

**LA COORDINACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES
ASISTENCIALES SEGÚN LOS ESPECIALISTAS
HOSPITALARIOS DEL SISTEMA SANITARIO CATALÁN**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Estudiante:

Yessica Daniela Campaz Landazábal

Directoras:

Laura Esteve Matalí

Ingrid Vargas Lorenzo

María Luisa Vázquez Navarrete

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut

Consorti de Salut i Social de Catalunya

Máster en Salut Pública

Universitat Pompeu Fabra / Universitat Autònoma de Barcelona

2018/2020

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Atención primaria
AE	Atención especializada
SNS	Sistema Nacional de Salud
CatSalut	Servei Català de Salut
ICS	Institut Català de la Salut
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de utilización pública
XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública
RAE	Reordenamiento de la Atención Especializada
HC	Historia clínica
HC3	Historia clínica compartida de Cataluña
CAP	Centro de atención primaria

ÍNDICE

1.	Introducción	4
1.1.	Marco conceptual	5
1.1.1.	Definición de coordinación clínica.....	5
1.1.2.	Tipos y dimensiones de la coordinación clínica.....	5
1.1.3.	Mecanismos de coordinación clínica	6
1.1.4.	Factores relacionados con la coordinación clínica	7
1.2	Sistema sanitario catalán y reordenamiento de la atención especializada.....	8
1.3	Evaluación de la coordinación clínica según la especialidad médica	9
1.4	Evaluación de la coordinación clínica según la especialidad médica en Cataluña	11
1.5	Justificación.....	12
1.6	Referencias.....	13
2.	Hipótesis.....	20
3.	Objetivos	21
3.1	Objetivo general	21
3.2.	Objetivos específicos.....	21
4.	Artículo	22
4.1	Abstract	23
4.2.	Introducción	26
4.3.	Métodos.....	29
4.4.	Resultados	31
4.5.	Discusión.....	34
4.5.	Declaraciones	40
4.6.	Referencias	41
4.7.	Tablas	47
4.8.	Material suplementario	51
5.	Tareas realizadas por la estudiante.....	52
6.	Anexos.....	53
6.1.	Anexo 1. Resultados descriptivos de la experiencia de coordinación entre niveles, percepción, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y factores relacionados ...	53
6.2.	Anexo 2. Análisis por tipos de especialidad en los grupos de especialidades descentralizadas y predominantemente hospitalarias.....	63
6.3.	Anexo 3. Análisis de los missings de las variables incluidas en el estudio.....	74
6.4.	Anexo 4. Metodología para la construcción de los modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para el cálculo de razones de prevalencia	84
6.5.	Anexo 5. Analisis de sensibilidad	86
6.6.	Anexo 6. Cuestionario COORDENA-CAT	91
7.	Lista STROBE	102

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la especialización de los servicios médicos, la aparición de nuevas tecnologías en salud y la tendencia a la sustitución de atención hospitalaria por ambulatoria, conlleva que los usuarios de los servicios de salud sean frecuentemente atendidos por diversos profesionales y servicios (1,2). Situaciones como el aumento de la prevalencia de pacientes con condiciones crónicas y múltiples comorbilidades, y el envejecimiento de la población, hace que lograr un alto grado de coordinación entre los niveles de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) sea un objetivo prioritario de los sistemas de salud (2,3) .

En lugares que cuentan con un Sistema Nacional de Salud (SNS) basado en AP, como por ejemplo, la región de Cataluña, en España, la AP funciona como la puerta de entrada al sistema y como la principal coordinadora de la atención a lo largo del continuo asistencial (3,4). Por lo tanto, una buena coordinación clínica entre niveles ayudará a mejorar la calidad y eficiencia de la atención, evitando, entre otras, la duplicación de pruebas diagnósticas, la polifarmacia, las interconsultas innecesarias, la utilización inadecuada de servicios de urgencias y los planes de tratamiento discordantes entre especialistas (5,6).

Algunos estudios han identificado que la comunicación y el trabajo en equipo entre médicos de AE y médicos de AP es de vital importancia para evitar desenlaces indeseados y aumentar la supervivencia y calidad de vida de pacientes con condiciones crónicas (7–9). Asimismo, el uso de mecanismos de coordinación por parte de los médicos, como guías de práctica clínica, es esencial para garantizar el adecuado manejo de estas condiciones (10,11).

Conocer las diferencias en coordinación clínica desde el punto de vista de las diferentes especialidades es importante, ya que al existir un gran número de patologías, con diferentes grados de complejidad y necesidad de atención en múltiples niveles asistenciales, se debe garantizar una atención de alta calidad y asegurar el proceso de coordinación a lo largo del continuo asistencial por parte de los especialistas, con el fin de mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios (12).

En la literatura, se ha logrado identificar que existen diferencias entre las experiencias y percepciones, conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación y factores relacionados con la coordinación clínica entre los médicos de AE (13,14). No obstante, la mayoría no diferencian la especialidad médica (15,16).

Por tanto, el presente estudio, que se enmarca dentro de del proyecto COORDENA-CAT, cuyo objetivo es analizar la coordinación entre niveles de atención en diferentes entornos sanitarios del sistema público de salud catalán y su relación con la calidad asistencial (17), busca analizar las diferencias en coordinación clínica, existentes entre las diferentes especialidades médicas de la AE, dentro del contexto del sistema sanitario catalán.

1.1 Marco conceptual

1.1.1 Definición de coordinación clínica

La coordinación clínica se define como “*la concertación armoniosa de todos los servicios relacionados con la atención en salud de los pacientes, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos*” (18). La coordinación clínica requiere de varios elementos como facilidad de acceso a una amplia variedad de servicios y proveedores, con una adecuada comunicación entre dichos proveedores y un objetivo común con enfoque en las necesidades del paciente y la armonización entre las partes, para que la atención se preste en el momento y lugar adecuados (6).

1.1.2 Tipos y dimensiones de la coordinación clínica

Existen dos tipos principales de coordinación clínica:

- La *coordinación de la información*, que se refiere a la transferencia y uso de la información clínica de los pacientes, necesaria para una actividad coordinada entre proveedores de servicios, como por ejemplo, información de otras visitas médicas, resultados de pruebas de laboratorio, recomendaciones o información de cuidado informal (19). Consiste en dos dimensiones:
 - *La transferencia de la información clínica*, que hace referencia al intercambio de información de los pacientes entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención (19,20).
 - *El uso de la información clínica*, que hace referencia al uso de la información previa de atención del paciente, para orientar las decisiones clínicas sobre la atención que se recibe en otro nivel asistencial (19,20).
- La *coordinación de la gestión clínica*, que hace referencia a la provisión de servicios en una forma secuencial y complementaria, de acuerdo con el plan de manejo establecido, de manera que los servicios no sean omitidos, duplicados o demorados (19). Consiste en tres dimensiones:
 - *Consistencia de la atención*, que se refiere a la existencia de planes de manejo explícitos, compartidos y similares entre los profesionales, a través de los distintos niveles de atención (21).
 - *Seguimiento de la atención*, que hace referencia a un acompañamiento adecuado del paciente cuando es transferido de un nivel a otro (21).
 - *Accesibilidad entre niveles*, que hace referencia a la facilidad de acceso a los diferentes niveles de atención (21).

1.1.3 Mecanismos de coordinación clínica

De acuerdo con el marco establecido por Terraza et al.(6), y que está basado en el marco teórico de Mintzberg (22) y Gallbraith (23), existen dos mecanismos principales para alcanzar una adecuada coordinación entre niveles asistenciales:

- Los *mecanismos de programación*, que se basan en estandarizar el trabajo, estableciendo de antemano las actividades, habilidades y responsabilidades necesarias para llevar a cabo la actividad. Este tipo de mecanismos son útiles para actividades que son compartidas, poseen un bajo grado de incertidumbre y necesidad limitada de procesar la información, e incluyen (6):
 - *Normalización de procesos de trabajo*, que es el mecanismo usado para realizar tareas independientes, en situaciones constantes y repetitivas (ej. guías de práctica clínica, protocolos, planes de acción conjunta) (6,20).
 - *Normalización de las habilidades del trabajador*, que son actividades que contribuyen a incrementar los conocimientos y habilidades de los médicos (ej. educación médica continuada, formación de grupos de especialistas) (6,20).
 - *Normalización de resultados del trabajo*, donde las tareas se coordinan a partir de la definición de lo que se espera lograr por dicha actividad (ej. sistemas de monitorización de actividad, mapas de cuidados de la salud) (6,20).
- Los *mecanismos de retroalimentación*, basados en el intercambio de la información entre las unidades y profesionales implicados. Son útiles para actividades que son secuenciales o recíprocas, con alta incertidumbre, gran volumen de información que debe ser procesada y alto grado de diferenciación por la especialización de las actividades e incluyen (6):
 - *Adaptación mutua*, que son mecanismos que logran coordinar el trabajo mediante la comunicación informal entre los profesionales, y son útiles tanto para procesos sencillos como situaciones complejas (ej. comunicación informal con correos electrónicos y teléfono, puestos de enlace, comités permanentes, informes de referencia y contrarreferencia, sistemas de información vertical) (6,20).
 - *Supervisión directa*, que responsabiliza a una persona del trabajo de los demás en cuanto al proceso de coordinación se refiere. Su uso es limitado cuando aumenta la incertidumbre y la cantidad de información a procesar es grande (ej. gestores/as de casos o enfermeros/as de enlace) (6,20).

1.1.4 Factores relacionados con la coordinación clínica

La evidencia científica sobre los factores que influyen en la coordinación clínica es limitada (5). La mayoría de la literatura que ha intentado explorarlos, se ha centrado en los factores a nivel individual (24,25), evaluando aspectos muy concretos, como el trabajo en equipo entre especialistas (24,26), el uso de mecanismos concretos, como guías de práctica clínica (27) o la transferencia de la información clínica de manera ineficiente entre niveles (28). Los factores contextuales han sido explorados en menor medida en la literatura (29).

Algunos de los factores asociados con la coordinación clínica incluyen:

- *Factores organizativos:* como el tiempo insuficiente para hacer uso de los diversos mecanismos de coordinación (15,30), la incompatibilidad de horarios entre profesionales (31), los recursos disponibles para la coordinación (30,32,33), la implementación de mecanismos de coordinación (34), un diseño inadecuado de los mecanismos de coordinación (35) y la estabilidad de los equipos de trabajo (24,25).
- *Factores de interacción entre los profesionales:* incluyen actitudes e intereses de los profesionales en colaborar con otros médicos (36); creencias y expectativas de los profesionales (37); tipo de formación de los profesionales (38), el conocimiento mutuo y comunicación entre profesionales (24) y, la confianza y cohesión entre profesionales (24,39).

De acuerdo con el marco de análisis desarrollado por Vázquez et al.(40), también existen factores contextuales y factores internos que pueden influir sobre la coordinación clínica. Dentro de los factores internos, se encuentran varios elementos organizativos, como la visión compartida de objetivos y estrategias en las organizaciones, estructuras orgánicas con mecanismos que faciliten la comunicación entre profesionales de la salud involucrados en el proceso de cuidado del paciente, cultura y liderazgo basado en la colaboración y asignación interna de recursos que se ajuste a los objetivos globales de la organización y el rol adjudicado a cada nivel de atención (40).

Dentro de los factores contextuales, se incluyen elementos del macro nivel como políticas sobre equidad, eficiencia y continuidad; estrategias políticas y gestión de los servicios sanitarios, y características del sistema de financiamiento. Factores meso nivel, que incluyen planes estratégicos de las organizaciones sanitarias, y mecanismos para la coordinación de las funciones y dirección de las organizaciones; y los factores micro nivel, que incluyen la oferta de servicios en el área y las características de la población (36,40).

1.2 Sistema sanitario catalán y el reordenamiento de la atención especializada

El sistema sanitario catalán, que forma parte del SNS de España, se encuentra financiado por impuestos y es de carácter universal, está caracterizado por una división de las funciones de financiación y provisión (41). Se ordena en siete regiones sanitarias que, a su vez, se subdividen en 29 sectores sanitarios, que agrupan un conjunto de áreas básicas de salud (ABS), definidas como: unidad territorial elemental donde se presta la atención primaria de salud, de acceso directo a la población, que integra, asimismo, las especialidades médicas de apoyo y referencia de éstas, que cuenta con una estructura de dirección, gestión y administración dependiente del área de gestión correspondiente (41).

El *Departament de Salut* es la autoridad sanitaria y de este depende el *Servei Català de Salut* (CatSalut), que se encarga de la compra de servicios a los proveedores (30,42). La provisión de los servicios, organizada de forma territorial, corresponde a un conjunto de entidades hospitalarias, sociosanitarias, de atención primaria y atención en salud mental que forman el Sistema Sanitario Integral de utilización pública (SISCAT). Estas entidades pueden ser de carácter público, como el *Institut Català de la Salut* (ICS), consorcios y en menor medida, de carácter privado sin ánimo de lucro (30,42).

La organización de la atención en el SNS se configura a través de dos niveles asistenciales: La atención primaria, que funciona como la puerta de entrada al sistema y es la responsable de coordinar la atención del paciente a través del continuo asistencial; y la atención especializada, que ofrece servicios de mayor complejidad y actúa como consultor de la AP, responsabilizándose de la atención compleja hospitalaria de agudos, sociosanitaria, de drogodependencias y salud mental (41).

La primera iniciativa para potenciar la coordinación entre niveles asistenciales en Cataluña se concibe con el denominado plan de Reordenamiento de la Atención Especializada (RAE), gestionado en el año 1990 (43). Este decreto se centraba en la integración de médicos especialistas a la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP), con el objetivo de mejorar la accesibilidad de la población a un nivel especializado resolutorio; potenciar el papel de filtro de la AP, mejorar la integración y cooperación de los profesionales de la AP y AE, establecer un nivel apropiado de comunicación que asegure la continuidad asistencial y favorecer la organización asistencial hacia un modelo de atención compartida y mejorar la eficacia de la prestación de apoyo especializado (44,45).

A partir del año 2005, se empezó a elaborar el Plan Estratégico de Ordenamiento de la Atención Especializada Ambulatoria en Cataluña, que entraría en vigencia a partir del año 2010 (43). Este plan busca integrar las especialidades médicas a la atención ambulatoria, de acuerdo con las necesidades de cada región sanitaria (43).

En este plan estratégico, se identificaron dos grupos de especialidades médicas [Anexo 1]. Un primer grupo, incluye las especialidades susceptibles de ser *descentralizadas* de su atención hospitalaria, a los centros de atención ambulatoria, teniendo en cuenta dos criterios: que estuviesen relacionadas con problemas de salud de alta prevalencia, y que no requirieran tecnología sofisticada para la resolución de los problemas (43).

Este grupo, que incluye doce especialidades médicas [Suplemento 1], tiene como objetivo servir de enlace asistencial, realizando visitas conjuntas con médicos de AP, consultoría, tutoría o formación y serían adoptadas según las características de cada territorio de Cataluña, teniendo en cuenta la densidad de población y la disponibilidad de especialistas (43).

Un segundo grupo, son las especialidades con visitas *predominantemente en el entorno hospitalario* [Suplemento1], que incluye las especialidades cuyas visitas se realizan preferentemente en la consulta externa de los hospitales (43). Dentro de éstas, geriatría y medicina interna se consideran especialidades con mayor necesidad de coordinación clínica, dada la tendencia al aumento de la prevalencia de pacientes con condiciones crónicas y múltiples comorbilidades, y el envejecimiento de la población (2,3).

Finalmente, existe un grupo de especialidades que no se incluyen en ninguna de estas clasificaciones anteriores, como obstetricia y ginecología, o pediatría y sus subespecialidades, que poseen su propio plan estratégico de ordenamiento (*Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària y el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció maternoinfantil als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya*) (43).

1.3 Evaluación de la coordinación clínica según la especialidad médica

Existe poca evidencia en la literatura respecto a las diferencias entre las experiencias, percepción, uso y conocimientos de mecanismos de coordinación clínica y factores relacionados con la coordinación, analizadas desde la perspectiva de los/as médicos/as de atención especializada; la mayoría no diferencian por el tipo de especialidad médica a la cual pertenecen y han sido realizados en contextos donde no se cuenta con un SNS (15,16).

En general, los estudios, la mayoría de carácter cuantitativo y basados en encuestas a los médicos/as, han identificado una peor experiencia y percepción en la coordinación clínica por parte de los médicos de AE, respecto a sus pares de AP (15,46,47).

En cuanto a la experiencia de coordinación de la información, de manera cualitativa, se ha identificado que la transferencia de la información entre especialistas de AE, en especial de aquellas especialidades hospitalarias complejas, como psiquiatría o especialidades quirúrgicas y de soporte, presentan obstáculos, a causa de situaciones como diligenciamiento incompleto de historias clínicas, con falta de transferencia y retroalimentación de los resultados, tratamientos,

conductas y recomendaciones llevadas a cabo en las visitas médicas previas y solicitudes de interconsulta inadecuadas, que impide un adecuado abordaje, tratamiento y seguimiento del paciente (47,48).

Con respecto a la coordinación de la gestión clínica, algunos estudios cuantitativos identifican que, la accesibilidad a especialistas en rehabilitación, o salud de la mujer, es mayor, ya que este tipo de especialidades suelen estar articuladas dentro de la AP (49). Mientras que la accesibilidad a especialidades de AE hospitalarias, como cardiología, endocrinología, gastroenterología, neumología, reumatología o salud mental, para realizar procesos de referencia o interconsulta, es baja en general (46,47) y, la experiencia empeora con especialidades quirúrgicas como cirugía cardiovascular, ortopédica o pediátrica, que tienen un alto grado de especialización (49,50).

En cuanto a la consistencia en los planes de tratamiento a través de los diferentes niveles de atención y seguimiento de los pacientes, algunas encuestas a médicos/as hospitalarios de cardiología, endocrinología, gastroenterología, neumología, reumatología y oncología han reportado que estos identifican que sus recomendaciones y tratamientos no son seguidos de manera correcta por parte de los/as médicos/as de AP, y que existe un acompañamiento insuficiente de los pacientes una vez son transferidos de vuelta a sus médicos de cabecera, causando una fragmentación del proceso de referencia y contra referencia del paciente (46,51,52).

Respecto a los factores que influyen en la coordinación clínica, de manera cualitativa se han identificado que factores organizativos, como la existencia de mecanismos de coordinación en el centro asistencial que faciliten la transferencia de la información y una adecuada implementación de estos, y la formación de habilidades de los/as médicos/as, se relacionan con una percepción positiva de la coordinación clínica por parte de médicos hospitalarios de especialidades complejas como oncología, reumatología o salud mental (31,47,51).

Los estudios de carácter cuantitativo, que han encuestado a diversos especialistas hospitalarios de AE, incluyendo pediatras, identifican que para ellos/as, los factores organizativos de la coordinación, como la existencia de una visión organizativa de la institución en la cual trabajan, que los objetivos de la organización estén alineados con la provisión de atención coordinada, que haya disponibilidad de recursos para establecer mecanismos de coordinación y que se promuevan estrategias para mejorar las interacciones entre especialistas, son factores que influyen positivamente sobre la coordinación (15,34,53).

Por otro lado, algunos estudios con pediatras han identificado que factores organizativos percibidos como barreras para la coordinación, incluyen tiempo insuficiente para el uso de los mecanismos, poca disponibilidad de los mecanismos de coordinación, cambios constantes en la estructura organizacional y poca proximidad física al sitio de referencia de AE (53,54).

Estudios cualitativos con endocrinólogos, fisiatras, neumólogos y oncólogos, a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas han explorado los factores de interacción entre profesionales (55–58). Estos estudios destacan que la comunicación directa y sincronizada entre especialistas y la confianza en las habilidades clínicas de los pares, son factores que influyen positivamente sobre la coordinación. Por otro lado, la falta de conocimiento e interacción entre especialistas y la falta de esclarecimiento de los roles que se deben asumir en el cuidado del paciente son factores que influyen negativamente en la coordinación desde el punto de vista de los especialistas de AE (56,57,59).

En cuanto al conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación por parte de los especialistas de AE, se ha identificado mediante encuestas, que el conocimiento de mecanismos de coordinación es limitado, independientemente de si son mecanismos de programación o de retroalimentación, cuando se compara con el conocimiento y uso por parte de los/as médicos/as de AP (60).

No obstante, entre los mecanismos más usados por los especialistas de AE se destacan los de adaptación mutua, como reportes de alta, informes de referencia y contra referencia, interconsultas por teléfono o e-mail o historia clínica electrónica (60,61), y en menor medida, los de normalización de procesos, como guías de práctica clínica, planes de acción conjunta y protocolos (10,60,62,63). En general, los médicos de especialidades quirúrgicas, hacen menor uso de estos mecanismos, cuando se comparan con los médicos de especialidades clínicas (64).

En cuanto a la utilidad reportada de los profesionales respecto al uso de dichos mecanismos, los médicos de AE refieren que el uso de mecanismos de retroalimentación basados en adaptación mutua como las interconsultas telefónicas o historias clínicas (65), o mecanismos de programación que normalizan habilidades de los profesionales, como sesiones conjuntas y grupos de especialistas (66,67), son percibidos por los/as especialistas como mecanismos útiles para mejorar la coordinación clínica entre niveles. En general, las especialidades quirúrgicas tienen percepciones más negativas de la utilidad de estos mecanismos, cuando se comparan con las especialidades médicas (68).

