



Consorci de Salut i
Social de Catalunya

Canvis en la coordinació entre nivells d'atenció en diferents entorns del sistema sanitari català entre 2017 i 2022

Informe comparatiu de les enquestes
COORDENA-CAT i COORDENA-TICs



Daniela Campaz-Landazabal, Franco Amigo, Ingrid Vargas, María Luisa Vázquez
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS)
Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA)

Canvis en la coordinació entre nivells d'atenció en diferents entorns del sistema sanitari català entre 2017 i 2022

Informe comparatiu de les enquestes COORDENA-CAT (2017) i COORDENA-TICs (2022)

-novembre 2023-

Cita recomanada: Daniela Campaz-Landazabal, Franco Amigo, Ingrid Vargas, María Luisa Vázquez per GAIA. Canvis en la coordinació entre nivells d'atenció en diferents entorns del sistema sanitari català entre 2017 i 2022. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya. 2023, pp 56.

Índex

La investigació sobre integració assistencial en el CSC	4
Membres que han participat en el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA)	5
Resum executiu	6
Introducció	9
Metodologia	11
Resultats.....	13
1) Participació i característiques de la mostra en 2017 i 2022.....	13
2) Canvis en l'experiència i percepció de la coordinació clínica entre nivells assistencials 15	
Coordinació de la informació clínica entre nivells assistencials.....	15
Coordinació de la gestió clínica entre nivell assistencials.....	16
Percepció general de coordinació entre nivells assistencials en el territori	22
3) Canvis en la disponibilitat, ús i dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació existents	24
Disponibilitat dels mecanismes de coordinació entre nivells	24
Ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció existents	27
Dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció	30
4) Canvis en els factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció	33
Factors organitzatius	33
Factors d'interacció	35
Factors actitudinals: Satisfacció amb la feina	37
5) Suggeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció en 2022.....	38
Conclusions	40
Següents passos	42
Referències bibliogràfiques	43
Agraïment a totes les entitats participants en l'enquesta.....	47
Publicacions dels projectes COORDENA-CAT i COORDENA-TICs	49
Instrument	49
Articles.....	49
Comunicacions a congressos.....	49
Altres publicacions relacionades amb el tema	50
Annexes.....	51
Annex 1. Dificultats en l'ús de mecanismes de coordinació segons mecanisme i àrea, 2022.....	51
Annex 2. Suggeriments de millora de la coordinació per àrea d'estudi	56

La investigació sobre integració assistencial en el CSC

El **Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS)**, la unitat d'investigació del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), es va crear per a contribuir a enfortir el posicionament estratègic del CSC i els seus associats en el sector sanitari català, estatal i internacional, mitjançant la generació i divulgació de coneixement en àrees rellevants per al sector. L'any 2009 va ser reconegut com *grup d'investigació emergent* de Catalunya per la Comissió d'Ajudes d'Investigació del Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya (2009-SGR 670) i posteriorment (2013, 2017 y 2023) va ser (re)acreditat com a grup d'investigació consolidat (2021 SGR 01124).

Una de les línies d'investigació més importants del SEPPS és la d'integració de serveis de salut. Iniciada en 2003, ha comptat amb finançament nacional (ISCIII/FIS) i internacional (EU FP7, H2020), que li ha permès evolucionar i anar innovant contínuament des de la conceptualització a l'anàlisi introduint diferents perspectives, mètodes i instruments, per a l'avaluació de la integració de serveis de salut i les seves implicacions sobre la coordinació, continuïtat i qualitat assistencial i l'accés a l'atenció a Catalunya i a Llatinoamèrica. Es va iniciar amb el desenvolupament del marc teòric per a l'anàlisi de les organitzacions sanitàries integrades i els seus resultats de coordinació i continuació assistencial, inexistent fins aquell moment[1]. El marc teòric es va aplicar en un estudi de casos d'organitzacions sanitàries integrades a Catalunya[2] i posteriorment s'ha anat millorant i ampliant a mesura que s'aplicava, per a incorporar altres elements d'anàlisi rellevants (accés, equitat d'accés i qualitat assistencial, efectivitat, cost-efectivitat) i ha estat acceptat per a ser aplicat en qualsevol sistema sanitari[3–5].

Donada l'absència d'eines per a l'avaluació de la continuïtat i coordinació assistencial entre nivells, el desenvolupament d'aquesta línia d'investigació també ha comportat el disseny i validació progressius de diversos instruments, basats en el marc conceptual elaborat: a) de mesura: qüestionari per avaluar la continuïtat assistencial (CCAENA[6,7]), qüestionari per avaluar l'accés i la equitat d'accés en salut [8], recentment adaptat a l'accés al diagnòstic de càncer [9] tots dos des de la perspectiva dels pacients; un conjunt d'indicadors per a mesurar el grau de coordinació entre nivells i la implantació de mecanismes de coordinació des de la perspectiva dels metges/esses [11,12]; b) guies per a l'anàlisi qualitatiu, des del punt de vista dels agents principals i documents [1]. Aquests instruments permeten l'avaluació de l'actuació dels serveis, de l'impacte d'intervencions introduïdes, monitoritzar els resultats al llarg del temps i comparar entre serveis (benchmarking), des de les perspectives dels serveis de salut, els seus agents i els pacients (*Patient-reported experience measures* – PREMs -).

Per a l'aplicació d'aquests instruments, s'han anat adoptant diferents aproximacions metodològiques innovadores i multidisciplinars (*mixed methods* i investigació-acció-participativa) que han contribuït, per un costat, a l'avaluació i per altre, a la millora de la coordinació i continuïtat assistencial en diferents entorns. Quant a la coordinació clínica, des de la perspectiva dels serveis de salut, es va realitzar una aproximació al grau de coordinació entre nivells a partir de l'aplicació d'indicadors en tres entorns sanitaris de Catalunya[10]. Des del punt de vista dels professionals de salut, la coordinació clínica (de la informació i de la gestió clínica) i els factors que influeixen (contextuals, organitzatius i individuals) s'han analitzat mitjançant estudis qualitatius i enquestes a Catalunya i a Llatinoamèrica[11,12,21–27,13–20] [10- 29]. En quant a la continuïtat assistencial, des del punt de vista dels pacients, s'ha explorat l'experiència de continuïtat i els factors associats (entorn sanitari i característiques individuals)

a Catalunya i Llatinoamèrica [28,29,38–40,30–37]. A partir dels resultats de l'avaluació de la coordinació clínica a les xarxes de serveis de salut de sis països de Llatinoamèrica, també es van desenvolupar de forma participativa intervencions que van aconseguir millores en graus diversos, segons l'entorn[5,41–44].

Aquesta línia d'investigació d'integració de serveis de salut es desenvolupa en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (**GAIA**), grup de treball permanent del CSC que agrupa entitats associades i altres institucions del sector, l'Institut Català de la Salut (ICS). Si bé va començar a col·laborar des del 2003, es va crear formalment en 2013, amb l'objectiu de contribuir al desenvolupament d'investigació aplicada per a l'avaluació i millora de la integració assistencial al sistema de salut català.

Membres que han participat en el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA)

Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC): María Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Marta Aller, Sina Waibel, Laura Esteve Matalí, Daniela Campaz Landazabal, Palmira Borràs

Institut Català de la Salut (ICS): Alex Escosa, Rosa M^a Morral, Yolanda Lejardi

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

Grup SAGESSA: Lluís Colomé

Badalona Serveis Assistencials (BSA): Joan Manuel Pérez-Castejón, Àngels Avecilla, Santiago Tomás, Parc Sanitari Pere Virgili: Mercè Abizanda

Parc de Salut Mar: Francesc Cots

Fundació Salut Empordà: Pere Plaja

Consorci Sanitari de Terrasa: Antonio Sánchez, Elena Medarde,

Consorci Hospitalari de Vic: Esther Fernández, Isabel Ramon, Pere Roura

Consorci Sanitari de l'Anoia: Marta Banqué

Gestió i Prestació de Serveis de Salut: Rami Qanneta

Resum executiu

La resposta a la pandèmia per COVID-19 va comportar, entre altres, la reorganització de la provisió de serveis de salut, amb redistribució de recursos, canvis en el model d'atenció i una acceleració en la introducció de noves tecnologies per a mantenir l'atenció oportuna als pacients i evitar els contagis. Es desconeix si aquests canvis han influït de manera positiva o negativa sobre la coordinació clínica entre nivells assistencials, essencial per a proveir una atenció de qualitat i eficient.

L'anàlisi dels canvis és possible gràcies a la realització dels estudis COORDENA-CAT (2017) i COORDENA-TICs (2022), finançats pel FIS i Fons FEDER i liderats pel Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA) i el segon a més amb la col·laboració dels serveis de salut del País Basc (Osakidetza) i de les Illes Balears. Aquests estudis permeten analitzar de manera exhaustiva la coordinació clínica entre nivells, mitjançant les dos enquestes realitzades en els anys 2017 i 2022, a metges/esses d'atenció primària (AP) i hospitalària (AH) de diferents entorns del sistema sanitari català.

Aquest informe presenta els principals resultats de l'anàlisi comparatiu entre 2017 i 2022 amb la finalitat de monitoritzar l'evolució en l'experiència i percepció general de coordinació clínica entre nivells, així com els factors relacionats, incloent la disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació basats en TICs i els suggeriments de millora dels/les metges/esses d'AP i AH per a detectar àrees de millora i orientar la presa de decisions. La mostra analitzada consisteix en 2740 metges/esses d'AP i AH en 2017 i 1973 en 2022, provinents de les 22 àrees sanitàries que van participar de manera completa (tant l'AP com l'AH) en 2022.

Els resultats mostren que, en general, l'experiència de coordinació de la informació entre nivells (transferència i ús de la informació clínica del pacient) continua sent relativament elevada i va millorar en algun aspecte. Mentre que, amb alguna variació entre àrees, l'experiència de la coordinació de la gestió clínica entre nivells (consistència de l'atenció, seguiment del pacient i accessibilitat entre nivells), va tenir algunes millores, però també davallades. Així mateix, hi va haver un empitjorament de la ja de per si baixa percepció general de coordinació entre nivells en quasi totes les àrees. En relació amb els factors que influeixen van empitjorar alguns factors organitzatius (suport institucional, temps disponible), d'interacció (coneixement mutu) i actitudinals (satisfacció amb la feina). Va augmentar la disponibilitat i ús d'alguns mecanismes de coordinació basats en TICs (Històries clíniques compartides, interconsulta virtual), mentre que altres disminueixen.

En l'experiència en la transferència i ús d'informació entre nivells, amb algunes diferències entre àrees, va augmentar el percentatge de metges/esses que referien compartir la informació del pacient (64% en 2017 a 67,3%), així com el percentatge d'aquests, que consideraven que aquesta informació és útil (73,1% a 78%) i es va mantenir els que referien que la utilitzaven sense diferències importants entre àrees.

