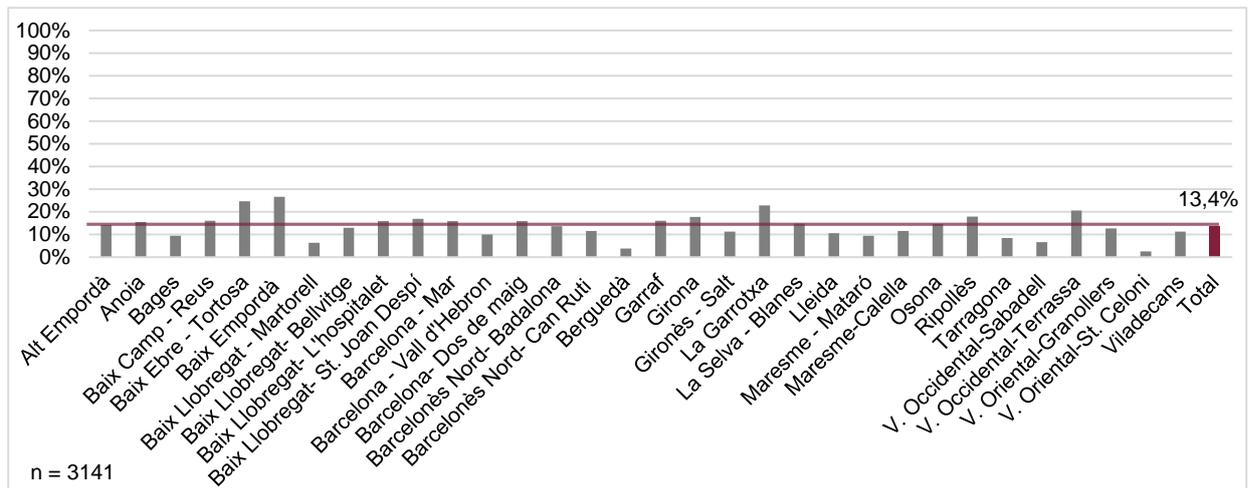


**Gráfico 3. Coordinación de la gestión clínica: consistencia de la atención entre niveles. Continuación**

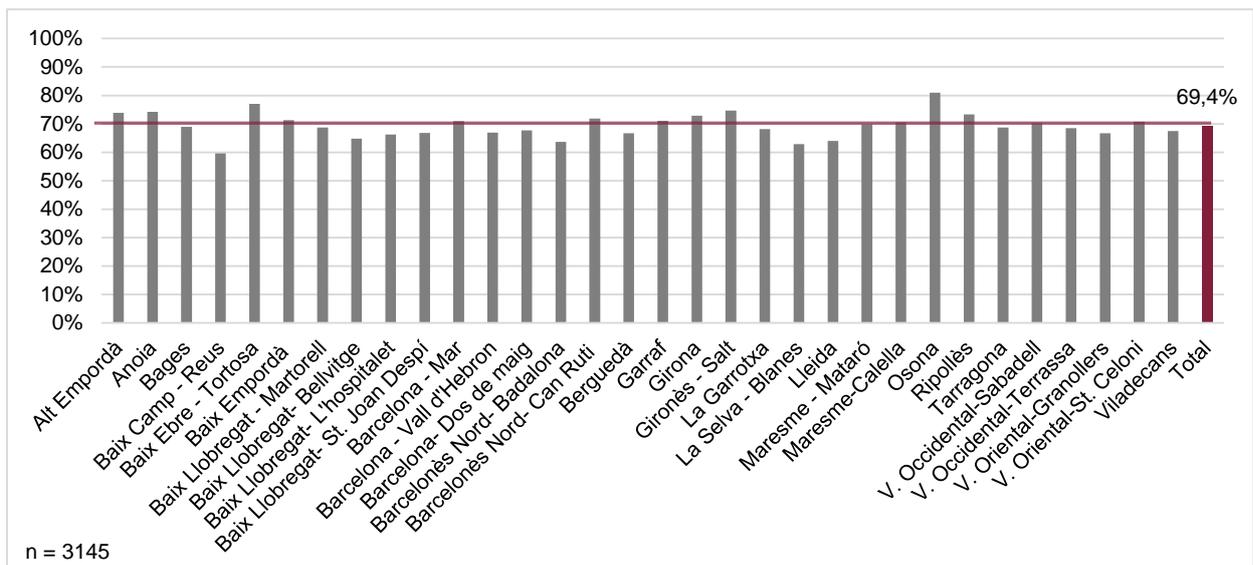
**No existen contradicciones y/o duplicaciones entre los tratamientos**



**Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren**



**Los médicos de AP y AE no repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel**

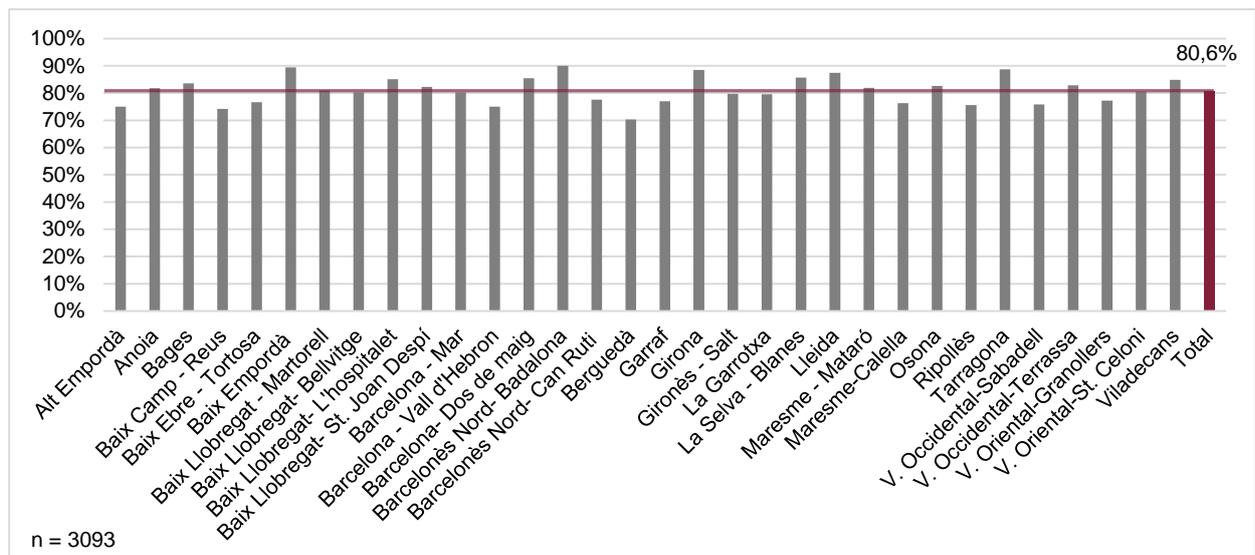


Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

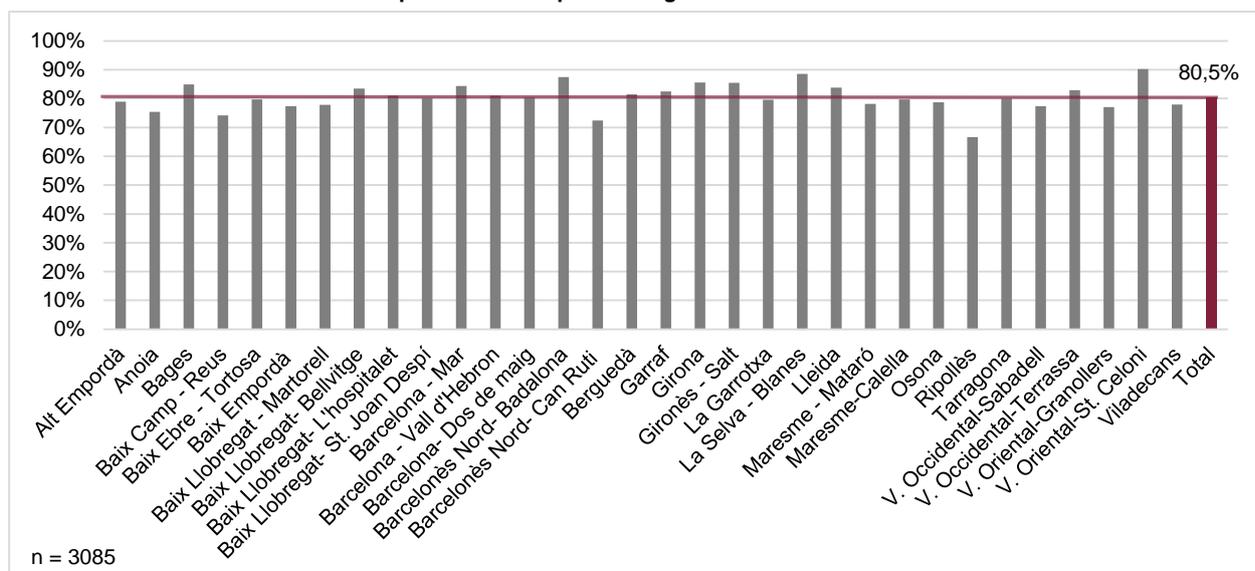
En cuanto al **seguimiento adecuado del paciente entre niveles**, el 81% de los médicos de Cataluña refirió que los médicos de AP derivan los pacientes a la AE cuando es adecuado, con una variación entre 70% y 90%. De manera similar, el 81% señaló que los médicos de AE devuelven los pacientes a AP para su seguimiento cuando es adecuado, variando entre el 67% y el 90%. No obstante, en relación a la comunicación entre niveles en el seguimiento de los pacientes, únicamente el 40% de los médicos señaló que los médicos de AP consultan dudas sobre el seguimiento a los médicos de AE, observándose una mayor variabilidad entre áreas, entre el 26% y el 63%, y el 58% refirió que los médicos de AE hacen recomendaciones a la AP sobre el seguimiento de los pacientes, variando entre el 42% y el 72% entre áreas (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Coordinación de la gestión clínica: seguimiento adecuado del paciente entre niveles**

