

Mejorando el impacto de las TICs en la coordinación, continuidad y calidad asistencial: investigación operativa en colaboración con los profesionales en tres Comunidades Autónomas (PARTICIPA-TICs)

Avances en el estudio cualitativo

Barcelona, 20 de noviembre de 2025

GAIA: Grup d'Avaluació de la integració assistencial

GAIA: GRUPO EVALUACIÓN de la INTEGRACIÓN ASISTENCIAL (2013)

Grupo de trabajo de entidades que colaboran con el Servicio de estudios del CSC en el desarrollo de investigación aplicada en integración asistencial en el sistema de salud catalán.

Los objetivos principales son:

- ✓ Desarrollar herramientas para analizar la integración asistencial
- ✓ Evaluar la integración asistencial en diferentes entornos de Catalunya (diferentes perspectivas y métodos)
- ✓ Proponer recomendaciones y estrategias para mejorar la integración asistencial al territorio

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) es la unidad de investigación del CSC.

Creada en 1996 con objetivo de contribuir al desarrollo del conocimiento del CSC



2013 el GAIA reconocido por la Comisión Europea como grupo de investigación en el ámbito de la integración asistencial



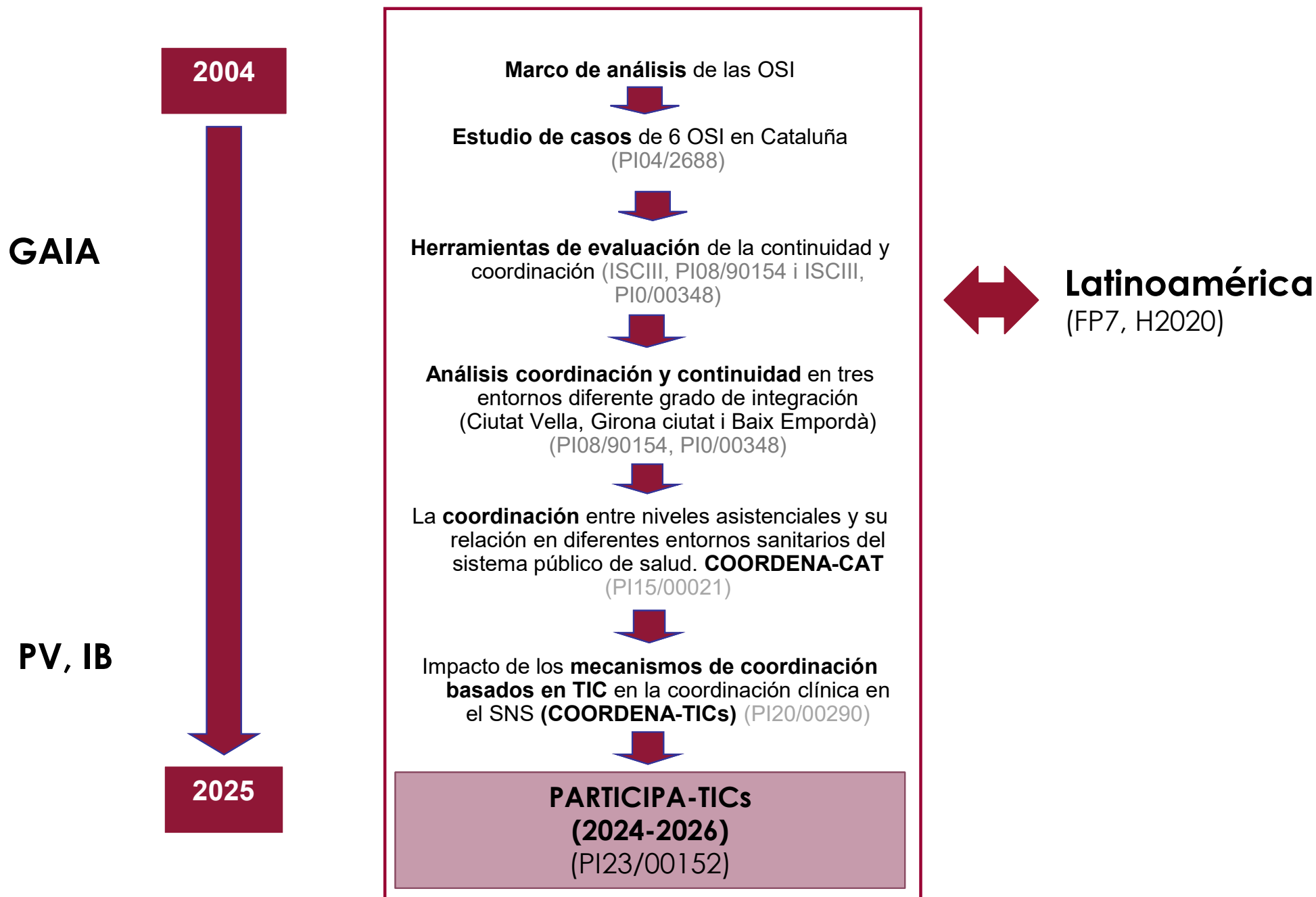
1. Antecedentes
2. Resumen del proyecto PARTICIPA-TICs
3. Resumen del estudio cualitativo
4. Resultados comparativos de áreas de Cataluña
5. Discusión