1.4 Evaluación de la coordinación clínica según la especialidad médica en Cataluña

En el contexto catalán existen algunos estudios de carácter cualitativo que han evaluado las experiencias, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación, así como los factores que influyen en esta, desde la perspectiva tanto de los/as médicos de atención especializada como de los de AP (30,35,36). En general, los/as médicos de AE consideran que hay una adecuada coordinación clínica en términos de coordinación de la información, y coordinación de la gestión clínica entre niveles asistenciales (35).

En un estudio de carácter cualitativo con grupos focales a pediatras (69) y uno de carácter cuantitativo que encuestó a gastroenterólogos (70) del sistema sanitario catalán, concluyeron que la percepción del proceso de coordinación es deficiente entre niveles, y que la existencia de una relación personal con los/as médicos/as de AP mejora significativamente la percepción de la coordinación.

En cuanto al conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, mediante entrevistas semiestructuradas, se ha identificado que los mecanismos que más contribuyen a la coordinación clínica para los especialistas del sistema sanitario catalán, son los mecanismos de retroalimentación basados en adaptación mutua, como historia clínica electrónica, e interconsultas virtuales a través de la historia clínica, teléfono o el e-mail (30).

También se destaca la importancia del uso de mecanismos de programación como las sesiones clínicas conjuntas, mecanismos de consultoría y la educación continuada, que entre otras, promueven el conocimiento mutuo y la formación de habilidades de los/as médicos/as (30,69,71).

En un estudio de carácter cualitativo, realizado para implementar el Plan estratégico de Reordenamiento de la Atención Especializada en Cataluña (43), se preguntó a médicos de las especialidades descentralizadas acerca de su relación con la AP, encontrando diferencias entre estas respecto a los usos de mecanismos de coordinación, como la consultoría presencial, virtual, y las sesiones compartidas, siendo estos mecanismos más utilizados por las especialidades como aparato digestivo, cardiología, dermatología o endocrinología, y mucho menos por las especialidades de cirugía general, traumatología, otorrinolaringología y oftalmología (43).

Finalmente, estudios cualitativos, han encontrado que los/as médicos/as de AE de Cataluña, consideran que factores organizativos como la existencia de mecanismos de coordinación de la información, el tiempo disponible para usar estos mecanismos y la proximidad física al sitio de referencia de AE, son factores que influyen sobre la coordinación clínica; y factores relacionados con los profesionales, como las habilidades clínicas y las actitudes hacia la coordinación son factores que influyen positivamente sobre la coordinación clínica (35,36).

1.5 Justificación

Dado lo anterior, es claro que una buena coordinación clínica entre niveles de atención y entre los especialistas, es necesaria para mejorar la calidad, eficiencia de la atención y asegurar la continuidad asistencial. La literatura disponible permite sugerir que existen diferencias entre la experiencia, percepción, conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación clínica según las diferentes especialidades médicas, ya que cada especialidad, al tener niveles de complejidad y de descentralización tan distintos, es susceptible de alcanzar niveles de coordinación clínica diferentes.

Por otro lado, la mayoría de los estudios existentes han sido realizados en contextos que no tienen un SNS, mayoritariamente centrados en especialistas de AP, enfocados en una sola dimensión de la coordinación o, en un único mecanismo de coordinación clínica, sin explorar los factores relacionados con esta. Muy pocos evalúan el punto de vista de los médicos de AE, y si lo hacen, se suelen enfocar en una única especialidad, o incluso sin diferenciar por esto.

Es por esto, que el presente estudio analizó de manera cuantitativa, las diferencias percibidas en la experiencia y percepción de la coordinación, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación, y los factores relacionados con la coordinación, por parte de diferentes grupos de especialidades médicas hospitalarias de AE, en el contexto del sistema sanitario catalán, para así contribuir al conocimiento y mejora de la coordinación entre niveles asistenciales.

Este estudio, fue realizado bajo la beca concedida por el Consorci de Salut i Social de Catalunya y se enmarca en el proyecto COORDENA-CAT, iniciado en el año 2016, y financiado por los fondos de investigación del Instituto de Salud Carlos III, y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, cuyo objetivo es analizar la coordinación entre niveles de atención en diferentes entornos sanitarios del sistema público de salud catalán y su relación con la calidad asistencial (17).

1.6 Referencias

1. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Heal (United Kingdom)*. 2015;37(4):716–27.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Closing the Quality Gap : A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Vol. 7. 2007.
3. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores . Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:94–101.
4. Vázquez M, Vargas I, Romero A, et al. 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(4):491–735.
5. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Vol. 1. 2011.
6. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: Una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485–95.
7. Flieger SP, Thomas CP, Prottas J. Improving Interorganizational Coordination Between Primary Care and Oncology : Adapting a Chronic Care Management Model for Patients

- With Cancer. *Med Care Res Rev*. 2019;76(4):1–20.
8. Han PKJ, Rayson D. The Coordination of Primary and Oncology Specialty Care at the End of Life. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;40:31–7.
 9. Jonas C, Powe NR, Jaar BG, et al. Primary care-specialist collaboration in the care of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(2):334–43.
 10. Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010;135(SUPPL. 2):27–32. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70030-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70030-0)
 11. Tambo-lizalde E, Carrasco-Gimeno JM, Mayoral-Biasco S, et al. Percepciones de pacientes y profesionales sobre la calidad de la atención a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria*. 2015;1(182):1–10.
 12. McDonald KM, Schultz E, Albin L, et al. Care Coordination Atlas Version 3 [Internet]. 2010. Disponible en: www.ahrq.gov
 13. Cordasco KM, Katzburg JR, Katon JG, et al. Care coordination for pregnant veterans: VA's Maternity Care Coordinator Telephone Care Program. *Transl Behav Med*. 2018;8(3):419–428.
 14. Brown LW, Capers M, Cascino G, et al. The neurologist ' s role in supporting transition to adult health care A consensus statement. *Neurology*. 2016;87:835–40.
 15. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*. 2013;41(8):874–82.
 16. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, et al. A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:119–31.
 17. Consorci de salut i social de Catalunya. La coordinació entre nivells d'atenció i la seva relació amb la qualitat assistencial en diferents entorns sanitaris del sistema públic de salut. *Coordena-Cat (2016-2019) | Proyectos | Consorci de Salut i Social de Catalunya* [Internet]. Disponible en: http://www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/es_projectes/17/la-coordinacio-entre-nivells-datencio-i-la-seva-relacio-amb-la-qualitat-assistencial-en-diferents-entorns-sanitaris-del-sistema-public-de-salut-coordena-cat-2016-2019. Acceso [15 oct 2019].
 18. Longest B, Young G. Coordination and communication. 4a ed. Shortell S, Kaluzny A, editors. New York: Delmar: Health care management; 2000. 210–43 p.

19. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>
20. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):1–14.
21. Aller M, Vargas I, Coderch J, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:323–39.
22. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. 1a. ed. Barcelona: Ariel; 1989.
23. Galbraith JR. Designing complex organizations. [Internet]. Addison-Wesley Pub. Co;1973. Disponible en: https://openlibrary.org/books/OL5291657M/Designing_complex_organizations.
24. Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, et al. The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *J Adv Nurs.* 2014;70(4):791–9.
25. Graetz I, Reed M, Shortell SM, et al. The association between EHRs and care coordination varies by team cohesion. *BMC Health Serv Res.* 2014;49(1 part 2):438–52.
26. Van Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, et al. An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination. *Int J Integr Care* [Internet]. 2013;13(2). Disponible en: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1068/>
27. Lugtenberg M, Zegers-Van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci.* 2009;4(1):1–9.
28. Harris M, Ferreira A, Morães I, et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2–3):96–110.
29. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. 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(6):736–48.
30. Aller M, Vargas I, Coderch J, Vázquez M. 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 Serv Res.* 2017;17(842):1–11.
31. Andvig E, Syse J, Severinsson E. Interprofessional collaboration in the mental health services in norway. *Nurs Res Pract.* 2014 Mar 2;2014:849375.
 32. Friedman A, Howard J, Shaw EK, et al. Facilitators and barriers to care coordination in patient-centered medical homes (PCMHs) from coordinators' perspectives. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(1):90–101.
 33. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med.* 2012;9(2):77–90.
 34. McIntosh N, Meterko M, Burgess JF, et al. Organizational predictors of coordination in inpatient medicine. *Health Care Manage Rev.* 2014;39(4):279–92.
 35. Aller M, Vargas I, Coderch J, Cots F. Doctor's opinion on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan health care system. *Gac Sanit.* 2017;4–11.
 36. Henao Martínez 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.
 37. Gaboury I, Lapierre LM, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model. *J Interprof Care.* 2011;25(2):124–30.
 38. Hanafin S, Cowley S. Multidisciplinary communication in the Irish public health nursing service: a study. *Br J Community Nurs.* 2003;8(12):544–9.
 39. Graetz I, Reed M, Shortell SM, et al. The Next Step Towards Making Use Meaningful: Electronic Information Exchange and Care Coordination Across Clinicians. *Med Care.* 2014;52(12):1037–41.
 40. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Integrated health care networks in latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2009;26(4):360–7.
 41. Bernal-delgado E, García-armesto S, Peña-longobardo LM, et al. Spain: Health system review. *Heal Syst Transit.* 2018;20(2):1–209.
 42. Generalitat de Catalunya. El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y

orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud [Internet]. 2010. Disponible en: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/>

43. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Plans estratègics d'ordenació de serveis. Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. [Internet]. 2010. Disponible en: [salutweb.gencat.cat › .content › peaeadocnov2010](http://salutweb.gencat.cat/content/peaeadocnov2010). Acceso [20 oct 2019].
44. Consorci Sanitari de Barcelona. Resum de l'informe sobre la RAE a la regió sanitària Barcelona Ciutat [Internet]. 2003. Disponible en: [www.csbcn.org › area_prov › RAE_CSB_02](http://www.csbcn.org/area_prov/RAE_CSB_02). Acceso [20 oct 2019].
45. Generalitat de Catalunya. Decret 284/1990, de 21 de novembre, pel qual es dicten normes per a la reordenació de l'atenció de les especialitats mèdiques compreses en el segon grup d'especialitats a què es refereix l'article 1.2.b) del Decret 84/1985, de 21 de març. 1374 Spain; p. 5451–2.
46. Ackerman SL, Gleason N, Monacelli J, et al. When to repatriate? Clinicians' perspectives on the transfer of patient management from specialty to primary care. *J Gen Intern Med*. 2014;29(10):1355–61.
47. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. *Acta Clin Belg*. 2015;70(5):350–6.
48. Porras-javier L, Lopez M, Coker TR. Challenges to Effective Primary Care-Specialty Communication and Coordination in the Mental Health Referral and Care Process for Publicly Insured Children. *J Behav Health Serv Res*. 2018;45(4):668–77.
49. Zuchowski JL, Rose DE, Hamilton AB, et al. Challenges in Referral Communication Between VHA Primary Care and Specialty Care. *J Gen Intern Med*. 2014;30(3):305–11.
50. Rosenberg RE, Abzug JM, Rappaport DI, et al. Collaborations with Pediatric Hospitalists: National Surveys of Pediatric Surgeons and Orthopedic Surgeons. *J Hosp Med*. 2018;13(8):566–9.
51. Dulko D, Pace CM, Dittus KL, et al. Barriers and facilitators to implementing cancer survivorship care plans. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(6):575–80.
52. Numico G, Pinto C, Gori S, et al. Clinical and organizational issues in the management of surviving breast and colorectal cancer patients: Attitudes and feelings of medical oncologists. *PLoS One*. 2014;9(7):1–8.
53. Stille CJ, McLaughlin TJ, Primack WA, Mazor KM. Determinants and Impact of

- Generalist – Specialist Communication About Pediatric Outpatient Referrals. *Pediatrics*. 2015;118(4):1341–9.
54. Correll CK, Spector LG, Zhang L, et al. Barriers and alternatives to pediatric rheumatology referrals: survey of general pediatricians in the United States. *Pediatr Rheumatol* [Internet]. 2015;1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-015-0028-6>
 55. Vimalananda V, Dvorin K, Fincke G, et al. Patient, PCP, and specialist perspectives on specialty care coordination in an integrated health care system. *J Ambul Care Manage*. 2018;41(1):15–24.
 56. Easley J, Miedema B, Carroll J, et al. Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists: Importance of communication. *Can Fam Physician*. 2016;62:608–15.
 57. Stratil JM, Rieger MA, Voelter-mahlknecht S. Image and perception of physicians as barriers to inter-disciplinary cooperation? – the example of German occupational health physicians in the rehabilitation process: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(769):1–13.
 58. Escribano PM. Relaciones de la neumología con la medicina de atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2001;37(8):295–7.
 59. Zuchowski JL, Chrystal JG, Hamilton AB. Coordinating Care Across Health Care Systems for Veterans With Gynecologic Malignancies A Qualitative Analysis. *Med Care*. 2017;55(7):53–60.
 60. Miranda A, Vargas I, Mogollón, A, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit*. 2018;1–10.
 61. Klabunde CN, Haggstrom D, Kahn KL, et al. Oncologists' Perspectives on Post-Cancer Treatment Communication and Care Coordination with Primary Care Physicians. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;26(4):1–18.
 62. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, et al. Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2014;65(1):67–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.06.031>
 63. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, et al. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* [Internet]. 2002;325(7360):370–1.

Disponibile:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC117891>

64. Hsiao C-J, King J, Hing E, Simon A. The role of HIT in care coordination in the United States. *Med Care*. 2015;53(6):184–90.
65. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, et al. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:1–9.
66. Kim B, Lucatorto MA, Hawthorne K, et al. Care coordination between specialty care and primary care : a focus group study of provider perspectives on strong practices and improvement opportunities. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:47–58.
67. Altalib HH, Fenton BT, Cheung K, et al. Care coordination in epilepsy : Measuring neurologists ’ connectivity using social network analysis. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2017;73:31–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.05.026>
68. Minamizono S, Hasegawa H, Hasunuma N, et al. Physician’s Perceptions of Interprofessional Collaboration in Clinical Training Hospitals in Northeastern Japan. *J Clin Med Res*. 2013;5(5):350–5.
69. Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, et al. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An pediatría*. 2011;75(4):247–52.
70. Gene E, Azagra R. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33(8):555–62.
71. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, et al. Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015;30(4):175–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.002>

2. HIPÓTESIS

- I. Existe una mejor experiencia de coordinación de la información y de gestión clínica entre especialidades médicas potencialmente descentralizadas, comparadas con las predominantemente hospitalarias, medicina interna/geriatría, obstetricia/ginecología y pediatría/subespecialidades.
- II. Existe un mayor conocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre los/as médicos/as hospitalarios/as de las especialidades médicas potencialmente descentralizadas, comparadas con las predominantemente hospitalarias, medicina interna/geriatría, obstetricia/ginecología y pediatría/subespecialidades.
- III. Existen diferencias en los factores organizativos y de interacción de los profesionales de la coordinación clínica que identifican los/as médicos/as hospitalarios/as de especialidades médicas potencialmente descentralizadas, comparadas con las predominantemente hospitalarias, medicina interna/geriatría, obstetricia/ginecología y pediatría/subespecialidades.
- IV. Existen diferencias en la experiencia de la coordinación, percepción general, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y factores relacionados con la coordinación, entre las especialidades médicas clínicas comparadas con las quirúrgicas/médico-quirúrgicas, pertenecientes a los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias.

Esta hipótesis no se aborda en el artículo, dado que no es el enfoque principal del estudio. No obstante, los hallazgos que dan respuesta a este apartado se resumen en el anexo 2 del presente documento.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las diferencias en la experiencia de coordinación clínica entre niveles , el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación y los factores relacionados con la coordinación, según el grupo de especialidad de las/los médicos/as de atención especializada hospitalaria del sistema sanitario público de Cataluña en el año 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Analizar las diferencias en la experiencia de coordinación de la información y de la gestión clínica experimentado por las/los médicos/as hospitalarios de atención especializada, según el grupo de especialidad médica.
- II. Analizar las diferencias en conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica experimentado por las/los médicos/as hospitalarios de atención especializada según el grupo de especialidad médica.
- III. Analizar las diferencias entre los factores relacionados con la coordinación clínica identificados por las/los médicos/as hospitalarios de atención especializada según el grupo de especialidad médica.

4. ARTÍCULO

Título: La coordinación clínica entre niveles asistenciales según los especialistas hospitalarios del sistema sanitario catalán

Autores: Daniela Campaz-Landazábal^{1,2}; Laura Esteve-Matalí¹; Ingrid Vargas¹; Eric Sitjas³; Pere Plaja⁴; Elvira Sánchez⁵; Isabel Ramon⁶; Elena Medarde⁷; María Luisa Vázquez¹

¹Consorti de Salut i Social de Catalunya; ²Universidad Pompeu Fabra; ³Parc de Salut Mar; ⁴Fundació Salut Empordà ; ⁵ Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE); ⁶Consorti Hospitalari de Vic; ⁷Consorti Sanitari de Terrassa.

Correspondencia: Daniela Campaz Landazábal

yessicadaniela.campaz01@estudiant.upf.edu

Av. Tibidabo, 21. 08022. Barcelona. España

Revista: European Journal of Public Health

Encabezado: Coordinación clínica según especialidades hospitalarias

Conteo palabras abstract:250

Conteo palabras manuscrito: 3494

ABSTRACT

Antecedentes: En un sistema nacional de salud basado en atención primaria, una adecuada coordinación clínica entre niveles asistenciales mejora la calidad y eficiencia de la atención. Algunos estudios señalan que la coordinación clínica varía según la especialidad médica. El objetivo fue determinar las diferencias en la experiencia de coordinación clínica entre niveles, percepción y factores relacionados, según la especialidad médica hospitalaria en el sistema sanitario catalán.

Métodos: Estudio transversal, basado en encuesta online mediante autoadministración del cuestionario COORDENA-CAT a 1666 médicos hospitalarios. Se realizaron análisis descriptivos y multivariados comparando especialidades descentralizadas, hospitalarias, medicina-interna/geriatría, gineco-obstetricia y pediatría/subespecialidades, sobre experiencia de coordinación, percepción, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y factores relacionados.

Resultados: Comparadas con las especialidades descentralizadas, las hospitalarias y medicina-interna/geriatría refirieron baja consistencia clínica y seguimiento de la atención entre niveles; mientras que, gineco-obstetricia y pediatría/subespecialidades mejor accesibilidad entre niveles. La percepción general de coordinación fue peor en las hospitalarias (RP:0.80, IC95%0.65-0.98) y mejor en gineco-obstetricia (RP:1.36, IC95%1.06-1.73). Las hospitalarias refirieron un menor uso de mecanismos de coordinación y menor interacción con médicos del otro nivel (RP:0.42, IC95%0.32-0.54), que gineco-obstetricia (RP:2.04; IC95%1,60-2,60).

Conclusiones: Hubo diferencias en la experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles, siendo peor en especialidades hospitalarias y medicina-interna/geriatría y mejor en gineco-obstetricia. Esto podría relacionarse con diferencias en la complejidad, necesidad de coordinación y nivel de descentralización, así como en factores relacionados

con la coordinación. Es necesario profundizar en las diferencias y necesidades propias de cada especialidad, para mejorar la coordinación clínica entre niveles asistenciales.

Palabras clave: Coordinación clínica; Especialidades médicas; Atención especializada

Background: In national health systems based on primary care, cross-level clinical coordination is a priority, as it may improve quality of care and efficiency. Studies show that clinical coordination may vary depending on doctor's speciality. The aim was to determine the differences in experience, perception of clinical coordination and related factors according to the doctor's specialty in the Catalan health system.

Methods: Cross-sectional study, applying the COORDENA-CAT questionnaire to 1666 secondary care doctors. Descriptive and multivariate analysis were used to compare specialities, classified as: decentralized, hospital-based; internal-medicine/geriatrics, gynaecology/obstetrics and paediatrics/subspecialties, for experience, perception and factors related to clinical coordination.

Results: Clinical coordination experience was relatively high in all groups, with differences when comparing with decentralized specialities; hospital-based specialities and internal-medicine/geriatrics presented lower care consistency and follow up across-levels, while gynaecology/obstetrics and paediatrics/subspecialties showed higher accessibility. General perception of coordination was low, being worse in hospital-based specialities (PR:0.80,95%CI0.65-0.98) and better in gynaecology/obstetrics (PR:1.36,95%CI1.06-1.73). Moreover, hospital-based specialities reported lower use of coordination mechanisms and less interaction with doctors from the other level (PR:0.42,95%CI0.32-0.54), than gynaecology/obstetrics (PR:2.04, 95%CI1.60-2.60).

Conclusions: Differences were found in doctors experience and perception of clinical coordination; being lower among hospital-based specialities and internal-

medicine/geriatrics and higher in gynaecology/obstetrics. These might be explained by differences in the complexity, coordination needs and level of decentralization of the specialities, as well as factors related to clinical coordination. Further research is needed to understand such differences and to consider the coordination needs of each speciality, to improve clinical coordination across levels of care.

Key Words: Clinical coordination; Medical Specialties; Secondary Care

INTRODUCCIÓN

En un sistema nacional de salud (SNS) basado en atención primaria, como el español, lograr un alto grado de coordinación clínica entre niveles asistenciales es una prioridad[1], ya que permite mejorar la calidad y eficiencia de la atención[2]. La coordinación clínica se define como “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud del paciente, independientemente del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”[3]. Se clasifica en dos tipos: la *coordinación de la información*, que se refiere a la adecuada transferencia y uso de la información clínica del paciente; y la *coordinación de la gestión clínica*, o provisión de servicios de forma secuencial y complementaria, que comprende tres dimensiones: consistencia de la atención, seguimiento adecuado y accesibilidad entre niveles[4]. La coordinación clínica está influenciada por factores organizativos como: los mecanismos de coordinación existentes o el tiempo disponible para dedicar a la coordinación[5]; factores interaccionales como: el conocimiento entre médicos y la confianza en las habilidades clínicas del otro nivel[5] y factores contextuales como las políticas existentes en los servicios sanitarios[6].