Amb respecte a la **consistència de l'atenció entre nivells**, amb algunes diferències entre àrees, hi va haver un empitjorament d'alguns aspectes, amb un augment de repetició de proves (25,4% en 2017 a 31,8% en 2022) i una disminució de la ja baixa definició conjunta de plans de tractament per als pacients que ho necessiten (13,7% a 12,2%). No obstant, va millorar el ja elevat acord en els tractaments prescrits (77,1% en 2017 a 79,6% en 2022).

En quant al **seguiment de l'atenció entre nivells**, hi va haver millores en aspectes tals com les recomanacions de seguiment de l'AH a l'AP (58,7% en 2017 a 61,8% en 2022), així com en la consulta de dubtes de l'AP a l'AH (41,3% en 2017 a 44,1% en 2022). Encara que amb marge de millora, continua havent una elevada proporció de metges/esses que considera que es deriven als pacients a l'AH i es retornen a l'AP quan és adequat.

L'**accessibilitat entre nivells** continua sent un punt de millora, en general, en totes les àrees. Persisteixen els elevats temps d'espera tant per a la consulta urgent com a preferent a l'AH i va augmentar considerablement el percentatge de metges/esses que considera que van empitjorar els temps d'espera per a l'AP després de la consulta en AH (16,1% a 27% en 2022).

Encara que amb diferències entre àrees, hi va haver un **empitjorament de la ja baixa percepció general de coordinació** en les àrees avaluades, passant de 34,3% a 26,3% en 2022. Els principals motius d'aquesta baixa percepció esmentats van ser la falta de comunicació i contacte directe, mecanismes de coordinació insuficients i falta de temps i recursos humans.

Amb respecte als factors que influeixen sobre la coordinació, encara que amb algunes diferències entre àrees, en general hi va haver un empitjorament de **factors organitzatius**. Així, va disminuir la proporció de metges/esses que considera que els directius de la seva organització facilita la coordinació (52.4% a 35.6% en 2022), i que la organització defineix objectius orientats a la coordinació (48.1% a 35.1%). Així mateix, va empitjorar la ja baixa proporció que considera que el temps per a coordinar-se és suficient (13.4% en 2017 a 9.4% en 2022) i el percentatge de metges/esses d'AH que passa consulta en els centres d'AP (24.4% a 16.7%)

Per altre costat, continua havent **una disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació desigual** entre àrees. La història clínica compartida de Catalunya (HC3/HES) continua sent el mecanisme més àmpliament conegut en totes les àrees i el seu ús es va incrementar (62.7% en 2017 a 76.1% en 2022). De igual manera, va augmentar l'ús de les històries clíniques compartides pròpies dels centres (79.7% a 86.5%) i de les interconsultes virtuals (49.7% a 54.7%), però la seva disponibilitat continua sent molt limitada en algunes àrees. Destaca la disminució, en general, de la disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació que promouen la comunicació directa, com les sessions clíniques conjuntes entre nivells o les interconsultes per telèfon i per correu electrònic, aquestes últimes desincentivades pels problemes de seguretat i privacitat que s'han reportat amb el seu ús. Cal esmentar que persisteixen dificultats en l'ús dels mecanismes relacionades amb problemes tècnics, problemes de contingut (falta d'informació rellevant o informació desorganitzada), així com la falta de temps per donar resposta a les interconsultes o participar en sessions clíniques conjuntes.

En quant als **factors d'interacció** destaca que va disminuir en totes les àrees la proporció de metges/esses que refereix conèixer als de l'altre nivell (36,8% en 2017 al 20,0% en 2020), encara que s'ha de destacar que persisteix una elevada confiança en les habilitats dels pares (83.7% en 2022) i en considerar que els metges /esses d'AP són els responsables del seguiment del pacient (75.5%). Per altre costat, amb algunes diferències entre àrees, va disminuir el percentatge de metges/esses que refereix estar satisfet/a amb la seva feina en la organització (75.9% a 66.8% en 2022).

Finalment, els **suggeriments de millora** de les metges/esses continuen encaminats cap a reforçar la implementació de mecanismes que faciliten la comunicació directa entre professionals com les sessions clíniques conjuntes i la millora del coneixement mutu que fomenti la col·laboració.

Aquest informe mostra que, en els últims anys, amb algunes diferències entre àrees, encara que han millorat alguns aspectes de la coordinació clínica, també ha hagut endarreriments importants, en especial amb el que respecta a la coordinació de la gestió clínica, la percepció general de coordinació clínica entre nivells en les àrees analitzades i dels seus factors relacionats. Aquests resultats apunten a la necessitat de fomentar polítiques i estratègies diferencials en cada territori que, per un costat, afavoreixin la implantació i ús de mecanismes de coordinació que faciliten el coneixement i la comunicació directa entre professionals i, per l'altre, enforteixin els mecanismes ja existents mitjançant l'abordatge dels problemes identificats en l'ús, així com continuar amb el monitoratge periòdic de la coordinació clínica en els territoris, amb la finalitat d'avaluar l'efectivitat de les estratègies aplicades i detectar elements de millora. Finalment, aprofundir en l'anàlisi de les causes de l'elevada insatisfacció laboral de les professionals i altres factors organitzatius com falta de temps o de recursos i fomentar la implementació d'estratègies per a la seva millora, amb la finalitat de proveir una atenció de qualitat i eficient.

Introducció

La coordinació clínica entre nivells assistencials és una prioritat per als sistemes nacionals de salut (SNS), en especial per aquells basats en atenció primària com el de Catalunya, ja que contribueix a la millora de la qualitat assistencial i l'eficiència [45–47], mitjançant la reducció de duplicacions de proves diagnòstiques, endarreriments i inconsistències en el tractament, derivacions inadequades o errors mèdics, entre altres [13,48].

En el context de la pandèmia per COVID-19, es van introduir nombrosos canvis en l'organització dels serveis sanitaris, entre altres, l'acceleració en la implantació de tecnologies per a la informació i comunicació (TICs) [49,50], com les històries clíniques electròniques i les interconsultes virtuals [51,52]. No obstant això, l'adopció s'havia caracteritzat per una gran variabilitat entre regions i serveis, sent en alguns casos molt limitada [53,54] i no han estat objecte d'anàlisi recents.

És per l'anterior, que es va desenvolupar l'estudi [COORDENA-TICs¹](#) (2022), amb l'objectiu d'analitzar l'ús dels mecanismes de coordinació clínica basats en les TICs i el seu impacte en la coordinació clínica entre els/les metges/esses d'atenció primària (AP) i atenció hospitalària (AH) dels SNS de tres comunitats autònomes (Catalunya, Illes Balears i País Basc), que és una continuació de l'estudi [COORDENA-CAT²](#), de 2017, que avaluava l'experiència i percepció de coordinació clínica entre nivells assistencials dels metges/esses d'AP i AH, en diferents entorns del SNS català i els resultats del qual ja han estat publicats en un anterior [informe](#).

Aquest informe presenta, els principals resultats de l'anàlisi per àrees, comparatiu entre anys, dels estudis [COORDENA-CAT²](#) (2017) y [COORDENA-TICs¹](#) (2022) a Catalunya amb la finalitat de monitoritzar l'evolució de coordinació entre nivells, des de l'experiència i percepció dels/les metges/esses d'AP i AH del SNS català, per a detectar àrees de millora i orientar les estratègies per una atenció de qualitat i eficient.

L'informe es troba organitzat en diversos apartats, que mostren els resultats de cada any, per àrees d'estudi. Després d'una presentació breu de la metodologia de l'estudi, es presenta la participació en les enquestes i característiques de les mostres, així com els resultats de l'experiència de coordinació de la informació i de la gestió clínica entre nivells assistencials i percepció general de coordinació, l'ús i les dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació, els factors relacionats amb la coordinació clínica, els suggeriments de millora exposats pels metges de cada àrea i conclusions.

Els estudis [COORDENA-CAT²](#) (2017) y [COORDENA-TICs¹](#) (2022) han estat liderats pel Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA), que agrupa a les entitats que col·laboren en el desenvolupament de la investigació aplicada sobre la integració assistencial en el sistema de salut català. L'estudi COORDENA-TICs va comptar, a més, amb la participació del servei de salut de les Illes Balears (IBSALUT) i el Servei Basc de salut (Osakidetza). La informació detallada sobre els projectes, i els qüestionaris COORDENA-CAT i COORDENA-TICs, així com altres publicacions amb els resultats dels estudis, es troben disponibles a la pàgina web <http://www.consorci.org>

¹ Projecte finançat per l'Institut de Salut Carlos III i Fons FEDER (FIS PI20/00290) (2020-2023).

² Projecte finançat per l'Institut de Salut Carlos III i Fons FEDER (FIS PI15/00021) (2016-2019)

El marc conceptual

La coordinació clínica es defineix com la concertació de tots els serveis relacionats amb l'atenció del pacient, independentment del lloc on es rebin, de manera que s'harmonitzin i s'aconsegueixi un objectiu comú sense conflictes[55]. Es poden distingir dos tipus de coordinació clínica:

a) la coordinació de la informació clínica, que es refereix a l'adequada transferència i ús de la informació clínica del pacient, i b) la coordinació de la gestió clínica, que és la provisió de l'atenció de manera seqüencial i complementaria, dins d'un pla d'atenció compartit pels diferents serveis i nivells d'atenció, i que abasti tres dimensions; consistència de l'atenció, seguiment adequat del pacient i accessibilitat entre nivells d'atenció [10]. D'acord amb el marc [3,4,52], els resultats de coordinació clínica depenen de factors organitzatius (com la implementació de mecanismes de coordinació o la disponibilitat de temps per a coordinar-se), de la interacció entre metges (com la confiança i coneixement mutu), factors actitudinals (satisfacció amb la feina) i de l'entorn sanitari (com el model de gestió de l'àrea).

Metodologia

Disseny i àrees d'estudi

Aquest informe presenta els resultats de la comparació de dos estudis transversals basats en enquestes online mitjançant l'autoadministració del qüestionari COORDENA-CAT (2017) i COORDENA-TICs (2022), a metges/esses d'atenció primària (AP) i hospitalària (AH) del sistema de salut públic català. Les àrees d'estudi estan definides pel conjunt d'àrees bàsiques de salut (ABS) amb el seu hospital d'aguts de referència (i en 2017 també sociosanitaris).