1. Antecedentes

- Línea de investigación en integración asistencial, GAIA
- COORDENA-TICs

Investigación en integración asistencial del SEPPS



- **Coordinación** de la atención **entre niveles** → **impacto en la calidad de la atención**
- **TICs, oportunidad para mejorar la coordinación entre niveles** (retroalimentación). **Implementación (inversión) se acelera con la pandemia por COVID-19. Escasa evaluación.**
- **Resultados estudio COORDENA-TICs:**
 - **Diferencias en la experiencia y percepción de la coordinación entre niveles en las tres CC. AA** → **Mejor en País Vasco (Cataluña e Islas Baleares).**
 - **Implantación desigual** de mecanismos de coordinación basados en TICs
 - Elevada disponibilidad de HCE de la CC. AA, pero un mayor uso en País Vasco.
 - Uso frecuente de las interconsultas virtuales a través de la HC en Cataluña y más en País Vasco.
 - Limitado uso de mecanismos de comunicación directa en las tres (sesiones clínicas conjuntas, interconsultas telefónicas)
 - **Variabilidad y dificultades en el uso** de los mecanismos existentes
- Necesidad de **profundizar en el análisis de las causas** del uso limitado y desigual de estos mecanismos, la contribución a la mejora de la coordinación y **diseñar estrategias de mejora.**
- Importancia de la **implicación de profesionales** en el diseño e implementación de las intervenciones para mejorar su efectividad y sostenibilidad⁽¹³⁾
- Necesidad de **evaluación de los procesos** de implementación → investigación operativa⁽¹⁴⁾.

2. PARTICIPA-TICs

- objetivos
- métodos



Objetivo general

Analizar la **contribución a la coordinación y calidad asistencial** de **mecanismos de coordinación basados en TICs** en tres comunidades autónomas y elaborar una **estrategia alternativa para su mejora** en el sistema nacional de salud (SNS)