Algunos informes sugieren que diferencias en el grado de descentralización y necesidades de coordinación de las especialidades médicas hospitalarias de la atención especializada (AE), podrían influir en la coordinación clínica entre niveles[7]. Algunos estudios basados en encuestas mostraron una peor experiencia y percepción de coordinación en los especialistas hospitalarios respecto a los de atención primaria (AP)[8,9,10], aunque la mayoría no se realizaron en un SNS y no diferenciaron según la especialidad médica[8,10,11,12].

En cuanto a la experiencia de coordinación, encuestas realizadas a oncólogos identificaron una baja consistencia de la atención, pues refieren que sus recomendaciones

y tratamientos no son seguidos adecuadamente por los médicos de AP[13,14]. Asimismo, una encuesta a médicos de AP y hospitalarios identificó mayor accesibilidad a especialidades en rehabilitación y salud de la mujer, que suelen estar descentralizadas en la AP[10], y peor a especialidades como oncología o cirugía pediátrica, que son predominantemente hospitalarias[10,15].

Con respecto a los factores relacionados, encuestas a médicos hospitalarios identificaron que la existencia de objetivos afines a la coordinación clínica dentro de la organización, y disponer de recursos y tiempo para establecer y usar mecanismos de coordinación son factores organizativos que influyen positivamente sobre la coordinación[12,16]. Asimismo, estudios cualitativos con psiquiatras[9], rehabilitadores[17] y endocrinólogos[18], identificaron que, fomentar el conocimiento entre especialistas y esclarecer los roles asumidos en el cuidado del paciente, son factores de interacción importantes para lograr una buena coordinación clínica entre niveles.

Por otro lado, estudios basados en encuestas a especialistas de AP y hospitalarios[19,20,21] identificaron un bajo conocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre médicos hospitalarios y es peor en las especialidades quirúrgicas respecto a las clínicas[22]. No obstante, los médicos hospitalarios utilizaban diversos mecanismos, principalmente: la historia clínica electrónica y las interconsultas por teléfono o e-mail[19], y en menor medida, guías y protocolos de práctica compartidas y sesiones clínicas conjuntas[20,21].

El SNS catalán se organiza en dos niveles asistenciales, la AP, que actúa como puerta de entrada y coordina la atención del paciente a través del continuo asistencial, y la AE, que ofrece servicios de mayor complejidad y actúa como consultora de la AP[23]. En 2010, tras evaluar las necesidades de atención sanitaria del territorio catalán, se implementó el plan de reordenamiento de la AE ambulatoria, para mejorar la accesibilidad a la AE,

potenciar el papel de filtro de la AP y asegurar la continuidad asistencial mediante una mejor coordinación entre niveles[24]. Este plan clasificaba las especialidades de AE según la susceptibilidad de descentralizar la atención en: especialidades con consultas *potencialmente descentralizadas* a los centros de atención primaria (CAP), y especialidades con consultas *predominantemente hospitalarias*[24]. Entre éstas últimas, se considera que *geriatría y medicina-interna* necesitan mayor coordinación clínica, porque atienden pacientes pluripatológicos, con condiciones crónicas complejas[1,2]. Finalmente, dos grupos de especialidades, gineco-obstetricia[25], y pediatría/subespecialidades[26] que poseen su propio plan de ordenamiento[Suplemento1].

En el contexto catalán, los estudios muestran resultados inconsistentes respecto a la experiencia y percepción de coordinación clínica. Mientras que algunos estudios cualitativos[27,28] con cardiólogos, dermatólogos, endocrinólogos, internistas, nefrólogos, rehabilitadores, neumólogos y urgenciólogos identificaron una adecuada experiencia de coordinación clínica entre niveles; otros con pediatras[29] y una encuesta a gastroenterólogos[30], concluyeron que la coordinación entre niveles es deficiente. Los estudios cualitativos[27,28,29] también identificaron que, factores organizativos como la proximidad física al centro de referencia o los cambios organizacionales, y factores interaccionales como falta de entrenamiento y habilidades clínicas de los médicos de AP, son factores que influyen sobre la coordinación clínica. Finalmente, algunos estudios cualitativos[27,28] encontraron que algunos mecanismos de coordinación como la historia clínica electrónica compartida, interconsultas virtuales o por e-mail y sesiones clínicas conjuntas facilitan el intercambio de información, la consistencia, el seguimiento en la atención y la accesibilidad entre niveles y estas últimas eran mejor percibidas por especialidades hospitalarias clínicas que quirúrgicas[24]. El objetivo del presente estudio,

enmarcado en el proyecto COORDENA-CAT[31], es determinar las diferencias en la experiencia de coordinación clínica entre niveles, percepción, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y factores relacionados, según la especialidad médica de los médicos hospitalarios del sistema sanitario catalán.

MÉTODOS

Diseño, áreas de estudio

Estudio transversal, basado en encuesta, mediante autoadministración online del cuestionario COORDENA-CAT[31], a médicos de AP y AE del SNS catalán. Las áreas de estudio estaban constituidas por áreas básicas de salud, sus hospitales y centros sociosanitarios de referencia.

Población de estudio, muestra

La población de estudio eran médicos de AP y AE que hubiesen trabajado al menos un año en la organización, con atención directa a pacientes y contacto en su práctica diaria con médicos de otros niveles. Participaron 3308 médicos de 32 áreas (21% de participación)[31]. Para este estudio se analizó una submuestra de 1666 especialistas hospitalarios, agrupados según los planes de reordenamiento de la AE de Cataluña en: especialidades potencialmente descentralizadas (descentralizadas) (n=765), especialidades predominantemente hospitalarias (hospitalarias) (n=391), medicina-interna/geriatría (n=257), obstetricia/ginecología (gineco-obstetricia) (n=135) y pediatría/subespecialidades (pediatría) (n=118).

Instrumento, recogida de datos

Los datos se recogieron durante los meses de octubre a diciembre de 2017, mediante el cuestionario online COORDENA-CAT, que analiza la experiencia de la coordinación

entre niveles asistenciales, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre niveles y factores asociados a la coordinación[31]. Los médicos participaron de manera anónima, previo diligenciamiento del consentimiento informado y podían retirarse en cualquier momento.

Variables

Las variables de resultado incluyeron: a) experiencia de coordinación de la información (transferencia y uso) y de la gestión clínica entre niveles (consistencia, seguimiento y accesibilidad), b) percepción general de coordinación entre niveles, c) disponibilidad y uso de los mecanismos de coordinación, d) factores relacionados con la coordinación.

La variable explicativa principal era el grupo de especialidad médica. Las variables explicativas de ajuste incluyeron: sociodemográficas (sexo, tipo de especialidad), laborales (años de experiencia como médico, pasar consulta en el CAP) y del entorno sanitario (tipo de hospital).

Análisis

Se realizaron análisis descriptivos de las variables resultado y explicativas, estratificando por grupos de especialidad. Se realizó una prueba chi-cuadrado para identificar diferencias entre grupos, considerando estadísticamente significativo p-valor <0.05. Para determinar la relación entre el grupo de especialidad y las variables resultado, se estimaron modelos de regresión de Poisson robusta para el cálculo de razón de prevalencias (RP), con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los criterios de información bayesiano (BIC) y de Akaike (AIC) fueron usados para evaluar el ajuste de los modelos. El porcentaje de pérdidas fue bajo en todas las variables (0%-4.6%), asumiendo que fueron al azar. El análisis se realizó con el paquete estadístico Stata15.0.

RESULTADOS

Características de la muestra

El 51.4% de la muestra eran mujeres, siendo mayor esta proporción en gineco-obstetricia (70.9%) y menor en especialidades hospitalarias (42.5%). Mientras que, en las especialidades descentralizadas era similar la proporción de médicos con especialidades clínicas y quirúrgicas/médico-quirúrgicas; en las hospitalarias, el 82.6% pertenecían a especialidades clínicas[Suplemento1]. En todos los grupos hubo una mayor proporción de médicos con 11 a 20 años de experiencia como médico (32.4%). Hubo diferencias entre grupos en la realización de consultas en el CAP, siendo más frecuente en gineco-obstetricia (34.1%) y menos en hospitalarias (6.6%). Finalmente, la mayor proporción de médicos en todos los grupos trabajaban en un hospital comarcal/referencia (47.3%-62.3%)[Tabla1].

Diferencias en la experiencia y percepción general de coordinación clínica entre niveles

Los médicos de todos los grupos refirieron, en general, una elevada experiencia de coordinación entre niveles y una baja percepción general de coordinación, pero con algunas diferencias entre grupos al compararse con las especialidades descentralizadas[Tabla2].

Con respecto a la coordinación de la información, las especialidades hospitalarias refirieron compartir menos la información de los pacientes en común (RP:0.86, IC95%0.77-0.97) y entre los que la compartían gineco-obstetricia la más (RP:1.12, IC95%1.12-1.22)[Tabla2].

En cuanto a la coordinación de la gestión clínica, en la consistencia de la atención, una mayor proporción en gineco-obstetricia refirió estar de acuerdo con los tratamientos prescritos por los médicos del otro nivel (RP:1.23, IC95%1.12-1.34) y que no existían

contraindicaciones y/o duplicaciones en los tratamientos (RP:1.13, IC95%1.02-1.25); mientras que esta proporción fue menor en las hospitalarias (RP:0.90, IC95%0.83-0.98) y medicina-interna/geriatría (RP:0.89, IC95%0.80-0.98). En el seguimiento adecuado entre niveles, aunque el porcentaje fue bajo en todos los grupos, una menor proporción en hospitalarias (RP:0.68, IC95%0.55-0.84) y en medicina-interna/geriatría (RP:0.65, IC95%0.50-0.83) consideró que los médicos de AP les consultan dudas sobre el seguimiento de los pacientes. Con respecto a la accesibilidad entre niveles, una mayor proporción en gineco-obstetricia (RP:1.30, IC95%1.01-1.66) y pediatría (RP:1.39, IC95%1.09-1.79) refirió que los pacientes no esperan mucho tiempo al ser derivados de forma ordinaria a AE[Tabla2].

Finalmente, en todos los grupos una baja proporción consideraba que la atención del paciente estaba coordinada entre niveles asistenciales en el área. Sin embargo, esta percepción fue peor en las hospitalarias (RP:0.80, IC95%0.65-0.98) y mejor en gineco-obstetricia (RP:1.36, IC95%1.06-1.73)[Tabla2].

Diferencias en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación

A excepción de la historia clínica compartida de Cataluña (HC3) y la historia clínica compartida del centro, con acceso del 99% y 85.8% de los médicos respectivamente, el conocimiento y uso de los otros mecanismos de coordinación fue relativamente bajo, con algunas diferencias entre grupos al compararse con las especialidades descentralizadas[Tabla3]. Aunque la mayoría de los médicos refirió tener acceso a la HC3, su uso en general fue limitado (57,9%) sin diferencias entre grupos. En cambio, una gran proporción refirió el uso frecuente de la historia clínica del centro (72,6%), pero menor en las hospitalarias (RP:0.90, IC95%0.82-0.98) y pediatría (RP:0.83, IC95%0.71-0.97)[Tabla3]

En relación con los distintos tipos de interconsultas, el acceso y uso referido es menor, con algunas diferencias entre grupos al compararse con las especialidades descentralizadas. Aproximadamente la mitad refirió tener acceso a las interconsultas virtuales a través de la HC, siendo peor el acceso (RP:0.52, IC95%0.37-0.72) y uso (RP:0.52, IC95% 0.27-0.98) en gineco-obstetricia. Entre los médicos que refirieron tener acceso a las interconsultas por correo (55,2%), su uso fue menor en las hospitalarias (RP:0.51, IC95%0.36-0.73) y medicina-interna/geriatria (RP:0.74, IC95%0.55-0.98). Finalmente, aunque una mayor proporción de médicos (69.8%) refirió tener acceso a interconsultas por teléfono, fue el mecanismo menos usado (24.7%), pero a diferencia de las anteriores, medicina-interna/geriatria (RP:1.45, IC95%1.08-1.94) y pediatria (RP:1.84, IC95%1.35-2.52) lo usaban de manera más frecuente[Tabla3].

Las sesiones clínicas conjuntas entre niveles fue el mecanismo con menor acceso (26,9%) y comparadas con las descentralizadas, el acceso fue menor en hospitalarias (RP:0.44, IC95%0.33-0.58) y mayor en gineco-obstetricia, tanto en acceso (RP:1.63, IC95%1.16-2.29), como en uso (RP:1.77, IC95%1.28-2.47)[Tabla3].

Menos de la mitad (45,2%) refirió tener acceso a protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas entre niveles y comparadas con las descentralizadas, fue menor en las hospitalarias (RP:0.79, IC95%0.69-0.91) y medicina-interna/geriatria (RP:0.83, IC95%0.73-0.94). El uso fue menos frecuente en las hospitalarias (RP:0.69, IC95%0.51-0.92), y mayor en gineco-obstetricia (RP:1.73, IC95%1.28-2.32)[Tabla3].

Finalmente, el 58,4% de los médicos refirió tener acceso a gestores de caso y enfermeros/as de enlace y esta proporción fue mayor en medicina-interna/geriatria (RP:1.09, IC95%1.01-1.17) y su uso también (RP:1.39, IC95%1.18-1.63)[Tabla3].

Diferencias en los factores relacionados con la coordinación clínica

Con respecto a los factores organizativos, menos del 20% de los médicos consideró que disponía del tiempo suficiente para dedicar a la coordinación, aunque, comparadas con las descentralizadas, fue mayor en pediatría (RP:2.00, IC 95%1.21-3.29)[Tabla4]. En cuanto a los factores de interacción, un tercio de los médicos (34.6%) refirió conocer personalmente a los médicos del otro nivel, y comparadas con las descentralizadas, la proporción fue mayor en gineco-obstetricia (RP:2.06, IC95%1.61-2.63) y pediatría (RP:1.43, IC95%1.20-1.70) y menor en hospitalarias (RP:0.42, IC95%0.32-0.54) y medicina-interna/geriatria (RP:0.80, IC95%0.66-0.97). Una gran proporción (70%) refirió confiar en las habilidades clínicas de sus pares de AP, aunque comparadas con las descentralizadas, esta proporción fue mayor en gineco-obstetricia (RP:1.19, IC95%1.09-1.29)[Tabla4].

DISCUSIÓN

Una adecuada coordinación clínica entre niveles asistenciales mejora la calidad y eficiencia de la atención, por tanto, analizar las diferencias de coordinación clínica entre niveles según las especialidades médicas es importante, ya que permite explorar los problemas en coordinación, teniendo en cuenta las necesidades propias de cada especialidad. Este estudio es el primero que analiza estas diferencias en médicos hospitalarios según su especialidad, en un SNS. Los resultados muestran diferencias entre grupos en la experiencia de coordinación clínica: comparadas con las especialidades descentralizadas, las hospitalarias y medicina-interna/geriatria refirieron una menor transferencia de la información, consistencia de la atención y seguimiento entre niveles, mientras que gineco-obstetricia y pediatría refirieron mayor consistencia de la atención y accesibilidad entre niveles. Asimismo, se identificaron diferencias en la percepción general de coordinación clínica y en el conocimiento y uso de los mecanismos de

coordinación clínica, aunque bajo en todos los grupos, especialmente en las especialidades hospitalarias. Finalmente, las principales diferencias en los factores se referían a factores de interacción como el conocimiento y confianza en los médicos de AP, que fueron mayores en gineco-obstetricia.

Peor coordinación clínica en las especialidades hospitalarias, incluyendo medicina-interna/geriatría

Destaca que, la experiencia de coordinación fue peor en las hospitalarias y medicina-interna/geriatría, concretamente en cuanto a transferencia de la información, consistencia de la atención entre niveles (contraindicaciones en tratamientos y repetición de pruebas), seguimiento de la atención (escasa consulta de dudas en el seguimiento por parte de los médicos de AP) y percepción general de coordinación. Estos resultados son consistentes con otros estudios cuantitativos, que identificaron una peor transferencia de la información, y percepción de la coordinación clínica entre niveles en especialidades hospitalarias[8,9,10].

Estos hallazgos podrían relacionarse con el alto grado de complejidad característico de estas especialidades[7], que impide su descentralización (reflejado en el bajo porcentaje de visitas que realizan en el CAP), que junto, al limitado uso de algunos mecanismos de coordinación, como las sesiones clínicas conjuntas, que permiten la retroalimentación directa entre médicos[10,19,27], genera escaso conocimiento e interacción con los médicos de AP. Esto puede influir en la transferencia de la información del paciente[9,10], contribuir a la sensación de que los tratamientos y recomendaciones no son seguidos adecuadamente, y limitar la confianza en las habilidades clínicas de los médicos de AP[5,13,14].

A pesar de que se considera que medicina-interna/geriátrica tienen mayor necesidad de coordinación, por atender a pacientes mayores, pluripatológicos que suelen requerir atención en diferentes niveles a lo largo del tiempo[1,2], presentaron resultados similares a las especialidades hospitalarias, posiblemente porque pertenecen a este grupo[7], y comparten características como la dificultad de descentralización o el escaso uso de algunos mecanismos de coordinación (exceptuando interconsultas por teléfono y gestores de caso y enfermeros/as de enlace), factores que limitan la interacción con los médicos de AP[10,19]. El mayor uso de interconsultas por teléfono y de gestores de caso y enfermeros/as de enlace en estas especialidades, puede relacionarse con que sus pacientes usualmente requieren manejos multidisciplinarios, que necesitan de una figura que guíe efectivamente al paciente a través del continuo asistencial[32]. Por tanto, fomentar factores como el uso de mecanismos de coordinación (sesiones clínicas conjuntas, protocolos y guías de manejo conjuntas) que promuevan la comunicación, clarifiquen los roles y estandaricen los manejos entre niveles, podría ser fundamental para lograr una atención coordinada en estas especialidades[33].

Finalmente, cabe resaltar que las especialidades hospitalarias son muy heterogéneas[Suplemento1], y sería necesario indagar las particularidades de cada una, ya que la necesidad de coordinación puede diferir y la evidencia sugiere que algunos problemas podrían afectar en mayor proporción a algunas de ellas, como la falta de mecanismos y tiempo disponibles para la coordinación en algunas especialidades quirúrgicas[10,15]. Rescatar estas particularidades podría contribuir a desarrollar estrategias y planes de acción específicos para mejorar la coordinación clínica de los especialistas hospitalarios con la AP y de esta manera contribuir a la mejora de la calidad en la atención.

Mejor coordinación clínica en gineco-obstetricia que en pediatría

Gineco-obstetricia y pediatría/subespecialidades se analizaron separadamente por contar con su propio plan de reordenamiento de la atención[25,26]. Los resultados muestran que mientras que los especialistas de gineco-obstetricia refieren una mejor experiencia y percepción general de coordinación clínica, con un mayor uso de la información, consistencia de la atención y accesibilidad entre niveles; pediatría solo refirió mejor accesibilidad entre niveles. Estos hallazgos pueden deberse a diferencias en los contenidos e implementación de sus planes. Por un lado, el plan de gineco-obstetricia[25] vincula la mayoría de los procesos gineco-obstétricos a los equipos de AP, facilitando la descentralización, lo cual explica el alto porcentaje de especialistas de este grupo que pasaban consulta en CAP y el mayor conocimiento y confianza en los médicos de AP, fundamentales para mejorar la coordinación entre niveles[5,8,10,17,18]. Mientras que, el plan de pediatría[26] integra a los especialistas en el territorio en menor proporción y únicamente como un soporte para la AP en casos de gran complejidad[26], con una interacción y comunicación más limitada con la AP[29], esto podría explicar que, aunque también refirieran un mayor conocimiento de sus pares, no presentaran una mejor percepción general de la coordinación.

Además, ambos planes priorizan el desarrollo de actividades conjuntas con la AP y la implementación de protocolos asistenciales compartidos, lo que podría explicar que estas especialidades conocieran y usaran en mayor proporción mecanismos de coordinación tales como las interconsultas telefónicas y sesiones clínicas conjuntas, que estimulan la interacción entre niveles[5,15,19,29,34], y protocolos, rutas asistenciales y guías de práctica clínica compartidas, que estandarizan procesos, mejorando la consistencia de la atención e incrementando la confianza en las habilidades clínicas de los médicos de AP[19,35]. Estos resultados son consistentes con otros estudios que han demostrado que

tanto para los pediatras[15,29], como para los gineco-obstetras[10,25] fomentar el conocimiento y la confianza en los médicos de AP, facilitan una buena coordinación entre niveles.

Finalmente, cabe destacar que, a diferencia de los planes de gineco-obstetricia y pediatría, implementados de manera relativamente uniforme en el territorio, el plan de ordenamiento de la AE ambulatoria de Cataluña[24], se implementó en función de la densidad poblacional, la prevalencia de ciertas condiciones médicas y la disponibilidad de especialistas en cada territorio, lo que también podría explicar algunas diferencias encontradas con las especialidades descentralizadas.

Limitaciones

Pudo haber un sesgo de selección debido a la naturaleza autoadministrada del cuestionario, ya que quienes decidieron participar pudieron diferir en sus características de aquellos que no participaron. No obstante, las comparaciones mostraron que las características de la muestra eran semejantes al universo de médicos del sistema sanitario catalán. Por otra parte, los gineco-obstetras y pediatras podrían haber respondido el cuestionario pensando en la coordinación con los médicos de su misma especialidad que trabajan en AP, y no en todos los médicos de AP, sesgando su respuesta en favor de una mejor experiencia y percepción de la coordinación. Sin embargo, el cuestionario fue piloteado en múltiples ocasiones para garantizar la claridad de las preguntas[31]. Finalmente, la validez externa del estudio podría estar limitada dado que Cataluña presenta particularidades en cuanto a la organización del sistema sanitario[23,24], pero comparte características con otras comunidades autónomas y SNS de otros países, y es de los primeros estudios que exploran la coordinación clínica cuantitativamente, diferenciando por especialidades, permitiendo generar nuevas hipótesis y detectar mejoras en el campo.