Població d'estudi i mostra

La població d'estudi està constituïda per metges/esses d'AP i AH amb almenys un any treballant en l'organització, contacte directe amb el pacient i relació amb metges/esses de l'altre nivell. Al 2017 la mostra final va ser de 3.308 metges/esses (participació del 21% dels 15.813 metges/esses convidats) i en el 2022 la mostra final va ser de 2.277 metges/esses (17,5 dels 12.987 convidats). En ambdues edicions es van convidar 41 àrees d'estudi de les que van participar 32 àrees completes (centres d'AP i AH) en 2017 i 22 en 2022. En aquest informe **s'analitzen les 22 àrees amb participació completa en ambdues edicions que corresponen a una submostra de 2740 metges/esses d'AP i AH en 2017 i 1972 en 2022.**

Recollida de dades

Al 2017 la recollida de dades es va realitzar entre octubre i desembre mitjançant l'aplicació online del qüestionari COORDENA-CAT i en 2022, mitjançant el qüestionari COORDENA-TICs, en dos fases: la primera, entre maig i juny i la segona, entre octubre i desembre. Per motius logístics, en els hospitals de les àrees del Bages i Garraf es van recollir en març i abril de 2023.

En ambas ediciones, para promover la participación de los profesionales se organizaron sesiones informativas en las instituciones participantes para dar a conocer la investigación y explicar la metodología. También se difundió la encuesta en la intranet o portal corporativo de cada institución. Cada institución contactó directamente a sus médicos/as de atención primaria y hospitalaria mediante la dirección de e-mail corporativa, con un mensaje en que les invitaba a participar y enviaba un link aleatorio de acceso directo al cuestionario, que garantizaba el anonimato del participante. Los participantes tenían la posibilidad de cerrar el cuestionario incompleto y retomararlo en otra ocasión, tantas veces como quisieran, en tanto no hubiese sido enviado. El tiempo de respuesta que se había calculado durante el pre-test era de aproximadamente 15 minutos.

En ambdues edicions, per promoure la participació dels professionals es van organitzar sessions informatives a les institucions participants per a donar a conèixer la recerca i explicar la metodologia. També es va difondre l'enquesta a la intranet o portal corporatiu de cada institució. Cada institució va contactar directament als seus metges/esses d'atenció primària i hospitalària mitjançant la direcció de correu electrònic corporatiu, amb un missatge en que els convidava a participar i enviava un *link* aleatori d'accés directe al qüestionari, que garantia l'anonimat del participant. Els participants tenien la possibilitat de tancar el qüestionari incomplet i reprendre'l en una altra ocasió, tantes vegades com

volguessin, sempre i quan no l'haguessin enviat abans. El temps de resposta que s'havia calculat durant el pre-test era d'aproximadament 15 minuts.

Qüestionari

En 2017 es va utilitzar el qüestionari COORDENA-CAT que és una versió adaptada, validada i aplicada a Catalunya del qüestionari COORDENA per a mesurar la coordinació entre diferents nivells assistencials[12].

L'estructura del qüestionari COORDENA-CAT és la següent:

- 1) Informació per a l'enquestat (consentiment informat)
- 2) Dades generals i criteris d'inclusió
- 3) Experiència de coordinació entre nivells d'atenció
 - a. Coordinació de la informació clínica
 - b. Coordinació de la gestió clínica
 - i. Consistència de l'atenció entre nivells d'atenció
 - ii. Seguiment adequat del pacient entre nivells d'atenció
 - iii. Accessibilitat entre nivells d'atenció
 - c. Percepció general de la coordinació entre nivells d'atenció a l'àrea
- 4) Coneixement i ús dels mecanismes de coordinació entre nivells
- 5) Sugeriments de millora de la coordinació entre nivells d'atenció
- 6) Factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció

Al 2022 es va utilitzar el qüestionari COORDENA-TICs que és una variació del qüestionari COORDENA-CAT, que manté tots els apartats esmentats anteriorment i difereix en la secció de coneixement i ús de mecanismes de coordinació entre nivells, que es limita als basats en tecnologies de la informació i la comunicació (TICs) i aprofundeix en alguns aspectes addicionals de la seva utilització. En aquest informe, es presenten de forma comparativa els resultats de les seccions comunes.

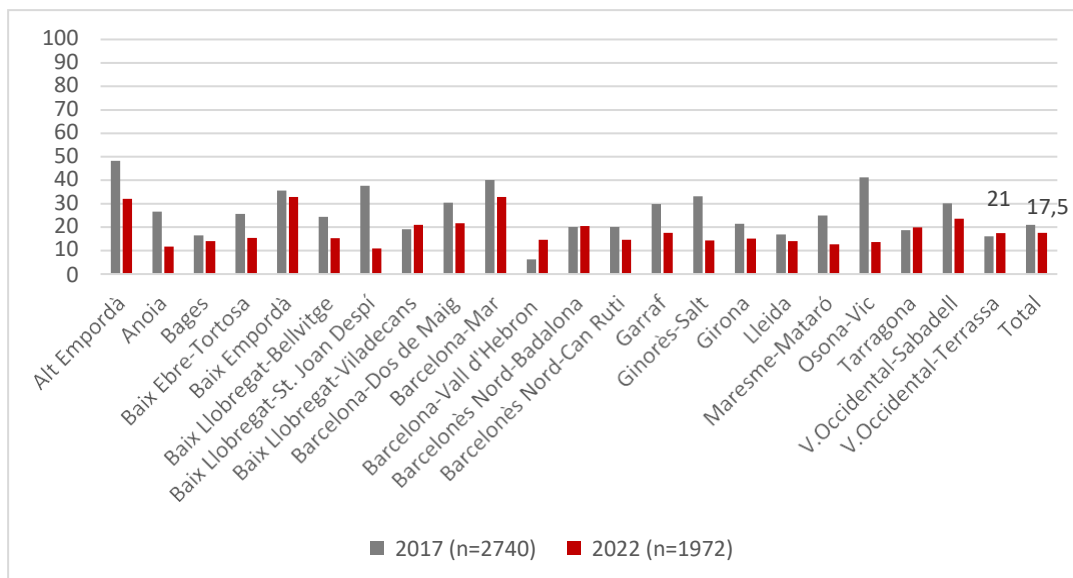
Anàlisi i presentació de resultats

Per aquest informe es va realitzar una anàlisi descriptiva comparativa entre anys en les 22 àrees incloses. Per a determinar les diferències significatives en la distribució de variables entre anys es va realitzar una prova Chi-quadrat o prova exacta de Fisher, segons correspongui. Els resultats es presenten mitjançant gràfics de barra, comparant els resultats entre anys en les diferents àrees i la mitjana de totes les àrees completes que van participar (*Total*). S'assenyala amb un asterisc quan les diferències són significatives. Cal indicar que la no significança estadística d'alguns canvis a les àrees poden ser conseqüència d'una mida de mostra reduïda.

Resultats

1) Participació i característiques de la mostra en 2017 i 2022

En el 2017 la participació de metges/esses convidats a l'estudi (nº respostes/nº convidats) va ser 21%, variant segons l'àrea entre el 6% i el 69% mentrestant que, per al 2022, la participació total va disminuir a un 17,5%, però la variació entre àrees va ser menor, entre 9.4%-32.8% (Gràfic 1).



En tots dos anys, les àrees amb major participació proporcional a la mostra van ser Barcelona-Mar i Barcelona-Vall d'Hebron. En 2017, l'àrea amb major participació d'AP va ser Baix Llobregat-St.Joan Despí mentrestant que al 2022 va ser Vallès Occidental-Sabadell. Respecte a l'AH, en totes dues edicions Barcelona-Mar va aportar major participació (Taula 1).

Taula 1. Participants segons nivell i any

	2017			2022		
	TOTAL,	AP	AH	TOTAL,	AP	AH
	n=2740	n=922	n=1818	n=1972	n=684	n=1288
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alt Empordà	113(4,1)	42(4,6)	71(3,9)	81(4,1)	30(4,4)	51(4,0)
Anoia	73(2,7)	27(2,9)	46(2,5)	37(1,9)	16(2,3)	21(1,6)
Bages	81(3,0)	40(4,3)	41(2,3)	41(2,1)	20(2,9)	21(1,6)
Baix Ebre-Tortosa	61(2,2)	25(2,7)	36(2,0)	36(1,8)	12(1,8)	24(1,9)
Baix Empordà	82(3,0)	39(4,2)	43(2,4)	73(3,7)	43(6,3)	30(2,3)
Baix Llobregat-Bellvitge	209(7,6)	60(6,5)	149(8,2)	144(7,3)	49(7,2)	95(7,4)
Baix Llobregat-St. Joan Despí	212(7,7)	100(10,8)	112(6,2)	61(3,1)	29(4,2)	32(2,5)
Baix Llobregat-Viladecans	91(3,3)	55(6,0)	36(2,0)	51(2,6)	13(1,9)	38(3,0)
Barcelona-Dos de Maig	65(2,4)	32(3,5)	33(1,8)	39(2,0)	25(3,7)	14(1,1)
Barcelona-Mar	309(11,3)	45(4,9)	264(14,5)	305(15,5)	36(5,3)	269(20,9)
Barcelona-Vall d'Hebron	304(11,1)	54(5,9)	250(13,8)	208(10,5)	48(7,0)	160(12,4)
Barcelonès Nord-Badalona	47(1,7)	24(2,6)	23(1,3)	40(2,0)	25(3,7)	15(1,2)
Barcelonès Nord-Can Ruti	128(4,7)	35(3,8)	93(5,1)	136(6,9)	41(6,0)	95(7,4)

Garraf	82(3,0)	45(4,9)	37(2,0)	55(2,8)	18(2,6)	37(2,9)
Ginorès-Salt	78(2,8)	28(3,0)	50(2,8)	32(1,6)	10(1,5)	22(1,7)
Girona	110(4,0)	33(3,6)	77(4,2)	77(3,9)	19(2,8)	58(4,5)
Lleida	117(4,3)	49(5,3)	68(3,7)	91(4,6)	53(7,7)	38(3,0)
Maresme-Mataró	111(4,1)	47(5,1)	64(3,5)	66(3,3)	36(5,3)	30(2,3)
Osona-Vic	114(4,2)	33(3,6)	81(4,5)	40(2,0)	26(3,8)	14(1,1)
Tarragona	84(3,1)	30(3,3)	54(3,0)	88(4,5)	32(4,7)	56(4,3)
V.Occidental-Sabadell	190(6,9)	65(7,0)	125(6,9)	180(9,1)	70(10,2)	110(8,5)
V.Occidental-Terrassa	79(2,9)	14(1,5)	65(3,6)	91(4,6)	33(4,8)	58(4,5)

La taula 2 presenta les característiques demogràfiques i laborals del conjunt de la mostra de les 22 àrees per any i nivell assistencial (atenció primària (AP) i atenció hospitalària (AH)). Al 2017, en AP, la majoria dels participants eren homes, d'entre 41 i 54 anys, espanyols i amb especialitat clínica, mentrestant que en AH, les diferències entre sexes van ser menors, els participants eren més joves i prop del 25% tenia especialitat quirúrgica o metge-quirúrgica.

Al 2022, es va mantenir una distribució similar de la mostra d'AP, excepte els anys d'experiència a l'organització, on va augmentar el percentatge entre 1 i 5 anys. Pel seu costat, en AH, va disminuir el percentatge d'homes, el número d'especialistes clínics i amb més de 25 anys d'experiència a l'organització.