**Los médicos de AP derivan los pacientes a la AE cuando es adecuado**

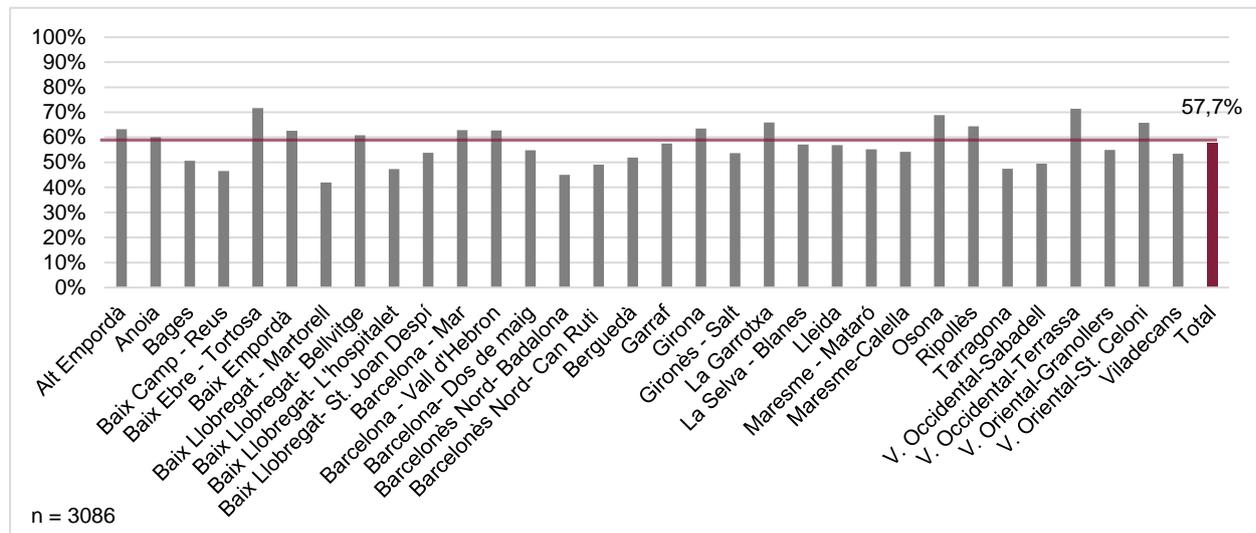


**Los médicos de AE devuelven a los pacientes a AP para su seguimiento cuando es adecuado**

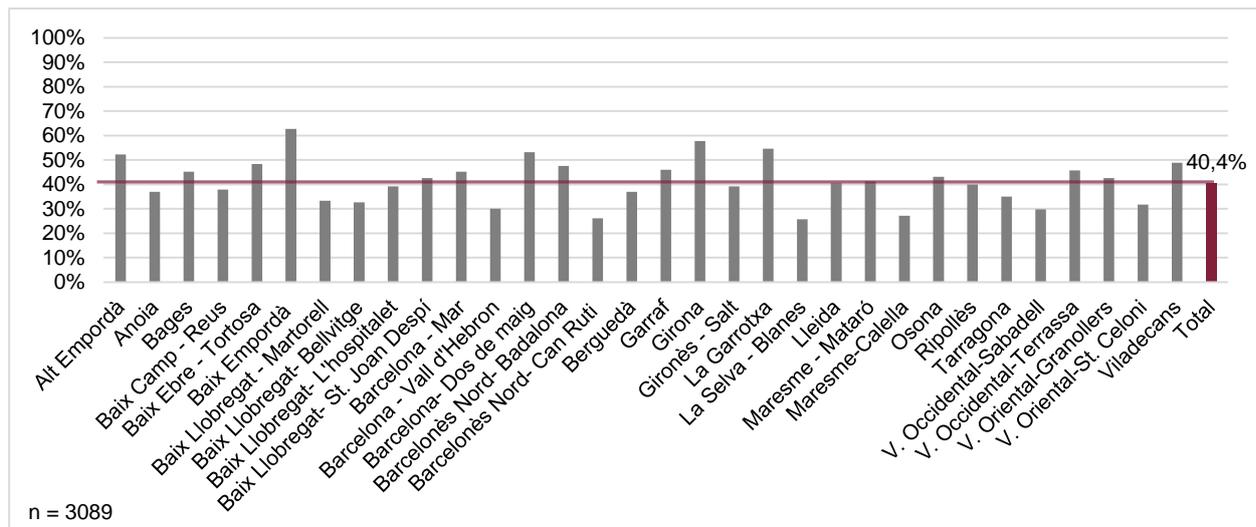


**Gráfico 4. Coordinación de la gestión clínica: seguimiento adecuado del paciente entre niveles. Continuación**

Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes



Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE



Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

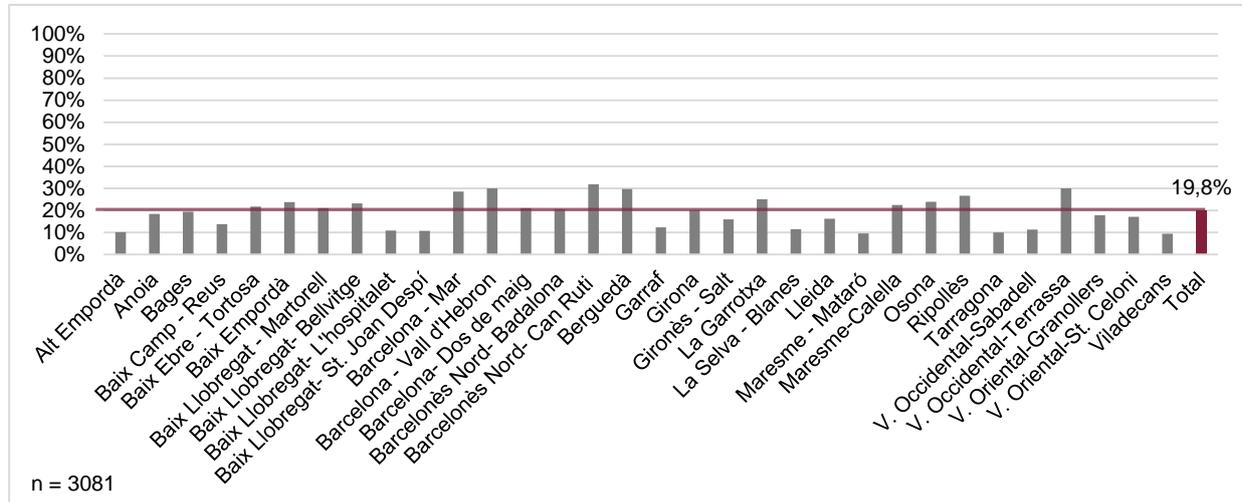
Finalmente, en cuanto a la **accesibilidad entre niveles**, una notable minoría de médicos, el 20%, refirió que, al ser derivado de forma ordinaria a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta, observándose una variabilidad entre áreas entre el 9% y el 32%. Este porcentaje es mayor, un 47%, en relación a la derivación preferente, con una variación entre el 29% y el 67%. En cambio, el 50% señaló que tras ser devuelto a la AP el paciente no espera mucho hasta el día de consulta, variando entre el 37% y el 71% (Gráfico 5). No obstante, destaca que alrededor del 50% de los médicos de AE respondieron no conocer el tiempo de espera tras la devolución a la AP.

En síntesis, el análisis de la consistencia de la atención muestra que, si bien los médicos están de acuerdo, en general, con los tratamientos prescritos, no existe un trabajo conjunto en torno a las decisiones de la atención del paciente, lo cual tiene consecuencias que se evidencian en la repetición de pruebas diagnósticas, contraindicaciones y/o duplicaciones de tratamientos. En relación a la coordinación en el

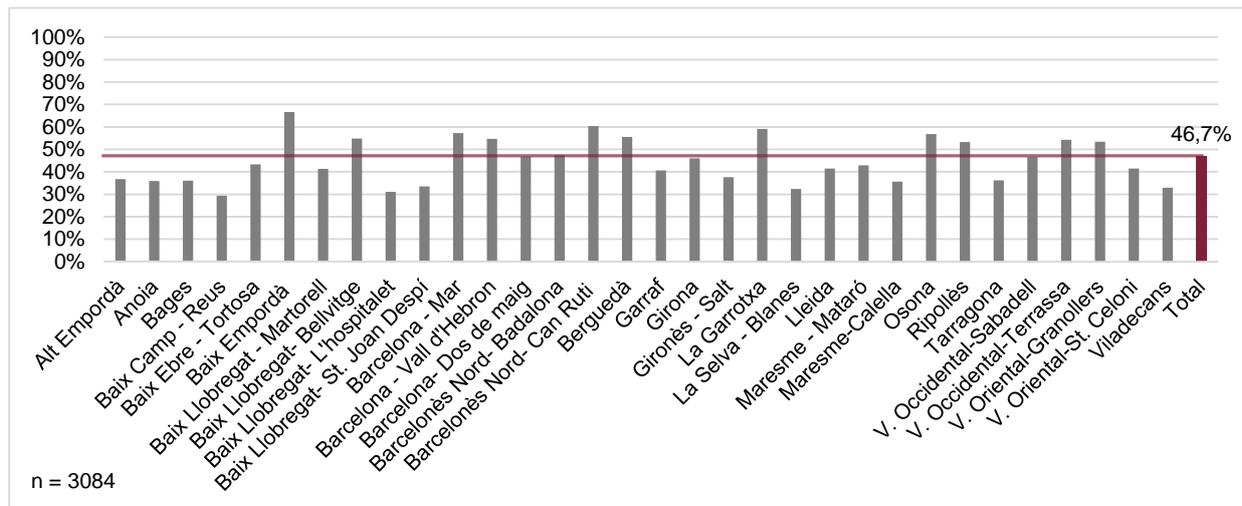
seguimiento de los pacientes, parece observarse una mejor adecuación en las derivaciones y devoluciones de pacientes, y en cambio una peor comunicación entre niveles en el seguimiento de los pacientes y accesibilidad entre niveles, con una elevada variabilidad entre áreas.

**Gráfico 5. Coordinación de la gestión clínica: accesibilidad entre niveles**

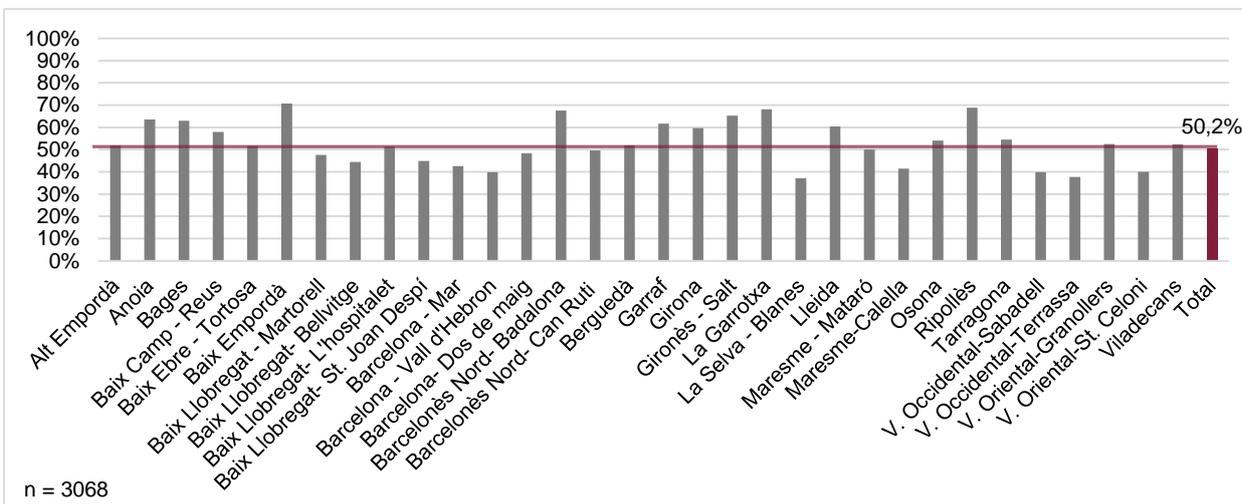
**Al ser derivado de forma ordinaria a la AE el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**



**Al ser derivado de forma preferente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**



**Tras ser devuelto a AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**



Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

## Percepción general de coordinación entre niveles asistenciales

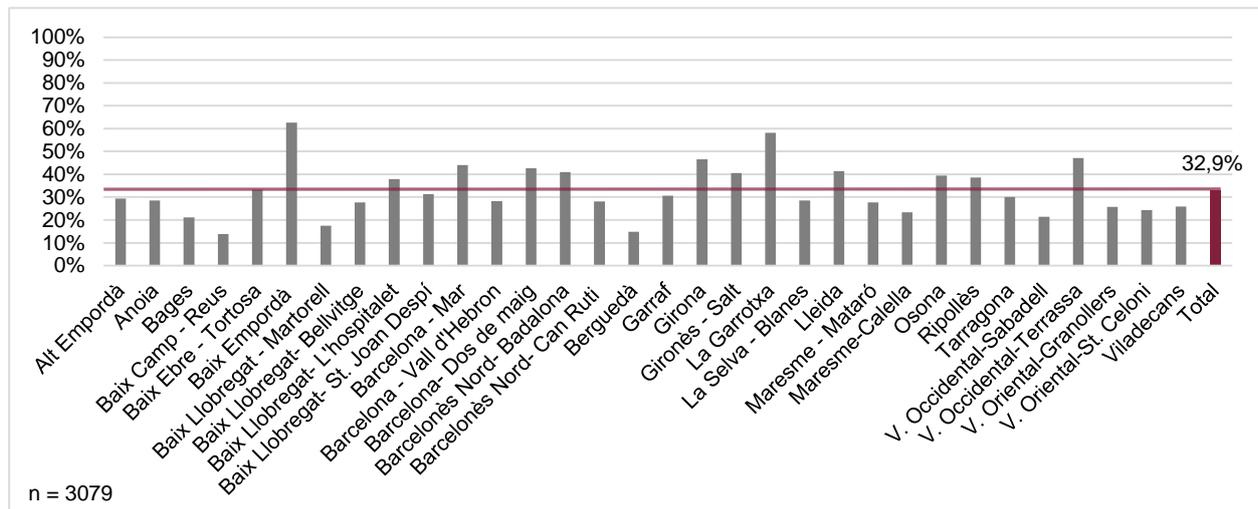
En relación a la **percepción general de coordinación en el área** de los encuestados, únicamente un 33% consideró que la atención entre los médicos de AP y AE está frecuentemente coordinada, observándose una variabilidad entre áreas entre el 14% y el 63% (Gráfico 6).

Los motivos más frecuentes para percibir una baja coordinación estaban relacionados con una comunicación o contacto directo limitado (28%), la insuficiencia de mecanismos de coordinación (14%), y la falta de tiempo para coordinarse con el otro nivel (13%) (Gráfico 7).

De manera similar, los motivos más frecuentes para percibir una elevada coordinación entre niveles de atención se relacionaban con la existencia de mecanismos de comunicación directa no presencial (teléfono, e-mail, interconsulta virtual etc.) (22%), existencia de una historia clínica compartida (19%), y coordinación con algunos centros y/o especialidades (18%) (Gráfico 8).

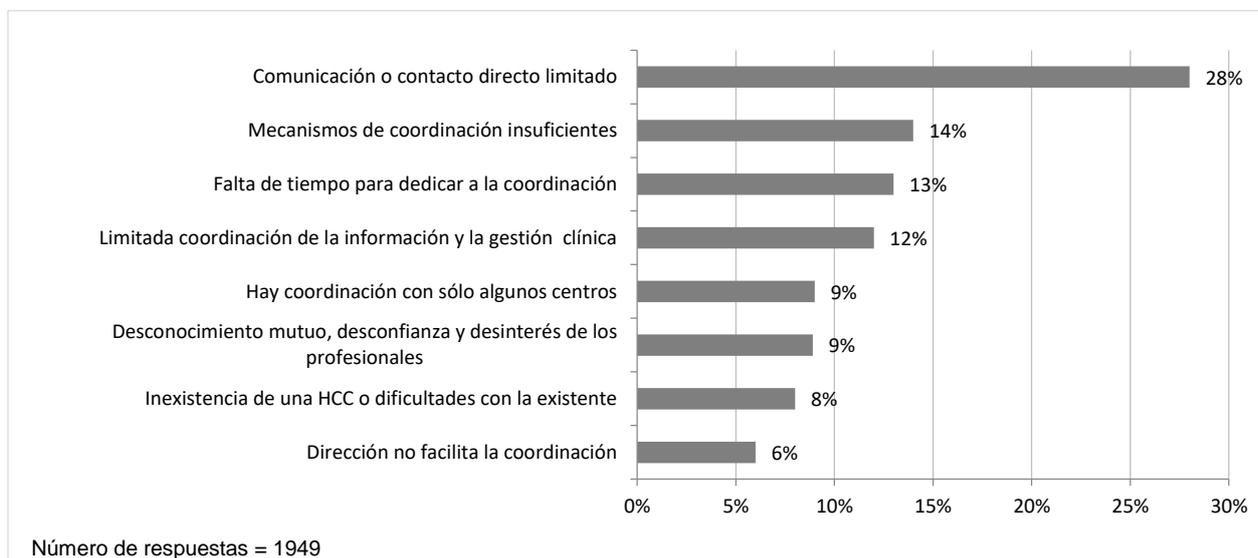
**Gráfico 6. Percepción general de coordinación entre niveles asistenciales**

Creo que la atención entre los médicos de atención primaria y especializada en el territorio está coordinada