Conclusiones

Este estudio concluye que existen diferencias en la coordinación clínica según el grupo de especialidad de los médicos hospitalarios, siendo peor la experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles en especialidades hospitalarias y mejor en gineco-obstetricia, comparadas con las descentralizadas. Estos resultados podrían deberse a las diferencias en la complejidad y nivel de descentralización de las especialidades, y a factores organizativos como el acceso y uso de algunos mecanismos de coordinación que, como sesiones clínicas conjuntas, en general, fue bajo en todos los grupos y que a su vez influye en factores de interacción como el conocimiento y confianza mutuos. Las diferencias en estos factores pudieron estar determinadas por el grado de implementación de los planes de ordenamiento de la atención, así como el énfasis en la descentralización e implementación de mecanismos de coordinación.

Finalmente, es necesario explorar a fondo las diferencias propias de cada especialidad, ya que de esta forma se podrán identificar las diferentes necesidades de coordinación y adaptar planes estratégicos que promuevan el uso de mecanismos de coordinación más adecuados y vinculen los procesos hospitalarios a los equipos de AP cuando sea posible, mejorando así la articulación y apoyo especializado a la AP, para garantizar una atención en salud coordinada, de calidad y eficiente.

PUNTOS CLAVE

- Los resultados de este estudio revelan que existen diferencias en la coordinación clínica entre especialidades hospitalarias y que la experiencia y percepción es peor en las especialidades hospitalarias no descentralizadas incluyendo medicina- interna/geriatría

- Estas diferencias podrían deberse a diferencias en el grado de complejidad y descentralización de las especialidades, en el uso de algunos mecanismos de coordinación y en la interacción entre médicos y que podría estar determinado, entre otros, por la presencia de planes de reordenamiento que los fomentan.
- Se debería promover la implementación de mecanismos de coordinación como sesiones clínicas conjuntas, que estimulen el conocimiento y comunicación entre los médicos de AP y AE.
- Existe la necesidad de indagar a fondo las necesidades particulares de cada especialidad, con el fin de mejorar la experiencia y percepción de la coordinación clínica.

DECLARACIONES

Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto COORDENA-CAT, que ha sido financiado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo para el Desarrollo Regional [PI15/00021]. La primera autora ha sido beneficiaria de la beca CSC-UPF para la realización de su Máster en Salud Pública

Agradecimientos

A los/las médicos/as e instituciones que participaron en el estudio, que generosamente compartieron su tiempo y opiniones con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la atención, y a las contribuciones de los profesionales que, junto con los autores del artículo, forman parte del Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA): Lluís Colomé (Grup SAGESSA), Francesc Cots (Parc de Salut Mar), Mercè Abizanda (Parc Sanitari Pere Virgili), Jordi Coderch (Serveis Salut Integrats Baix Empordà), Àngels

Avecilla (Badalona Serveis Assistencials), Marta Banqué (Consorti Sanitari de l'Anoia), Rami Qanneta (Gestió i Prestació de Serveis de Salut), Yolanda Lejardi (Institut Català de la Salut) y Andrea Miranda, Aida Oliver y Verónica Espinel (Consorti de Salut i Social de Catalunya).

Conflicto de interés

Los/as autores/as declaran no tener ningún conflicto de interés.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Parc de Salut Mar y el Hospital de Bellvitge. Todos los participantes del estudio leyeron y dieron su autorización mediante el consentimiento informado, previamente al diligenciamiento de la encuesta, y podían retirarse del estudio en cualquier momento. Los investigadores no tuvieron acceso a ninguno de los datos personales de los participantes y el anonimato se garantizó asignando un código aleatorio a cada participante[31].

Disponibilidad de datos

Las bases de datos utilizadas en este artículo no se pueden compartir públicamente debido a que pertenecen a un proyecto mayor[31], del cual aún, se están desarrollando nuevos análisis. Las bases serán puestas a disposición del público una vez terminen de ser analizadas en su totalidad.

REFERENCIAS

1. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores . Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:94–101.
2. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Vol. 1.

2011.

3. Longest B, Young G. Coordination and communication. 4a ed. Shortell S, Kaluzny A, editors. New York: Delmar: Health care management; 2000. 210–43 p.
4. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.asp>. Acceso [14 nov 2019].
5. Henao Martínez 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.
6. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. 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(6):736–48.
7. McDonald KM, Schultz E, Albin L, et al. Care Coordination Atlas Version 3 [Internet]. 2010. Disponible en: www.ahrq.gov. Acceso [10 nov 2019].
8. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. *Acta Clin Belg*. 2015;70(5):350–6.
9. Porras-javier L, Lopez M, Coker TR. Challenges to Effective Primary Care-Specialty Communication and Coordination in the Mental Health Referral and Care Process for Publicly Insured Children. *J Behav Health Serv Res*.

2018;45(4):668–77.17.

10. Zuchowski JL, Rose DE, Hamilton AB, et al. Challenges in Referral Communication Between VHA Primary Care and Specialty Care. *J Gen Intern Med.* 2014;30(3):305–11.
11. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, et al. A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:119–31.
12. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health.* 2013;41(8):874–82.
13. Dulko D, Pace CM, Dittus KL, et al. Barriers and facilitators to implementing cancer survivorship care plans. *Oncol Nurs Forum.* 2013;40(6):575–80.
14. Numico G, Pinto C, Gori S, et al. Clinical and organizational issues in the management of surviving breast and colorectal cancer patients: Attitudes and feelings of medical oncologists. *PLoS One.* 2014;9(7):1–8.
15. Rosenberg RE, Abzug JM, Rappaport DI, et al. Collaborations with Pediatric Hospitalists: National Surveys of Pediatric Surgeons and Orthopedic Surgeons. *J Hosp Med.* 2018;13(8):566–9.
16. McIntosh N, Meterko M, Burgess JF, et al. Organizational predictors of coordination in inpatient medicine. *Health Care Manage Rev.* 2014;39(4):279–92.
17. Stratil JM, Rieger MA, Voelter-mahlknecht S. Image and perception of physicians as barriers to inter-disciplinary cooperation ? – the example of German occupational health physicians in the rehabilitation process : a

- qualitative study. BMC Health Serv Res. 2018;18(769):1–13.
18. Vimalananda V, Dvorin K, Fincke G, et al. Patient, PCP, and specialist perspectives on specialty care coordination in an integrated health care system. J Ambul Care Manage. 2018;41(1):15–24.
 19. Miranda A, Vargas I, Mogollón, A, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. Gac Sanit. 2018;1–10.
 20. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, et al. Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit. Am J Kidney Dis. 2014;65(1):67–79.
 21. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, et al. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States : retrospective cohort analysis. BMJ. 2002;325(7360):370–1.
 22. Hsiao C-J, King J, Hing E, Simon A. The role of HIT in care coordination in the United States. Med Care. 2015;53(6):184–90.
 23. Bernal-delgado E, García-armesto S, Peña-longobardo LM, et al. Spain: Health system review. Heal Syst Transit. 2018;20(2):1–209.
 24. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Plans estratègics d'ordenació de serveis. Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. [Internet]. 2010. Disponible en: salutweb.gencat.cat › .content › peaeadocnov2010. Acceso [20 nov 2019].
 25. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als

- Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. [Internet]. 2008. Available from: salutweb.gencat.cat › Salut-sexual-reproductiva › Que_es › plamatinf. Acceso [15 mar 2020].
26. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària. [Internet]. 2007. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/serveis_sanitaris/altres_models_atencio_sanitaria/pla_estrategic_dordenacio_de_latencio_de_pediatria_a_latencio_primaria/. Acceso [15 mar 2020].
 27. Aller M, Vargas I, Coderch J, et al. 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 Serv Res*. 2017;17(842):1–11
 28. Aller M, Vargas I, Coderch J, et al. Doctor's opinion on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan health care system. *Gac Sanit*. 2017;4–11.
 29. Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, et al. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An pediatría*. 2011;75(4):247–52.
 30. Gene E, Azagra R. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33(8):555–62.
 31. Vázquez M, Vargas I, Romero A, et al. 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(4):491–735.

32. Ellsworth JL. Case managers: a key to reducing readmissions. *Prof Case Manag.* 2015;20(3):147–149.
33. Dudley N, Ritchie CS, Rehm RS, et al. Facilitators and Barriers to Interdisciplinary Communication between Providers in Primary Care and Palliative Care. *J Palliat Med.* 2019;22(3):243–249.
34. Grant S, Motala A, Chrystal J, et al. Describing care coordination of gynecologic oncology in western healthcare settings: a rapid review. *TBM* 2018;8:409–418.
35. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: Una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20(6):485–95.

TABLAS

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas	Especialidades predominantemente hospitalarias	Medicina Interna y geriatría	Obstetricia y ginecología	Pediatría y subespecialidades	<i>p-valor</i> ¹
	N=1666 N (%)	N= 765 N (%)	N= 391 N (%)	N= 257 N (%)	N= 135 N (%)	N= 118 N (%)	
Características sociodemográficas							
Sexo							<0.001
Hombre	804 (48.6)	436 (57.5)	167 (42.8)	116 (45.5)	39 (29.1)	46 (39.0)	
Mujer	851 (51.4)	322 (42.5)	223 (57.2)	139 (54.5)	95 (70.9)	72 (61.0)	
Edad							0.15
25-40 años	461 (28.8)	218 (29.8)	117 (30.6)	53 (21.3)	38 (29.9)	35 (30.7)	
41-55 años	688 (42.9)	316 (43.2)	155 (40.6)	113 (45.4)	60 (47.2)	44 (38.6)	
56-70 años	454 (28.3)	197 (27.0)	110 (28.8)	83 (33.3)	29 (22.8)	35 (30.7)	
Especialidad médica*							<0.001
Clínicas	1096 (65.9)	392 (51.3)	322 (82.6)	257 (100)	0	118 (100)	
Quirúrgica/ Médico- quirúrgica	568 (34.1)	372 (48.7)	68 (17.4)	0	135 (100)	0	
Características laborales							
Años de experiencia como médico/a							0.23
0-10 años	260 (16.0)	124 (16.7)	71 (18.6)	26 (10.2)	23 (17.3)	16 (13.7)	
11-20 años	528 (32.4)	235 (31.7)	120 (31.4)	87 (34.2)	47 (35.3)	39 (33.3)	
21-30 años	418 (25.7)	200 (26.9)	90 (23.6)	61 (24.1)	34 (25.6)	33 (28.2)	
31-45 años	422 (25.9)	183 (24.7)	101 (26.4)	80 (31.5)	29 (21.8)	29 (24.8)	
Como médico de AE, pasa consulta en algún centro de AP (CAP) ²							<0.001
Si ³	350 (21.6)	229 (30.8)	25 (6.6)	24 (9.5)	46 (34.1)	26 (22.8)	
No ⁴	1249 (76.9)	501 (67.4)	350 (92.3)	227 (89.7)	88 (65.2)	83 (72.8)	
Entorno Sanitario							
Tipo de hospital							<0.001
Hospital comarcal o de referencia	822 (49.3)	362 (47.3)	165 (42.2)	160 (62.3)	75 (55.5)	60 (50.9)	
Hospital de alta resolución	460 (27.6)	228 (29.8)	114 (29.2)	55 (21.4)	39 (28.8)	24 (20.3)	
Hospital de alta tecnología	384 (23.1)	175 (22.9)	112 (28.6)	42 (16.3)	21 (15.7)	34 (28.8)	

¹p- valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; significativo si < 0.05

²CAP: Centro de atención primaria

³Si: categorías Siempre/Muchas veces; ⁴No: categorías Pocas veces/Nunca; *Ver suplemento1 para información más detallada

Tabla 2. Diferencias en la experiencia y percepción general de coordinación clínica según grupos de especialidades.

	Total N=1666 N (%) ¹	Especialidades potencialmente descentralizadas N=765 N (%) ¹ RP Aj ² (IC 95%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N=391 N (%) ¹ RP Aj ² (IC 95%)	Medicina Interna y geriatria N=257 N (%) ¹ RP Aj ² (IC 95%)	Obstetricia y ginecología N=139 N (%) ¹ RP Aj ² (IC 95%)	Pediatría y subespecialidades N=118 N (%) ¹ RP Aj ² (IC 95%)
Coordinación de la información entre niveles de atención						
Los médicos de AP y AE compartimos la información de los pacientes que atendemos en común.	972 (59.0)	457 (60.3) 1.00	207 (54.3) 0.86 (0.77-0.97)*	145 (56.6) 0.87 (0.76-1.00)	87 (64.9) 1.16 (0.99-1.36)	76 (64.4) 0.96 (0.82-1.12)
La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes	1118 (67.7)	515 (67.8) 1.00	248 (64.6) 0.98 (0.89-1.07)	177 (68.9) 1.00 (0.90-1.12)	99 (74.4) 1.12 (0.99-1.27)	79 (67.5) 0.95 (0.82-1.09)
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos	1278 (77.5)	585 (77.1) 1.00	286 (74.9) 0.99 (0.92-1.06)	201 (78.2) 0.99 (0.92-1.08)	114 (85.7) 1.12 (1.02-1.22)*	92 (78.6) 0.99 (0.90-1.10)
Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención entre niveles						
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes	1276 (77.3)	566 (74.5) 1.00	294 (76.6) 1.02 (0.96-1.10)	207 (80.9) 1.03 (0.95-1.11)	110 (82.7) 1.23 (1.12-1.34)*	99 (83.9) 1.07 (0.98-1.17)
No existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AE prescribimos	1181 (71.3)	556 (73.0) 1.00	251 (64.9) 0.90 (0.83-0.98)*	174 (68.0) 0.89 (0.80-0.98)*	106 (79.1) 1.13 (1.02-1.25)*	94 (79.7) 1.10 (1.00-1.20)
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren	229 (13.8)	108 (14.2) 1.00	42 (10.9) 0.72 (0.50-1.05)	31 (12.2) 0.76 (0.49-1.15)	25 (18.7) 1.48 (0.94-2.34)	23 (19.5) 1.29 (0.84-1.99)
No repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen)	1158 (69.8)	558 (73.1) 1.00	252 (65.1) 0.93 (0.85-1.01)	155 (60.5) 0.80 (0.72-0.91)*	98 (73.1) 0.99 (0.88-1.12)	95 (80.5) 1.05 (0.94-1.17)
Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento adecuado entre niveles						
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AE cuando es adecuado	1175 (70.9)	506 (66.2) 1.00	281 (72.6) 1.08 (1.00-1.17)	189 (74.1) 1.07 (0.97-1.16)	108 (80.6) 1.39 (1.25-1.56)*	91 (77.1) 1.08 (0.96-1.21)
Los médicos de AE retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado	1384 (83.7)	654 (85.8) 1.00	315 (81.6) 1.01 (0.96-1.07)	206 (80.8) 0.96 (0.90-1.03)	119 (89.5) 1.02 (0.96-1.09)	90 (76.3) 0.90 (0.81-1.00)
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)	1134 (68.5)	547 (71.6) 1.00	242 (62.5) 0.91 (0.84-1.00)	187 (73.9) 0.97 (0.88-1.07)	84 (62.7) 0.97 (0.84-1.13)	74 (63.3) 0.85 (0.73-0.99)*
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE	530 (32.0)	280 (36.6) 1.00	93 (24.1) 0.68 (0.55-0.84)*	63 (24.7) 0.65 (0.50-0.83)*	38 (28.6) 1.13 (0.82-1.54)	56 (47.5) 1.15 (0.92-1.45)
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	528 (31.94)	242 (31.7) 1.00	122 (31.7) 1.13 (0.94-1.37)	60 (23.62) 0.84 (0.65-1.08)	54 (40.6) 1.30 (1.01-1.66)*	50 (42.4) 1.39 (1.09-1.79)*
Al ser derivado de forma urgente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	1083 (65.6)	521 (68.4) 1.00	223 (58.1) 0.95 (0.86-1.04)	148 (58.5) 0.95 (0.84-1.06)	116 (86.6) 1.17 (1.08-1.28)*	75 (63.6) 0.99 (0.86-1.14)
Tras ser retornado a la AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	539 (32.7)	244 (32.1) 1.00	105 (27.3) 0.99 (0.87-1.13)	76 (30.0) 0.77 (0.64-0.91)*	44 (33.6) 1.19 (1.01-1.41)*	70 (59.3) 1.17 (1.04-1.31)*
Percepción general de coordinación entre niveles						
Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada	560 (33.7)	273 (35.7) 1.00	101 (26.0) 0.80 (0.65-0.98)*	77 (30.2) 0.86 (0.68-1.08)	60 (44.4) 1.36 (1.06-1.73)*	49 (41.5) 1.09 (0.84-1.41)

¹El valor corresponde a la categoría Si (siempre, muchas veces)

²Ajustado por sexo, años de experiencia como médico, tipo de especialidad, tipo de hospital, pasar consulta en CAP

* estadísticamente significativo

Tabla 3. Diferencias en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación según grupos de especialidades

	Total N=1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N=765 N (%)	RP Aj ¹ (IC 95%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N=391 N (%)	RP Aj ¹ (IC 95%)	Medicina Interna y geriatria N=257 N (%)	RP Aj ¹ (IC 95%)	Obstetricia y ginecología N=139 N (%)	RP Aj ¹ (IC 95%)	Pediatría y subespecialidades N=118 N (%)	RP Aj ¹ (IC 95%)
Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)											
Tiene acceso al mecanismo ²	1647 (99.0)	757 (98.9)	1.00	385 (99.0)	1.00 (0.99-1.01)	254 (99.2)	0.99 (0.99-1.01)	133 (98.5)	1.01 (0.99-1.02)	118 (100)	1.00 (0.99-1.00)
Uso frecuente ³	920 (57.9)	414 (56.5)	1.00	203 (54.3)	0.92 (0.81-1.04)	174 (71.9)	1.11 (0.99-1.24)	64 (51.2)	0.97 (0.79-1.19)	65 (56.5)	0.88 (0.73-1.05)
Historia clínica del centro											
Permite compartir información ³	1427 (85.8)	660 (86.5)	1.00	330 (84.4)	1.02 (0.98-1.06)	222 (86.4)	1.02 (0.97-1.07)	111 (82.2)	0.94 (0.86-1.01)	104 (88.1)	1.01 (0.94-1.07)
Uso frecuente ³	1009 (72.6)	469 (73.5)	1.00	224 (69.3)	0.90 (0.82-0.98)*	177 (81.2)	1.02 (0.93-1.11)	73 (67.0)	0.96 (0.82-1.11)	66 (65.3)	0.83 (0.71-0.97)*
Interconsultas virtuales a través de la historia clínica											
Tiene acceso al mecanismo ²	806 (48.4)	450 (58.8)	1.00	157 (40.3)	0.78 (0.69-0.87)*	121 (47.3)	0.73 (0.65-0.83)*	27 (20.0)	0.52 (0.37-0.72)*	51 (43.2)	0.66 (0.53-0.80)*
Uso frecuente ⁴	394 (48.9)	267 (59.6)	1.00	65 (42.5)	0.77 (0.63-0.94)*	37 (29.8)	0.52 (0.39-0.70)*	7 (25.0)	0.52 (0.27-0.98)*	18 (34.6)	0.54 (0.35-0.82)*
Interconsultas por correo electrónico											
Tiene acceso al mecanismo ²	917 (55.2)	423 (55.4)	1.00	187 (48.1)	0.99 (0.90-1.10)	164 (64.1)	1.07 (0.97-1.17)	56 (41.8)	0.98 (0.82-1.17)	87 (74.7)	1.20 (1.08-1.33)*
Uso frecuente ⁴	247 (27.5)	128 (30.8)	1.00	33 (18.1)	0.51 (0.36-0.73)*	50 (31.4)	0.74 (0.55-0.98)*	8 (14.3)	0.90 (0.44-1.83)	28 (32.6)	0.81 (0.57-1.15)
Interconsultas por teléfono											
Tiene acceso al mecanismo ²	1161 (69.8)	520 (68.1)	1.00	245 (62.7)	1.05 (0.98-1.12)	204 (79.4)	1.10 (1.03-1.18)*	94 (69.6)	1.11 (1.01-1.22)*	98 (83.8)	1.14 (1.06-1.23)*
Uso frecuente ⁴	283 (24.7)	109 (21.2)	1.00	45 (19.2)	0.85 (0.60-1.19)	72 (35.6)	1.40 (1.04-1.94)*	14 (14.6)	0.82 (0.46-1.46)	43 (44.3)	1.79 (1.30-2.46)*
Sesiones clínicas conjuntas											
Tiene acceso al mecanismo ²	447 (26.9)	237 (31.0)	1.00	49 (12.6)	0.44 (0.33-0.58)*	66 (25.6)	0.62 (0.49-0.79)*	42 (31.1)	1.63 (1.16-2.29)*	53 (44.9)	1.03 (0.82-1.31)
Uso frecuente ⁵	245 (55.6)	117 (49.8)	1.00	27 (60.0)	0.78 (0.51-1.18)	38 (59.4)	1.26 (0.97-1.64)	34 (79.1)	1.77 (1.28-2.47)*	38 (70.4)	1.39 (1.10-1.77)*
Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas											
Dispone del mecanismo ²	751 (45.2)	370 (48.4)	1.00	138 (35.4)	0.79 (0.69-0.91)*	127 (49.4)	0.83 (0.73-0.94)*	61 (45.5)	1.08 (0.88-1.33)	55 (46.6)	0.73 (0.60-0.89)*
Uso frecuente ⁴	326 (44.7)	161 (44.8)	1.00	42 (31.3)	0.69 (0.51-0.92)*	53 (43.8)	0.93 (0.73-1.19)	40 (65.6)	1.73 (1.28-2.32)*	30 (54.5)	1.11 (0.82-1.50)
Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace											
Dispone del mecanismo ²	970 (58.4)	444 (58.0)	1.00	212 (54.6)	0.94 (0.87-1.03)	207 (80.5)	1.09 (1.01-1.17)*	56 (41.8)	0.86 (0.71-1.03)	51 (44.0)	0.75 (0.62-0.91)*
Uso frecuente ⁴	478 (50.5)	218 (49.8)	1.00	85 (41.9)	0.87 (0.72-1.07)	131 (65.2)	1.39 (1.18-1.63)*	26 (48.1)	0.95 (0.69-1.30)	18 (35.3)	0.80 (0.54-1.18)
Los médicos de AP son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital ⁶	330 (20.0)	124 (16.3)	1.00	55 (14.3)	0.96 (0.71-1.30)	119 (46.7)	1.67 (1.32-2.10)*	15 (11.2)	0.92 (0.54-1.57)	17 (14.4)	0.54 (0.33-0.88)*

¹Ajustado por sexo, años de experiencia como médico, tipo de especialidad, tipo de hospital, pasar consulta en CAP

² El valor N (%) corresponde a la categoría Si

Valores corresponden a la categoría de Uso considerado frecuente: ³Diario, ⁴Diario o semanal y ⁵Diario, semanal o mensual entre quienes tuvieron acceso.