Taula 2. Característiques de les mostres per nivell assistencial i any

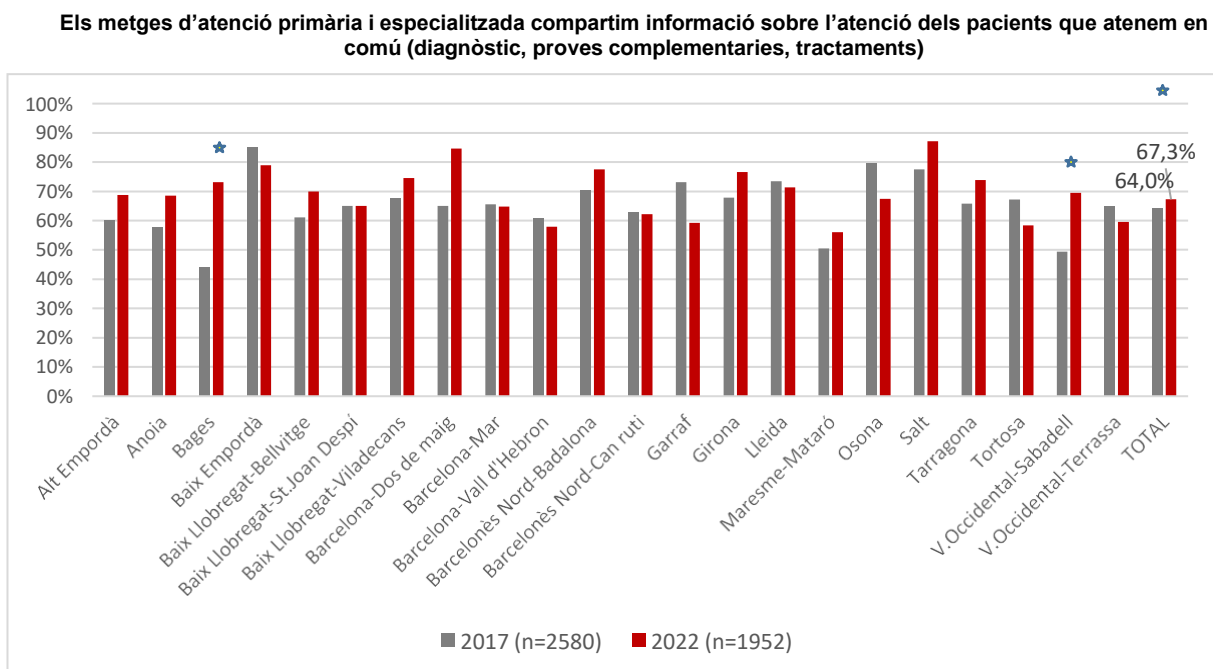
		2017			2022		
		TOTAL, n=2740	AP n=922	AH n=1818	TOTAL, n=1972	AP n=684	AH n=1288
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexe	Mujeres	984(35)	233 (25,3)	751 (41,3)	654(33,1)	179 (26,2)	475 (36,9)
	Hombres	1381(50,4)	560 (60,7)	821 (45,2)	940(47,6)	377 (55,1)	563 (43,7)
Edat	25 - 40 años	663(24,1)	163 (17,7)	500 (27,5)	415(21)	93 (13,6)	322 (25)
	41 a 54 años	1047(38,2)	401 (43,5)	646 (35,5)	725(36,7)	288 (42,1)	437 (33,9)
	55 - 69 años	539(19,6)	196 (21,3)	343 (18,9)	424(21,5)	165 (24,1)	259 (20,1)
País d'origen	Espanya/Cataluña	2051(74,8)	691 (74,9)	1360 (74,8)	1339(67,9)	457 (66,8)	882 (68,4)
	Otro país	268(9,7)	89 (9,7)	179 (9,8)	210(10,6)	83 (12,1)	127 (9,9)
Especialitat	Clínicas	1784(63,7)	764 (82,9)	1020 (56,1)	717(36,3)	70(10,2)	647 (50,2)
	Quirúrgicas	207(7,5)	0 (0)	207 (11,4)	164(8,3)	0 (0)	164 (12,7)
	Médico/quirúrgicas	259(9,4)	11 (1,2)	248 (13,6)	253(12,8)	0 (0)	253 (19,6)
Experiència en l'organització	De 1 a 5 años	31(1,1)	7 (0,8)	24 (1,3)	278(14)	71 (10,4)	207 (16,1)
	De 6 a 15 años	774(28,2)	173 (18,8)	601 (33,1)	451(22,8)	127 (18,6)	324 (25,1)
	De 16 a 25 años	750(27,3)	295 (32)	455 (25)	491(24,8)	195 (28,5)	296 (23)
	De 26 a 44 años	1082(39,4)	417 (45,2)	665 (36,6)	349(17,6)	155 (22,7)	194 (15,1)

2) Canvis en l'experiència i percepció de la coordinació clínica entre nivells assistencials

Coordinació de la informació clínica entre nivells assistencials

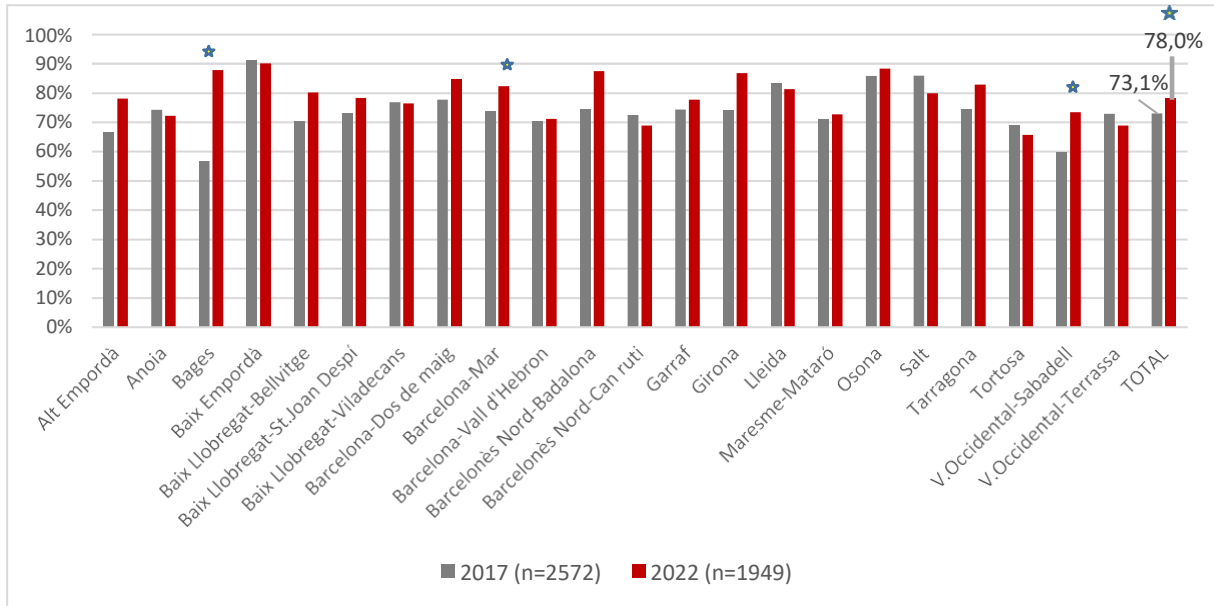
La coordinació de la informació clínica entre nivells es compon de dos dimensions, la transferència i l'ús de la informació. En quant a la transferència de la informació hi va haver un increment significatiu dels/les metges/esses que van referir compartir informació sobre l'atenció dels pacients freqüentment passant d'un 64,0% a un 67,3%, i per àrees en el Bages i Vallès Occidental-Sabadell. A més, va augmentar el percentatge de metges/esses que van referir compartir la informació necessària per a l'atenció de pacients, passant d'un 73,1% a un 78% en conjunt i a les àrees de Vallès Occidental-Sabadell, Bages i Barcelona-Mar. No hi va haver canvis significatius en l'ús de la informació que es comparteix entre metges d'AP i AH (Gràfic 2).

Gràfic 2. Coordinació de la informació clínica segons àrea i anys: transferència i ús de la informació entre nivells



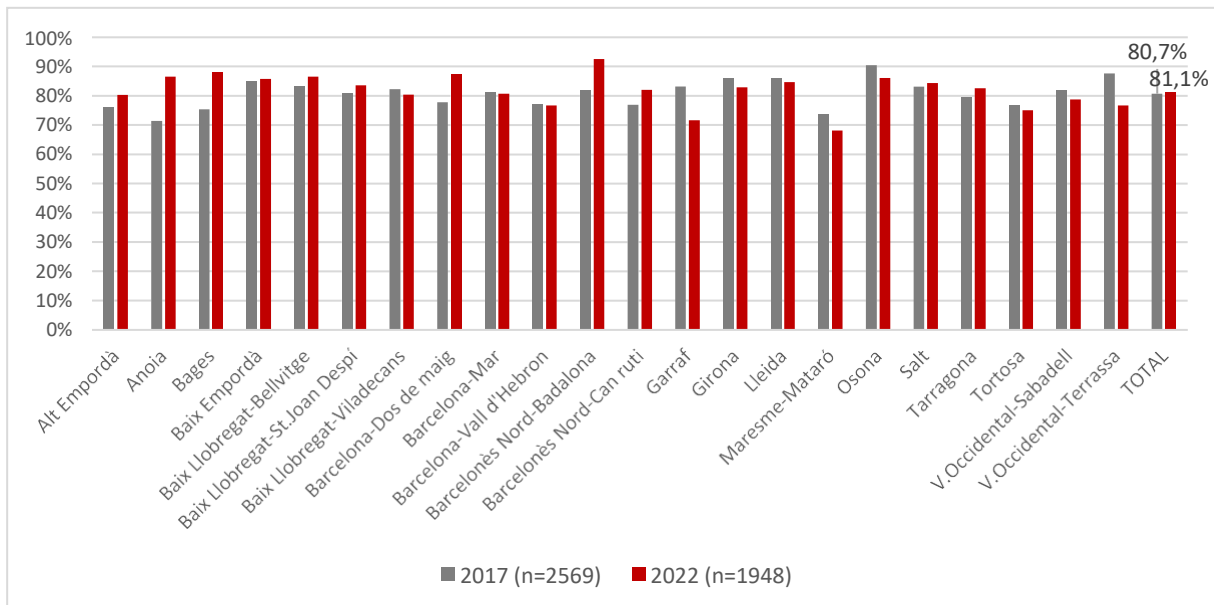
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" y "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

La informació que compartim és la necessària per a l'atenció d'aquests pacients



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Els metges d'AP i AH utilitzem la informació que compartim