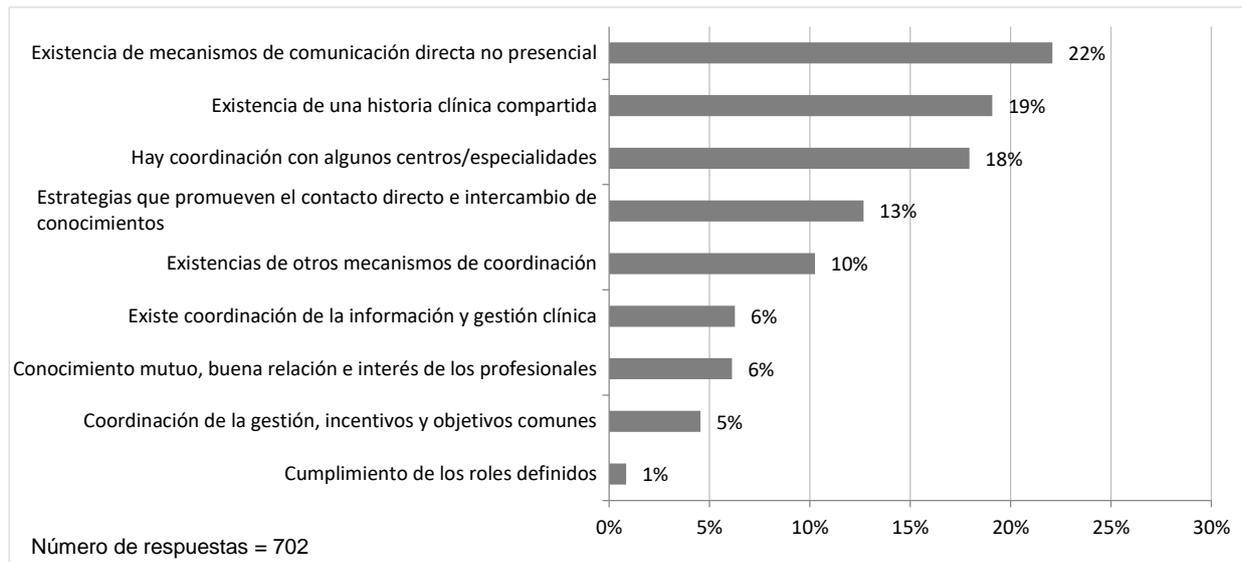


Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

**Gráfico 7. Motivos para una percepción general de baja coordinación entre niveles asistenciales**



**Gráfico 8. Motivos para una percepción general de elevada coordinación entre niveles asistenciales**



### 3) Uso y dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación existentes

#### Uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención existentes

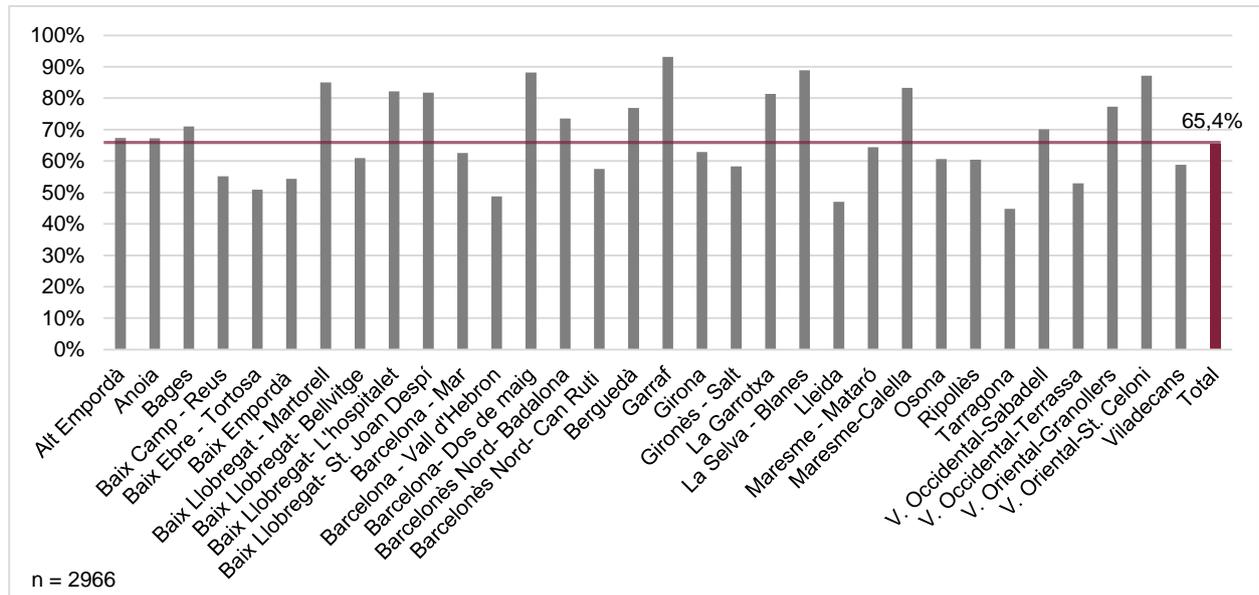
En cuanto al uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención existentes, los más utilizados fueron la historia clínica del centro (HCC) compartida entre niveles, y la historia clínica de Cataluña (HC3). El 81% de los médicos refirió utilizar frecuentemente la HC de su centro, con una variación entre 72% y 96%, mientras que el 65% de los médicos utilizaba frecuentemente la HC3, con una mayor variabilidad entre áreas, entre 45% y el 93% (Gráfico 9).

En cuanto al uso de las interconsultas, la modalidad más utilizada fue a través de la HC. El 48% de los médicos de Cataluña señaló que realizaba frecuentemente interconsultas virtuales a través de la HC, variando según área entre el 22% y el 79%, seguidas de las realizadas por correo electrónico (un 25%, con una variación entre el 13% y el 51%), y finalmente, a través del teléfono (21% de los médicos, con una variación entre el 8% y el 40%) (Gráfico 10).

Con relación al resto de mecanismos, el 62% de los médicos refirió participar frecuentemente en sesiones clínicas conjuntas para la discusión de casos, con una fuerte variabilidad entre áreas (entre 0% y el 94%). Además, el 51% señaló que utiliza frecuentemente protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas, variando según área entre el 24% y el 75%. A su vez, el 48% trabajó frecuentemente con gestores de casos o enfermeros de enlace para coordinar la atención de los pacientes que atienden, con una variabilidad por área entre el 0% y el 72% (Gráfico 11).

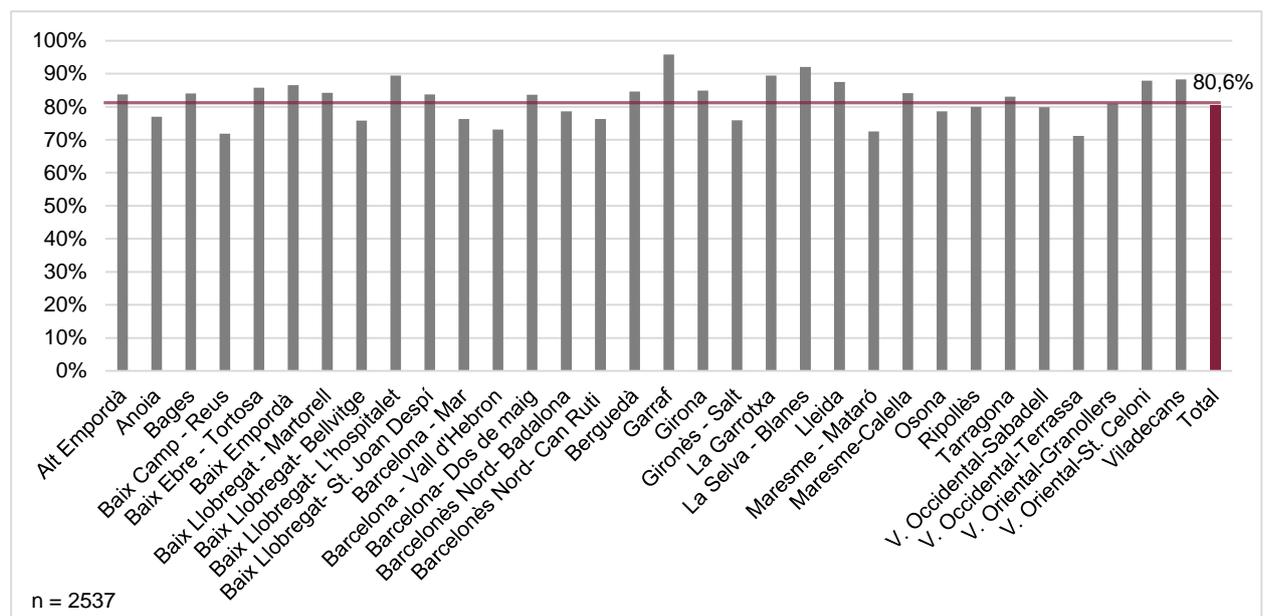
### Gráfico 9. Uso de los mecanismos de coordinación (I)

¿Con qué frecuencia utiliza la HC3?



Nota: Frecuente = diariamente

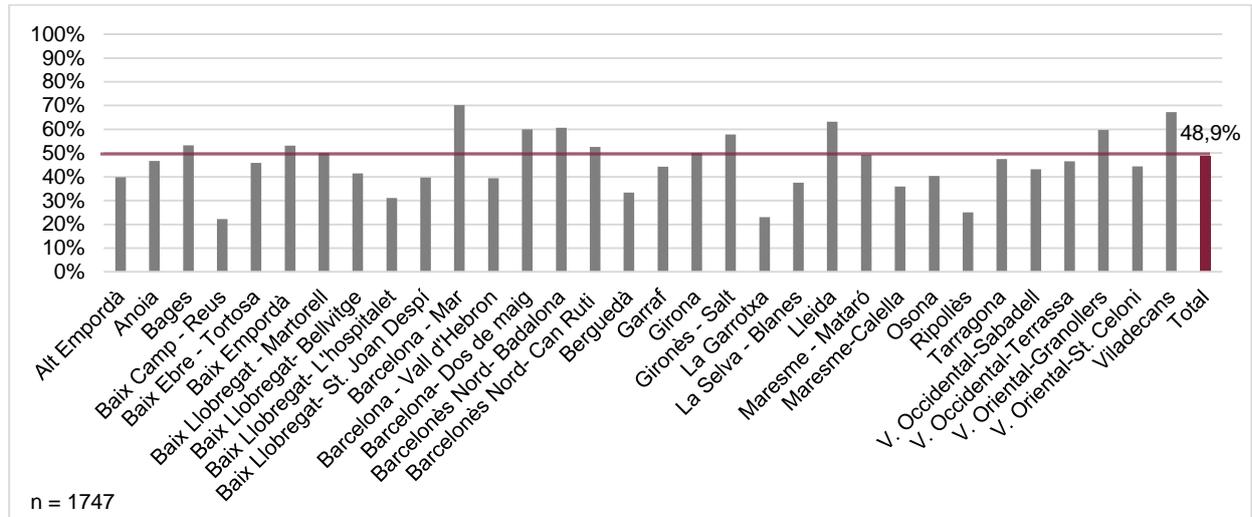
¿Con qué frecuencia utiliza la HC de su centro?



Nota: Frecuente = diariamente

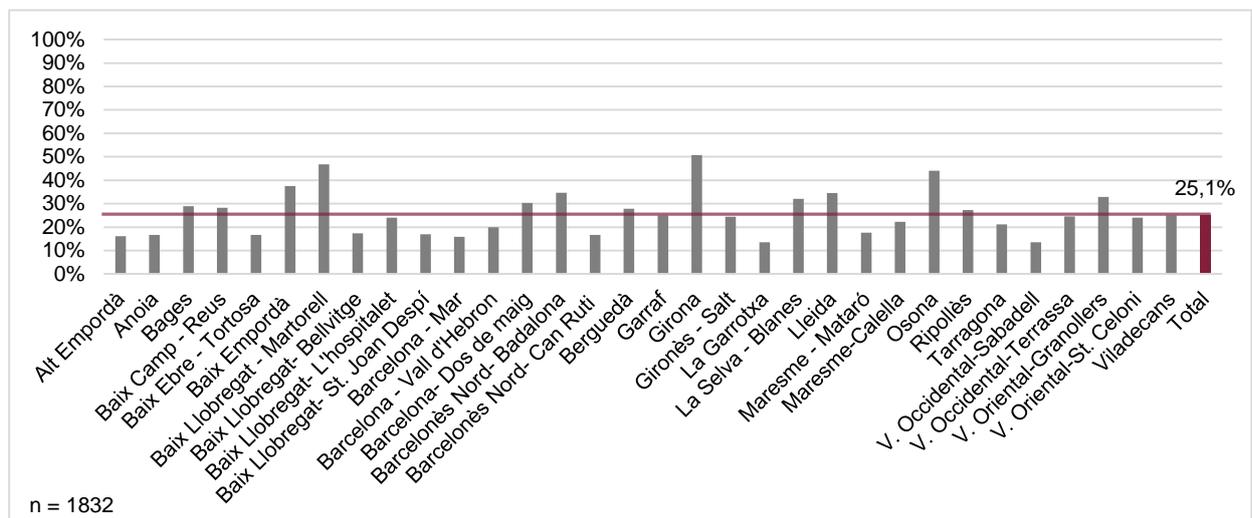
## Gráfico 10. Uso de los mecanismos de coordinación (II)

¿Con qué frecuencia realiza interconsultas virtuales a través de la HC?



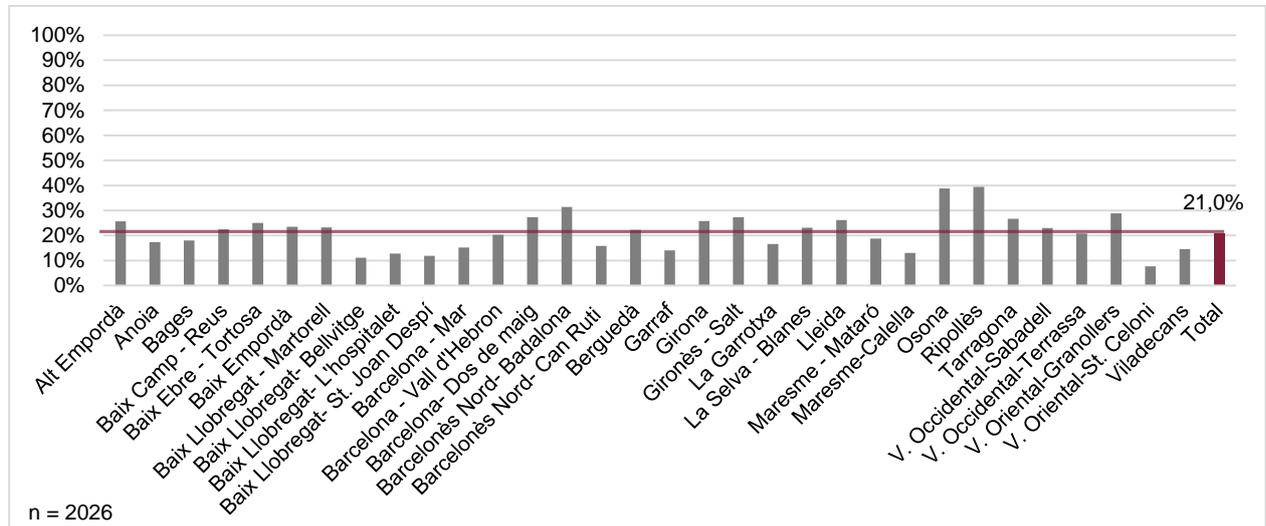
Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente

¿Con qué frecuencia realiza interconsultas por correo electrónico?



Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente

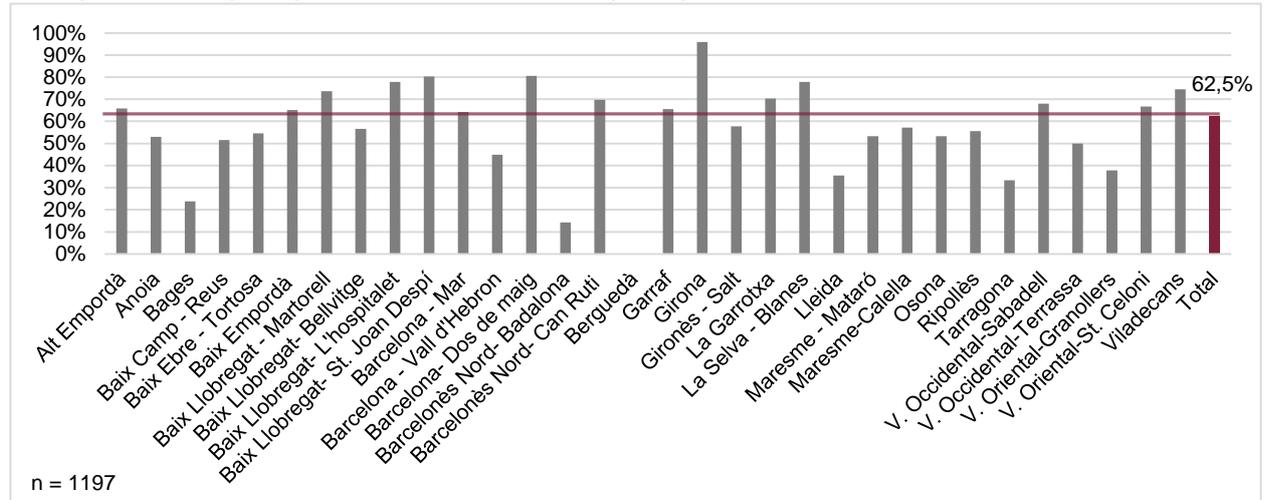
¿Con qué frecuencia realiza interconsultas por teléfono?



Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente

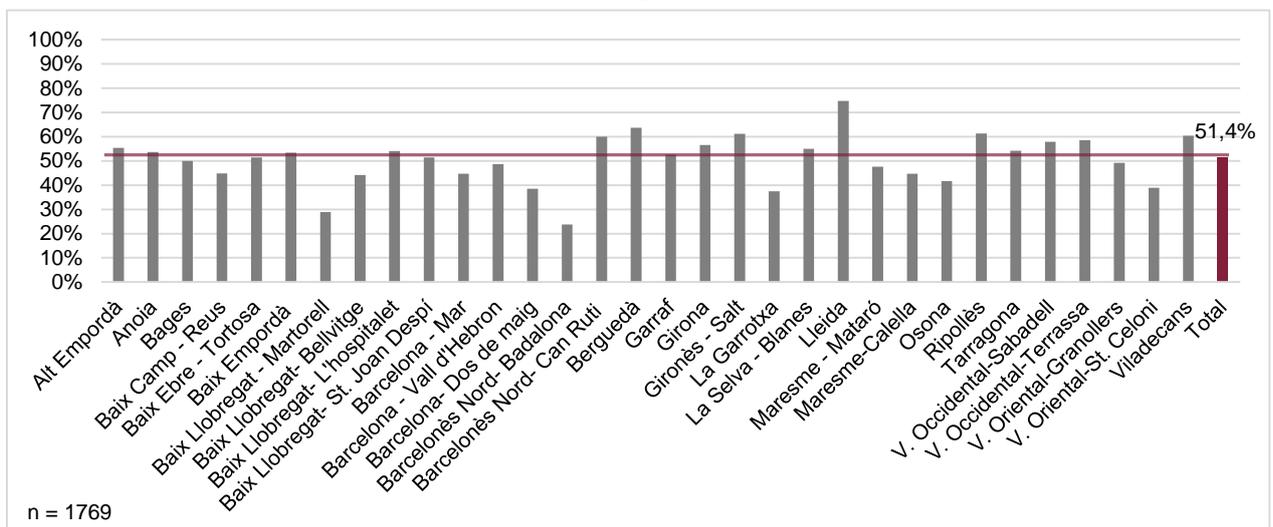
**Gráfico 11. Uso de los mecanismos de coordinación (III)**

¿Con qué frecuencia participa en las sesiones clínicas conjuntas para la discusión de casos?



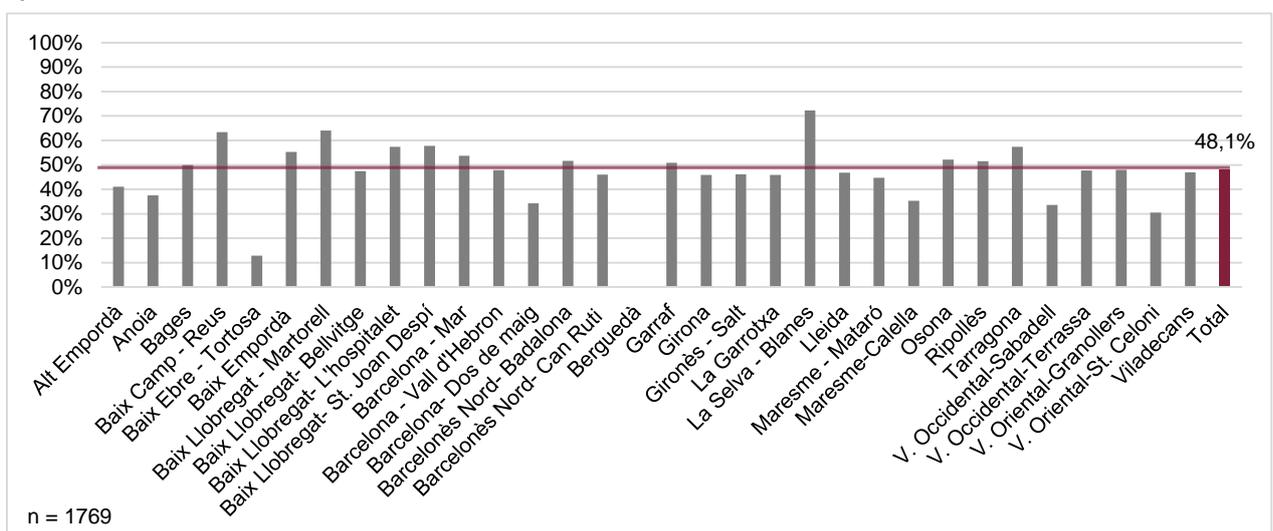
Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente, mensualmente

¿Con qué frecuencia utiliza protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas?



Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente

¿Con qué frecuencia trabaja con gestores de casos o enfermeros de enlace para coordinar la atención de los pacientes que atienden?

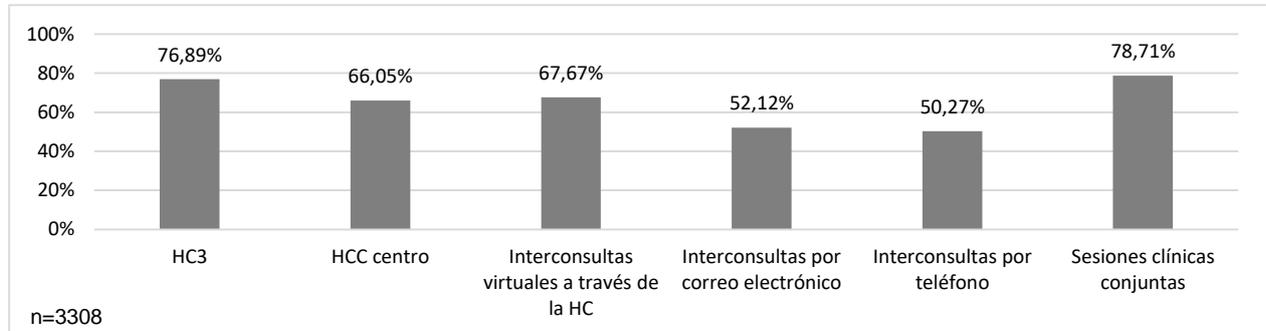


Nota: Frecuente = diariamente, semanalmente

## Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención

En cuanto a las dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación, el porcentaje de médicos que señala que existen dificultades en el uso oscila entre un 78,71% en las sesiones clínicas conjuntas y un 50,27% en las interconsultas por teléfono (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Porcentaje de médicos con dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación**



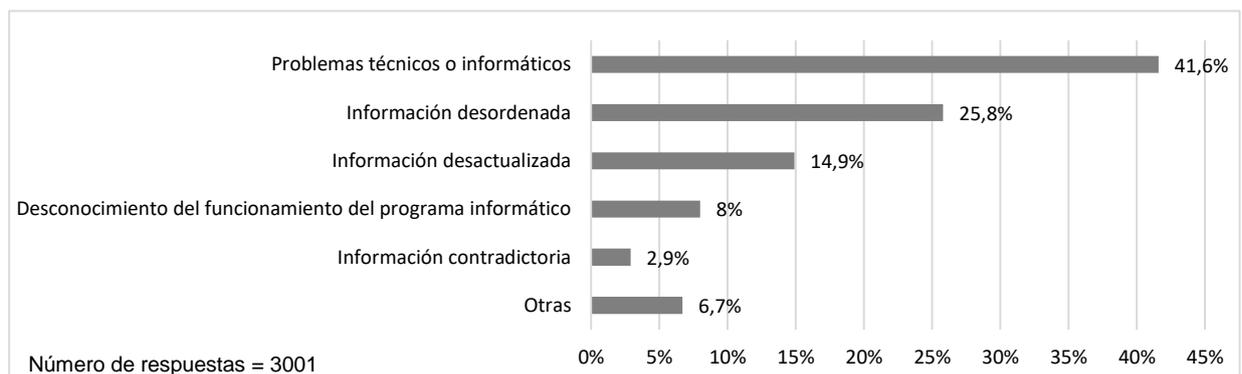
Nota: Gráfico muestra el porcentaje de "Sí"; HC3: Historia clínica compartida de Cataluña; HCC: Historia clínica compartida del centro.

Las dificultades referidas en el uso de la HC3 como de la HCC son similares, aunque la intensidad es ligeramente superior para esta última en algunos casos. Las dificultades que se refieren con mayor frecuencia se relacionan con problemas técnicos (HC3: 36%, HCC: 42%, información desordenada (HC3 y HCC: 26%), o desactualizada (HC3: 19%, HCC: 15%), y desconocimiento del funcionamiento del programa informático (HC3: 7,2%, HCC: 8%) (Gráfico 13 y 14).

**Gráfico 13. Dificultades en el uso de la HC3**

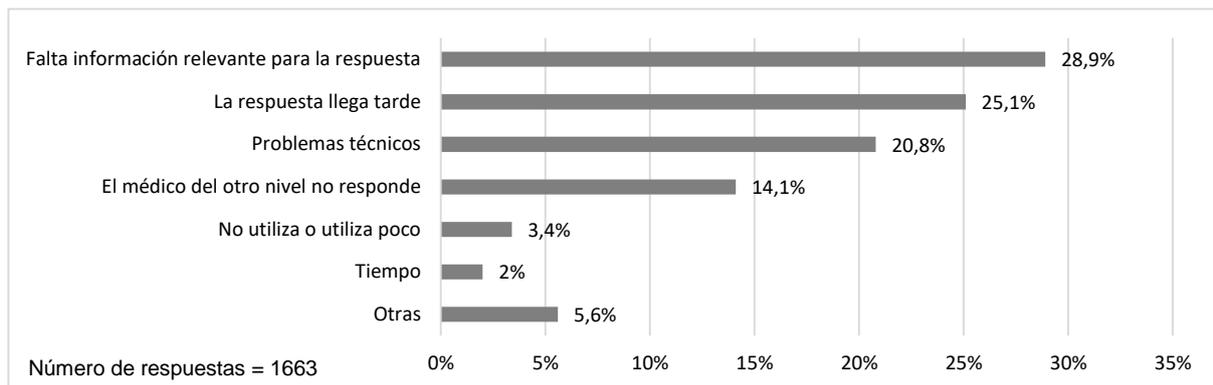


**Gráfico 14. Dificultades en el uso de la HC compartida del centro**

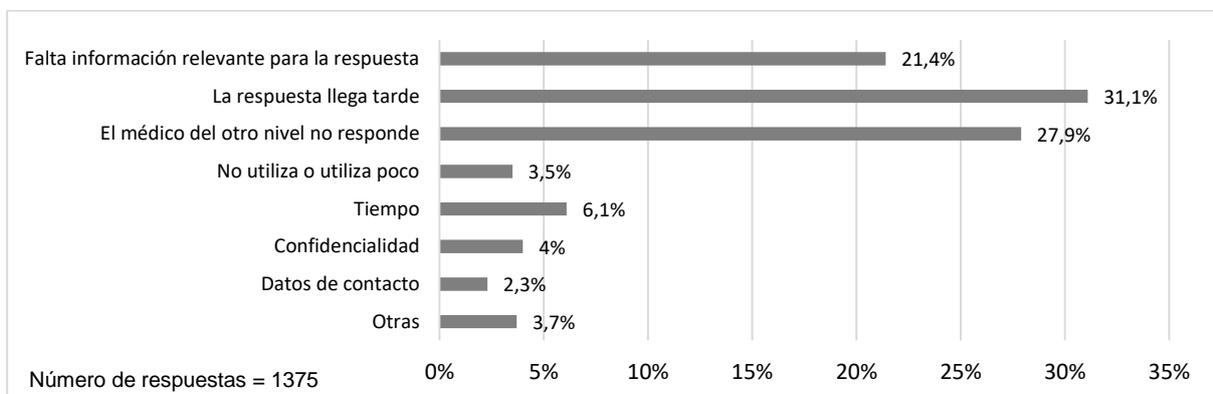


En cuanto a las dificultades en la realización de interconsultas, estas variaron según la modalidad. En aquellas realizadas de manera on-line, mediante la historia clínica o el correo electrónico, destacó la falta de información relevante para elaborar la respuesta a la interconsulta (29% y 21%, respectivamente), o el retraso en recibir la respuesta (25% y 31%, respectivamente), mientras que cuando se realizan de forma telefónica, la principal dificultad reportada fue la falta de respuesta por parte del médico del otro nivel (69%). Esta dificultad también fue referida, aunque en menor proporción, en la interconsulta por correo (28%), y a través de la historia clínica (14%). Otras dificultades también referidas por los médicos fueron los problemas técnicos en las interconsultas mediante la historia clínica (21%), y la falta de tiempo en las realizadas por correo y teléfono (6% y 7%, respectivamente) (Gráfico 15-17).