Fases del proyecto

- **Fase I:**

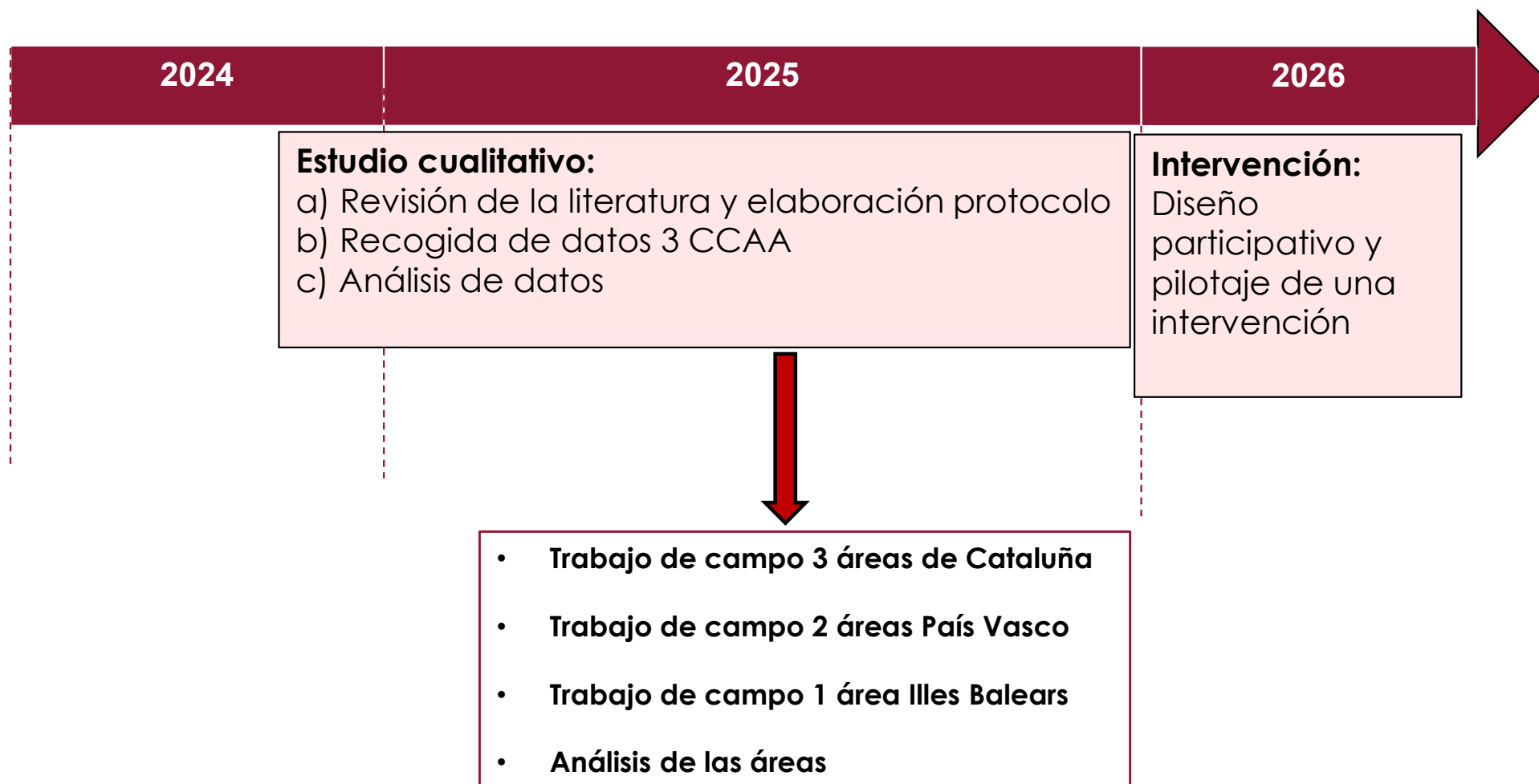
- Estudio cualitativo en áreas participantes del COORDENA-TICs de País Vasco, Islas Baleares y Cataluña

- **Fase II:**

Intervención en un área que haya participado en el estudio cualitativo, usando un método participativo.

Diseño y pilotaje de una estrategia de uso de un/os mecanismos de coordinación basados en TICs, para mejorar la coordinación clínica entre niveles

¿Dónde estamos ahora?