⁶ El valor corresponde a la categoría Si (siempre, muchas veces); *estadísticamente significativo

Tabla 4. Diferencias de los factores relacionados con la coordinación clínica según grupos de especialidades.

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas		Especialidades predominantemente hospitalarias		Medicina Interna y geriatría		Obstetricia y ginecología		Pediatria y subespecialidades	
	N=1666	N=765		N=391		N=257		N=139		N=118	
	N (%) ¹	N (%) ¹	RP Aj ² (IC 95%)	N (%) ¹	RP Aj ² (IC 95%)	N (%) ¹	RP Aj ² (IC 95%)	N (%) ¹	RP Aj ² (IC 95%)	N (%) ¹	RP Aj ² (IC 95%)
Factores organizativos											
Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE	730 (44.0)	330 (43.2)	1.00	155 (39.7)	1.05 (0.92-1.21)	116 (45.3)	0.99 (0.84-1.16)	71 (53.4)	1.17 (0.97-1.41)	58 (49.1)	0.93 (0.76-1.16)
Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales	722 (43.8)	324 (42.7)	1.00	162 (42.0)	0.94 (0.82-1.09)	138 (53.7)	1.03 (0.90-1.19)	50 (38.5)	0.98 (0.78-1.24)	48 (41.0)	0.80 (0.63-1.01)
El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente	218 (13.2)	95 (12.5)	1.00	45 (11.6)	1.18 (0.79-1.77)	36 (14.0)	1.51 (0.96-2.35)	22 (16.7)	1.07 (0.67-1.70)	20 (16.9)	2.00 (1.21-3.29)*
Factores de interacción entre médicos/as											
Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	571 (34.6)	269 (35.5)	1.00	60 (15.6)	0.42 (0.32-0.54)*	98 (38.1)	0.80 (0.66-0.97)*	66 (49.6)	2.06 (1.61-2.63)*	78 (66.1)	1.43 (1.20-1.70)*
Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	1262 (76.3)	558 (73.6)	1.00	286 (73.5)	1.01 (0.94-1.09)	201 (78.5)	1.02 (0.94-1.10)	113 (84.3)	1.19 (1.09-1.29)*	104 (88.9)	1.05 (0.96-1.14)
Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel	1113 (67.3)	521 (68.5)	1.00	235 (60.4)	0.93 (0.86-1.00)	174 (68.0)	0.99 (0.91-1.06)	90 (68.2)	0.98 (0.89-1.08)	93 (79.5)	1.05 (0.98-1.13)
En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales	1058 (64.2)	477 (62.8)	1.00	243 (62.8)	0.97 (0.88-1.07)	168 (66.1)	0.97 (0.87-1.07)	87 (66.4)	1.09 (0.95-1.24)	83 (71.5)	1.05 (0.93-1.19)

¹ El valor corresponde a la categoría Si (siempre, muchas veces)

² Ajustado por sexo, años de experiencia como médico, tipo de especialidad, tipo de hospital, pasar consulta en CAP

*estadísticamente significativo

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Suplemento 1. Grupos de especialidades médicas en base al plan de reordenamiento de la AE en Cataluña, incluidas y excluidas del estudio

ESPECIALIDADES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO												
	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS			ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS CON MAYOR NECESIDAD DE COORDINACIÓN			ESPECIALIDADES CON PLAN PROPIO DE REORDENAMIENTO		
	N=765			N=391			N=257			N=253		
	ESPECIALIDAD	N	%	ESPECIALIDAD	N	%	ESPECIALIDAD	N	%	ESPECIALIDAD	N	%
Clínicas	Aparato Digestivo	77	10.1	Alergología	10	2.5	Medicina Interna Geriatría	197 60	76.7 23.3	Pediatría y subespecialidades	118	46.6
	Cardiología	81	10.6	Hematología/Hemoterapia	24	6.1						
	Dermatología	35	4.6	Infectología	4	1.0						
	Endocrinología	50	6.5	Medicina Intensiva	5	1.3						
	Neurología	65	8.5	Medicina de rehabilitación	43	11.0						
	Neumología	71	9.3	Nefrología	55	14.1						
	Reumatología	37	4.8	Oncología médica	30	7.7						
				Radioterapia	9	2.3						
			Psiquiatría	25	6.4							
Quirúrgicas/ Médico-quirúrgicas	Cirugía general	112	14.7	Anestesiología	97	24.8				Obstetricia y ginecología	135	53.4
	Ortopedia y traumatología	114	14.9	Cirugía cardiovascular	39	10.0						
	Oftalmología	48	6.3	Cirugía oral y maxilofacial	5	1.3						
	Otorrinolaringología	33	4.3	Cirugía plastica/ reparadora	12	3.1						
	Urología	42	5.2	Cirugía torácica	5	1.3						
				Neurocirugía	12	3.1						
				Urgencias	16	4.1						
ESPECIALIDADES EXCLUIDAS DEL ESTUDIO												
ESPECIALIDADES CON POCO/NULO CONTACTO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES (N=18)						ESPECIALIDADES NO CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE REORDENAMIENTO DE LA AE DE CATALUÑA (N=18)						
ESPECIALIDAD			N	%		ESPECIALIDAD			N	%		
Anatomía patológica			1	5.5		Hidrología médica			1	5.5		
Inmunología			0	0		Medicina del deporte			2	11.1		
Neurofisiología			6	33.3		Medicina del trabajo			3	16.7		
Radiodiagnóstico			7	38.9		Odonto/estomatología			12	66.7		
Farmacia y análisis clínica			3	16.7								
Medicina preventiva y salud pública			1	5.5								

5. TAREAS REALIZADAS POR LA ESTUDIANTE

El trabajo de fin de máster se desarrolló durante los meses de octubre de 2019 a abril de 2020.

TAREAS PROPUESTAS EN EL PROTOCOLO	REALIZACIÓN
Búsqueda bibliográfica de estudios sobre diferencias en la coordinación asistencial entre especialidades médicas.	Si
Elaboración del protocolo de investigación.	Si
Preparación y análisis de la base de datos del cuestionario COORDENA-CAT.	Si
Análisis estadístico e interpretación de los datos obtenidos.	Si
Redacción del trabajo de fin de máster	Si

6. ANEXOS

Anexo 1. Resultados descriptivos de la experiencia en coordinación clínica, conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y factores relacionados con la coordinación según grupo de especialidad

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de las variables tanto de resultado como explicativas según grupo de especialidad analizadas en el estudio, incluyendo los valores obtenidos en las categorías *No* y *No sabe/No responde*, que no fueron incluidas en las tablas originales para el artículo.

Tabla 1. Descripción de la experiencia y percepción general de coordinación clínica según grupos de especialidades

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas	Especialidades predominantemente hospitalarias	Medicina interna y geriatría	Obstetricia y ginecología	Pediatría y subespecialidades	p-valor ¹
	N= 1666 N (%)	N= 765 N (%)	N= 391 N (%)	N= 257 N (%)	N= 135 N (%)	N= 118 N (%)	
Coordinación de la información entre niveles de atención							
Los médicos de AP y AE compartimos información de los pacientes que atendemos en común							0.38
Si ²	972 (59.0)	457 (60.3)	207 (54.3)	145 (56.6)	87 (64.9)	76 (64.4)	
No ³	651 (39.5)	292 (38.5)	167 (43.8)	107 (41.8)	45 (33.6)	40 (33.9)	
NS/NR ⁴	24 (1.5)	9 (1.2)	7 (1.8)	4 (1.6)	2 (1.7)	2 (1.7)	
La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes							0.07
Si ²	1118 (67.7)	515 (67.8)	248 (64.58)	177 (68.9)	99 (74.4)	79 (67.5)	
No ³	487 (29.5)	229 (30.1)	116 (30.21)	75 (29.1)	31 (23.3)	36 (30.8)	
NS/NR ⁴	46 (2.8)	16 (2.1)	20 (5.21)	5 (2.0)	3 (2.3)	2 (1.7)	
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos							0.13
Si ²	1278 (77.6)	585 (77.1)	286 (74.9)	201 (78.2)	114 (85.7)	92 (78.6)	
No ³	310 (18.8)	152 (20.0)	74 (19.4)	48 (18.7)	16 (12.0)	20 (17.1)	
NS/NR ⁴	60 (3.6)	22 (2.9)	22 (5.8)	8 (3.1)	3 (2.3)	5 (4.3)	
Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención entre niveles de atención							
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito							<0.001
Si ²	1276 (77.3)	566 (74.5)	294 (76.6)	207 (80.9)	110 (82.7)	99 (83.9)	
No ³	296 (17.9)	165 (21.7)	60 (15.6)	42 (16.4)	14 (10.5)	15 (12.7)	
NS/NR ⁴	79 (4.8)	29 (3.8)	30 (7.8)	7 (2.7)	9 (6.8)	4 (3.4)	
Existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AE prescribimos							<0.001
Si ²	1181 (71.3)	556 (73.0)	251 (64.9)	174 (68.0)	106 (79.1)	94 (79.7)	
No ³	393 (23.7)	174 (22.8)	107 (27.6)	77 (30.1)	20 (14.9)	15 (12.7)	
NS/NR ⁴	83 (5.0)	32 (4.2)	29 (7.5)	5 (1.9)	8 (6.0)	9 (7.6)	
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren							0.011
Si ²	229 (13.8)	108 (14.2)	42 (10.9)	31 (12.2)	25 (18.7)	23 (19.5)	
No ³	1365 (82.5)	631 (82.8)	319 (82.6)	218 (85.5)	105 (78.4)	92 (77.9)	
NS/NR ⁴	61 (3.7)	23 (3.0)	25 (6.5)	6 (2.3)	4 (2.9)	3 (2.6)	
Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel							<0.001
Si ²	1158 (69.8)	558 (73.1)	252 (65.1)	155 (60.5)	98 (73.1)	95 (80.5)	
No ³	445 (26.8)	181 (23.7)	114 (29.5)	96 (37.5)	33 (24.6)	21 (17.8)	
NS/NR ⁴	55 (3.4)	24 (3.2)	21 (5.4)	5 (2.0)	3 (2.2)	2 (1.7)	

¹ p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² Si: categorías Siempre/ Muchas veces; ³ No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴ NS /NR: categorías No sabe/No responde

	Total N= 1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N= 765 N (%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N= 391 N (%)	Medicina interna y geriatría N= 257 N (%)	Obstetricia y ginecología N= 135 N (%)	Pediatría y subespecialidades N= 118 N (%)	p-valor ¹
Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento adecuado entre niveles de atención							
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AE cuando es adecuado							<0.001
Si ²	1175 (70.9)	506 (66.2)	281 (72.6)	189 (74.1)	108 (80.6)	91 (77.2)	
No ³	417 (25.1)	241 (31.5)	78 (20.2)	53 (20.8)	23 (17.2)	22 (18.6)	
NS/NR ⁴	66 (4.0)	17 (2.3)	28 (7.2)	13 (5.1)	3 (2.2)	5 (4.2)	
Los médicos de AE retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado							<0.001
Si ²	1384 (83.7)	654 (85.8)	315 (81.6)	206 (80.8)	119 (89.5)	90 (76.3)	
No ³	204 (12.3)	91 (11.9)	40 (10.4)	39 (15.3)	11 (8.3)	23 (19.5)	
NS/NR ⁴	66 (4.0)	17 (2.3)	31 (8.0)	10 (3.9)	3 (2.3)	5 (4.2)	
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)							<0.001
Si ²	1134 (68.5)	547 (71.6)	242 (62.5)	187 (73.9)	84 (62.7)	74 (63.3)	
No ³	471 (28.5)	209 (27.3)	114 (29.5)	62 (24.5)	47 (35.1)	39 (33.3)	
NS/NR ⁴	50 (3.0)	8 (1.1)	31 (8.0)	4 (1.6)	3 (2.2)	4 (3.4)	
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE							<0.001
Si ²	530 (32.0)	280 (36.6)	93 (24.1)	63 (24.7)	38 (28.6)	56 (47.4)	
No ³	1013 (61.2)	453 (59.3)	241 (62.4)	172 (67.5)	91 (68.4)	56 (47.4)	
NS/NR ⁴	113 (6.8)	31 (4.1)	52 (13.5)	20 (7.8)	4 (3.0)	6 (5.2)	
Coordinación de la gestión clínica: Accesibilidad entre niveles de atención							
Al ser derivado de forma ordinaria a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta							<0.001
Si ²	528 (31.9)	242 (31.7)	122 (31.7)	60 (23.6)	54 (40.6)	50 (42.4)	
No ³	939 (56.8)	467 (61.2)	194 (50.4)	154 (60.6)	69 (51.9)	55 (46.6)	
NS/NR ⁴	186 (11.3)	54 (7.1)	69 (17.9)	40 (15.8)	10 (7.5)	13 (11.0)	
Al ser derivado de forma urgente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta							<0.001
Si ²	1083 (65.6)	521 (68.4)	223 (58.1)	148 (58.5)	116 (86.6)	75 (63.6)	
No ³	412 (25.0)	194 (25.5)	100 (26.0)	74 (29.3)	13 (9.7)	31 (26.3)	
NS/NR ⁴	156 (9.4)	47 (6.1)	61 (15.9)	31 (12.2)	5 (3.7)	12 (10.1)	
Tras ser retornado a la AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta							<0.001
Si ²	539 (32.7)	244 (32.1)	105 (27.3)	76 (30.0)	44 (33.6)	70 (59.3)	
No ³	214 (13.0)	93 (12.2)	47 (12.2)	55 (21.7)	10 (7.6)	9 (7.6)	
NS/NR ⁴	893 (54.3)	423 (55.7)	232 (60.4)	122 (48.3)	77 (58.8)	39 (33.1)	

¹ p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³ No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴ NS /NR: categorías No sabe/No responde

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas	Especialidades predominantemente hospitalarias	Medicina interna y geriatría	Obstetricia y ginecología	Pediatría y subespecialidades	<i>p-valor¹</i>
	N= 1666 N (%)	N= 765 N (%)	N= 391 N (%)	N= 257 N (%)	N= 135 N (%)	N= 118 N (%)	
Percepción general de la coordinación entre niveles							
Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada							<0.001
Si ²	560 (33.7)	273 (35.7)	101 (26.0)	77 (30.2)	60 (44.5)	49 (41.6)	
No ³	1010 (60.8)	461 (60.4)	251 (64.5)	165 (64.7)	69 (51.1)	64 (54.2)	
NS/NR ⁴	91 (5.5)	30 (3.9)	37 (9.5)	13 (5.1)	6 (4.4)	5 (4.2)	

¹ *p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05*

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

Tabla 2. Descripción de conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica según grupos de especialidades

	Total N=1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N= 765 N (%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N= 391 N (%)	Medicina interna y geriatría N= 257 N (%)	Obstetricia y ginecología N= 135 N (%)	Pediatría y subespecialidades N= 118 N (%)	<i>p</i> -valor ¹
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>							
Tiene acceso al mecanismo							0.89
Si	1647 (99.0)	757 (99.0)	385 (98.9)	254 (99.2)	133 (98.5)	118 (100)	
No	5 (0.3)	3 (0.4)	1 (0.3)	1 (0.4)	0	0	
NS/NR ²	11 (0.7)	5 (0.6)	3 (0.8)	1 (0.4)	2 (1.5)	0	
Uso frecuente							0.002
Si ³	920 (57.9)	414 (56.48)	203 (54.3)	174 (71.9)	64 (51.2)	65 (56.5)	
No	661 (41.6)	316 (43.11)	169 (45.2)	67 (27.7)	60 (48.0)	49 (42.6)	
NS/NR ²	8 (0.5)	3 (0.41)	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.8)	1 (0.9)	
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>							
Permite compartir información							0.014
Si	1427 (85.8)	660 (86.5)	330 (84.4)	222 (86.4)	111 (82.3)	104 (88.1)	
No	130 (7.8)	60 (7.9)	22 (5.6)	20 (7.8)	18 (13.3)	10 (8.5)	
NS/NR ²	107 (6.4)	43 (5.6)	39 (10.0)	15 (5.8)	6 (4.4)	4 (3.4)	
Uso frecuente							0.041
Si ³	1009 (72.6)	469 (73.5)	224 (69.4)	177 (81.2)	73 (67.0)	66 (65.4)	
No	369 (26.6)	164 (25.7)	97 (30.0)	40 (18.3)	35 (32.1)	33 (32.7)	
NS/NR ²	11 (0.8)	5 (0.8)	2 (0.6)	1 (0.5)	1 (0.9)	2 (1.9)	
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>							
Tiene acceso al mecanismo							<0.001
Si	806 (48.4)	450 (58.8)	157 (40.3)	121 (47.3)	27 (20.0)	51 (43.2)	
No	429 (25.8)	156 (20.4)	101 (25.9)	78 (30.5)	54 (40.0)	40 (33.9)	
NS/NR ²	429 (25.8)	159 (20.8)	132 (33.8)	57 (22.2)	54 (40.0)	27 (22.9)	
Uso frecuente							<0.001
Si ⁴	394 (48.9)	267 (59.6)	65 (42.5)	37 (29.8)	7 (25.0)	18 (34.6)	
No	328 (40.8)	136 (30.4)	68 (44.4)	72 (58.1)	21 (75.0)	31 (59.6)	
NS/NR ²	83 (10.3)	45 (10.0)	20 (13.1)	15 (12.1)	0	3 (5.8)	

¹ *p*-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² NS/ NR: No sabe/ No responde

Uso considerado frecuente: ³ Diario, ⁴ Diario o semanal y ⁵ Diario, semanal o mensual

	Total N=1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N= 765 N (%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N= 391 N (%)	Medicina interna y geriatría N= 257 N (%)	Obstetricia y ginecología N= 135 N (%)	Pediatría y subespecialidades N= 118 N (%)	p-valor ¹
Interconsultas por correo electrónico							
Tiene acceso al mecanismo							<0.001
Si	917 (55.2)	423 (55.4)	187 (48.1)	164 (64.1)	56 (41.8)	87 (74.4)	
No	342 (20.6)	182 (23.8)	75 (19.2)	40 (15.6)	33 (24.6)	12 (10.2)	
NS/NR ²	401 (24.2)	159 (20.8)	127 (32.7)	52 (20.3)	45 (33.6)	18 (15.4)	
Uso frecuente							<0.001
Si ⁴	247 (27.5)	128 (30.8)	33 (18.1)	50 (31.5)	8 (14.3)	28 (32.6)	
No	605 (67.4)	265 (63.9)	137 (75.3)	102 (64.1)	46 (82.1)	55 (63.9)	
NS/NR ²	46 (5.1)	22 (5.3)	12 (6.6)	7 (4.4)	2 (3.6)	3 (3.5)	
Interconsultas por teléfono							
Tiene acceso al mecanismo							<0.001
Si	1161 (69.8)	520 (68.1)	245 (62.7)	204 (79.4)	94 (69.6)	98 (83.8)	
No	222 (13.4)	132 (17.3)	46 (11.8)	20 (7.8)	16 (11.9)	8 (6.8)	
NS/NR ²	280 (16.8)	111 (14.6)	100 (25.5)	33 (12.8)	25 (18.5)	11 (9.4)	
Uso frecuente							<0.001
Si ⁴	283 (24.7)	109 (21.2)	45 (19.2)	72 (35.6)	14 (14.6)	43 (44.3)	
No	815 (71.2)	385 (74.8)	177 (75.6)	122 (60.4)	79 (82.3)	52 (53.6)	
NS/NR ²	46 (4.1)	21 (4.0)	12 (5.2)	8 (4.0)	3 (3.1)	2 (2.1)	
Sesiones clínicas conjuntas							
Tiene acceso al mecanismo							<0.001
Si	447 (26.9)	237 (31.0)	49 (12.6)	66 (25.6)	42 (31.11)	53 (44.9)	
No	1036 (62.3)	467 (61.1)	257 (66.2)	169 (65.8)	83 (61.48)	60 (50.9)	
NS/NR ²	179 (10.8)	60 (7.9)	82 (21.2)	22 (8.6)	10 (7.41)	5 (4.2)	
Uso frecuente							<0.001
Frecuentemente ⁵	245 (55.6)	117 (49.8)	27 (60.0)	38 (59.4)	34 (79.07)	38 (70.4)	
No frecuentemente	196 (44.4)	118 (50.2)	18 (40.0)	26 (40.6)	9 (20.93)	16 (29.6)	
NS/NR ²	0	0	0	0	0	0	