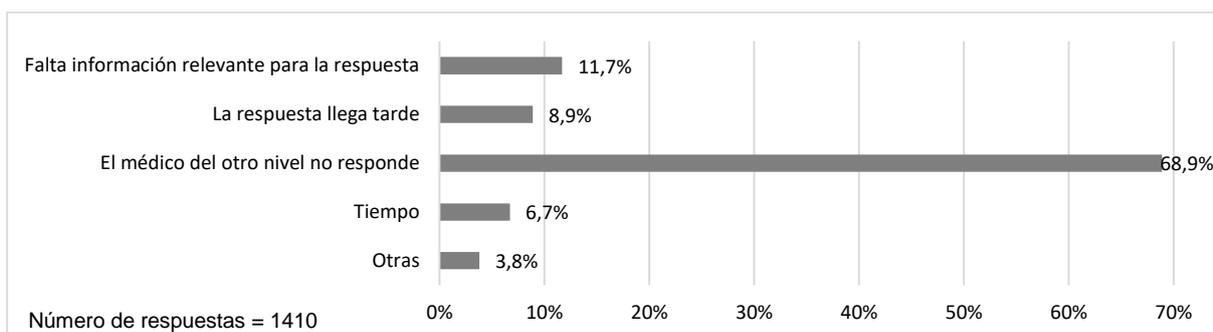
**Gráfico 15. Dificultades en el uso de interconsultas a través de la historia clínica**



**Gráfico 16. Dificultades en el uso de interconsultas por correo electrónico**

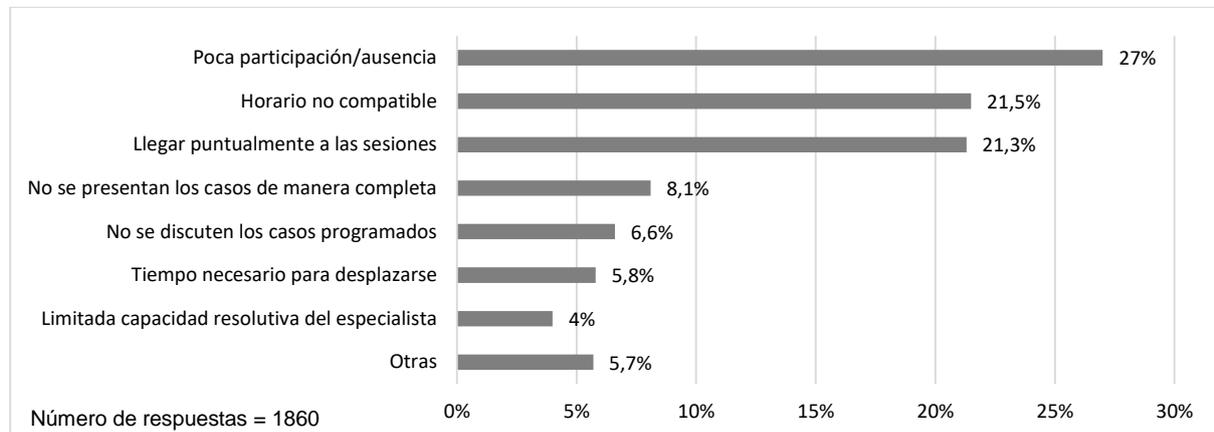


**Gráfico 17. Dificultades en el uso de interconsultas por teléfono**



Las dificultades referidas con mayor frecuencia para las sesiones clínicas conjuntas se relacionan con la baja asistencia/participación (27%), así como con obstáculos para asistir - horario no compatible (22%), impuntualidad (21%) y tiempo necesario para desplazarse (6%), y en menor medida, con los contenidos de las sesiones - presentación no completa de los casos (8%) o de casos no programados (7%) (Gráfico 18).

**Gráfico 18. Dificultades en la participación en sesiones clínicas conjuntas**



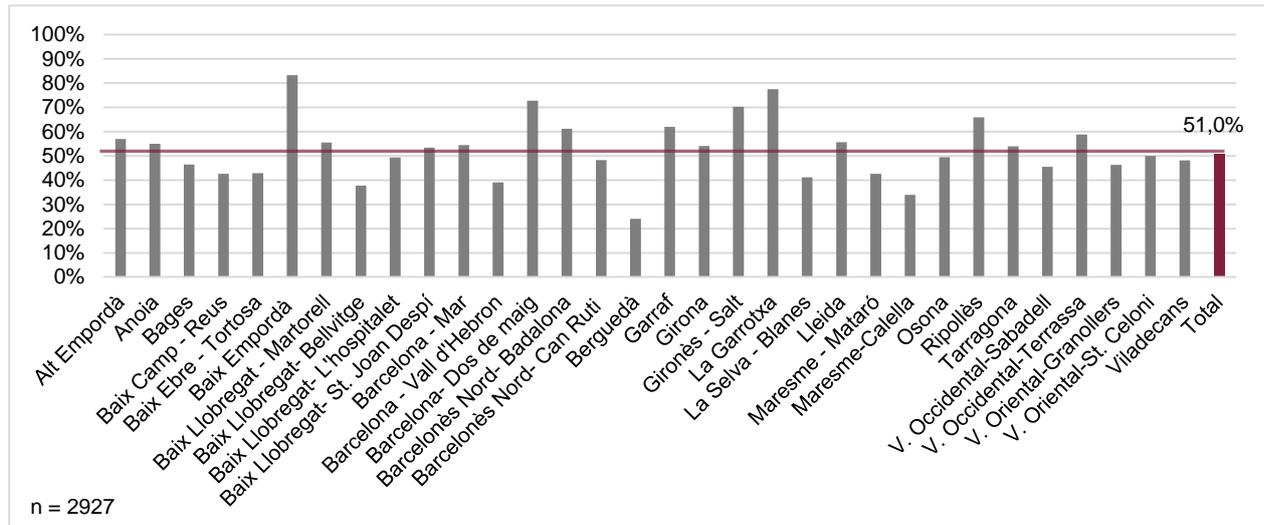
En síntesis, el nivel de utilización y las dificultades en el uso varía según el mecanismo de coordinación. Los mecanismos utilizados con mayor frecuencia fueron las HC compartida del centro, así como la HC3, y las sesiones clínicas conjuntas, aunque con menor intensidad y mayor variabilidad entre las áreas. Los utilizados con menor frecuencia fueron las modalidades de interconsulta por correo electrónico y teléfono. La mayoría de los médicos refirió tener dificultades en el uso de los mecanismos, especialmente en la participación de las sesiones y el uso de la HC3. El tipo de dificultades varió según el mecanismo y modalidad. En general se relacionaban con las dificultades organizativas para la asistencia, en el caso de las sesiones presenciales, y los problemas técnicos y retrasos o ausencia de respuesta en las on-line/telefónica. En todos también destacaron las dificultades relacionadas con los contenidos de los mecanismos.

#### 4) Factores relacionados con la coordinación entre niveles de atención

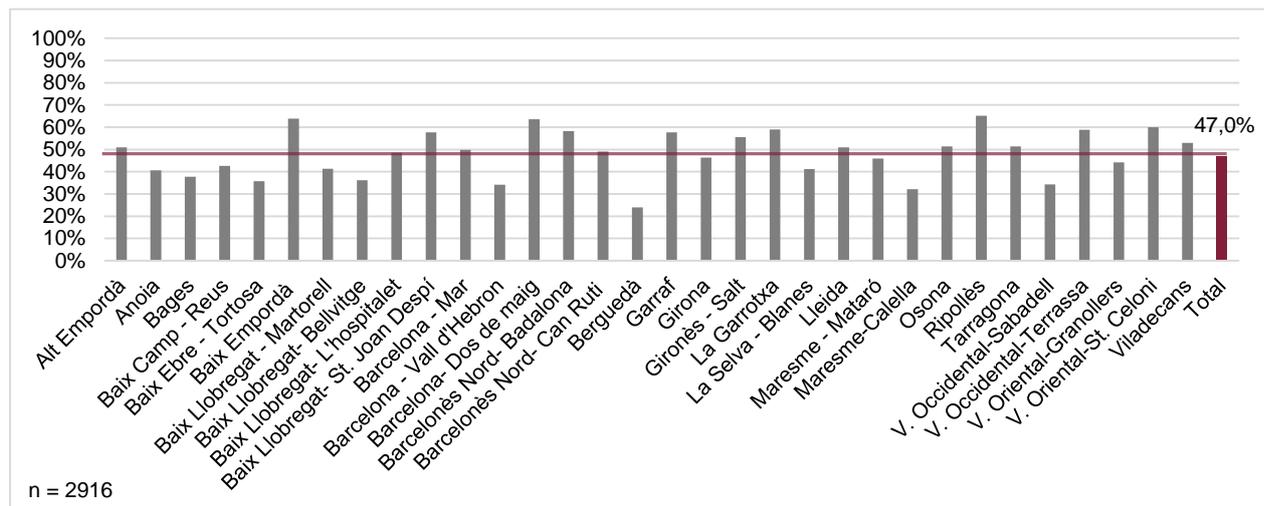
Los factores relacionados analizados son de dos tipos: organizativos y de interacción entre médicos. En cuanto a los **factores organizativos**, el 51% de los médicos de Cataluña refirió que los directivos de su organización facilitan la coordinación, observándose una amplia variabilidad entre áreas, entre el 24% y el 83%. Además, el 47% de los médicos de Cataluña señaló que su organización establece objetivos orientados a la coordinación entre niveles asistenciales, variando entre el 24% y el 65%. Así mismo, únicamente el 13% de los médicos consideró que el tiempo que puede dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante su jornada laboral es suficiente, con una variación entre el 6% y el 40%. Finalmente, otro factor organizativo que influye en la coordinación entre niveles es la descentralización de algunas especialidades a los centros de atención primaria. El 14% de los médicos de AE refirió pasar consulta en AP, variando entre el 2% y el 26% según el área (Gráfico 19).

**Gráfico 19. Factores organizativos relacionados con la coordinación entre niveles de atención**

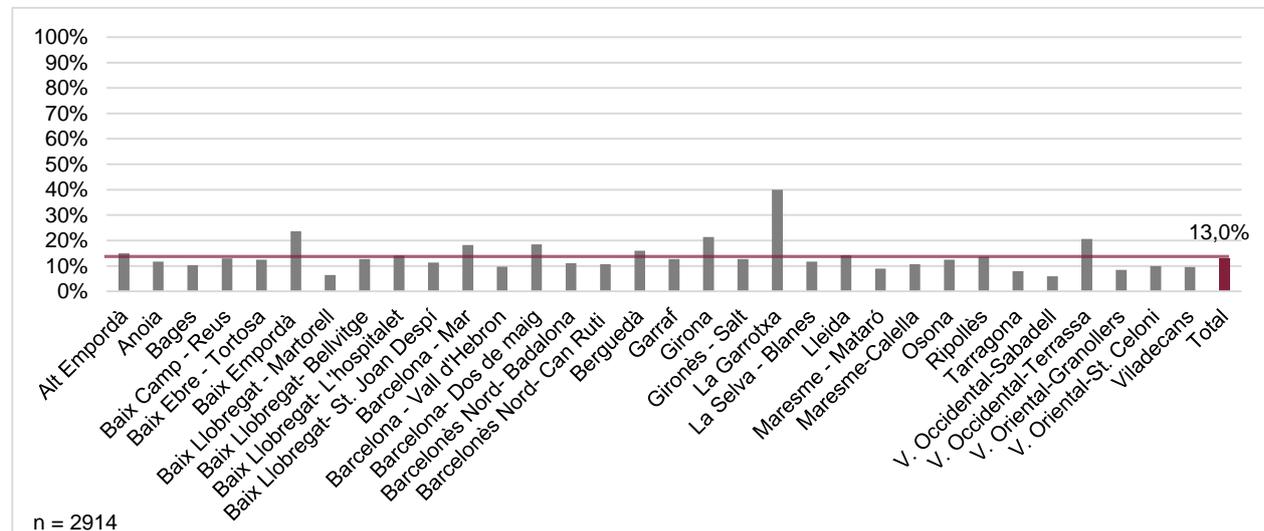
**Los directivos de la organización facilitan la coordinación entre médicos de atención primaria y especializada**



**Mi organización establece objetivos orientados a la coordinación entre niveles asistenciales**

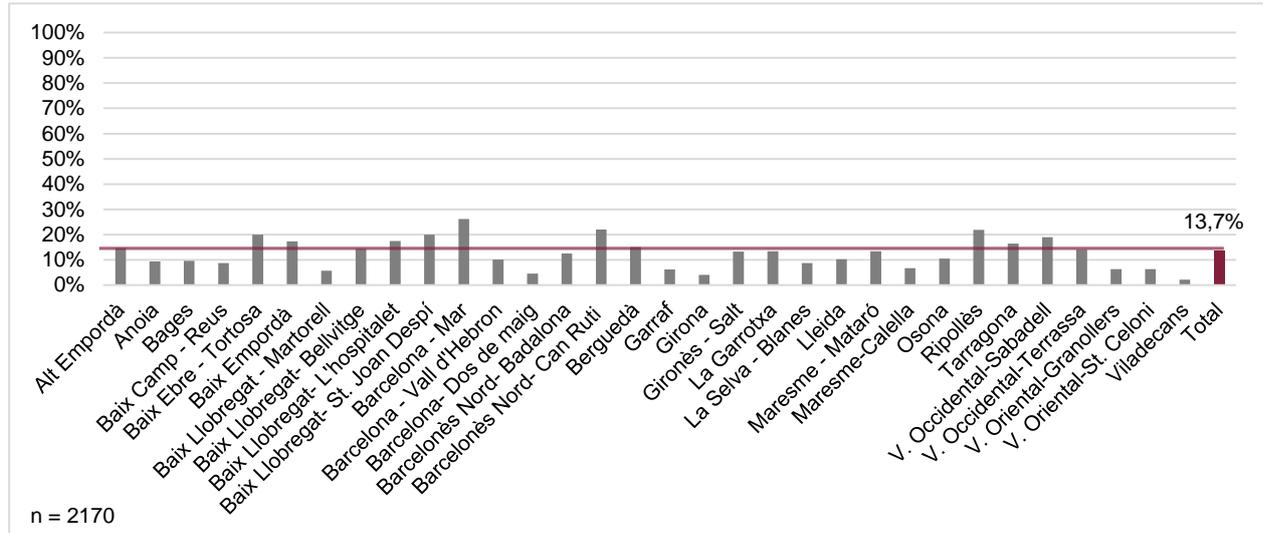


**El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente**



**Gráfico 19. Factores organizativos relacionados con la coordinación entre niveles de atención. Continuación**

**Los médicos de AE visitan los centros de atención primaria**

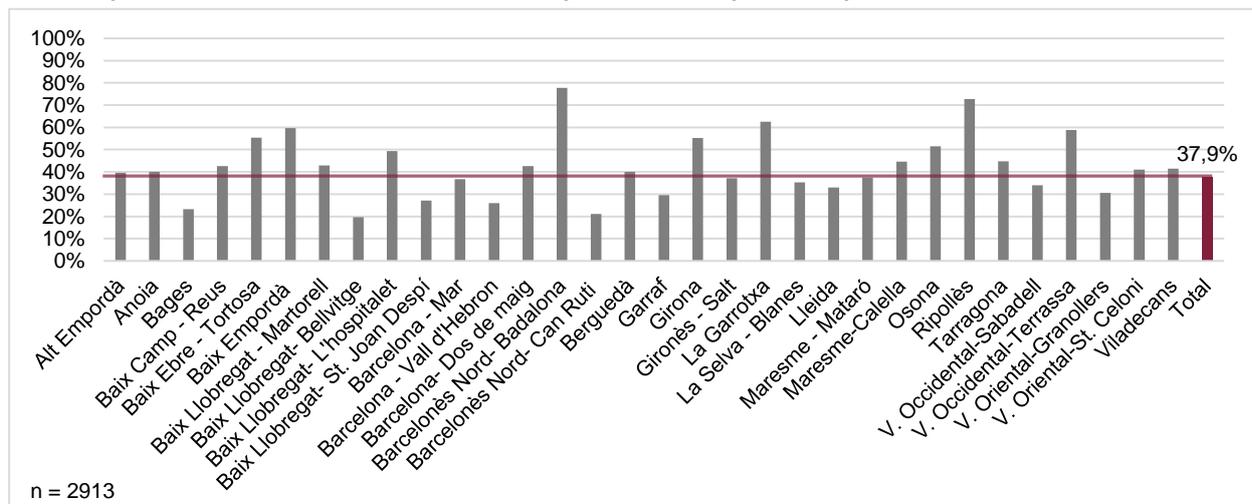


Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

En cuanto a los **factores de interacción entre médicos**, la minoría de médicos, el 38%, señaló conocer personalmente los médicos del otro nivel que atienden a sus pacientes, observándose una variabilidad entre áreas entre el 20% y el 78%. No obstante, el 83% de los médicos afirmó que confían en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel, variando entre el 65% y el 93%. Así mismo, solamente el 63% de los médicos cree que su práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel, con un valor por área entre 43% y 74%. Finalmente, el 75% de los médicos consideró que, en la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales, con una variación entre el 60% y el 88% (Gráfico 20).