3. Estudio cualitativo

- objetivo
- método

Objetivo

Analizar las **barreras y facilitadores en el uso** de los mecanismos de coordinación entre niveles basados en TICs y su **contribución a la coordinación y continuidad entre niveles**, desde la perspectiva de los/as actores principales

Métodos (I): Diseño y áreas de estudio

Diseño

Estudio cualitativo descriptivo-interpretativo

Áreas de estudio

Áreas básicas de salud y hospital de referencia (del COORDENA-TICs)



Criterios de selección del área:

- Urbano, semi-urbano/rural
- Tipo de hospital (comarcal, de referencia, alta tecnología)
- Tipo de gestión del área (integrada, semi, no integrada)

Comunidad Autónoma	Territorio
Cataluña	• Badalona (BSA) • Alt Empordà (FSE) • Barcelona (HMAR)
País Vasco	• Vizcaya • Gipúzcoa
Islas Baleares	• Palma de Mallorca (H. Son Espases)

• Técnica de recogida de datos

- Entrevistas semiestructuradas

4. Resultados

Muestra Cataluña

Áreas de estudio	Badalona	Alt Empordà	Barcelona- HMar
Perfil de los participantes			
Médicos/as:			
Atención Primaria	4	4	4
Atención Hospitalaria e Intermedia	4	5	4
Directivos o cargos medios	2	2	3
Total	10	11	11

*entrevistas previas a 3 informantes claves de cada territorio

4.1 Resultados comparativos de la Historia Clínica (HCC)

1. Opiniones sobre el mecanismo
2. Opiniones sobre el uso del mecanismo
3. Factores que influyen
4. Contribución a la coordinación
5. Sugerencias de mejora

1. Opiniones sobre HC y HC3

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Coexistencia de múltiples HC a. Interoperabilidad: muchas ventanas, no comparte la información automáticamente b. Problemas informáticos - Pierde conectividad, plataformas colapsan 2) Historia clínica Hospital: desactualizado, poco ágil, muchos clics, sólo como repositorio 3) HC3 a. Registro: toda la información necesaria, falta cierta información de AH (AP) b. Navegabilidad: ágil, clara, visualmente rápida	1) Coexistencia de múltiples HC a. Interoperabilidad: muchas ventanas (AP), no se integran bien, muchos clics (AP), no integración Social-Sanitaria (G) b. Problemas informáticos - Pierde conectividad(AP) 2) Historia clínico Hospital: desactualizado, muchos enlaces externos 2) HC3 a. Registro: más información que antes, faltan ciertos informes e información PCC/MACA b. Navegabilidad: ágil, clara, pocos clics	1) Coexistencia de múltiples HC a. Interoperabilidad: no se integran bien, poco fluido, distintos servidores (G) b. Problemas informáticos - Pierde conectividad, tiempos lentos de carga 2) Historia clínica Hospital: desactualizado, poco espacio de memoria 2) HC3 a. Registro: toda la información, falta de PCC/MACA (AP), ciertas pruebas y programaciones no están (AP, AH) b. Navegabilidad: ágil, fácil acceso, preferible IMASIS (AH), no explotación datos (G)

2. Opiniones sobre el uso del HC3

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Frecuencia Habitual, en consulta y preparación de casos Ver indicaciones de hospital y explicarle situación al paciente 2) Variabilidad uso Cómo y dónde registrar (HC) varía entre profesionales/ servicios → pérdida de tiempo, búsqueda activa, riesgo de pérdidas No siempre se mira toda la información (G)	1) Frecuencia Habitual, en consulta. A veces luego de la consulta (privilegiar exploración) Ver indicaciones de hospital 2) Variabilidad uso Cómo y dónde registrar (HC) varía entre profesionales → búsqueda activa Especialidades no quirúrgicas la utilizan más (AH). Poco completos las quirúrgicos (AP) No toda AH publica en HC3, depende del profesional (tener que entrar a GAVINA)	1) Frecuencia Habitual, en consulta y preparación de casos Se utilizan ambas plataformas a la vez (RAE las 3) 2) Variabilidad uso Cómo y dónde registrar varía (HC) entre servicios → dificulta visualización (AP, AH) AH no siempre revisa la información → comunicación vía paciente (AP) Notas al paciente para petición de pruebas (AH)