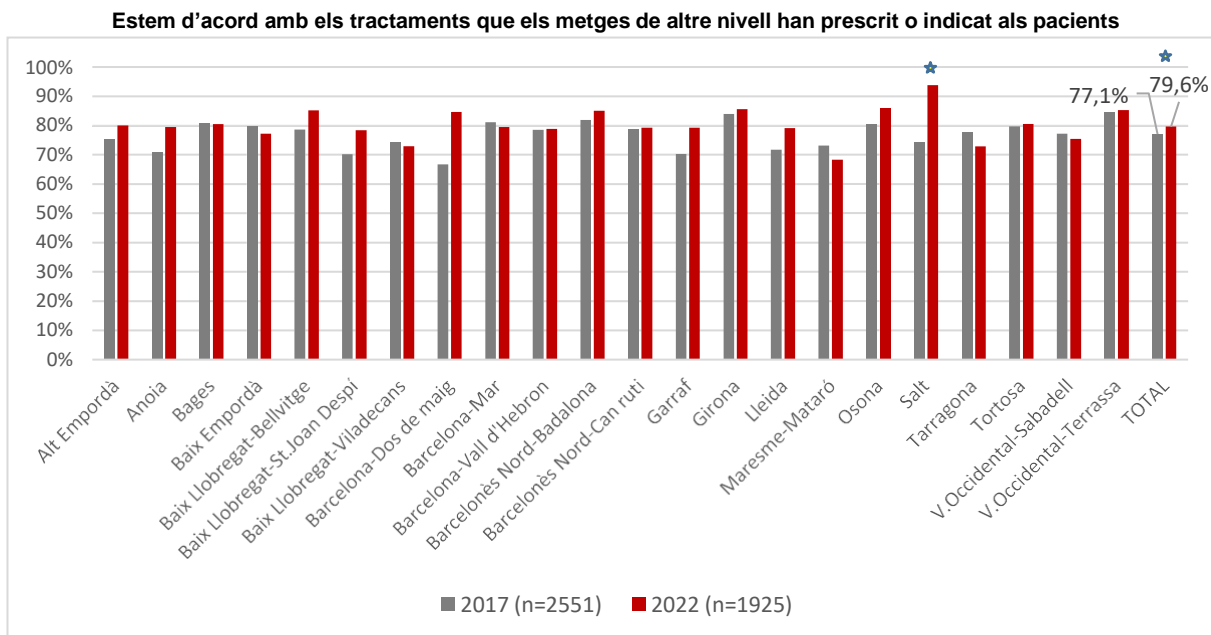


Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Coordinació de la gestió clínica entre nivell assistencials

La coordinació de la gestió clínica comprèn tres dimensions: la consistència de l'atenció entre nivells, el seguiment adequat entre nivells i l'accessibilitat entre nivells. Respecte a la consistència de l'atenció entre nivells, es va observar un augment en l'acord amb els tractaments prescrits pels metges/esses de l'altre nivell, en el conjunt, passant del 77,1% al 79,6% al 2022 i a Salt. No hi va haver canvis en les contradiccions o duplicacions en els tractaments (28,5% al 29,4% al 2022). En canvi, es va observar una disminució en els ja baixos nivells de la definició conjunta del pla d'atenció dels pacients que el requereixen, en el conjunt (13,7% al 2017 al 12,2% al 2022) i en el Baix Llobregat-Bellvitge. Finalment, també va augmentar la repetició de proves prèviament realitzades per metges de l'altre nivell, en el conjunt (27,4% al 31,8% al 2022) i Osona (Gràfic 3)

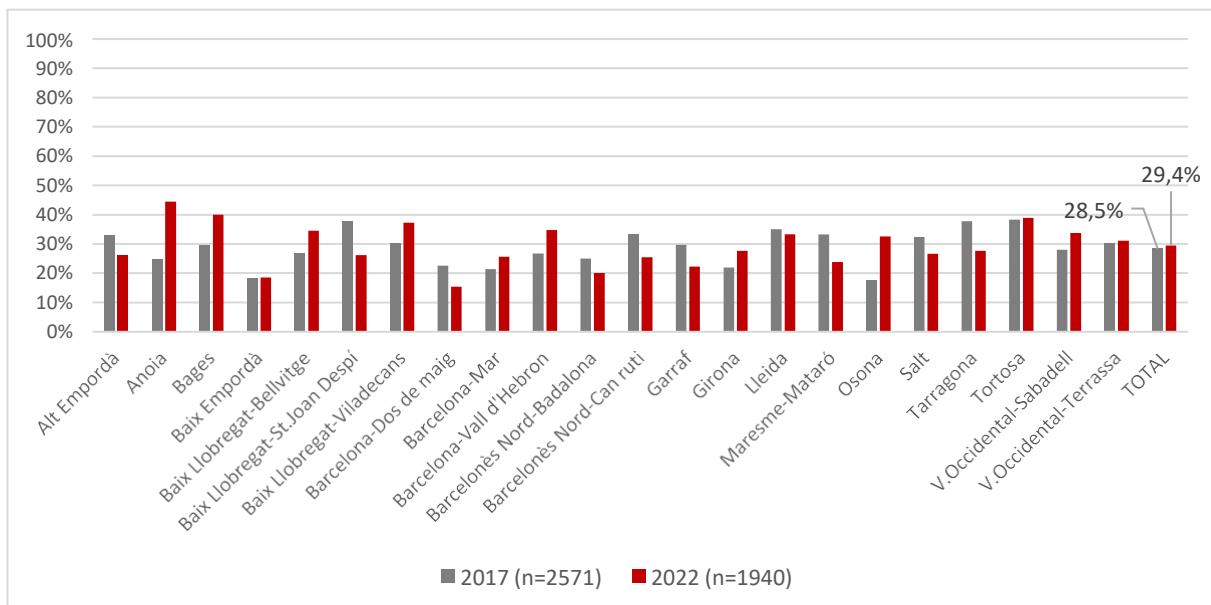
Gràfic 3. Coordinació de la gestió clínica segons àrees i anys: consistència de l'atenció entre nivells



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

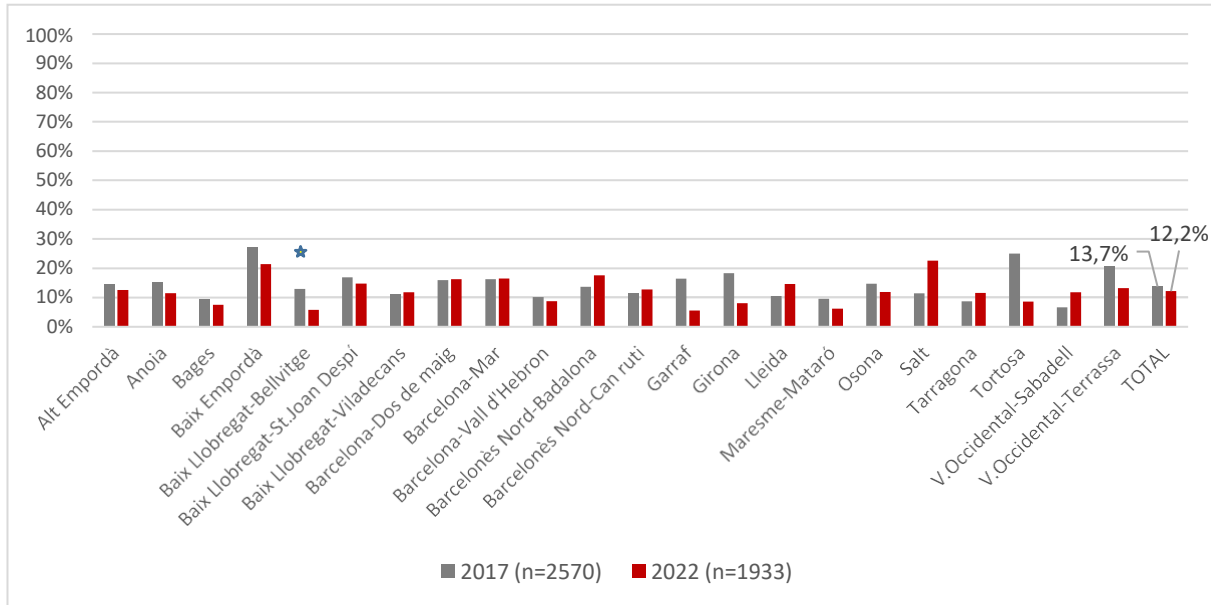
* diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

Existeixen contradiccions i/o duplicacions entre els tractaments



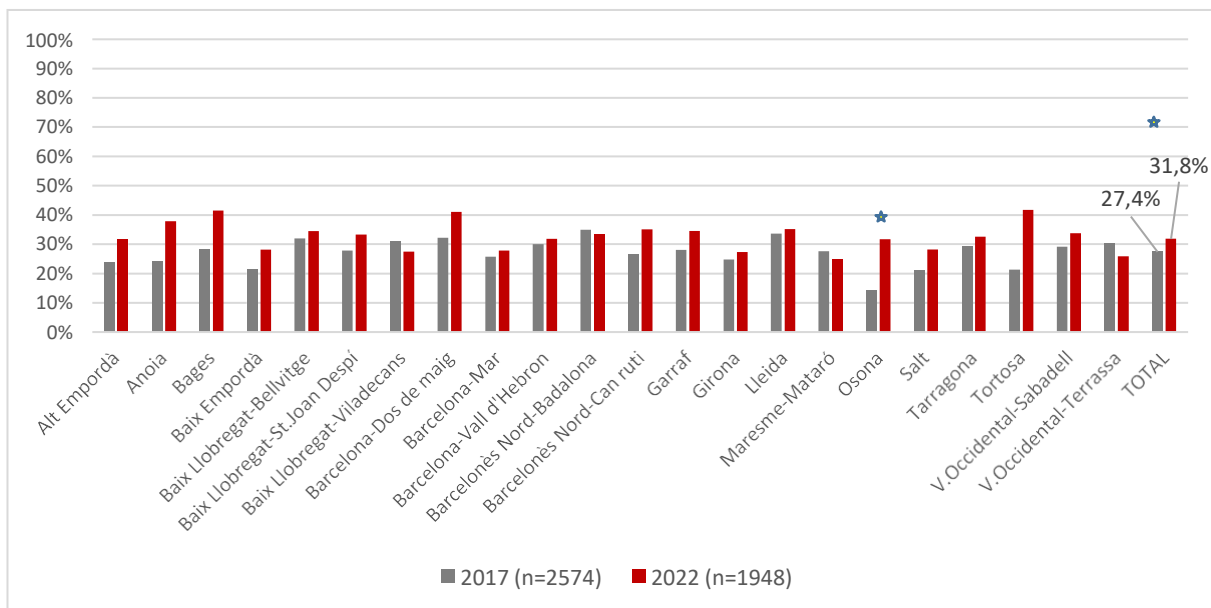
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" y "Moltes vegades"

Els metges d'AP i AH definim conjuntament el pla d'atenció dels pacients que el requereixen