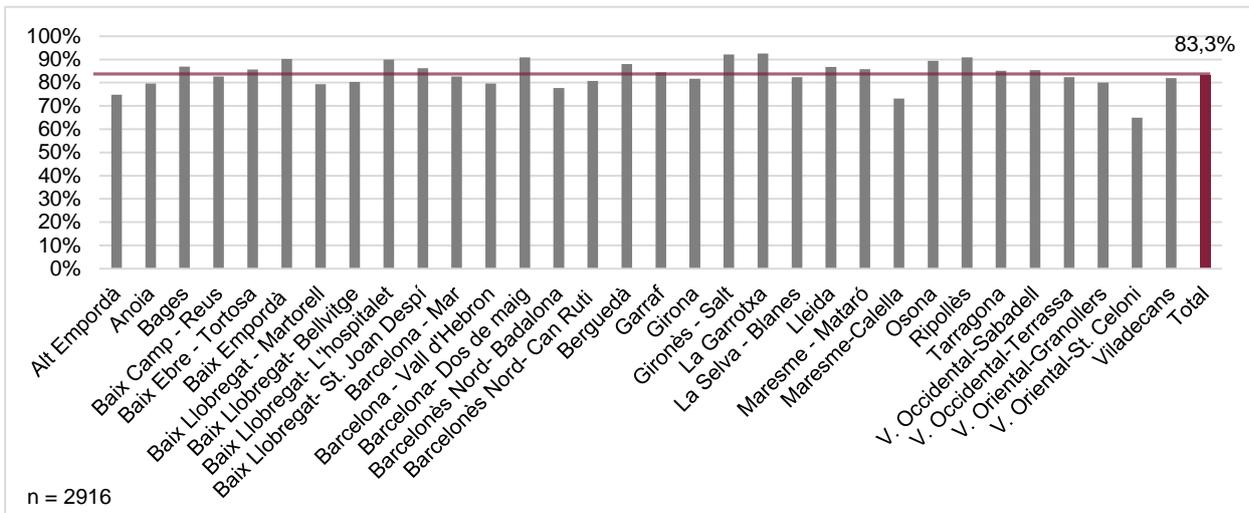
**Gráfico 20. Factores de interacción entre médicos que influyen en la coordinación entre niveles de atención**

**Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden los pacientes que tratamos**

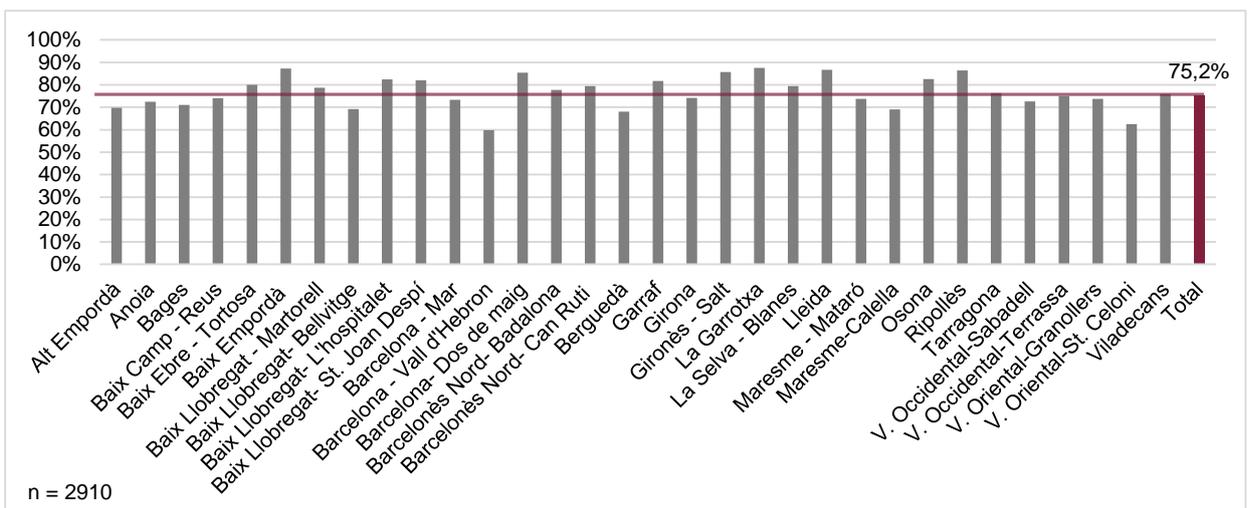


**Gráfico 20. Factores de interacción entre médicos que influyen en la coordinación entre niveles de atención. Continuación**

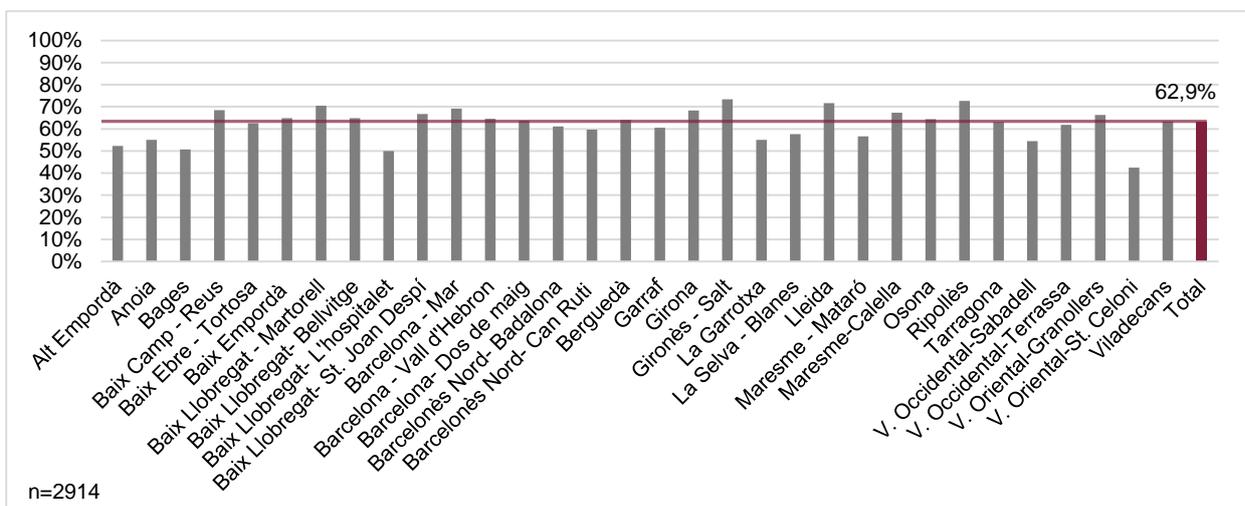
**Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden mis pacientes**



**En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales**



**Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel**



Nota: gráfico muestra el porcentaje de "Siempre" y "Muchas veces"

Por lo tanto, como síntesis de los resultados sobre los factores que influyen en la coordinación, aunque con diferencias entre las áreas, los médicos perciben en general un limitado apoyo institucional y disponibilidad de tiempo para llevar a cabo actividades de coordinación. Por otro lado, aunque se observa una elevada confianza en las habilidades de los médicos del otro nivel y un consenso generalizado en que los médicos de AP son los responsables del seguimiento de los pacientes, la mayoría de los médicos no conoce a sus colegas del otro nivel y una parte importante considera que no influye en la práctica asistencial de los médicos del otro nivel.

## 5) Sugerencias para la mejora de la coordinación entre niveles de atención

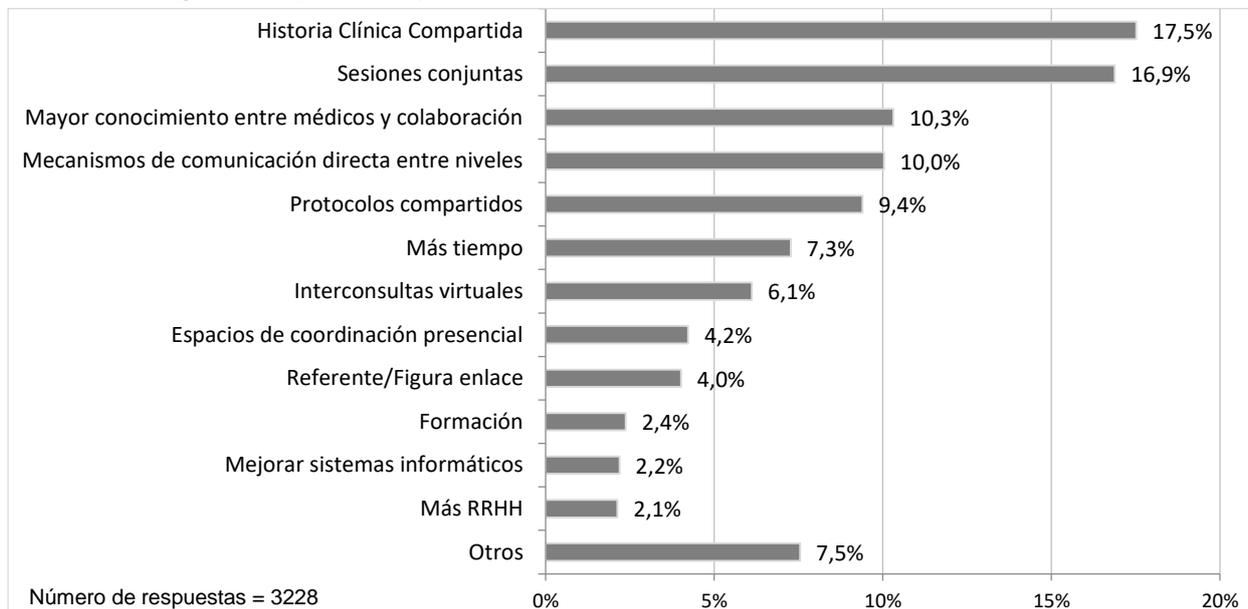
Las sugerencias para la mejora de la coordinación entre niveles referidas con mayor frecuencia por los médicos fueron la implantación, extensión, o mejora del funcionamiento de los mecanismos de coordinación existentes. Principalmente, se refirieron a la historia clínica compartida y las sesiones clínicas conjuntas, las cuales representaron el 17% y 18% de las sugerencias respectivamente (Gráfico 21). Las sugerencias de la HC compartida hacían referencia a la implantación de una HC única o una mayor interconexión entre las diferentes HC, acceso a toda la información actualizada del paciente y mayor retroalimentación por parte de la AE para el seguimiento de los pacientes, y una mejor estructuración y clasificación de la información disponible. Mientras que las relativas a las sesiones clínicas conjuntas o de discusión de casos clínicos se relacionaron con su implantación o extensión a más especialidades, una mayor frecuencia, organización en horarios compatibles y garantizar el tiempo suficiente para participar.

Otras sugerencias también referidas con frecuencia fueron la implementación de mecanismos de comunicación directa entre médicos de distintos niveles (e-mail, llamadas localizables, teléfono directo, etc.) (10%) y la mejora del conocimiento personal y contacto con los médicos del otro nivel (10%).

Otros mecanismos de coordinación también sugeridos fueron los protocolos (9%), las interconsultas virtuales (6%), los espacios de coordinación presencial (4%), y la existencia de un referente/figura de enlace entre AP y AE (4%). Las sugerencias relativas a los protocolos y circuitos conjuntos se refirieron tanto a su implantación, como a una mayor divulgación y capacitación para su uso, mientras que los espacios de coordinación presencial propuestos incluían reuniones conjuntas, grupos de trabajo entre niveles y rotaciones bidireccionales de los médicos.

Finalmente, el 7% de las sugerencias realizadas se refirieron a proporcionar más tiempo a los médicos para llevar a cabo actividades de coordinación (7%).

**Gráfico 21: Sugerencias para la mejora de la coordinación entre niveles de atención**



## Conclusiones

Este es el primer estudio basado en una encuesta a médicos/as de atención primaria y especializada (de agudos y sociosanitaria) que analiza de manera comprensiva y comparativa la coordinación clínica entre niveles y los factores asociados en diferentes áreas del sistema sanitario catalán. La adaptación del cuestionario COORDENA al contexto catalán [11] ha permitido evaluar las diferentes dimensiones de la coordinación clínica entre niveles asistenciales y los factores asociados, según nivel de atención [26,27], según tipo de gestión del área [28] y, en este informe, entre áreas, permitiendo detectar diferencias en los resultados de coordinación y en los factores que influyen, y por tanto, identificar posibles estrategias de mejora. El cuestionario COORDENA es una herramienta útil para monitorizar periódicamente el desempeño de los servicios sanitarios, para comparar entre áreas (benchmarking) y para diseñar y evaluar estrategias para mejorar la coordinación clínica y la calidad asistencial.

Los resultados del estudio muestran, con diferencias importantes entre áreas, una elevada **experiencia de coordinación de la información entre niveles** (transferencia y uso de la información clínica del paciente) y de **coordinación de la gestión clínica entre niveles** (coherencia de la atención, seguimiento del paciente y accesibilidad entre niveles). La **percepción de coordinación clínica del paciente entre niveles en el área** fue, sin embargo, limitada. Los principales problemas se encuentran en la transferencia de información; en el seguimiento de los pacientes, tanto por el bajo porcentaje de médicos de AP que consultan dudas, como de médicos de AE que hacen recomendaciones para el seguimiento; así como en el tiempo de espera en la derivación a la atención especializada (ordinaria y preferente), lo que supone una amenaza para la calidad asistencial. De forma consistente, la baja percepción de coordinación general -también con diferencias entre áreas- se relaciona con una falta de comunicación directa, de espacios de encuentro entre niveles y de tiempo para dedicar a actividades de coordinación.

Los resultados también muestran variabilidad en el uso de los **mecanismos de coordinación** existentes entre áreas. Los utilizados con más frecuencia fueron los mecanismos para intercambiar información (HCC y HC3), y las sesiones clínicas conjuntas, aunque estas últimas y la HC3 presentan una importante variabilidad entre áreas. Los instrumentos de comunicación directa entre médicos - correo electrónico y teléfono - fueron los menos utilizados. Los resultados relativos a las **dificultades en el uso de los mecanismos** también indican importantes áreas de mejora. La mayoría de los médicos refirió dificultades en el uso de los mecanismos, especialmente de la HC3 y la participación en las sesiones. Las dificultades variaron según el mecanismo: problemas organizativos para asistir, en el caso de las sesiones presenciales, y problemas técnicos y retrasos o ausencia de respuesta en los mecanismos basados en las nuevas tecnologías/contacto telefónico. En todos, también destacaron las dificultades relacionadas con los contenidos de los mecanismos (falta de información relevante o información desactualizada y desordenada).