3. Factores que influyen al HC3

Badalona	Alt Empordà	Barcelona -HMar
1) Organizativos - Diversos proveedores → dificultad/esfuerzo en consensuar criterios - Diferencias de registros entre servicios hospitalarios → dificultad visualización desde AP 2) Individuales - Conocimiento de uso → uso funcionalidades - Canales informales 3) Contexto - CatSalut: qué información se comparte, seguimiento plataforma, funcionalidades	1) Organizativos - Diversos proveedores → dificultad/esfuerzo en consensuar criterios - Información pensada para pacientes agudos → dificultad de información en crónicos (PCC/MACA) 2) Individuales - Conocimiento de uso → uso funcionalidades 3) Contexto - Dirección territorial: decisión sobre qué información se comparte	1) Organizativos - Diversos proveedores y servidores → dificultad/esfuerzo en consensuar criterios - Diferencias de registros entre servicios hospitalarios - Acuerdos direcciones → no considera necesidades asistenciales de registro y utilización (AP) 2) Individuales - Conocimiento de uso → no RAE, menos conocimiento de HC3 y ECAP - Actitud: resistencia a utilizar nuevos canales, barrera generacional tecnológica 3) Contexto - CatSalut: qué información se comparte

4. Contribución a coordinación HC3

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Transferencia de información -Manejo resolutivo y seguimiento de casos Vs entrar a programa hospitalario → pérdida y retrasos (AP), error en programación de pruebas (múltiples ventanas)(AH) 2) Evita duplicaciones -Pruebas/citas adecuadas y oportunas → Agiliza tratamiento Vs No acceso/ registro información→ duplicaciones 3) Vínculo Dificultad de equilibrar tiempo ordenador y de exploración → molestias del paciente y distancia (AH)	1) Transferencia de información - Manejo resolutivo y seguimiento de casos - Actuaciones informadas con el otro nivel 2) Evita duplicaciones Pruebas/citas adecuadas Vs No acceso/registro información→ duplicaciones (AH), retrasos y errores en tratamiento (G) 3) Vínculo Dificultad de equilibrar tiempo ordenador y exploración (AH) 4) Mayor demanda AP Mayor información → mayor consultas a AP (pruebas, programaciones, dudas tratamiento, prescripciones). Aumento lista de espera (AP)	1) Transferencia de información -Manejo resolutivo y seguimiento de casos -Información constante y actualizada → evita errores y malentendidos 2) Evita duplicaciones Vs No acceso o registro de información→ duplicaciones (AP-AH) 3) Vínculo Dificultad de equilibrar tiempo ordenador y exploración → molestias del paciente y distancia (AP) Vs Toda la información: mejor trato y mostrar conocimiento del caso (AH)

5. Sugerecias de mejora del HC3

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
Unificar HC Historia única compartida en Cataluña Que se pueda filtrar por nivel de atención	Unificar HC Historia única compartida en Cataluña Poder trabajar desde HC3 Mejorar integración de datos entre proveedores	Unificar HC Historia única compartida para Cataluña, y para todo el estado español (AH)
Acceso a la información de HC3 Visualización más clara y menos clics Simplificar plataforma Estandarizar utilización y registro entre proveedores (G)	Acceso a información de HC3 Más filtros que faciliten búsqueda Acceder a toda la información hospitalaria Poder explotar datos	Acceso a información de HC3 Visualización más clara y menos clics Simplificar plataforma
Ayuda IA Asistente de registro automático: más tiempo de exploración Gestión administrativa automática según información ingresada Avisos sobre realización de pruebas y en qué tiempos	Ayuda IA Asistente de registro automático: registro, orden y clasificación de la información traspasada	Ayuda IA Asistente de registro automático: más tiempo de exploración

4.2 Resultados comparativos de la interconsulta virtual (IV)

1. Opiniones sobre el mecanismo
2. Opiniones sobre el uso del mecanismo
3. Factores que influyen
4. Contribución a la coordinación
5. Sugerencias de mejora