¹ p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² NS/ NR: No sabe/ No responde

Uso considerado frecuente: ³ Diario, ⁴ Diario o semanal y ⁵ Diario, semanal o mensual

	Total N=1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N= 765 N (%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N= 391 N (%)	Medicina interna y geriátría N= 257 N (%)	Obstetricia y ginecología N= 135 N (%)	Pediatría y subespecialidades N= 118 N (%)	p-valor ¹
Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas							
Dispone del mecanismo							<0.001
Si	751 (45.2)	370 (48.4)	138 (35.4)	127 (49.4)	61 (45.6)	55 (46.6)	
No	467 (28.1)	197 (25.8)	111 (28.4)	73 (28.4)	43 (32.1)	43 (36.4)	
NS/NR ²	445 (26.7)	197 (25.8)	141 (36.2)	57 (22.2)	30 (22.3)	20 (17.0)	
Uso frecuente							<0.001
Si ⁴	326 (44.7)	161 (44.8)	42 (31.3)	53 (43.8)	40 (65.6)	30 (54.6)	
No	372 (50.9)	184 (51.2)	79 (59.0)	65 (53.7)	20 (32.8)	24 (43.6)	
NS/NR ²	32 (4.4)	14 (3.9)	13 (9.7)	3 (2.5)	1 (1.6)	1 (1.8)	
Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace							
Dispone del mecanismo							<0.001
Si	970 (58.4)	444 (58.0)	212 (54.6)	207 (80.5)	56 (41.8)	51 (44.0)	
No	318 (19.2)	144 (18.8)	70 (18.0)	30 (11.7)	38 (28.4)	36 (31.0)	
NS/NR ²	372 (22.4)	177 (23.2)	106 (27.4)	20 (7.8)	40 (29.8)	29 (25.0)	
Uso frecuente							<0.001
Si ⁴	478 (50.5)	218 (49.8)	85 (41.9)	131 (65.2)	26 (48.1)	18 (35.3)	
No	424 (44.8)	201 (45.9)	103 (50.7)	63 (31.3)	27 (50.0)	30 (58.8)	
NS/NR ²	45 (4.7)	19 (4.3)	15 (7.4)	7 (3.5)	1 (1.9)	3 (5.9)	
Los médicos de AP son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital							<0.001
Si ⁶	330 (20.0)	124 (16.3)	55 (14.3)	119 (46.7)	15 (11.2)	17 (14.4)	
No ⁷	892 (54.0)	418 (54.9)	188 (49.0)	108 (42.3)	88 (65.7)	90 (76.3)	
NS/NR ²	430 (26.0)	219 (28.8)	141 (36.7)	28 (11.0)	31 (23.1)	11 (9.3)	

¹ p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² NS/ NR: No sabe/ No responde

Uso considerado frecuente: ³ Diario, ⁴ Diario o semanal y ⁵ Diario, semanal o mensual

⁶Si: categorías Siempre/Muchas veces; ⁷ No: categorías Pocas veces/Nunca

Tabla 3. Descripción de los factores relacionados con la coordinación clínica según grupos de especialidades.

	Total N= 1666 N (%)	Especialidades potencialmente descentralizadas N= 765 N (%)	Especialidades predominantemente hospitalarias N= 391 N (%)	Medicina interna y geriatría N= 257 N (%)	Obstetricia y ginecología N= 135 N (%)	Pediatría y subespecialidades N= 118 N (%)	p-valor ¹
Factores organizativos							
Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE							<0.001
Si ²	730 (44.0)	330 (43.3)	155 (39.7)	116 (45.3)	71 (53.4)	58 (49.1)	
No ³	603 (36.3)	287 (37.6)	121 (31.0)	97 (37.9)	46 (34.6)	52 (44.1)	
NS/NR ⁴	327 (19.7)	146 (19.1)	114 (29.3)	43 (16.8)	16 (12.0)	8 (6.8)	
Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales							0.002
Si ²	722 (43.8)	324 (42.7)	162 (41.9)	138 (53.7)	50 (38.5)	48 (41.0)	
No ³	603 (36.6)	281 (37.1)	132 (34.2)	84 (32.7)	51 (39.2)	55 (47.0)	
NS/NR ⁴	323 (19.6)	153 (20.2)	92 (23.9)	35 (13.6)	29 (22.3)	14 (12.0)	
El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente							0.009
Si ²	218 (13.2)	95 (12.5)	45 (11.6)	36 (14.0)	22 (16.7)	20 (17.0)	
No ³	1306 (78.9)	612 (80.4)	293 (75.7)	207 (80.5)	101 (76.5)	93 (78.8)	
NS/NR ⁴	131 (7.9)	54 (7.1)	49 (12.6)	14 (5.5)	9 (6.8)	5 (4.2)	
Factores de interacción entre médicos/as							
Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes							<0.001
Si ²	571 (34.6)	269 (35.5)	60 (15.6)	98 (38.1)	66 (49.6)	78 (66.1)	
No ³	1010 (61.2)	456 (60.2)	297 (77.1)	155 (60.3)	63 (47.4)	39 (33.0)	
NS/NR ⁴	69 (4.2)	32 (4.3)	28 (7.3)	4 (1.6)	4 (3.0)	1 (0.9)	
Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes							<0.001
Si ²	1262 (76.3)	558 (73.6)	286 (73.5)	201 (78.5)	113 (84.3)	104 (88.9)	
No ³	249 (15.1)	137 (18.1)	56 (14.4)	34 (13.3)	10 (7.5)	12 (10.2)	
NS/NR ⁴	143 (8.6)	63 (8.3)	47 (12.1)	21 (8.2)	11 (8.2)	1 (0.9)	
Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel							0.015
Si ²	1113 (67.3)	521 (68.5)	235 (60.4)	174 (68.0)	90 (68.2)	93 (79.5)	
No ³	187 (11.3)	77 (10.1)	54 (13.9)	30 (11.7)	18 (13.6)	8 (6.8)	
NS/NR ⁴	354 (21.4)	162 (21.4)	100 (25.7)	52 (20.3)	24 (18.2)	16 (13.7)	

¹ p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05

² Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³ No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴ NS /NR: categorías No sabe/No responde

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas	Especialidades predominantemente hospitalarias	Medicina interna y geriatría	Obstetricia y ginecología	Pediatría y subespecialidades	<i>p-valor</i> ¹
	N= 1666 N (%)	N= 765 N (%)	N= 391 N (%)	N= 257 N (%)	N= 135 N (%)	N= 118 N (%)	
Factores de interacción entre médicos/as							
En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales							0.36
Si ²	1058 (64.2)	477 (62.8)	243 (62.8)	168 (66.1)	87 (66.4)	83 (71.5)	
No ³	399 (24.2)	191 (25.1)	91 (23.5)	65 (25.6)	28 (21.4)	24 (20.7)	
NS/NR ⁴	191 (11.6)	92 (12.1)	53 (13.7)	21 (8.3)	16 (12.2)	9 (7.8)	

¹ *p-valor obtenido con la prueba de chi cuadrado. Significativo si <0.05*

² *Si: categorías Siempre/Muchas veces;* ³ *No: categorías Pocas veces/Nunca;* ⁴ *NS /NR: categorías No sabe/No responde*

Anexo 2. Análisis de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según tipo de especialidad

A continuación, se presentan los análisis descriptivos de la experiencia en coordinación clínica, percepción, uso y conocimiento de los mecanismos de coordinación y factores relacionados con la coordinación clínica de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según el tipo de especialidad médica, en respuesta a la hipótesis número 4 de este trabajo.

Los resultados descriptivos muestran algunas diferencias en las características sociodemográficas, laborales y del entorno sanitario entre las especialidades clínicas y las quirúrgicas/médico-quirúrgicas[Tabla1]. En general, se puede observar que tanto para el grupo de especialidades descentralizadas, como para el de predominantemente hospitalarias, hubo una mejor experiencia de coordinación en las especialidades clínicas, que en las quirúrgicas/médico-quirúrgicas. En cuanto a la percepción general de coordinación, fue baja en ambos grupos y fue peor en las especialidades quirúrgicas del grupo de potencialmente descentralizadas[Tabla2].

En cuanto al conocimiento y uso de mecanismos, en general fue bajo en todos los grupos y menor en las especialidades quirúrgicas/médico-quirúrgicas[Tabla3]. Finalmente, en cuanto a los factores relacionados, solo se observaron diferencias en el grupo de las especialidades descentralizadas donde las especialidades clínicas presentaron mejores resultados que las quirúrgicas/médico-quirúrgicas en los factores interaccionales y organizativos[Tabla4].

Estas diferencias fueron analizadas más profundamente al realizar modelos de regresión de Poisson para el cálculo de razones de prevalencia, ajustando por variables explicativas de sexo, experiencia como médico, tipo de hospital y visitas al CAP, que finalmente no revelaron asociaciones significativas en ninguna dimensión evaluada, por lo cual, al no ser el enfoque principal de este estudio, se excluyó del artículo principal y se presenta aquí como material anexo, que podrá ser discutido en futuros trabajos.

Tabla 1. Descripción de la muestra de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según tipo de especialidad

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS			ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS		
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ Medico quirúrgicas	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ Medico quirúrgicas
	(N=765) N (%)	(N= 393) N (%)	(N= 372) N (%)	(N=391) N (%)	(N= 322) N (%)	(N=69) N (%)
Características sociodemográficas						
Sexo						
Hombre	436(57.5)	189(48.5)	247(67.1)	167(42.8)	124(38.6)	43(62.3)
Mujer	322(42.5)	201(51.5)	121(32.9)	223(57.2)	197(61.4)	26(37.7)
Edad						
25-40 años	218(29.8)	116(30.7)	102(28.9)	117(30.6)	84(26.7)	33(50.0)
41-55 años	316(43.2)	183(48.4)	133(37.7)	154(40.6)	132(41.9)	23(33.3)
56-70 años	197(27.0)	79(20.9)	118(33.4)	110(28.8)	99(31.4)	11(16.7)
Características laborales						
Años de experiencia como médico/a						
0-10 años	124(16.7)	67(17.4)	57(15.9)	71(18.6)	50(15.9)	21(30.8)
11-20 años	235(31.7)	132(34.4)	103(28.8)	120(31.4)	99(31.5)	21(30.8)
21-30 años	200(26.9)	109(28.4)	91(25.4)	90(23.6)	75(23.9)	14(22.1)
31-45 años	183(24.7)	76(19.8)	107(29.9)	101(26.4)	90(28.7)	11(16.2)
Como médico de AE, paso consulta en centros de atención primaria						
Frecuentemente ²	229 (30.8)	123 (32.0)	106 (29.7)	25 (6.6)	25 (8.0)	0
No frecuentemente ²	501 (67.4)	252 (65.4)	249 (69.5)	350 (92.3)	285 (91.3)	64 (97.0)
NS/NR ⁴	13 (1.8)	10 (2.6)	3 (0.8)	4 (1.1)	2 (0.6)	2 (3.0)
Entorno Sanitario						
Tipo de hospital						
Hospital comarcal y de referencia	362(47.3)	150(38.2)	212(57.0)	165(42.2)	149(46.3)	16(23.2)
Hospital de alta resolución	228(29.8)	134(34.1)	94(25.3)	114(29.2)	99(30.7)	15(21.7)
Hospital de alta tecnología	175(22.9)	109(27.7)	66(17.7)	111(28.6)	74(23.0)	37(55.1)

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²Frecuentemente: categorías Siempre/Muchas veces; ³No frecuentemente: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

Tabla 2. Descripción de la experiencia y percepción de coordinación de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según tipo de especialidad

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹
	N=765 N (%)	N= 393 N (%)	N= 372 N (%)		N=391 N (%)	N= 322 N (%)	N=69 N (%)	
Coordinación de la información entre niveles de atención								
Los médicos de AP y AE compartimos información de los pacientes que atendemos en común				<0.001*				0.12
Si ²	457 (60.3)	262 (66.8)	195 (53.3)		207 (54.3)	178 (56.7)	29 (43.3)	
No ³	292 (38.5)	123 (31.3)	169 (46.2)		166 (43.8)	130 (41.4)	36 (55.2)	
NS/NR ⁴	9 (1.2)	7 (1.8)	2 (0.5)		7 (1.8)	6 (1.9)	1 (1.5)	
La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes				0.42				0.44
Si ²	515 (67.8)	274 (69.9)	241 (65.5)		248 (64.6)	206 (65.2)	42 (61.8)	
No ³	228 (30.1)	110 (28.1)	119 (32.3)		116 (30.2)	92 (29.1)	24 (35.3)	
NS/NR ⁴	16 (2.1)	8 (2.0)	8 (2.2)		20 (5.2)	18 (5.7)	2 (2.9)	
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos				0.11				0.22
Si ²	585 (77.1)	314 (80.1)	271(73.8)		286 (74.8)	241 (76.5)	45 (67.2)	
No ³	152 (20.0)	69 (17.6)	83 (22.6)		74 (19.4)	56 (17.8)	18 (26.9)	
NS/NR ⁴	22 (2.9)	9 (2.3)	13 (3.6)		22 (5.8)	18 (5.7)	4(5.9)	
Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención entre niveles de atención								
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito				0.008				0.02*
Si ²	566 (74.5)	311 (79.1)	255 (69.5)		294 (76.6)	249 (78.5)	45 (67.2)	
No ³	165 (21.7)	71 (18.1)	94 (25.6)		60 (15.6)	42 (13.3)	18 (26.9)	
NS/NR ⁴	29 (3.8)	11 (2.8)	18 (4.9)		30 (7.8)	26 (8.2)	4(7.8)	
No existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AE prescribimos				0.006*				0.03
Si ²	556 (73.0)	304 (77.3)	252 (68.3)		251 (64.8)	202 (63.3)	49 (71.6)	
No ³	174 (22.8)	79 (20.2)	95 (25.7)		107 (27.7)	88 (27.6)	19 (28.4)	
NS/NR ⁴	32 (4.2)	10 (2.5)	22 (6.0)		29 (7.5)	29 (9.1)	0	
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren				0.33				0.014*
Si ²	108 (14.2)	62 (15.8)	310(84.0)		42 (10.9)	38 (11.9)	4 (6.0)	
No ³	631 (82.8)	321(81.6)	46 (12.5)		319 (82.6)	255 (80.2)	64 (94.0)	
NS/NR ⁴	23 (3.0)	10(2.6)	13 (3.5)		25 (6.5)	25 (7.9)	0	
No repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel				0.36				0.10
Si ²	558 (73.1)	292 (74.3)	266 (71.9)		252 (65.1)	213 (66.8)	39 (57.3)	
No ³	181 (23.8)	92 (23.4)	89 (24.1)		114 (29.5)	87 (27.3)	27 (39.7)	
NS/NR ⁴	24 (3.1)	9 (2.3)	15 (4.0)		21 (5.4)	19 (5.9)	2 (2.9)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; significativo si < 0.05

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹
	(N=765) N (%)	(N= 393) N (%)	(N= 372) N (%)		(N=391) N (%)	(N= 322) N (%)	(N=69) N (%)	
Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento adecuado entre niveles de atención								
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AE cuando es adecuado				<0.001*				0.001*
Si ²	506 (66.3)	289 (73.5)	217 (58.5)		281 (72.6)	235 (73.9)	46 (66.2)	
No ³	241 (31.5)	96 (24.4)	145 (39.1)		78 (20.2)	55 (17.3)	23 (33.8)	
NS/NR ⁴	17 (2.2)	8 (2.1)	9 (2.4)		28 (7.2)	28 (8.8)	0	
Los médicos de AE retoman los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado				0.17				0.07
Si ²	654 (85.8)	328 (83.9)	326 (87.9)		315 (81.6)	259 (81.6)	56 (81.2)	
No ³	91 (11.9)	55 (14.1)	36(9.7)		40(10.4)	29 (9.1)	10 (15.9)	
NS/NR ⁴	17 (2.3)	8 (2.0)	9 (2.4)		31 (8.0)	29 (9.1)	31 (2.9)	
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)				0.007*				0.003*
Si ²	547 (71.7)	300 (76.5)	247 (66.4)		242 (62.5)	202 (63.5)	40 (58.8)	
No ³	209 (27.3)	88 (22.5)	121 (32.5)		114 (29.5)	85 (26.7)	28 (42.2)	
NS/NR ⁴	8 (1.0)	4 (1.0)	4 (1.1)		31 (8.0)	31 (9.8)	0	
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE				<0.001*				0.004*
Si ²	280 (36.7)	178 (45.4)	102 (27.4)		93 (24.1)	80 (25.2)	13 (18.8)	
No ³	453 (59.3)	197 (50.3)	256 (68.8)		241 (62.4)	187 (59.0)	54 (78.3)	
NS/NR ⁴	31 (4.0)	17 (4.3)	14 (3.8)		52 (13.5)	50 (15.8)	2 (2.9)	
Coordinación de la gestión clínica: Accesibilidad entre niveles de atención								
Al ser derivado de forma ordinaria a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta				0.16				0.66
Si ²	242 (31.7)	125 (31.9)	117 (31.5)		121 (31.5)	97 (30.7)	24 (35.3)	
No ³	467 (61.2)	246 (62.8)	221 (59.6)		194 (50.5)	161 (51.0)	33 (48.5)	
NS/NR ⁴	54 (7.1)	21 (5.3)	33 (8.9)		69 (18.0)	58 (18.3)	11 (16.2)	
Al ser derivado de forma urgente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta				0.39				0.07
Si ²	521 (68.4)	267 (68.3)	254 (68.5)		223 (58.1)	175 (55.4)	48 (70.6)	
No ³	194 (25.5)	104 (26.6)	90 (24.2)		100 (26.0)	88 (27.8)	12 (17.6)	
NS/NR ⁴	47 (6.1)	20 (5.1)	27 (7.3)		61 (15.9)	53 (16.8)	8 (11.8)	
Tras ser retornado a la AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta				0.04				0.36
Si ²	244 (32.1)	140 (35.9)	104 (28.1)		105 (27.3)	91 (28.8)	14 (20.6)	
No ³	93 (12.2)	50 (12.8)	43 (11.6)		47 (12.3)	37 (11.7)	10 (14.7)	
NS/NR ⁴	423 (55.7)	200 (51.3)	223 (60.3)		232 (60.4)	188 (59.5)	44(64.7)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹
	N=765 N (%)	N= 393 N (%)	N= 372 N (%)		N=391 N (%)	N= 322 N (%)	N=69 N (%)	
Percepción general de la coordinación entre niveles								
Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada				0.001*				0.07
Si ²	273 (35.7)	158 (40.3)	115 (30.9)		101 (26.0)	85 (26.6)	16 (23.2)	
No ³	461 (60.3)	227 (57.9)	234 (62.9)		251(64.5)	200 (62.5)	51 (73.9)	
NS/NR ⁴	30 (4.0)	7 (1.8)	23 (6.2)		37 (9.5)	35 (10.9)	2 (2.9)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

Tabla 3. Descripción del conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según tipo de especialidad

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹
	N= 765 N (%)	N= 393 N (%)	N= 372 N (%)		N= 391 N (%)	N= 322 N (%)	N= 69 N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>								
Tiene acceso al mecanismo				0.06				0.70
Si	757 (98.9)	392 (99.8)	365 (98.1)		385 (99.0)	317 (99.1)	68 (98.5)	
No	3 (0.4)	1 (0.2)	2 (0.5)		1 (0.2)	1 (0.3)	0	
NS/NR ²	5 (0.7)	0	5 (1.3)		3 (0.8)	2 (0.6)	1 (1.5)	
Uso frecuente				<0.001*				0.73
Si ³	414 (56.5)	246 (65.1)	168 (47.3)		203 (54.3)	168 (54.7)	35 (52.2)	
No	316 (43.1)	131 (34.7)	185 (52.1)		169 (45.2)	137 (44.6)	32 (47.8)	
NS/NR ²	3 (0.4)	1 (0.2)	2 (0.6)		2 (0.5)	2 (0.7)	0	
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>								
Permite compartir información				<0.001*				0.18
Si	660 (86.5)	350 (89.1)	310 (83.8)		330 (84.4)	271(84.2)	59 (85.5)	
No	60 (7.9)	35 (8.9)	25 (6.8)		22 (5.6)	21(6.5)	1 (1.4)	
NS/NR ²	43 (5.6)	8(2.0)	35 (9.4)		39 (10.0)	30 (9.3)	9 (13.1)	
Uso frecuente				0.008*				0.06
Si ³	469 (73.5)	266 (78.5)	203 (67.9)		224 (69.4)	190 (71.9)	34 (57.6)	
No	164 (25.7)	70 (20.6)	94 (31.4)		97 (30.0)	72 (27.3)	25 (42.4)	
NS/NR ²	5 (0.8)	3 (0.9)	2 (0.7)		2 (0.6)	2 (0.8)	0	
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>								
Tiene acceso al mecanismo				<0.001*				0.001*
Si	450 (58.8)	281 (71.5)	169 (45.4)		157 (40.3)	144 (44.7)	13 (19.1)	
No	156(20.4)	68 (17.3)	88 (23.7)		101 (25.9)	77 (23.9)	24 (35.3)	
NS/NR ²	159 (20.8)	44 (11.2)	115 (30.91)		132 (33.8)	101 (31.4)	31(45.6)	
Uso frecuente				0.002*				0.83
Si ⁴	267 (59.6)	185 (65.4)	82 (49.7)		65 (42.5)	59 (42.1)	6 (46.2)	
No	136 (30.4)	70 (24.7)	66 (40.0)		68 (44.4)	62 (44.3)	6 (46.2)	
NS/NR ²	45 (10.0)	28 (9.9)	17 (10.3)		20 (13.1)	19 (13.6)	1 (7.6)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²NS /NR: categorías No sabe/No responde