El análisis de los **factores organizativos** que influyen en la coordinación muestra, con diferencias entre áreas, la percepción de un limitado apoyo institucional, y en concreto de disponibilidad de tiempo para llevar a cabo actividades de coordinación. En cambio, los **factores de interacción entre profesionales** (confianza mutua y alineación con el modelo de atención basada en la atención primaria) son elevados, con excepción del conocimiento personal, aspecto que hay que reforzar por su influencia positiva en la coordinación.

Finalmente, las **sugerencias de mejora** de los médicos hacen referencia a reforzar la implementación, extensión o mejora del funcionamiento de los mecanismos de coordinación existentes, principalmente la historia clínica compartida y las sesiones clínicas conjuntas, así como la implementación de otros mecanismos de comunicación directa entre médicos (como mensajería instantánea) y la mejora del conocimiento personal.

Por tanto, los resultados de este estudio, en línea con la evidencia internacional y otros estudios en Cataluña, muestran la necesidad de **introducir políticas y estrategias en Cataluña** que fortalezcan las condiciones

organizativas favorables a una adecuada coordinación, entre otros, la implementación adecuada de los mecanismos de coordinación entre niveles, especialmente aquellos basados en la retroalimentación y comunicación directa entre los profesionales. La gran variabilidad observada entre áreas, requiere la profundización en el análisis de los factores organizativos e individuales que influyen en la coordinación.

## Siguientes pasos

Dentro del desarrollo de la línea de investigación sobre integración asistencial, el estudio COORDENA-CAT ha permitido, en primer lugar, elaborar un instrumento para la evaluación y monitorización de la integración asistencial y, en segundo lugar, su aplicación para identificar áreas de mejora en relación a las diferentes dimensiones de la coordinación clínica y los factores organizativos e individuales relacionados, para orientar posibles estrategias de mejora. Estos resultados, además, proporcionan una línea de base para guiar la evaluación de intervenciones que persigan mejorar la coordinación clínica, como elemento de la calidad asistencial en el sistema sanitario catalán.

Aparte de mostrar las diferencias entre áreas en coordinación clínica, una de las conclusiones más relevantes del estudio es que la frecuencia de uso de los mecanismos de coordinación clínica es muy variable entre las diferentes áreas de Cataluña, e indica un amplio espacio de mejora. Asimismo, los resultados indican las dificultades existentes en el uso de los mecanismos y hacia dónde orientar la implementación de estrategias dirigidas a aumentar la efectividad de los mecanismos de coordinación, que requerirían apoyo institucional e interacción profesional y, por tanto, la consideración de estrategias alternativas de implementación.

En este sentido, cada vez se hace más énfasis en la importancia de la colaboración y participación de los profesionales sanitarios en el diseño de las intervenciones como elemento crítico para mejorar su efectividad. El SEPPS liderará el nuevo proyecto europeo **EquityCancer-LA**<sup>1</sup>, que explorará la efectividad de implementar estrategias multi-componentes de integración de la atención, mediante procesos participativos, sobre la mejora del acceso al diagnóstico precoz del cáncer en condiciones reales y los elementos que influyen en cada contexto particular. Estas estrategias contemplan el fortalecimiento de la atención primaria, el establecimiento de rutas de diagnóstico rápido y la información a los usuarios para navegar por el sistema.

Además, como el uso de las TICs (tecnologías de la información y comunicación) ha recibido un gran impulso en los últimos años y muy especialmente en el contexto de la pandemia de la COVID-19, tanto en los mecanismos de coordinación como en la atención a distancia, se plantea la necesidad de evaluar el efecto de estos cambios, sobre la coordinación y calidad de la atención, tanto desde el punto de vista de los servicios, como de los pacientes. En esta dirección, el SEPPS, en colaboración con el GAIA, desarrollará el proyecto **COORDENA-TICs**<sup>2</sup>, con el objetivo de evaluar el impacto de los mecanismos de coordinación basados en las TICs sobre la coordinación clínica entre niveles de atención y la calidad asistencial en los servicios de salud, en diferentes contextos. Analizará el nivel de implementación de los mecanismos de coordinación basados en las TICs y su impacto en Cataluña, País Vasco e Islas Baleares, no sólo desde el punto de vista de médicos/as, sino también de pacientes. Adoptará una aproximación metodológica innovadora, de *mixed-methods*, que combina técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de datos. Además, los resultados del COORDENA-TICs se compararán con los del COORDENA-CAT (línea de base) y permitirá evaluar el impacto de las estrategias introducidas para mejorar la coordinación clínica y calidad asistencial.

---

<sup>1</sup>[www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/20/millorant-lequitat-en-lacces-al-diagnostic-precoc-del-cancer-en-diferents-sistemes-de-salut-damerica-llatina-equitycancer-la-2021-2026](http://www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/20/millorant-lequitat-en-lacces-al-diagnostic-precoc-del-cancer-en-diferents-sistemes-de-salut-damerica-llatina-equitycancer-la-2021-2026)

<sup>2</sup> [www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/19/impacte-dels-mecanismes-de-coordinacio-basats-en-tic-en-la-coordinacio-clinica-i-la-qualitat-assistencial-en-el-sistema-nacional-de-salut-coordena-tics-2021-2023](http://www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/19/impacte-dels-mecanismes-de-coordinacio-basats-en-tic-en-la-coordinacio-clinica-i-la-qualitat-assistencial-en-el-sistema-nacional-de-salut-coordena-tics-2021-2023)

## Referencias bibliográficas

1. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza-Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79:633-643.
2. Vázquez ML, Vargas I. Las organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009. p.242.
3. Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20: 485–495.
4. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26: 360–367.
5. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e007037.
6. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sant*. 2010;24(4): 339-346.
7. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Sánchez-Pérez I, Vázquez ML. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:e050.
8. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014; 13(1):10
9. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Farré J, Llopart JR, Colomé LI, Vázquez ML. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:323.
10. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Eguiguren P, Cisneros AI, Huerta A, Muruaga MC, Bertolotto F. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A Cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc.Sci.Med*. 2017;182:10-19.
11. Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Avecilla A, Morral R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Health Panorama*. 2018;4(4):653-664.
12. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit*. 2007;21(2):114-123.
13. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-6.
14. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Colomé L, Farré J, Vázquez ML. Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gaceta Sanitaria*. 2017.
15. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*. 2017;17:842.
16. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:213.

17. Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.* 2016; 31: 736-748.
18. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira M, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Bertolotto F, Vázquez ML. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning.* 2018;33(4):494-504.
19. Ferreira CR, Samico I, De Medeiros MF, Vargas I, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos para la coordinación clínica entre niveles de asistencia en dos redes de atención de salud en Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2019;35(4):e00119318.
20. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, De Paepe P, Vargas I, Vázquez ML. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública,* 2019;23(1),26-40.
21. Ferreira CR, Samico I, De Medeiros MF, Vargas I, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos para la coordinación clínica entre niveles de asistencia en dos redes de atención de salud en Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2019;35(4):e00119318.
22. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gaceta Sanitaria.* 2019.
23. Gallego-Ardila AD, Pinzón-Rondón AM, Mogollón-Pérez AS, Cardozo CX, Vargas I, Vázquez ML. Care coordination in two of Bogota's public healthcare networks: A cross-sectional study among doctors. *International Journal of Care Coordination.* 2019;22(3-4):127-139.
24. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, López J, Bertolotto F, Amarilla D, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria.* 2020;34(4):340-349.
25. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Changes in knowledge and use of clinical coordination mechanisms between care levels in healthcare networks of Colombia. *The International Journal of Health Planning and Management.* 2021;36:134–150.
26. Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramón I, Plaja P, Vázquez, ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Family Practice.* 2020;21:135.
27. Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, Pérez-Castejón JM, Vázquez ML. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3224.
28. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, Vázquez ML. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Análisis de la experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021 [En revisió]
29. López-Vazquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez ML. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cadernos Saúde Pública.* 2021;37(4):e00045620.
30. Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud catalán. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84: 371-387.
31. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2011;24(1):39-48.
32. Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Available tools to comprehensively assess continuity of care from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(5): 578-579.
33. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomé LI, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit.* 2013;27:207-13.

34. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care*. 2013;25(3):291-9.
35. Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:1474-88.
36. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Gusmão R, Henao D, Vázquez ML. The performance of integrated health care networks on COPD: analysis of continuity of care using multiple case studies. *Int J Integr Care*. 2015;15:e029.
37. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health System. *BMC Health Services Research*. 2016;16:466.
38. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Peréz AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Aller MB, Vázquez ML. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brasil. *Health Policy and Planning*. 2017;32(4):549-562.
39. Waibel S, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*. 2018;18:257.
40. Ollé-Espuga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Freitas RP, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Huerta A, Bertolotto F, Vázquez ML. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*. 2020.
41. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, De Paepe P, Vázquez ML. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy and Planning*. 2020;35(8):962-972.
42. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, Vázquez ML. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Services Research*. 2020;941.
43. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención Primaria*. Barcelona: Masson, S.A.; 2002. pp. 233–65.
44. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. *Where next for integrated care organisations in the English NHS?* The Nuffield Trust; 2010.
45. Vargas I, Vázquez M. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿solución o problema? *Rev ciencias la salud*. 2006;4: 5–9.
46. Øvretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: The Health Foundation; 2011.
47. Desmedt M, Vertriest S, Hellings J, Bergs J, Dessers E, Vankrunkelsven P, et al. Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review. *Value Heal*. 2016;19: 892–902. doi:10.1016/j.jval.2016.05.001
48. Khullar D, Chokshi DA. Can Better Care Coordination Lower Health Care Costs? *JAMA Netw Open*. 2018;1: e184295–e184295. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4295

## Agradecimiento a todas las entidades participantes en la encuesta

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de las siguientes entidades y sus profesionales:

Albera Salut

Badalona Serveis Assistencials (BSA): Àngels Avecilla, Santiago Tomàs

ConSORCI de Salut i Social de Catalunya (CSC)-CIS Cotxeres: Anna Ribera, Benito Fontecha

ConSORCI Hospitalari de Vic (CHV): Isabel Ramon, Pere Roure

ConSORCI Sanitari de l'Anoia: Marta Banqué

ConSORCI Sanitari de Terrassa (CST): Elena Medarde

ConSORCI Sanitari del Garraf (CSG): Laura Giménez

ConSORCI Sanitari del Maresme (CSM): Emili Burdoy

ConSORCI Sanitari del Maresme i la Selva (CSMS): Marcel Prats

ConSORCI Sanitari Integral (ICS): Juan Francisco Pajares

Corporació Sanitària Parc Taulí: Núria Fernández, Cristina Cardo, Encarna Ramos

EAP Sardenya: Jaume Sellarés Sallas

Fundació Althaia: Anna Arnau

Fundació Hospital d'Olot Comarcal de la Garrotxa (FHOCG): Glòria Bassets

Fundació Hospital Sant Joan de Déu-Martorell: Rafael Gómez

Fundació Privada Hospital de Granollers: Isabel Jiménez

Fundació Salut Empordà (FSE): Pere Plaja

Grup SAGESSA, S.A: Lluís Colomé

Hospital Arnau de Vilanova: Glòria Falcon

Hospital de Bellvitge: Ana Álvarez

Hospital de Campdevànol: Antoni Radovan

Hospital de Puigcerdà: Xavier Albalat, Anna Hernández

Hospital Germans Trias i Pujol: Josep M<sup>a</sup> Mòdol, Agustín Urrutia

Hospital Joan XXIII: Alfredo García

Hospital Josep Trueta: Elena Álvarez

Hospital Sant Bernabé: Miquel Vila

Hospital Vall d'Hebron: César Velasco, Yolima Cossio

Hospital Verge de la Cinta: Josep Solé

Institut Català de la Salut (ICS): Rosa Morral, Clara Pareja, Núria Martínez, Montserrat Figuerola, Montserrat Oliveras, Meritxell Herreros, Lluís Esteve, Nacho Nieto, Encarna Grifell, Jordi Trelis, Nuria Martínez, Clara Pareja, Esmeralda Martinez Morales, Maria Trinidad Fernandez Romero, and Cristina Moragas Rovira

DAP Alt Pirineu: Victòria Estrada; DAP Catalunya Central: Joaquim Verdaguer; DAP Girona: Esteve Avellana, Concepció Morera; DAP Metro Nord: Victòria Sabaté, Esther Badia, Alexandra Martínez; DAP Tarragona: Josep Basora; DAP Terres de l'Ebre: Carina Aguilar; SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord: Miquel Perona; SAP Baix Llobregat Centre: M<sup>a</sup>Jesús Megido; SAP Dreta (BCN): M<sup>a</sup>Antònia Llauger; SAP Litoral (BCN): Mireia Boixadera; SAP Muntanya (BCN): M<sup>a</sup>José López Dolcet

Institut d'Assistència Mèdica Empleats Municipals (PAMEM): Mercè Abizanda

Institut d'Assistència Sanitària (IAS): Josep Costa

Parc de Salut Mar (PS-Mar): Francesc Cots

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): Elvira Sánchez, Jordi Coderch

## Publicaciones del proyecto COORDENA-CAT

### Instrumento

Los contenidos del cuestionario COORDENA-CAT, sin su formato online, se encuentran disponibles en el anexo del presente documento (en catalán) y en la página web: [www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat)

### Artículos

- Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, AVECILLA A, MORRAL R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Heal Panor.* 2018;4: 653–664.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Vázquez ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Fam Pract.* 2020;21: 135.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, Pérez-Castejón JM, Vázquez ML. Understanding How to Improve the Use of Clinical Coordination Mechanisms between Primary and Secondary Care Doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, Vázquez ML. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Análisis de la experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021 [*En revisió*]

### Comunicaciones a congresos

- Arroyo E, Vargas I, Romero A, Vázquez ML, Coderch J, Colomé L, AVECILLA MA, ABIZANDA M, MORRAL RM, Cots F, Plaja P, Medarde E, Ramón I, Cossio Y. Adaptación del cuestionario COORDENA de medida de la coordinación entre niveles de atención. *Gaceta Sanitaria*, 2017;31(S):387
- Romero A, Arroyo-Borrell E, Vargas I, Vázquez ML, Sánchez E, Colomé L, Morral RM, Plaja P, Medarde E, Ramon I. COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination among health care levels in Spain. *European Journal of Public Health*, 2017;27(S3):105
- Romero A, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, AVECILLA A, Ramon I, Medarde E, Banqué M, Vázquez ML. Care coordination across levels in the Catalan health system: results of the COORDENA.CAT survey. *European Journal of Public Health.* 2018,28(S4):116
- Esteve L, Vargas I, Plaja P, AVECILLA A, Borràs P, Vázquez ML. Coordinación clínica entre niveles en el sistema nacional de salud: Encuesta Coordena. 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, 8-10 de mayo 2019, Santiago de Compostela.
- Esteve L, Vargas I, Plaja P, AVECILLA À, Cots F, Colomé L, Ramon I, Morral RM, Vázquez ML por GAIA, et al. Factores asociados a la percepción de coordinación clínica en el sistema de salud público catalán. *Gaceta Sanitaria*, 2019,33(SC):157
- Esteve L, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, AVECILLA À, Ramon I, Medarde E, Colomé L, Vázquez ML for GAIA. Associated factors to the perception of clinical coordination in the Catalan national health System. *European Journal of Public Health*, 2019;29 (S4):ckz186.349

- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Vázquez ML por GAIA. ¿La integración de la gestión mejora la coordinación clínica entre niveles? Experiencia de Cataluña. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Plaja P, Vázquez ML for GAIA. Does management integration improve cross-level clinical coordination? Experience of Catalonia. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.989
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Plaja P, Vázquez ML por GAIA. Coordinación clínica entre niveles del Sistema Sanitario Catalán según especialidad médica. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Sitjas E, Plaja P, Sanchez E, Ramon I, Medarde E, Vázquez ML. Clinical coordination across care levels according to medical specialty in the Catalan health system. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.458

### **Otras publicaciones relacionadas con el tema**

Las publicaciones de la línea de investigación de integración de servicios de salud del Servicio de Estudios (SEPPS) y GAIA se encuentran disponibles en: [www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/).