1. Opiniones sobre la IV

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Funciona bien: fácil utilizar, registro en HC vs dificultades diseño y funcionamiento: No es ágil, clics → Tiempo 2) Respuesta no se agenda -muchas alertas vs. botón externo(e-mail) → revisión fuera agenda -Alarma de IV, pero no en agenda (AH) 3) No bidireccional - No permite mantener comunicación fluida (AP,AH) → dificulta coordinación/acuerdos - No se realizan de AH a AP	1) Funciona bien: fácil de utilizar (G) vs dificultades diseño y funcionamiento: No es ágil, clics → Tiempo - Información no estructurada 2) Respuesta no se agenda → revisión fuera agenda 3) No bidireccional - No permite mantener comunicación fluida → dificulta coordinación/acuerdos - No se realizan de AH a AP	1) Funciona bien: fácil utilizar, registro en HC vs dificultades diseño y funcionamiento: No es ágil, clics, diferentes plataformas no integradas → Tiempo 2) Respuesta no se agenda vs RAE (agendas compartidas en ECAP, visita virtual a AP -9E-) → revisión fuera agenda 3) No bidireccional - No permite mantener comunicación fluida (AP,AH) → dificulta coordinación/acuerdos

2. Opiniones sobre el uso de la IV

	Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
Utilización	- Uso frecuente - Varía entre MF y servicios vs derivación directa	- Uso limitado - Varía entre MF/CAP/servicios vs derivación directa (AH, G) -Algunos servicios sin derivación presencial	- Uso frecuente - Varía entre servicios (G) - Algunos servicios sin derivación presencial
Consulta adecuada	- Adecuación varía según MF - Fallos realización: falta información → búsqueda en HC3, rechazo, pérdida tiempo - Interconsultas administrativas (AH) → Carga para AH, no se responden inmediato	- Adecuación varía según MF - Fallos realización: falta/demasiada información → búsqueda en HC3, rechazo, pérdida tiempo - Interconsultas administrativas/duplicada (AH)	- Adecuadas en general -Fallos realización: falta información → búsqueda HC3, pérdida tiempo - Interconsultas administrativas/innecesarias (AH) → Carga para AH
Adecuación respuesta	- Respuesta rápida en general (según servicio/profesional) - Resolutivas según servicio/profesional (AP, G) → Dificulta seguimiento, nueva interconsulta/derivación presencial, retrasa tratamiento	- Respuesta rápida en general (según servicio/profesional) - Resolutivas según servicio/profesional (AP, G) → retrasa tratamiento	- Respuesta rápida en general RAE más rápido(AP) - Resolutivas según profesional vs respuesta administrativa → nueva interconsulta

3. Factores que influyen a IV (I)

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Organizativos a. Gestión integrada → conocimiento mutuo+ acuerdos direcciones b. Implementación: - Poco participativa → imposición (AP-AH) - Heterogéneo según servicio: criterios, circuitos, responsabilidad poco clara ← acuerdos/protocolos → sobrecarga, desgaste AP (G) → frecuencia y adecuación IV (AH) c. Falta de tiempo (asignado) → fallos realización, respuestas incompletas/tardías (AP, AH)	1) Organizativos a. Gestión no integrada → no criterios compartidos b. Implementación: - Poco participativa → imposición (AP-AH) - Heterogéneo según servicio: criterios, circuitos, responsabilidad poco clara ← acuerdos/protocolos → sobrecarga, desgaste AP (AP) → frecuencia y adecuación IV c. Falta de tiempo (asignado) → fallos realización, respuestas incompletas/tardías d. Otros mecanismos - Informal/resolución dudas → menor uso de IV	1) Organizativos a. Gestión no integrada → no criterios compartidos b. Implementación: - Poco participativa → imposición (AP-AH) - Heterogéneo según servicio: información, criterios, circuitos, responsabilidad poco clara ← acuerdos/protocolos → sobrecarga, desgaste AP (G) → frecuencia y adecuación IV c. Falta de tiempo (asignado) → fallos realización, respuestas incompletas/ tardías (AP, AH) d. Otros mecanismos → menor uso de IV - RAE → facilidad realizar/responder dudas vs. uso comunicación informal, derivación presencial