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Els metges d'AP i AH repetim les proves que prèviament han realitzat els metges de l'altre nivell



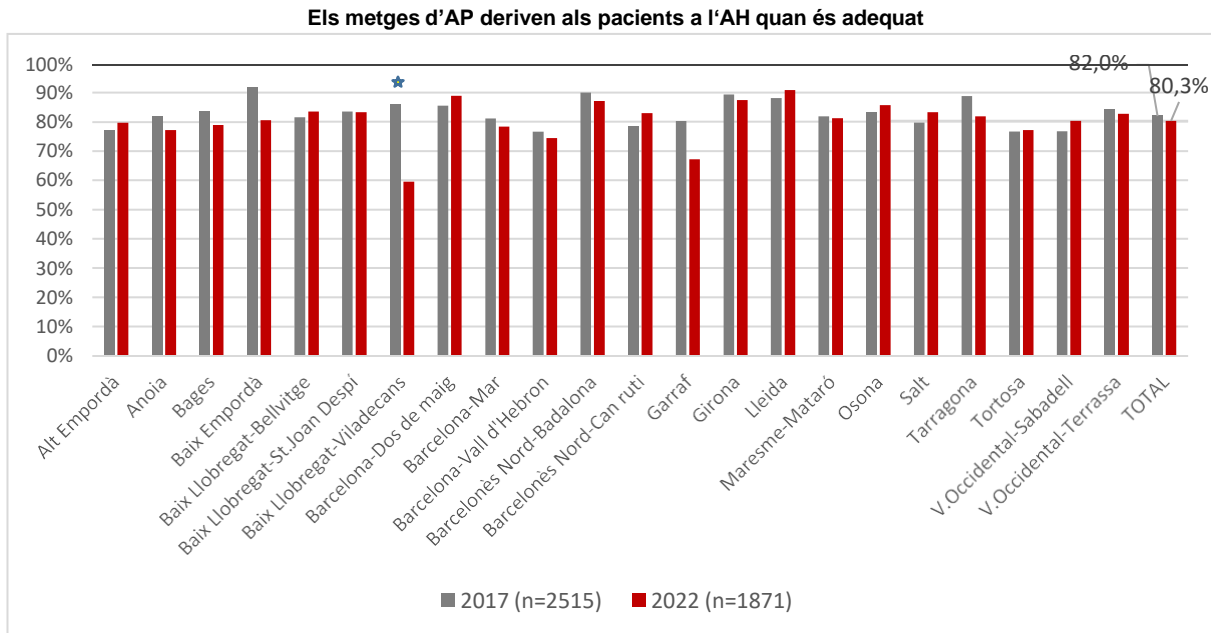
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

En relació amb el seguiment adequat del pacient entre nivells en comparació amb el 2017, es va mantenir l'elevada proporció de metges/esses que afirmaven que els metges d'AP deriven als pacients a l'AH quan és adequat en el conjunt (80,3%) però va disminuir al Baix Llobregat-Viladecans. També es va mantenir l'elevat percentatge de metges/esses que referia als metges d'AH retornen als pacients a AP per al seu seguiment quan és adequat, en conjunt i per àrees.

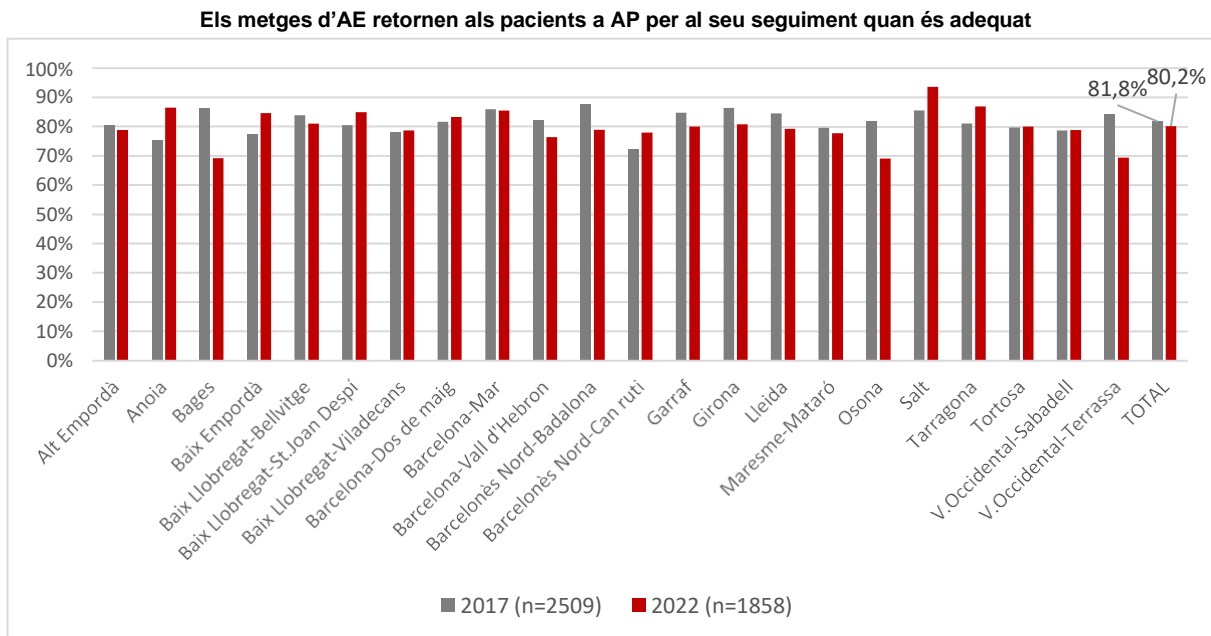
Per altre costat, va augmentar el percentatge de metges/esses que considerava que els metges/esses d'AH fan recomanacions al metge d'AP sobre el seguiment dels pacients, en el conjunt, d'un 58,7% a un 61,8% en 2022 i en el Baix Llobregat-Viladecans, Vallès Occidental-Sabadell i Vallès Occidental-

Terrassa. També van augmentar els que afirmaven que els metges d'AP consulten els dubtes sobre el seguiment dels pacients als metges d'AH, en el conjunt (41.3% al 44.1% al 2022) i, a Tarragona i Vallès Occidental-Sabadell (**Gràfic 4**).

Gràfic 4. Coordinació de la gestió clínica segons àrees i anys: seguiment adequat del pacient entre nivells

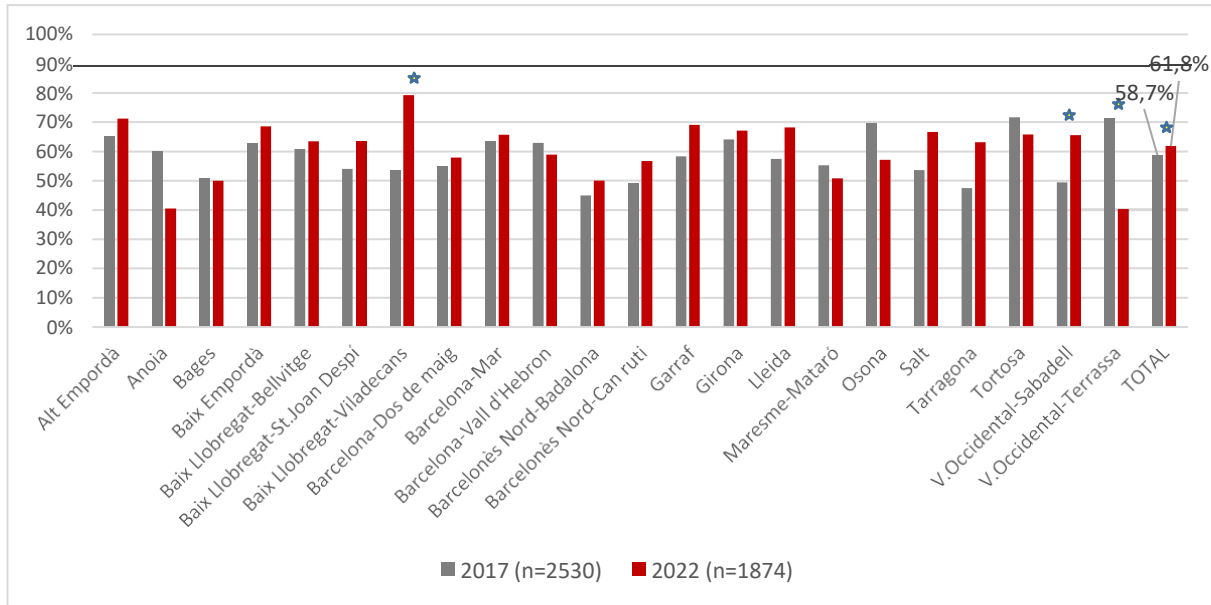


Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)



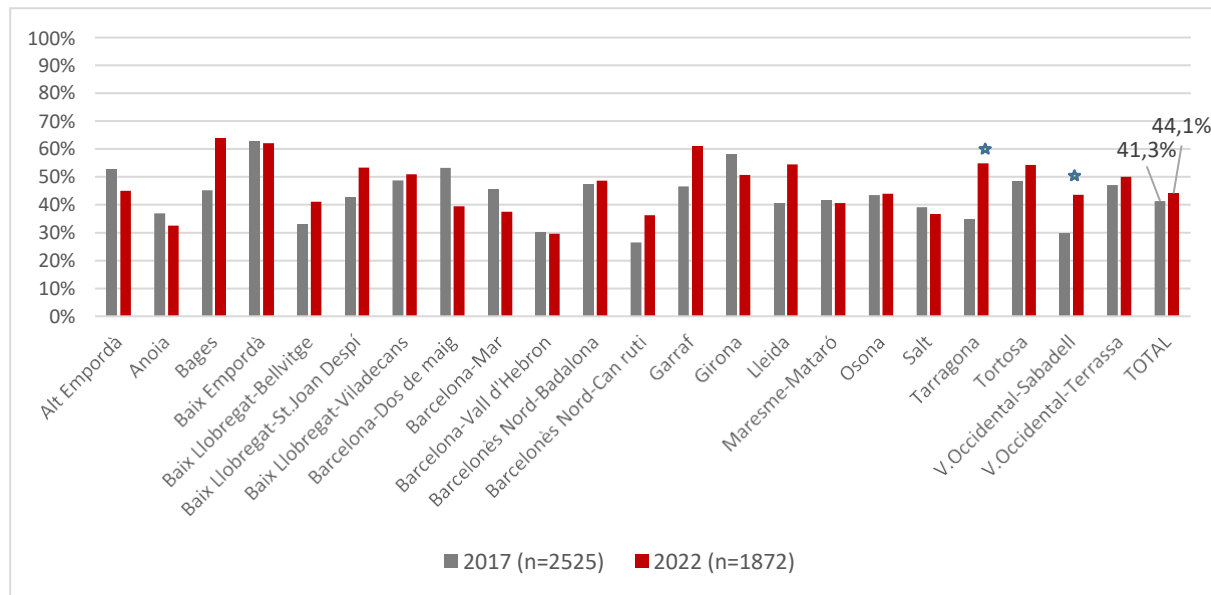
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