Uso considerado frecuente: ³Diario, ⁴Diario o semanal y ⁵Diario, semanal o mensual entre quienes refirieron tener acceso

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹
	(N= 765) N (%)	(N= 393) N (%)	(N= 372) N (%)		(N= 391) N (%)	(N= 322) N (%)	(N= 69) N (%)	
Interconsultas por correo electrónico								
Tiene acceso al mecanismo				<0.001*				0.77
Si	423 (55.4)	245 (62.5)	178 (47.9)		187 (48.1)	153 (47.7)	34 (50.0)	
No	182(23.8)	97 (24.7)	85 (22.8)		75 (19.3)	64 (19.9)	11 (16.2)	
NS/NR ²	159 (20.8)	50 (12.8)	109 (29.3)		127 (32.6)	104 (32.4)	23 (33.8)	
Uso frecuente				<0.001*				0.15
Si ⁴	128 (30.8)	96 (40.0)	32 (18.3)		33 (18.1)	30 (20.1)	3 (9.1)	
No	265 (63.9)	132 (55.0)	133 (76.0)		137 (75.3)	111 (74.5)	26 (78.8)	
NS/NR ²	22 (5.3)	12 (5.0)	10 (5.7)		12 (6.6)	8 (5.4)	4 (12.1)	
Interconsultas por teléfono								
Tiene acceso al mecanismo				0.009*				0.42
Si	520 (68.1)	280 (71.6)	240 (64.5)		245 (62.7)	202 (62.7)	43(62.3)	
No	132 (17.3)	69 (17.6)	63 (16.9)		46 (11.8)	35 (10.9)	11 (15.9)	
NS/NR ²	111 (14.6)	42 (10.8)	69 (18.6)		100 (25.5)	85 (26.4)	15 (21.8)	
Uso frecuente				0.01*				0.71
Si ⁴	109 (21.2)	71 (25.8)	38 (15.8)		45 (19.2)	35 (18.2)	10 (23.8)	
No	385(74.8)	191 (69.5)	194 (80.8)		177(75.7)	147 (76.6)	30(71.4)	
NS/NR ²	21(4.0)	13(4.7)	8(3.4)		12 (5.1)	10 (5.2)	2 (4.8)	
Sesiones clínicas conjuntas								
Tiene acceso al mecanismo				<0.001*				0.001*
Si	237 (31.0)	165 (42.1)	72 (19.3)		49 (12.6)	48 (15.0)	1 (1.4)	
No	467(61.1)	207(52.8)	260 (69.9)		257 (66.3)	199 (62.4)	57 (84.1)	
NS/NR ²	60 (7.8)	20 (5.1)	40 (10.8)		82 (21.1)	72 (22.6)	10 (14.5)	
Uso frecuente				0.12				0.21
Si ⁵	117 (49.8)	88 (53.0)	29 (42.0)		18 (40.0)	17 (38.6)	0	
No	118 (50.2)	78 (47.0)	40 (58.0)		27 (60.0)	27 (61.4)	1 (100)	
NS/NR ²	0	0	0		0	0	0	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²NS /NR: categorías No sabe/No responde

Uso considerado frecuente: ³Diario, ⁴Diario o semanal y ⁵Diariao, semanal o mensual entre quienes refirieron tener acceso

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹
	(N= 765) N (%)	(N= 391) N (%)	(N= 372) N (%)		(N= 391) N (%)	(N= 322) N (%)	(N= 69) N (%)	
Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas								
Dispone del mecanismo				<0.001*				<0.001*
Si	370 (48.4)	237 (60.5)	133 (35.7)		138 (35.4)	127 (39.6)	11 (15.9)	
No	197 (25.8)	87 (22.2)	110 (29.6)		111 (28.5)	91 (28.3)	20 (29.0)	
NS/NR ²	197 (25.8)	68 (17.3)	129 (34.7)		141 (36.1)	103 (32.1)	38 (55.1)	
Uso frecuente				0.14				0.24
Si ⁴	161 (44.9)	111 (48.5)	50 (38.5)		42 (31.3)	40 (32.5)	2 (18.2)	
No	184 (51.2)	111 (48.5)	73 (56.1)		79 (59.0)	70 (56.9)	9 (81.8)	
NS/NR ²	14 (3.9)	7 (3.0)	7 (5.4)		13 (9.7)	13 (10.6)	0	
Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace								
Dispone del mecanismo				<0.001*				0.41
Si	444 (58.0)	277 (70.5)	167 (44.9)		212 (54.6)	174 (54.6)	38 (55.1)	
No	144 (18.8)	63 (16.0)	81 (21.8)		70 (18.0)	61 (19.1)	9 (13.0)	
NS/NR ²	177 (23.2)	53 (13.5)	124 (33.3)		106 (27.4)	84 (26.3)	22 (31.9)	
Uso frecuente				0.12				0.03*
Si ⁴	218 (49.8)	135 (49.6)	83 (50.0)		85 (41.9)	63 (37.7)	22 (61.1)	
No	201 (45.9)	121 (44.5)	80 (48.2)		103 (50.7)	91 (54.5)	12 (33.3)	
NS/NR ²	19 (4.3)	16 (5.9)	3 (1.8)		15 (7.4)	13 (7.8)	2 (5.6)	
Los médicos de AP son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital				0.03*				<0.001*
Si ⁶	418 (54.9)	75 (19.2)	49 (13.2)		55 (14.3)	47 (14.9)	8 (11.6)	
No ⁷	124 (16.3)	198 (50.8)	220 (59.3)		188 (49.0)	136 (43.2)	52 (75.4)	
NS/NR ²	219 (28.8)	117 (30.0)	102 (27.5)		141 (36.7)	132 (41.9)	9 (13.0)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²NS /NR: categorías No sabe/No responde

Uso considerado frecuente: ³Diario, ⁴Diario o semanal y ⁵Diario, semanal o mensual entre quienes refirieron tener acceso

⁶Si: categorías Siempre/Muchas veces; ⁷No: categorías Pocas veces/Nunca

Tabla 4. Descripción de los factores relacionados con la coordinación clínica de los grupos de especialidades potencialmente descentralizadas y predominantemente hospitalarias según tipo de especialidad

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico-quirúrgicas	p-valor ¹
	(N= 765) N (%)	(N= 393) N (%)	(N= 372) N (%)		(N= 391) N (%)	(N= 322) N (%)	(N= 69) N (%)	
Factores Organizativos								
Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE				<0.001*				0.48
Si ²	330 (43.3)	184 (46.9)	146 (39.3)		155 (39.7)	132 (41.1)	23 (33.3)	
No ³	287 (37.6)	158 (40.3)	129 (34.8)		121 (31.0)	97 (30.2)	24 (34.8)	
NS/NR ⁴	146 (19.1)	50 (12.8)	96 (25.9)		114 (29.3)	92 (28.7)	22 (31.9)	
Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales				<0.001*				0.26
Si ²	324 (42.7)	188 (48.2)	136 (37.0)		162 (42.0)	139 (43.9)	23 (33.3)	
No ³	281 (37.1)	147 (37.7)	134 (36.4)		132 (34.2)	104 (32.8)	28 (40.6)	
NS/NR ⁴	153 (20.2)	55 (14.1)	98 (26.6)		92 (23.8)	74 (23.3)	18 (26.1)	
El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente				0.003*				0.004*
Si ²	95 (12.5)	44 (11.2)	51 (13.8)		45 (11.6)	30 (9.4)	15 (22.0)	
No ³	612 (80.4)	331 (84.5)	281 (76.2)		293 (75.7)	244 (76.5)	49 (72.1)	
NS/NR ⁴	54 (7.1)	17 (4.3)	37 (10.0)		49 (12.7)	45 (14.1)	4 (5.9)	
Factores de interacción entre profesionales								
Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes				<0.001*				0.04*
Si ²	269 (35.5)	174 (44.6)	95 (25.9)		60 (15.6)	53 (16.7)	7 (10.3)	
No ³	456 (60.3)	204 (52.3)	252 (68.7)		297 (77.1)	237 (74.8)	60 (88.2)	
NS/NR ⁴	32 (4.2)	12 (3.1)	20 (5.4)		28 (7.3)	27 (8.5)	1 (1.5)	
Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes				0.04*				<0.001
Si ²	558 (73.6)	302 (77.4)	256 (69.6)		286 (73.5)	244 (76.2)	42 (60.9)	
No ³	137 (18.1)	59 (15.2)	78 (21.2)		56 (14.4)	34 (10.6)	22 (31.9)	
NS/NR ⁴	63 (8.3)	29 (7.4)	34 (9.2)		47 (12.1)	42 (13.1)	5 (7.2)	
Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel				0.004*				0.84
Si ²	521 (68.6)	285 (72.7)	236 (61.1)		235 (60.4)	195 (60.9)	40 (58.0)	
No ³	77 (10.1)	42 (10.7)	35 (9.5)		54 (13.9)	43 (13.4)	11 (15.9)	
NS/NR ⁴	162 (21.3)	65 (16.6)	97 (26.4)		100 (25.7)	82 (25.6)	18 (26.1)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; significativo si < 0.05

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

	ESPECIALIDADES POTENCIALMENTE DESCENTRALIZADAS				ESPECIALIDADES PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIAS			
	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹	Total	Especialidades Clínicas	Especialidades quirúrgicas/ médico- quirúrgicas	p-valor ¹
	(N= 765)	(N= 393)	(N= 372)		(N= 390)	(N= 322)	(N= 69)	
	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	
Factores de interacción entre médicos/as								
En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales				0.001*				0.023*
Si ²	477 (62.8)	262 (67.0)	215 (58.3)		243 (62.8)	207 (65.1)	36 (52.2)	
No ³	191 (25.1)	98 (25.1)	93 (25.2)		91 (23.5)	66 (20.8)	25 (36.2)	
NS/NR ⁴	92 (12.1)	31 (7.9)	61 (16.5)		53 (13.7)	45 (14.1)	8(11.6)	

¹p valor obtenido a partir de la prueba chi-cuadrado; *significativo si < 0.05

²Si: categorías Siempre/Muchas veces; ³No: categorías Pocas veces/Nunca; ⁴NS /NR: categorías No sabe/No responde

Anexo 3. Análisis de los missings de las variables incluidas en el estudio

Tabla 1. Porcentaje de missings de las variables explicativas según grupo de especialidad

	Total N=1666	Especialidades potencialmente descentralizadas N=765	Especialidades predominantemente hospitalarias N=391	Medicina interna y geriatria N=257	Obstetricia y ginecología N=135	Pediatría y subespecialidades N=118	p-valor¹
	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	
Edad	63(3.8)	34(4.4)	9(2.3)	8(3.1)	8(5.9)	4(3.4)	0.25
Sexo	11(0.7)	7(0.9)	1(0.3)	2(0.8)	1(0.7)	0(0)	0.63
Experiencia como médico	38(2.3)	23(3.01)	9(2.3)	3(1.17)	2(1.48)	1(0.85)	0.32
Pasa consulta en CAP	42(2.5)	22(2.9)	12(3.07)	4(1.56)	0(0)	4(3.4)	0.22

¹p-valor calculado con la prueba chi-cuadro. Significativo si < 0.05

Las variables tipo de especialidad y tipo de hospital no presentaron ninguna pérdida

De acuerdo con la tabla anterior, se puede observar que los missings de las variables explicativas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable principal de interés (grupos de especialidades), puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Tabla 2. Porcentaje de missings en las variables de experiencia y percepción de la coordinación clínica

	N	% ¹
<i>Coordinación de la información entre niveles de atención</i>		
Los médicos de AP y AE compartimos la información de los pacientes que atendemos en común	19	1.14
La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes	15	0.90
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos	18	1.08
<i>Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención</i>		
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes	15	0.90
No existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AE prescribimos	9	0.54
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren	11	0.66
No repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen)	8	0.48
<i>Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento de la atención</i>		
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AE cuando es adecuado	8	0.48
Los médicos de AE retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado	12	0.72
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)	11	0.66
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE	10	0.60
<i>Coordinación de la gestión clínica: Accesibilidad entre niveles de atención</i>		
Al ser derivado de forma ordinaria a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	13	0.78
Al ser derivado de forma urgente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	15	0.90
Tras ser retornado a la AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	20	1.20
<i>Percepción general de coordinación clínica</i>		
Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada	5	0.30

¹ Calculado sobre el total de la muestra: 1666

Tabla 3. Porcentaje de missings en las variables de conocimiento y uso de mecanismos de coordinación

	TOTAL	N	%
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>			
Tiene acceso al mecanismo	1666	3	0.18
Frecuencia de uso ¹	1647	59	3.58
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>			
Permite compartir información	1666	2	0.12
Frecuencia de uso ¹	1427	48	3.36
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>			
Tiene acceso al mecanismo	1666	2	0.12
Frecuencia de uso ¹	806	28	3.47
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>			
Tiene acceso al mecanismo	1666	6	0.36
Frecuencia de uso ¹	917	28	3.05
<i>Interconsultas por teléfono</i>			
Tiene acceso al mecanismo	1666	3	0.18
Frecuencia de uso ¹	1161	29	2.50
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>			
Tiene acceso al mecanismo	1666	4	0.24
Frecuencia de realización ¹	447	21	4.70
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>			
Dispone del mecanismo	1666	3	0.18
Frecuencia de uso ¹	751	33	4.39
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>			
Dispone del mecanismo	1666	6	0.36
Frecuencia de uso ¹	970	34	3.51
Los médicos de AP son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital	1666	14	0.84

¹ El total corresponde a quienes previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

Tabla 4. Porcentaje de missings en las variables de factores relacionados con la coordinación clínica

	Total	% ¹
<i>Factores organizativos</i>		
Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE	6	0.36
Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales	18	1.08
El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente	11	0.66
<i>Factores de interacción entre médicos/as</i>		
Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	16	0.96
Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	12	0.72
Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel	12	0.72
En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales	18	1.08

¹Calculado sobre el total de la muestra: 1666

Tabla 5. Distribución de los missings de las variables respuesta con mayor porcentaje de missings en los grupos de especialidad

	Total	Especialidades potencialmente descentralizadas N=765	Especialidades predominantemente hospitalarias N=391	Medicina interna y geriatria N=257	Obstetricia y ginecología N=135	Pediatría y subespecialidades N=118	p-valor²
	Missings N (%) ¹	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>							
Frecuencia de uso	59(3.58)	25(3.27)	11(2.81)	12(4.67)	8(5.93)	3(2.54)	0.36
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>							
Frecuencia de uso	48(3.36)	27(3.36)	9(2.30)	6(2.33)	2(1.48)	4(3.39)	0.57
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>							
Frecuencia de uso	28(3.47)	15(1.96)	5(2.33)	6(2.33)	1(0.74)	1(0.85)	0.62
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>							
Frecuencia de uso	28(3.05)	10(1.31)	7(1.79)	7(2.72)	3(2.22)	1(0.85)	0.54
<i>Interconsultas por teléfono</i>							
Frecuencia de uso	29(2.50)	14(1.83)	11(2.81)	3(1.17)	0(0)	1(0.85)	0.19
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>							
Frecuencia de uso	21(4.70)	9(1.18)	7(1.79)	4(1.56)	0(0)	1(0.85)	0.56
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>							
Frecuencia de uso	33(4.39)	17(2.22)	6(1.53)	6(2.33)	2(1.48)	2(1.69)	0.91
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>							
Frecuencia de uso	34(3.51)	14(1.83)	12(3.07)	6(2.33)	2(1.48)	0(0)	0.28

¹ El % total fue calculado en base al total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

²p-valor calculado con la prueba chi-cuadrado. Significativo si < 0.05

Se puede observar que los missings de las variables respuesta analizadas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable principal de interés (grupos de especialidades), puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Tabla 6. Distribución de los missings de las variables resultado con mayor porcentaje de missings en la variable sexo

	Total	Mujeres N=851	Hombres N=804	p-valor²
	Missings N (%) ¹	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>				
Frecuencia de uso	59(3.58)	25(2.94)	34(4.10)	0.27
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>				
Frecuencia de uso	48(3.36)	26(3.06)	22(2.74)	0.79
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>				
Frecuencia de uso	28(3.47)	12(1.41)	16(1.99)	0.60
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>				
Frecuencia de uso	28(3.05)	10(1.18)	18(2.24)	0.22
<i>Interconsultas por teléfono</i>				
Frecuencia de uso	29(2.50)	9(1.06)	20(2.49)	0.08
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>				
Frecuencia de uso	21(4.70)	10(1.18)	11(1.37)	0.88
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>				
Frecuencia de uso	33(4.39)	16(1.88)	17(1.99)	0.23
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>				
Frecuencia de uso	34(3.51)	18(2.12)	16(1.99)	0.88

¹ El % total fue calculado con base en el total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

²p-valor calculado con la prueba chi-cuadrado. Significativo si < 0.05

Se puede observar que los missings de las variables respuesta analizadas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable sexo, puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Tabla 7. Distribución de los missings de las variables resultado con mayor porcentaje de missings en la variable experiencia como médico

	Total	0-10 años N=260	11-20 años N=528	21-30 años N=418	30-45 años N=422	p-valor²
	Missings N (%) ¹	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>						
Frecuencia de uso	59(3.58)	11(4.23)	15(2.84)	16(3.83)	13(3.08)	0.14
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>						
Frecuencia de uso	48(3.36)	7(2.69)	17(3.22)	11(2.63)	11(2.61)	0.87
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>						
Frecuencia de uso	28(3.47)	5(1.92)	5(0.95)	7(1.67)	9(2.13)	0.26
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>						
Frecuencia de uso	28(3.05)	2(0.77)	9(1.70)	8(1.91)	7(1.66)	0.35
<i>Interconsultas por teléfono</i>						
Frecuencia de uso	29(2.50)	3(1.15)	5(0.95)	7(1.67)	12(2.84)	0.08
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>						
Frecuencia de uso	21(4.70)	1(0.38)	10(1.89)	3(0.72)	6(1.42)	0.29
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>						
Frecuencia de uso	33(4.39)	5(1.92)	10(1.89)	11(2.63)	6(1.42)	0.80
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>						
Frecuencia de uso	34(3.51)	10(3.85)	11(2.08)	6(1.44)	7(1.66)	0.19

¹ El % total fue calculado en base al total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

²p-valor calculado con la prueba chi-cuadrado. Significativo si < 0.05

Se puede observar que los missings de las variables respuesta analizadas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable experiencia como médico, puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Tabla 8. Distribución de los missings de las variables resultado con mayor porcentaje de missings, en la variable tipo de especialidad

	Total	Especialidades clínicas N=1090	Especialidades quirúrgicas/ Medico quirúrgicas N=576	p-valor²
	Missings N (%) ¹	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>				
Frecuencia de uso	59(3.58)	39(3.58)	20(3.47)	0.91
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>				
Frecuencia de uso	48(3.36)	34(3.12)	14(2.43)	0.42
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>				
Frecuencia de uso	28(3.47)	19(1.74)	9(1.56)	0.78
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>				
Frecuencia de uso	28(3.05)	21(1.93)	7(1.22)	0.28
<i>Interconsultas por teléfono</i>				
Frecuencia de uso	29(2.50)	23(2.11)	6(1.04)	0.11
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>				
Frecuencia de uso	21(4.70)	17(1.56)	4(0.69)	0.13
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>				
Frecuencia de uso	33(4.39)	23(2.11)	10(1.74)	0.60
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>				
Frecuencia de uso	34(3.51)	25(2.29)	9(1.56)	0.31

¹ El % total fue calculado en base al total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

²p-valor calculado con la prueba chi-cuadrado. Significativo si < 0.05

Se puede observar que los missings de las variables respuesta analizadas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable tipo de especialidad, puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Tabla 9. Distribución de los missings de las variables resultado con mayor porcentaje de missings en la variable tipo de hospital

	Total	Comarcal y/o Referencia N=822	Alta resolución N=460	Alta tecnología N=384	p-valor²
	Missings N (%) ¹	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>					
Frecuencia de uso	59(3.58)	24(2.92)	28(6.09)	7(1.82)	0.002
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>					
Frecuencia de uso	48(3.36)	22(2.68)	22(4.78)	4(1.04)	0.005
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>					
Frecuencia de uso	28(3.47)	14(1.70)	11(2.39)	3(0.78)	0.19
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>					
Frecuencia de uso	28(3.05)	16(1.95)	9(1.96)	3(0.78)	0.295
<i>Interconsultas por teléfono</i>					
Frecuencia de uso	29(2.50)	8(0.97)	16(3.48)	5(1.30)	0.003
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>					
Frecuencia de uso	21(4.70)	11(1.34)	9(1.96)	1(0.26)	0.08
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>					
Frecuencia de uso	33(4.39)	17(2.07)	15(3.26)	1(0.26)	0.008
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>					
Frecuencia de uso	34(3.51)	15(1.82)	14(3.04)	5(1.30)	0.17

¹ El % total fue calculado en base al total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

²p-valor calculado con la prueba chi-cuadro. Significativo si < 0.05

Se puede observar que, para las variables de frecuencia de uso de la historia clínica compartida de Cataluña, la historia clínica utilizada en el centro y las interconsultas por teléfono, hay un patrón de distribución de missings según tipo de hospital, donde se concentran en mayor proporción en los hospitales de alta resolución. En el caso de la frecuencia de uso de protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica, los missings se concentran en mayor proporción en los hospitales comarcales y/o de referencia. Lo anterior impide asumir que los missings son al azar.