3. Factores que influyen a IV (II)

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
2) Individuales Conocimiento mutuo: empatía, confianza y más comunicación → mayor uso vs mecanismos informales Formación MF → adecuación IV, conocimiento y autonomía Actitud: resistencia nuevos canales y actividades (AH,G), barrera generacional tecnológica (AH), percepción de utilidad → uso	2) Individuales Conocimiento mutuo: empatía, confianza y más comunicación → mayor uso IV Formación MF → adecuación IV, conocimiento y autonomía Actitud: resistencia nuevos canales y actividades (AH,G), disposición (AP), vergüenza realizar preguntas (AH) → uso	2) Individuales Conocimiento mutuo: empatía, confianza y más comunicación → mayor uso vs mecanismos informales Formación MF → adecuación IV, conocimiento y autonomía Actitud: resistencia nuevos canales y actividades (AH,G), barrera generacional tecnológica (AP) → uso
3) Contexto - Características población: demanda, aumento cronicidad y multimorbilidad → mayor IV	3) Contexto - Características población: demanda, aumento cronicidad y multimorbilidad → mayor IV	3) Contexto - Características población: demanda, aumento cronicidad y multimorbilidad → mayor IV

4. Contribución a coordinación IV

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
1) Coherencia de la gestión clínica Resolución dudas, agiliza/orienta tratamiento vs Duplicidad pruebas y visitas 2) Seguimiento Evita derivaciones innecesarias ← resolución dudas, formación Vs derivación presencial ← falta respuesta/no resolutive 3) Accesibilidad AH - Disminuye tiempos de espera AH Vs Aumenta tiempos de espera AH (AP) ← IV no resolutive/rechazo: nueva IV 4) Formación continua AP: conocimientos clínicos específicos	1) Coherencia de la gestión clínica Resolución dudas, agiliza/acuerdo tratamiento 2) Seguimiento Evita derivaciones innecesarias Vs Derivación presencial ← necesidad explorar paciente - Dificulta seguimiento pacientes complejos 3) Accesibilidad AH - Disminuye tiempos de espera AH Vs Aumenta tiempos de espera AH (AP,AH) ← IV no resolutive: nueva IV → visitas innecesarias AP/urgencias 4) Aumenta tiempo espera AP (G) ← aumento trabajo	1) Coherencia de la gestión clínica Resolución dudas, agiliza/orienta /acuerdo tratamiento 2) Seguimiento Evita derivaciones innecesarias ← resolución dudas 3) Accesibilidad AH - Disminuye tiempos de espera AH 4) Formación continua AP: actualización temas, manejo paciente

5. Sugerencias de mejora de IV

Badalona	Alt Empordà	Barcelona-HMar
Ver en agenda /alertas específica respuesta → Tiempo uso, adecuación Bidireccionalidad Permitir retroalimentación→ ágil, evita canal informal Unificar plataforma: registro y visualización toda actividad →Trazabilidad Implementar mecanismos que favorecen uso adecuado: -Conocimiento mutuo: rotación MIR por AP, reuniones -Comunicación sincrónica: “guardias de preguntas”/chat, sesiones clínicas virtuales -Criterios/protocolos uso (Cataluña, adaptados localmente)	Ver en agenda /alertas específica respuesta → Tiempo uso, adecuación Bidireccionalidad Unificar plataforma: registro y visualización toda actividad, más ágil (AH) Implementar mecanismos que favorecen uso adecuado: -Conocimiento mutuo: reuniones/encuentros periódicos -Comunicación sincrónica: “guardias de preguntas”/chat, sesiones clínicas virtuales - Criterios/protocolos uso (AP,AH) -Ayuda IA resolución (chat)	Bidireccionalidad Permitir retroalimentación Unificar plataforma: más ágil (ayuda IA) Implementar mecanismos que favorecen uso adecuado: -Conocimiento mutuo: reuniones/espacios compartidos -Comunicación sincrónica: “guardias de preguntas”/chat, sesiones clínicas virtuales -Criterios/protocolos uso

4.3 Conclusiones

Resumen de resultados HC

Fundamental para el traspaso de información y pilar para la coordinación entre niveles. Pero presenta **dificultades**, algunas varían según el territorio.