El metges d'AH fan recomanacions al metge d'AP sobre el seguiment dels pacients



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Els metges d'AP consulten els dubtes sobre el seguiment dels pacients als metges d'AH

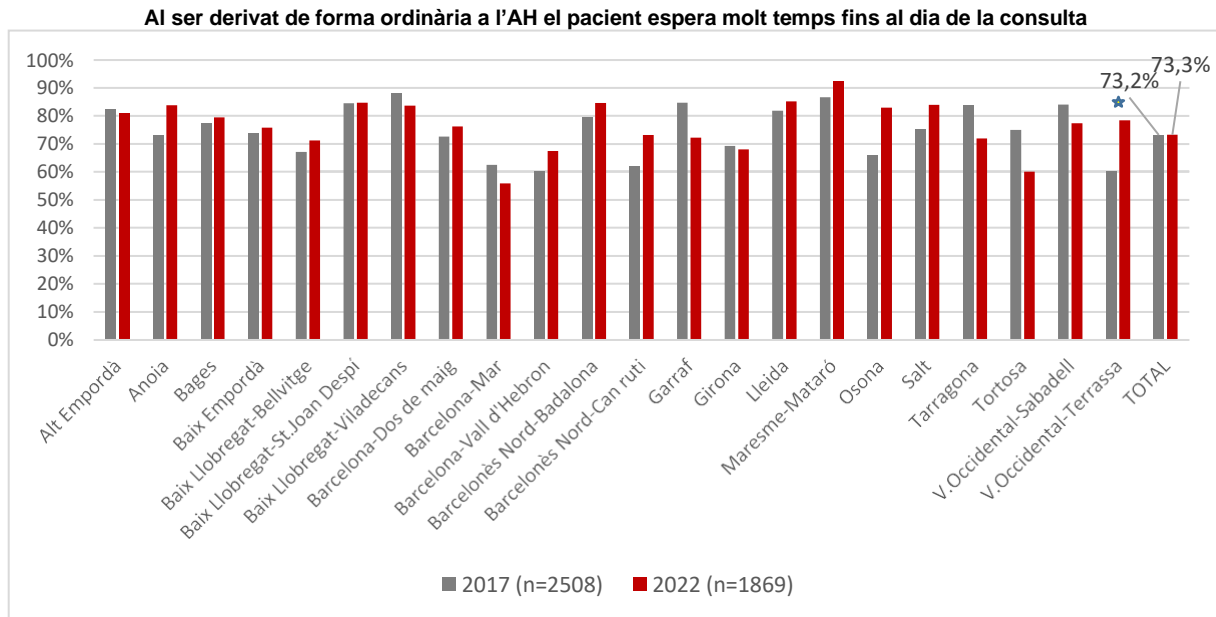


Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

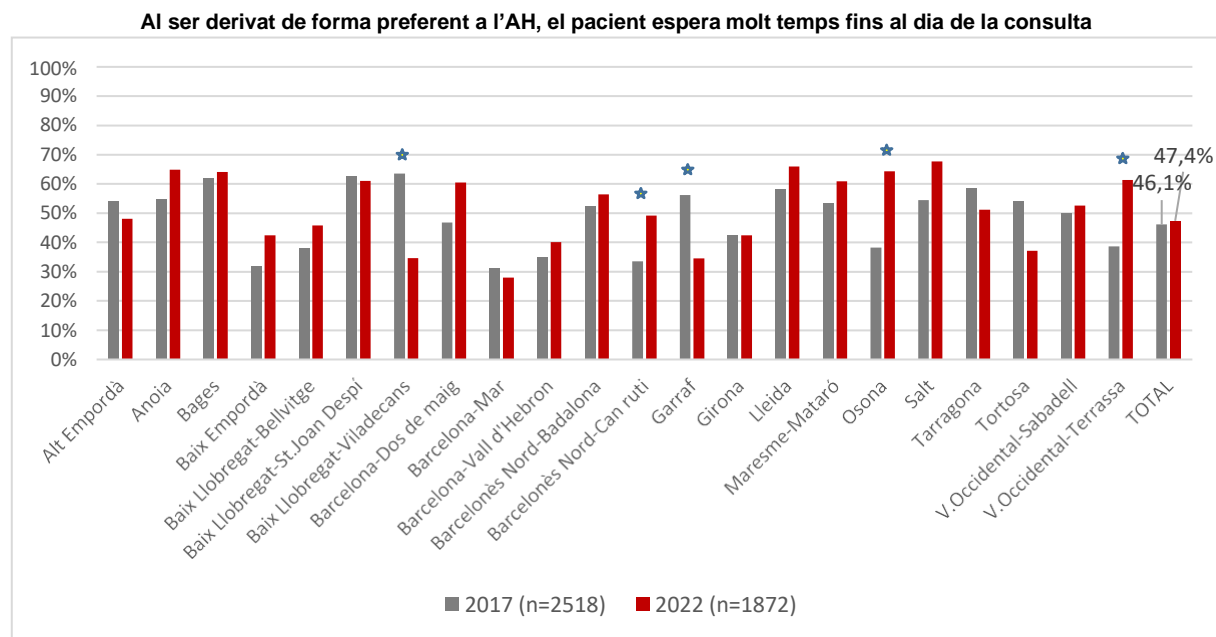
Finalment, en quant a l'accessibilitat entre nivells, es va mantenir l'elevat percentatge de metges/esses que van considerar que els pacients esperen molt de temps per a la consulta després d'una derivació ordinària a l'AH (73,3% per 2022). Encara que menor, també es va mantenir elevat el percentatge dels que consideraven que s'espera molt temps per ser derivat de forma preferent a l'AH, en el conjunt que va passar del 46,1% al 2017 a 47,4% al 2022, però va disminuir al Baix Llobregat-Viladecans i Garraf i va augmentar al, Barcelonès Nord-Can Ruti, Osona i Vallès Occidental-Terrassa. Finalment, crida l'atenció l'increment dels que van afirmar que els pacients esperen molt de temps després de ser tornats a l'AP, en el conjunt, passant del 16,1% al 27,0% i en diferents àrees, Baix Empordà, Baix Llobregat-Bellvitge, Barcelona-Vall d'Hebron, Barcelonès Nord-Badalona, Barcelonès Nord-Can Ruti, Girona,

Salt, Tarragona, Tortosa i V. Occidental-Terrassa (**Gràfic 5**). Cal assenyalar que hi va haver un elevat percentatge que va respondre “No sap” o “No respon” a aquesta pregunta a l’any 2022 (26,9%).

Gràfic 5. Coordinació de la gestió clínica segons àrees i anys: accessibilitat entre nivells

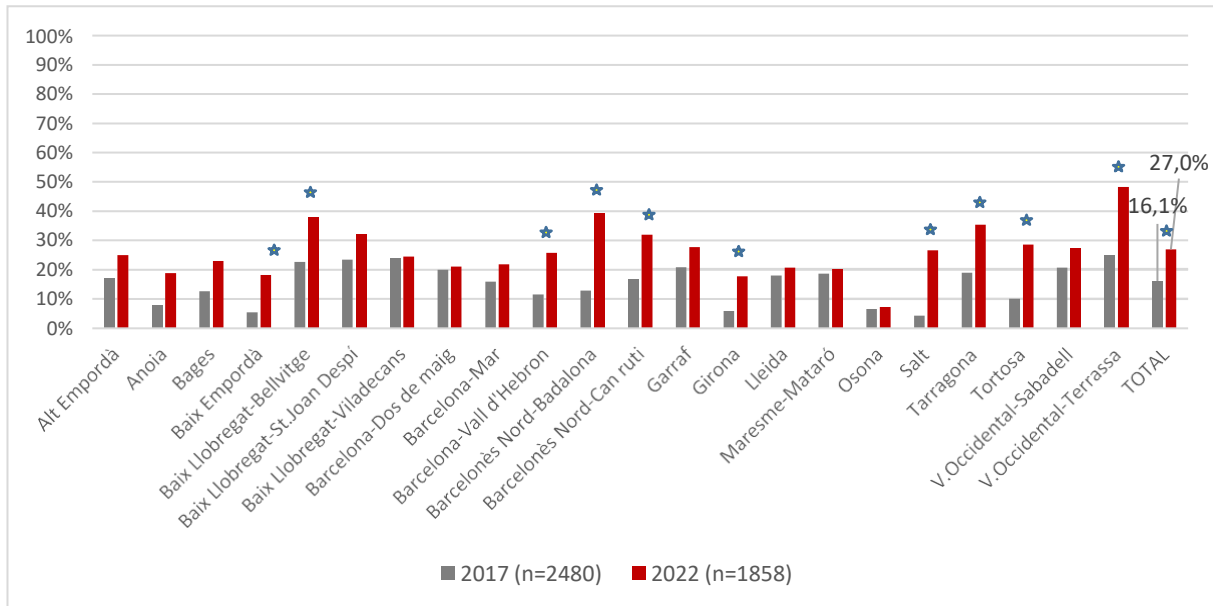


Nota: es mostra el percentatge de “Sempre” i “Moltes vegades”
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)



Nota: es mostra el percentatge de “Sempre” i “Moltes vegades”
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Després de ser retornat a AP, el pacient espera molt temps fins al dia de la consulta



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

En resum, en comparació amb el 2017 continua havent un elevat acord en els tractaments prescrits en l'altre nivell, persisteix un elevat percentatge de contraindicacions i un treball conjunt il·limitat, que es mostra en duplicacions en els tractaments, i de repetició de proves, que a més va augmentar i en la disminució del ja baix percentatge de definició conjunta de plans d'atenció per als pacients que els necessiten, en conjunt i algunes de les àrees avaluades. Els resultats del seguiment entre nivells van ser variables, sembla haver un lleuger retrocés en l'adequació de les derivacions, amb diferències entre anys en algunes àrees. No obstant això, en quasi totes les àrees hi va haver millora en la consulta de dubtes a l'AH i les recomanacions fetes a l'AP. Finalment, l'accessibilitat de l'atenció, com era d'esperar, es va mantenir baixa tant per a la derivació ordinària com preferent a l'AH en quasi totes les àrees, i destaca l'empitjorament de l'accessibilitat de l'AP, després de la consulta a AH.