## Anexo: Cuestionario COORDENA-CAT

### Contenidos del cuestionario<sup>1</sup>:

#### 1. Consentimiento informado

##### ¿En qué consiste la encuesta?

Estamos llevando a cabo un estudio con el objetivo de analizar la coordinación de la atención entre niveles asistenciales para identificar elementos de mejora. Como parte del estudio estamos realizando una encuesta sobre la experiencia de coordinación de los médicos de los diferentes ámbitos asistenciales en el territorio.

La encuesta está dirigida a médicos de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria que trabajan proporcionando atención directa a los pacientes, y que haga más de un año que trabajan en la organización. Su opinión es muy importante porque nos permitirá identificar los problemas de coordinación en su territorio y proponer cambios para mejorar la atención a los pacientes.

##### ¿Cómo es la participación y cómo se tratarán los datos?

Se trata de una encuesta voluntaria. La información que proporcione se almacenará y utilizará con respecto a la legislación nacional lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 sobre protección de datos y el Real Decreto 1720/2007 sobre las medidas de seguridad aplicables a ficheros y tratamientos automatizados que contengan datos personales, así como la directiva de la UE 95/46 / EC relativa a la protección de datos personales. Sus datos codificados serán analizados electrónicamente para obtener los resultados del estudio. Usted tiene derecho a preguntar a los investigadores el objetivo de la recogida de los datos. Este estudio ha obtenido la aprobación del Comité ético de investigación clínica del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas y del comité ético de investigación clínica del IDIAP Jordi Gol.

De conformidad al artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y normativa aplicable a los efectos, el usuario consiente expresamente a la inclusión de sus datos, así como los resultados de su participación en el estudio en un fichero de datos personales de investigación bajo la responsabilidad del Consorcio de Salud y Atención Social de Cataluña.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal y sus colaboradores, autoridades sanitarias, y los monitores y auditores del promotor, que estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo necesitan, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de las mismas de acuerdo con la legislación vigente.

Finalmente, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y posición de datos, para lo cual deberá dirigirse al Consorcio de Salud y Social de Cataluña a la dirección Avenida Tibidabo, número 21 de Barcelona (08022).

##### ¿Dónde puedo conseguir más información?

Agradecemos que participe en el estudio. Si tiene alguna duda en relación con su participación, puede ponerse en contacto con los coordinadores por teléfono (93 253 18 20), o por correo electrónico ([coordena@consorci.org](mailto:coordena@consorci.org)). Si desea más información, también puede consultar el proyecto en la página web: [www.consorci.org](http://www.consorci.org).

##### ¿Ha leído el compromiso de confidencialidad y acepta participar en la encuesta?

- Acepto participar
- No puedo participar porque hace menos de un año que trabajo en la organización
- No acepto participar

---

<sup>1</sup> Este documento recoge los contenidos del cuestionario COORDENA-CAT on-line, pero no su formato. Está disponible también en catalán y en inglés en : [www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat)

## 2. Datos generales

*Todas las preguntas se refieren a su experiencia en el territorio donde trabaja, definido por el ámbito de influencia del centro de salud y hospital.*

**1. ¿Qué trabajo desarrolla en el centro de salud u hospital? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Médico del ámbito de la atención primaria
- Médico del ámbito hospitalario
- Médico del ámbito sociosanitario

**1.1 ¿Qué tipo de atención primaria proporciona? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Medicina de familia
- Pediatría
- Ginecología
- Odontología
- Urgencias

**1.2. ¿Qué tipo de atención del ámbito hospitalario proporciona? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Consulta externa
- Hospitalización
- Hospitalización domiciliaria
- Hospital de día
- Urgencias

## 3. Experiencia de coordinación entre niveles asistenciales

*Responda según su experiencia habitual de coordinación entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria) en su territorio*

**Los médicos de atención primaria y especializada compartimos información sobre la atención de los pacientes que atendemos en común (diagnóstico, pruebas complementarias, tratamientos)**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención primaria y especializada utilizamos la información que compartimos**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos de otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de atención primaria y especializada prescribimos**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención primaria y especializada definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen)**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**¿Por qué repetimos las pruebas?**

**Los médicos de atención primaria derivan los pacientes a la atención especializada cuando es adecuado**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención especializada retornan los pacientes a la atención primaria para su seguimiento cuando es adecuado**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención especializada hacen recomendaciones al médico de atención primaria sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención primaria consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de la atención especializada**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Los médicos de atención primaria son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Al ser derivado de forma ordinaria a la atención especializada, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Al ser derivado de forma preferente a la atención especializada, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Tras ser retornado a la atención primaria, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Creo que la atención entre los médicos de atención primaria y especializada en el territorio está coordinada**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**¿Por qué?**

## 4. Mecanismos de coordinación en su centro

**1. ¿¿Tiene acceso a la HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA DE CATALUNYA (HC3) en su centro?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**1.1 ¿Con qué frecuencia la utiliza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**1.2 ¿Es útil para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**2. ¿La HISTORIA CLÍNICA QUE UTILIZA EN SU CENTRO permite compartir información entre la atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**2.1 ¿Con qué frecuencia la utiliza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**2.2 ¿Es útil para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**3. ¿Se realizan en su centro SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS entre médicos de atención primaria y especializada para la DISCUSIÓN DE CASOS?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**3.1 ¿Con qué frecuencia participa?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**3.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**4. Se pueden realizar en su centro INTERCONSULTAS VIRTUALES a través de la historia clínica entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**4.1 ¿Con qué frecuencia las realiza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**4.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**5. ¿Se pueden realizar en su centro INTERCONSULTAS POR CORREO ELECTRÓNICO entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**5.1 ¿Con qué frecuencia las realiza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**5.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**6. ¿Se pueden realizar en su centro INTERCONSULTAS POR TELÉFONO entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**6.1 ¿Con qué frecuencia las utiliza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**6.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

*Pregunta filtrada para los médicos de atención primaria*

**7. Cuando deriva un paciente a la atención especializada, ¿con qué frecuencia envía el INFORME DE DERIVACIÓN?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/No respondo

*Pregunta filtrada para los médicos de atención especializada*

**7. Cuando atiende un paciente derivado des de la atención primaria, ¿con qué frecuencia recibe el INFORME DE DERIVACIÓN?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/No respondo

**7.1 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

*Pregunta filtrada para los médicos de atención primaria*

**8. Cuando recibe un paciente dado de alta en la atención especialitzada, ¿con qué frecuencia le envían el INFORME DE ALTA?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/No respondo

*Pregunta filtrada para los médicos de atención especializada*

**8. Cuando envía a la atención primaria un paciente dado de alta, ¿con qué frecuencia envía el INFORME DE ALTA?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/No respondo

**8.1 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**9. ¿Tiene a su disposición en su centro PROTOCOLOS, RUTAS ASISTENCIALES O GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA COMPARTIDAS entre la atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**9.1 ¿Con qué frecuencia los utiliza?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**9.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**10. ¿Hay en su centro GESTOR/AS DE CASOS O ENFERMERO/AS DE ENLACE?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

**10.1 ¿ Con qué frecuencia trabaja con gestor/as de casos o enfermero/as de enlace para coordinar la atención de los pacientes que atiende?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Con menor frecuencia
- Nunca
- No sé / no respondo

**10.2 ¿Son útiles para la coordinación entre la atención primaria y especializada?**

- Sí
- No
- No sé / no respondo

## **5. Uso de mecanismos de coordinación entre niveles en su centro**

*En relación a las HISTORIAS CLÍNICAS que permiten compartir información entre la atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)*

**1. ¿Puede consultar toda la información que necesita para proporcionar al paciente una atención coordinada?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**2. ¿Qué información no está siempre disponible? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Curso clínico del otro nivel
- Recomendaciones para el seguimiento
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pruebas pendientes
- Resultados de pruebas
- Resumen de antecedentes
- Motivo de la derivación

**3. ¿Cómo accede a la información del otro nivel asistencial? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Historia clínica compartida de Catalunya (HC3)
- Historia clínica de la propia organización
- Historia clínica de otras organizaciones
- La trae el paciente
- Otra vía

**3.1 ¿Cuál?**

**4. ¿Qué dificultades tiene para encontrar la información generada por el otro nivel en la historia clínica compartida de Catalunya (HC3)? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- Información generada en el otro nivel desordenada
- Desconocimiento del funcionamiento del programa informático
- Problemas técnicos/informáticos
- Información desactualizada
- Información contradictoria
- Otra dificultad

**4.1 ¿Cuál?**

**5. ¿Qué dificultades tiene para encontrar la información generada por el otro nivel en la historias clínica de su centro? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- Información generada en el otro nivel desordenada
- Desconocimiento del funcionamiento del programa informático
- Problemas técnicos/informáticos
- Información desactualizada
- Información contradictoria
- Otra dificultad

**5.1 ¿Cuál?**

***En relación a las SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria) para la DISCUSIÓN DE CASOS***

**1. ¿Cuál es el formato de las sesiones clínicas conjuntas entre médicos de atención primaria y especializada para la discusión de casos? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Sesiones presenciales
- Teleconferencia
- No sé / no respondo

**2. ¿Con qué frecuencia las sesiones clínicas conjuntas evitan la derivación del paciente?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**3. ¿Contribuyen a su formación las sesiones clínicas conjuntas?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**4. ¿Qué dificultades encuentra para participar en las sesiones clínicas conjuntas? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- No se discuten todos los casos clínicos programados
- No se presentan los casos de forma completa
- Limitada capacidad resolutive de los especialistas
- El horario no es compatible con el horario de trabajo
- Problemas técnicos en las sesiones técnicas por videoconferencia
- Tiempo necesario para desplazarse a los centros
- Llegar puntualmente a las sesiones
- Otra dificultad

**4.1 ¿Cuál?**

***En relación a las INTERCONSULTAS VIRTUALES, A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA, entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)***

**1. ¿Con qué frecuencia las interconsultas virtuales, a través de la historia clínica, evitan la derivación del paciente?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**2. ¿Contribuyen a su formación las interconsultas virtuales?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**3. ¿Qué dificultades encuentra cuando utiliza las interconsultas virtuales? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- Falta de información relevante para la respuesta
- El especialista no responde al motivo de la interconsulta
- La respuesta llega tarde
- Problemas técnicos/informáticos
- Otra dificultad

**3.1 ¿Cuál?**

***En relación a las INTERCONSULTAS POR CORREO ELECTRÓNICO entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)***

**1. ¿Para qué realizan las interconsultas por correo electrónico? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Consultar dudas clínicas
- Acelerar la visita del paciente al otro nivel
- Dar recomendaciones clínicas
- Pedir información (clínica, social) adicional del paciente
- Otro motivo

**1.1 ¿Cuál?**

**2. ¿Con qué frecuencia las interconsultas por correo electrónico evitan la derivación del paciente?**

- Siempre
- Muchas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No sé/ No respondo

**3. ¿Qué dificultades encuentra en el uso de las interconsultas por correo electrónico? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- Falta de información relevante para la respuesta
- El médico del otro nivel no responde
- La respuesta llega tarde
- Otra dificultad

**3.1 ¿Cuál?**

***En relación a las INTERCONSULTAS POR TELÉFONO entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria)***

**1.1. ¿Para qué realiza las interconsultas por teléfono? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Consultar dudas clínicas
- Acelerar la visita del paciente al otro nivel
- Dar recomendaciones clínicas
- Pedir información (clínica, social) adicional del paciente
- Otro motivo

**1.1 ¿Cuál?**

**2. ¿Qué dificultades encuentra en el uso de las interconsultas por teléfono? *Seleccione tantas opciones como correspondan***

- Ninguna dificultad
- Falta de información relevante para la respuesta
- El médico del otro nivel no responde
- La respuesta llega tarde
- Otra dificultad

**2.1 ¿Cuál?**

## **6. Sugerencias de mejora de la coordinación**

**¿Qué propondría para mejorar la coordinación de la atención entre los médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria) en el territorio?**

## **7. Aspectos relacionados con la coordinación**

***Responda según su experiencia habitual de coordinación entre médicos de atención primaria y especializada (hospitalaria, sociosanitaria) en su territorio***

**Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de atención primaria y especializada**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales**

- |                               |                                    |                                   |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Muchas veces | <input type="radio"/> Pocas veces |
| <input type="radio"/> Nunca   | <input type="radio"/> No sé        | <input type="radio"/> No respondo |

**En la práctica, los médicos de atención primaria son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**Mi experiencia de coordinación con los médicos del otro nivel asistencial es positiva**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mi pacientes**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel**

- Siempre                       Muchas veces                       Pocas veces  
 Nunca                       No sé                       No respondo

**¿Qué porcentaje aproximado de los pacientes que atiende es pluripatológico?**

**¿Está satisfecho/as con su trabajo en la organización?**

- Sí  
 No  
 No sé / no respondo

**¿Qué tipo de contrato tiene?**

- Indefinido  
 Temporal  
 Interino  
 Residente  
 No sé / no respondo

**¿Cuál es su jornada laboral?**

- Completa  
 Parcial  
 No sé / no respondo

**Responda solo si usted es médico de atención especializada (hospitalaria/sociosanitaria): ¿Pasa consulta a pacientes en algún centro de atención primaria?**

- Sí  
 No  
 No sé / no respondo

**Sexo**

- Hombre  
 Mujer  
 No sé / no respondo

**Año de nacimiento**

**País de nacimiento**

- España  
 Otro  
 No sé / no respondo

**¿Qué país?**

**Especialidad médica**

**¿Qué año comenzó a trabajar como médico?**

**¿Qué año comenzó a trabajar en la organización?**

**¿Qué dificultades ha encontrado para responder al cuestionario?**



[www.consorci.org](http://www.consorci.org)