- **Mecanismo:**

- ✓ Interoperabilidad de plataformas, desactualización HC hospitalaria, conectividad.
- ✓ **HC3: falta información relevante de AH** (AP), y pacientes crónicos complejos (Alt Empordà y Barcelona)

- **Uso** (frecuente en consulta)

- ✓ **Variabilidad** registro y uso entre profesionales/servicios

- **Contribución: transferencia de información** (manejo resolutivo y seguimiento de casos) + **evita duplicidades** de citas, pruebas y tratamientos. **Pero disminuye por dificultades:** pérdida tiempo, retrasos, errores, duplicaciones + interferencia comunicación y exploración

- **Sugerencias: unificar** en HC3, + **ágil y visual**, **criterios estandarizar** registro y uso, **más información AH, ayuda IA** (registro, avisos)



Resumen de resultados IV

Funciona bien/registro HC, principal herramienta de comunicación entre niveles. Pero presenta **dificultades**, que varían según el territorio/servicios:

- **Mecanismo:**

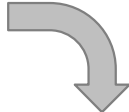
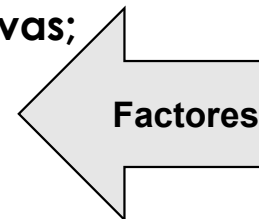
- ✓ No es ágil, no se agenda la respuesta/aviso, ni bidireccionalidad ni sincronicidad (casos complejos)

- **Uso** (generalizado en Badalona y BHMar)

- ✓ **Interconsulta: información, administrativas;**
Respuesta: resolutividad
- ✓ **Frecuencia y adecuación varía entre servicios y profesionales**

- **Contribución: resolución rápida** duda y **acuerdos** **tratamientos, evita derivaciones** presenciales innecesarias y **mejora tiempo espera AH,** **formación** continuada **AP. Pero disminuye si el uso es inadecuado. No facilita coordinación** pacientes complejos.

- **Sugerencias: bidireccionalidad,** el tiempo en **agenda** y la implementación de **mecanismos sincrónicos y criterios comunes** que apoyen su uso



- Tipo de **gestión: integrada** favorece conocimiento mutuo y criterios comunes.
- **Implementación** (según servicio): **poco participativa dificulta** uso (responsabilidades poco claras, sobrecarga, conflicto). **Liderazgo**
- **Individuales:** conocimiento mutuo y actitud nuevo mecanismo

4.4 Reflexión final

Reflexión final

- **Herramientas digitales** como la HC3 o la interconsulta virtual se han convertido en **mecanismos principales de coordinación clínica** entre la AP y AH.
 - No obstante, su **contribución a la mejora de la coordinación clínica**, y en último término a la calidad de la atención, requiere mejoras en el **diseño** del mecanismo y en su **implementación** a nivel local que faciliten un uso adecuado.
 - Importancia establecer **criterios comunes para estandarizar uso, formación a los profesionales** para su uso, **y en el caso de las IV** incorporarlas en una **estrategia general para mejorar la coordinación** a nivel local/servicios basada en una aproximación participativa (reuniones conjuntas, protocolos) que también contemple **mecanismos sincrónicos de comunicación. Apoyo institucional en todos los niveles** (Catsalut/Red proveedores territorio/Servicios)
-

Gràcies!
Eskerrik asko!
¡Gracias!

Publicaciones relacionadas: <https://www.consorci.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/>

5. Preguntas y discusión