No obstante, al ser un porcentaje relativamente bajo (<5%) en todas las variables, se les dio igual tratamiento que a las demás, asumiendo que estas fueron pérdidas completamente al azar y, por lo tanto, realizando un análisis de caso completo.

Tabla 10. Distribución de los missings de las variables respuesta con mayor porcentaje de missings en la variable pasar consulta en CAP

	Total	Frecuentemente ¹	No Frecuentemente ²	NS/NR ³	p-valor ⁴
		N=350	N=1249	N=25	
	Missings N (%) ⁵	Missings N (%)	Missings N (%)	Missings N (%)	
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>					
Frecuencia de uso	59(3.58)	13(3.71)	44(3.52)	1(4.00)	0.97
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>					
Frecuencia de uso	48(3.36)	12(3.43)	35(2.80)	0(0)	0.76
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>					
Frecuencia de uso	28(3.47)	8(2.29)	19(1.52)	0(0)	0.68
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>					
Frecuencia de uso	28(3.05)	7(2.00)	21(1.68)	0(0)	0.71
<i>Interconsultas por teléfono</i>					
Frecuencia de uso	29(2.50)	4(1.14)	25(2.00)	0(0)	0.49
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>					
Frecuencia de uso	21(4.70)	3(0.86)	18(1.44)	0(0)	0.65
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>					
Frecuencia de uso	33(4.39)	7(2.00)	26(2.08)	0(0)	0.70
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>					
Frecuencia de uso	34(3.51)	4(1.14)	29(2.32)	0(0)	0.48

¹Frecuentemente: categorías Siempre/Muchas veces; ²No frecuentemente: categorías Pocas veces/Nunca; ³NS /NR: categorías No sabe/No responde

⁴p-valor calculado con la prueba chi-cuadrado. Significativo si < 0.05

⁵ El % total fue calculado en base al total de personas que previamente respondieron que disponían o tenían acceso al mecanismo

Se puede observar que los missings de las variables respuesta analizadas no siguen ningún patrón de distribución específico en la variable pasar consulta en CAP, puesto que los valores p obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado no son significativos, permitiendo asumir que son missings completamente al azar.

Anexo 4. Metodología para la construcción de los modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para el cálculo de razones de prevalencia

Con el fin de hallar la relación entre las variables respuesta y la variable explicativa principal (grupos de especialidades), se realizaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para el cálculo de las razones de prevalencia, ajustando por las variables explicativas que se sabe podrían ser variables confusoras, conforme a lo reportado por la literatura. Estas variables incluyeron: sexo, experiencia como médico, tipo de especialidad, tipo de hospital y pasar consulta en centros de atención primaria.

La variable edad, no se incluyó en los modelos, pues al realizar una prueba de independencia con la variable experiencia como médico, mediante la prueba chi-cuadrado [Tabla 1], se observó una fuerte relación entre las dos variables, por lo cual, se excluyó la variable edad y se decidió incluir la variable experiencia como médico en los modelos, ya que no solo aporta información con respecto a las características sociodemográficas, sino también a la trayectoria laboral del encuestado.

Tabla 1. Distribución de la edad según los años de experiencia como médico

edad_be	Años de experiencia como médico, 4 cat				Total
	0 a 10 añ	11 a 20 a	21 a 30 a	30 a 45 a	
25-40	239	214	0	0	453
	97.55	41.80	0.00	0.00	28.71
41-55	6	298	362	14	680
	2.45	58.20	88.29	3.41	43.09
56-70	0	0	48	397	445
	0.00	0.00	11.71	96.59	28.20
Total	245	512	410	411	1,578
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(6) = 2.1e+03 Pr = 0.000

Para construir los modelos, se realizó un análisis completo de caso, excluyendo los datos de la categoría no sabe/no responde de las variables y excluyendo todos los missings tanto de las variables respuesta como explicativas, ya que, los porcentajes de pérdidas en todas las variables eran bajos (0-4,6%), y posterior a las pruebas de independencia, se asumió que eran missings completamente al azar. En los casos donde los missings son completamente al azar, y se encuentran principalmente en las variables respuesta y no en las explicativas (como es el caso de este estudio), los valores obtenidos en las regresiones suelen ser no sesgados y eficientes.^{1,2}

El criterio de información bayesiano (BIC) y el criterio de información de Akaike (AIC), fueron usados para evaluar el ajuste de los modelos. Inicialmente se calculó el estimador crudo y, posteriormente se fueron añadiendo las variables explicativas de interés, hasta obtener el modelo con el menor valor AIC y BIC, que, en todos los casos, correspondió al modelo que incluía todas las variables explicativas previamente mencionadas.

Referencias:

- 1) Fox, John. Applied regression analysis and generalized linear models (3ed). SAGE publications. 2015. 816p
- 2) Bartlett, J, Hare, O, Carpenter, J. Asymptotically Unbiased Estimation of Exposure Odds Ratios in Complete Records Logistic Regression. Am J Epidemiol. 2015: 182 (8). 730-736

Anexo 5. Análisis de sensibilidad

Para dar peso a los resultados obtenidos, se calcularon las razones de prevalencia y sus respectivos intervalos de confianza en un escenario adicional (escenario 1), donde los datos de las categorías no saben/ no responde de las variables resultado (ver anexo 1), fueron recategorizados y asignados a la peor puntuación posible, que, para efectos de este estudio, correspondía a la categoría *No* en las variables de respuesta analizadas en este estudio.

Tras realizar el análisis en el escenario 1, se obtuvieron resultados constantes, sin variaciones significativas, a los presentados en el análisis final de este trabajo, que no incluye las categorías no sabe/no responde en los modelos.

A continuación, se presentan los valores de las razones de prevalencia y sus intervalos de confianza del 95% en dicho escenario, contrastados con las razones de prevalencia de los resultados de este estudio.

Tabla 1. Comparativa de diferencias entre la experiencia y percepción general de la coordinación clínica según grupos de especialidades: escenario real vs escenario 1

	Especialidades potencialmente descentralizadas N=765	Especialidades predominantemente hospitalarias N=391		Medicina Interna y geriatría N=257		Obstetricia y ginecología N=139		Pediatría y subespecialidades N=118	
	RP	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)
Coordinación de la información entre niveles de atención									
Los médicos de AP y AE compartimos la información de los pacientes que atendemos en común	1.00	0.86 (0.77-0.97)	0.86(0.77-0.97)	0.87 (0.76-1.00)	0.87(0.76-1.00)	1.16 (0.99-1.36)	1.16(0.98-1.36)	0.96 (0.82-1.12)	0.95(0.81-1.11)
La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes	1.00	0.98 (0.89-1.07)	0.96(0.87-1.06)	1.00 (0.90-1.12)	1.02 (0.91-1.14)	1.12 (0.99-1.27)	1.12(0.99-1.26)	0.95 (0.82-1.09)	0.97(0.83-1.11)
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos	1.00	0.99 (0.92-1.06)	0.97(0.89-1.04)	0.99 (0.92-1.08)	0.99(0.91-1.08)	1.12 (1.02-1.22)	1.12(1.02-1.23)	0.99 (0.90-1.10)	0.98(0.87-1.09)
Coordinación de la gestión clínica: Consistencia de la atención entre niveles									
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes	1.00	1.02 (0.96-1.10)	0.98(0.91-1.06)	1.03 (0.95-1.11)	1.03(0.95-1.11)	1.23 (1.12-1.34)	1.20(1.07-1.32)	1.07 (0.98-1.17)	1.06(0.97-1.08)
Existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AE prescribimos	1.00	0.90 (0.83-0.98)	0.87(0.79-0.95)	0.89 (0.80-0.98)	0.90(0.81-0.99)	1.13 (1.02-1.25)	1.11(0.99-1.24)	1.10 (1.00-1.20)	1.04(0.93-1.16)
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren	1.00	0.72 (0.50-1.05)	0.71(0.50-1.03)	0.76 (0.49-1.15)	0.76(0.50-1.16)	1.48 (0.94-2.34)	1.46(0.92-22.30)	1.29 (0.84-1.99)	1.21(0.78-1.89)
Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen)	1.00	0.93 (0.85-1.01)	0.89(0.82-0.98)	0.80 (0.72-0.91)	0.80(0.71-0.90)	0.99 (0.88-1.12)	1.00(0.89-1.14)	1.05 (0.94-1.17)	1.04(0.93-1.16)
Coordinación de la gestión clínica: Seguimiento adecuado entre niveles									
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AE cuando es adecuado	1.00	1.08 (1.00-1.17)	1.03(0.95-1.12)	1.07 (0.97-1.16)	1.04(0.95-1.15)	1.39 (1.25-1.56)	1.38(1.22-1.55)	1.08 (0.96-1.21)	1.06(0.93-1.19)
Los médicos de AE retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado	1.00	1.01 (0.96-1.07)	0.95(0.90-1.02)	0.96 (0.90-1.03)	0.95(0.89-1.03)	1.02 (0.96-1.09)	1.01(0.94-1.08)	0.90 (0.81-1.00)	0.90(0.80-1.00)
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones)	1.00	0.91 (0.84-1.00)	0.86(0.78-0.94)	0.97 (0.88-1.07)	0.97(0.89-1.07)	0.97 (0.84-1.13)	0.94(0.81-1.10)	0.85 (0.73-0.99)	0.82(0.71-0.96)
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE	1.00	0.68 (0.55-0.84)	0.61(0.49-0.76)	0.65 (0.50-0.83)	0.62(0.48-0.79)	1.13 (0.82-1.54)	1.10(0.80-1.51)	1.15 (0.92-1.45)	1.15(0.91-1.44)
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	1.00	1.13 (0.94-1.37)	1.00(0.82-1.22)	0.84 (0.65-1.08)	0.75(0.57-0.97)	1.30 (1.01-1.66)	1.29(1.01-1.67)	1.39 (1.09-1.79)	1.26(0.97-1.64)
Al ser derivado de forma urgente a la AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	1.00	0.95 (0.86-1.04)	0.86(0.77-0.96)	0.95 (0.84-1.06)	0.89(0.78-1.01)	1.17 (1.08-1.28)	1.19(1.07-1.31)	0.99 (0.86-1.14)	0.93(0.79-1.08)
Tras ser retornado a la AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	1.00	0.99 (0.87-1.13)	0.89(0.73-1.11)	0.77 (0.64-0.91)	0.88(0.69-1.11)	1.19 (1.01-1.41)	1.25(0.93-1.68)	1.17 (1.04-1.31)	1.69(1.40-2.06)
Percepción general de coordinación entre niveles									
Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada	1.00	0.80 (0.65-0.98)	0.75(0.61-0.93)	0.86 (0.68-1.08)	0.84(0.67-1.07)	1.36 (1.06-1.73)	1.38(1.07-1.77)	1.09 (0.84-1.41)	1.10(0.86-1.43)

¹ Ajustado por: sexo, años de experiencia como médico, tipo de hospital, tipo de especialidad, pasar consulta en CAP

² Razones de prevalencia obtenidas en el escenario 1.

Tabla 2. Comparativa de diferencias en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación según grupos de especialidades: escenario real vs escenario 1

Especialidades potencialmente descentralizadas		Especialidades predominantemente hospitalarias		Medicina Interna y geriatría		Obstetricia y ginecología		Pediatría y subespecialidades	
N=765		N=391		N=257		N=139		N=118	
RP		RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)
<i>Historia clínica compartida de Cataluña (HC3)</i>									
Tiene acceso al mecanismo	1.00	1.00(0.99-1.01)	0.99(0.98-1.01)	0.99(0.99-1.01)	0.99(0.98-1.01)	1.01(0.99-1.02)	1.00(0.97-1.03)	1.00(0.99-1.00)	1.00(0.99-1.01)
Uso frecuente ³	1.00	0.92(0.81-1.04)	0.92(0.81-1.03)	1.11(0.99-1.24)	1.11(0.99-1.24)	0.97(0.79-1.19)	0.97(0.79-1.18)	0.88(0.73-1.05)	0.97(0.79-1.19)
<i>Historia clínica utilizada en el centro</i>									
Permite compartir información	1.00	1.02(0.98-1.06)	0.95(0.90-1.01)	1.02(0.97-1.07)	0.99(0.93-1.05)	0.94(0.86-1.01)	0.97(0.89-1.07)	1.01(0.94-1.07)	0.99(0.91-1.06)
Uso frecuente ³	1.00	0.90(0.82-0.98)	0.91(0.83-1.00)	1.02(0.93-1.11)	1.03(0.94-1.13)	0.96(0.82-1.11)	0.95(0.82-1.11)	0.83(0.71-0.97)	0.81(0.69-0.95)
<i>Interconsultas virtuales a través de la historia clínica</i>									
Tiene acceso al mecanismo	1.00	0.78(0.69-0.87)	0.61(0.53-0.71)	0.73(0.65-0.83)	0.63(0.55-0.73)	0.52(0.37-0.72)	0.44(0.31-0.63)	0.66(0.53-0.80)	0.58(0.47-0.73)
Uso frecuente ⁴	1.00	0.77(0.63-0.94)	0.75(0.61-0.93)	0.52(0.39-0.70)	0.51(0.38-0.69)	0.52(0.27-0.98)	0.57(0.29-1.08)	0.54(0.35-0.82)	0.55(0.36-0.84)
<i>Interconsultas por correo electrónico</i>									
Tiene acceso al mecanismo	1.00	0.99(0.90-1.10)	0.83(0.72-0.94)	1.07(0.97-1.17)	0.98(0.87-1.10)	0.98(0.82-1.17)	0.92(0.73-1.14)	1.20(1.08-1.33)	1.20(1.05-1.37)
Uso frecuente ⁴	1.00	0.51(0.36-0.73)	0.50(0.35-0.72)	0.74(0.55-0.98)	0.74(0.55-0.98)	0.90(0.44-1.83)	0.91(0.44-1.85)	0.81(0.57-1.15)	0.80(0.56-1.13)
<i>Interconsultas por teléfono</i>									
Tiene acceso al mecanismo	1.00	1.05(0.98-1.12)	0.91(0.83-1.01)	1.10(1.03-1.18)	1.08(0.98-1.17)	1.11(1.01-1.22)	1.09(0.95-1.24)	1.14(1.06-1.23)	1.19(1.07-1.31)
Uso frecuente ⁴	1.00	0.85(0.60-1.19)	0.85(0.60-1.20)	1.40(1.04-1.94)	1.43(1.06-1.93)	0.82(0.46-1.46)	0.83(0.46-1.48)	1.79(1.30-2.46)	1.87(1.37-2.56)
<i>Sesiones clínicas conjuntas</i>									
Tiene acceso al mecanismo	1.00	0.44(0.33-0.58)	0.34(0.27-0.48)	0.62(0.49-0.79)	0.60(0.47-0.77)	1.63(1.16-2.29)	1.66(1.17-2.34)	1.03(0.82-1.31)	1.06(0.83-1.34)
Uso frecuente ⁵	1.00	0.78(0.51-1.18)	0.77(0.50-1.16)	1.26(0.97-1.64)	1.24(0.95-1.62)	1.77(1.28-2.47)	1.77(1.27-2.46)	1.39(1.10-1.77)	1.37(1.08-1.73)
<i>Protocolos, rutas asistenciales o guías de práctica clínica compartidas</i>									
Dispone del mecanismo	1.00	0.79(0.69-0.91)	0.65(0.55-0.75)	0.83(0.73-0.94)	0.78(0.67-0.91)	1.08 (0.88-1.33)	1.33(1.05-1.69)	0.73(0.60-0.89)	0.76(0.62-0.94)
Uso frecuente ⁴	1.00	0.69(0.51-0.92)	0.64(0.47-0.87)	0.93(0.73-1.19)	0.94(0.73-1.20)	1.73(1.28-2.32)	1.77(1.31-2.39)	1.11(0.82-1.50)	1.12(0.83-1.52)
<i>Gestores de casos/ enfermeros/as de enlace</i>									
Dispone del mecanismo	1.00	0.94(0.87-1.03)	0.83(0.74-0.94)	1.09(1.01-1.17)	1.17(1.06-1.28)	0.86(0.71-1.03)	0.87(0.70-1.10)	0.75(0.62-0.91)	0.65(0.52-0.82)
Uso frecuente ⁴	1.00	0.87(0.72-1.07)	0.85(0.70-1.04)	1.39(1.18-1.63)	1.41(1.20-1.66)	0.95(0.69-1.30)	0.94(0.68-1.29)	0.80(0.54-1.18)	0.73(0.49-1.10)
Los médicos de AP son avisados cuando sus pacientes son dados de alta del hospital	1.00	0.96(0.71-1.30)	0.81(0.58-1.13)	1.67(1.32-2.10)	2.16(1.67-2.79)	0.92(0.54-1.57)	0.90(0.52-1.55)	0.54(0.33-0.88)	0.75(0.46-1.20)

¹Ajustado por: sexo, años de experiencia como médico, tipo de hospital, tipo de especialidad, pasar consulta en CAP

² Razones de prevalencia obtenidas en el escenario 1.

Uso considerado frecuente: ³ Diario, ⁴ Diario o semanal y ⁵ Diario, semanal o mensual entre quienes respondieron tener acceso

Tabla 3. Comparativa de diferencias entre factores relacionados con la coordinación clínica según grupos de especialidades: escenario real vs escenario 1

Especialidades potencialmente descentralizadas	Especialidades predominantemente hospitalarias		Medicina Interna y geriatria		Obstetricia y ginecología		Pediatria y subespecialidades	
	N=391		N=257		N=139		N=118	
	RP	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)	RP Aj esc ^{1,2} (IC 95%)	RP Aj real ¹ (IC 95%)
Factores organizativos								
Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE	1.00	1.05(0.92-1.21)	0.91(0.77-1.06)	0.99(0.84-1.16)	0.96(0.81-1.15)	1.17(0.97-1.41)	1.36(1.11-1.68)	0.93(0.76-1.16)
Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales	1.00	0.94(0.82-1.09)	0.89(0.76-1.04)	1.03(0.90-1.19)	1.03(0.88-1.21)	0.98(0.78-1.24)	1.03(0.79-1.33)	0.80(0.63-1.01)
El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente	1.00	1.18(0.79-1.77)	1.14(0.75-1.71)	1.51(0.96-2.35)	1.52(0.97-2.39)	1.07(0.67-1.70)	1.08(0.67-1.73)	2.00(1.21-3.29)
Factores de interacción entre médicos/as								
Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	1.00	0.42(0.32-0.54)	0.40(0.31-0.52)	0.80(0.66-0.97)	0.81(0.67-0.98)	2.06(1.61-2.63)	2.07(1.61-2.66)	1.43(1.20-1.70)
Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes	1.00	1.01(0.94-1.09)	0.96(0.89-1.05)	1.02(0.94-1.10)	1.03(0.94-1.12)	1.19(1.09-1.29)	1.21(1.10-1.34)	1.13(1.04-1.23)
Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel	1.00	0.93(0.86-1.00)	0.86(0.78-0.95)	0.99(0.91-1.06)	0.98(0.88-1.09)	0.98(0.89-1.08)	1.08(0.94-1.25)	1.05(0.98-1.13)
En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales	1.00	0.97(0.88-1.07)	0.96(0.86-1.06)	0.97(0.87-1.07)	0.99(0.88-1.11)	1.09(0.95-1.24)	1.13(0.97-1.31)	1.10(0.96-1.25)

¹ Ajustado por: sexo, años de experiencia como médico, tipo de hospital, tipo de especialidad, pasar consulta en CAP

² Razones de prevalencia obtenidas en el escenario 1.

Anexo 6. Cuestionario COORDENA-CAT

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). Si desea más información, también puede consultar el proyecto en la página web: 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

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)

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

¿Por qué repetimos las pruebas?

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ 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 especializada, ¿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 CLÍNICA 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 con 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 historia 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 con 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 con 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 con 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 con 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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ No respondo |

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

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Siempre | ☐ Muchas veces | ☐ Pocas veces |
| ☐ Nunca | ☐ No sé | ☐ 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 mis 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?

- ☐ Si
- ☐ 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?

7. LISTA STROBE

	No. página	Comentarios
Título	22	La coordinación clínica entre niveles asistenciales según los especialistas hospitalarios del sistema sanitario catalán
Resumen	23-25	En inglés y español
Introducción		
Contexto/Fundamentos	26	
Objetivos	29	
Métodos		
Diseño del estudio	29	
Contexto	29	
Participantes	29	
Variables	30	
Fuentes de datos/medidas	29	Se referencia el artículo sobre el instrumento de medida
Sesgos	38	Se menciona en limitaciones
Tamaño muestral	29	
Variables cuantitativas	NA*	
Métodos estadísticos	30	La metodología detallada para el análisis estadístico, manejo de missings y análisis de sensibilidad se proporciona en el anexo3
Resultados		
Participantes	31	
Datos descriptivos	31	
Resultados principales	31-34	
Otros análisis	63,86	Análisis por tipo de especialidad y análisis de sensibilidad se reportan en los anexos 2 y 5 respectivamente de este documento
Discusión		
Resultados clave	34	
Limitaciones	38	
Interpretación	34-39	
Generabilidad	38	
Otra información		
Financiación	40	
Consideraciones éticas	29,40	

*NA: No aplica