Percepció general de coordinació entre nivells assistencials en el territori

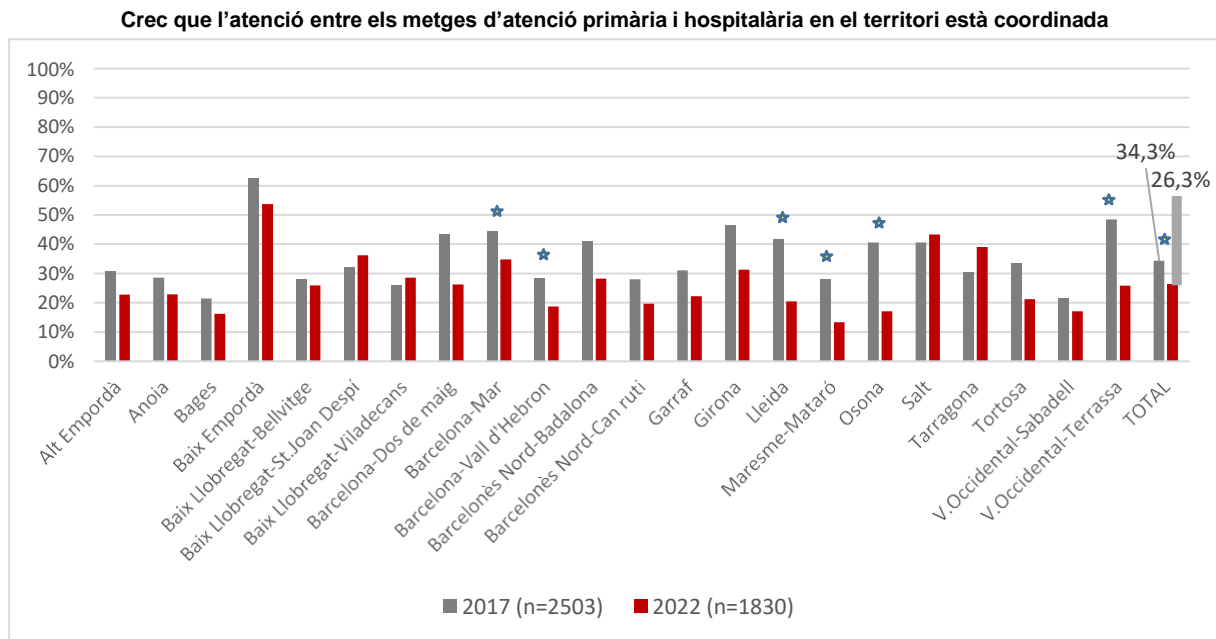
Amb relació a la percepció general de coordinació en el territori es va observar un descens del percentatge de metges/esses que considera que l'atenció entre els metges d'AP i AH està coordinada en el territori, en el conjunt, passant del 34,3% al 26,3% i a les àrees de Barcelona-Mar, Barcelona-Vall d'Hebron, Lleida, Maresme-Mataró, Osona i Vallès Occidental-Terrassa (Gràfic 6).

Els principals motius una baixa percepció de coordinació entre nivells assistencials van ser similars en tots dos anys. Persisteix la limitada comunicació directa com el principal motiu (26% al 2022) i destaca un augment en el percentatge de metges/esses que considera que hi ha insuficients mecanismes de coordinació (del 14% al 19,9% en 2022). Un altre factor rellevant va ser la falta de temps i recursos humans (13,0%) (Gràfic 7).

Entre els motius d'una elevada percepció de coordinació entre nivells d'atenció en el territori, destaca per al 2022 l'existència d'una història clínica compartida (15,4%), l'existència d'altres mecanismes de coordinació (12,4%), seguit d'estratègies que promouen el contacte directe i intercanvi de coneixements

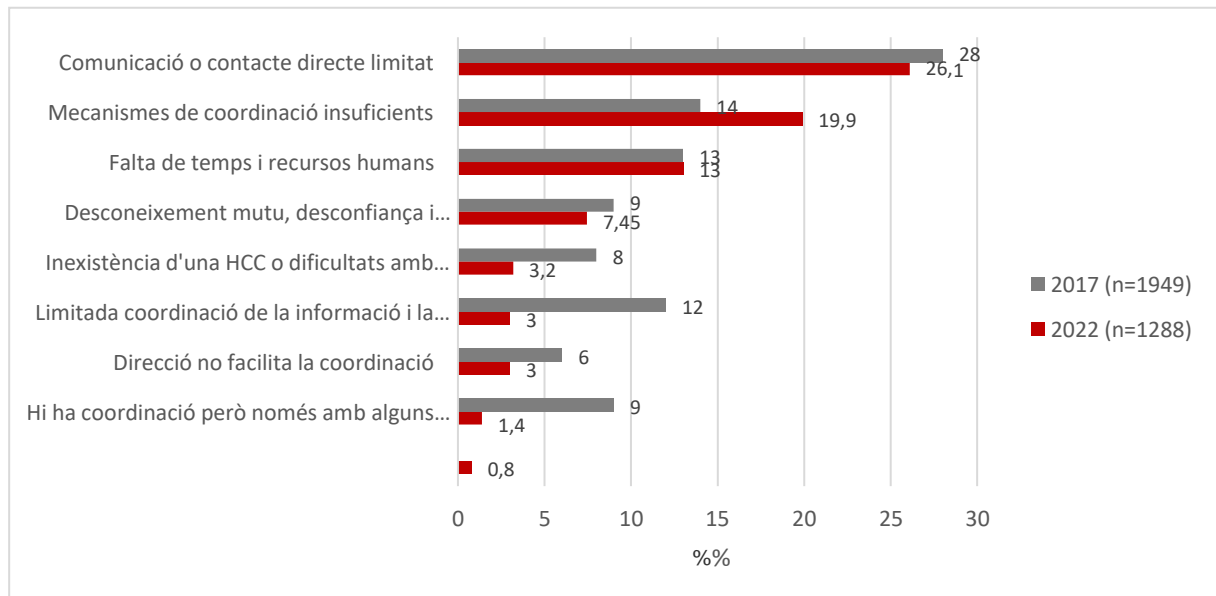
(6,0%), menor rellevància va tenir l'existència de mecanismes de comunicació directa i la coordinació amb altres centres i especialitats, que van ser rellevants en 2017 (Gràfic 8).

Gràfic 6. Percepció general de coordinació entre nivells assistencials, segons àrees i anys



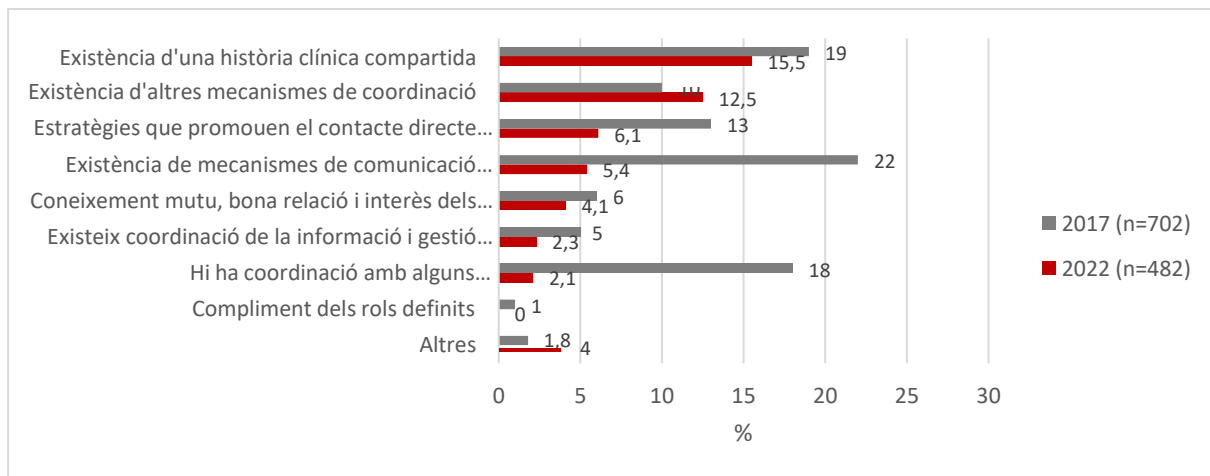
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Gràfic 7. Motius per a una baixa percepció general de coordinació entre nivells assistencials en el territori



Nota: Percentatge calculat sobre el total dels que van referir tenir una baixa percepció de coordinació

Gràfic 8. Motius per a una elevada percepció general de coordinació entre nivells assistencials en el territori



Nota: Percentatge calculat sobre el total dels que van referir tenir una elevada percepció de coordinació

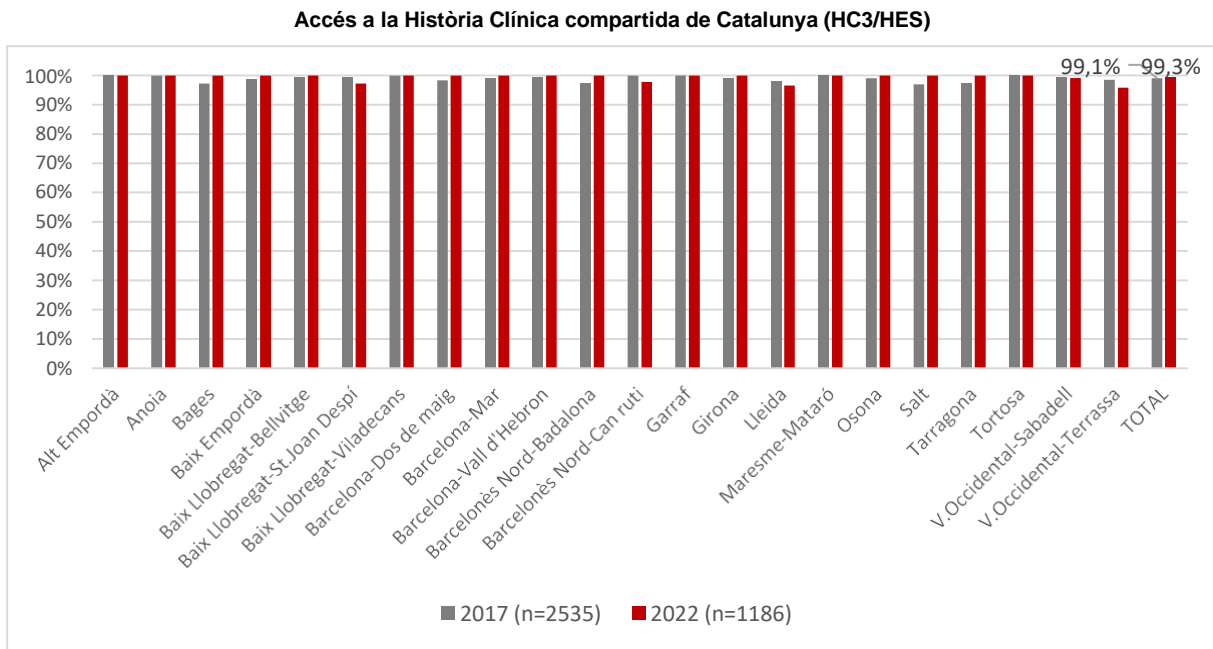
3) Canvis en la disponibilitat, ús i dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació existents

Disponibilitat dels mecanismes de coordinació entre nivells

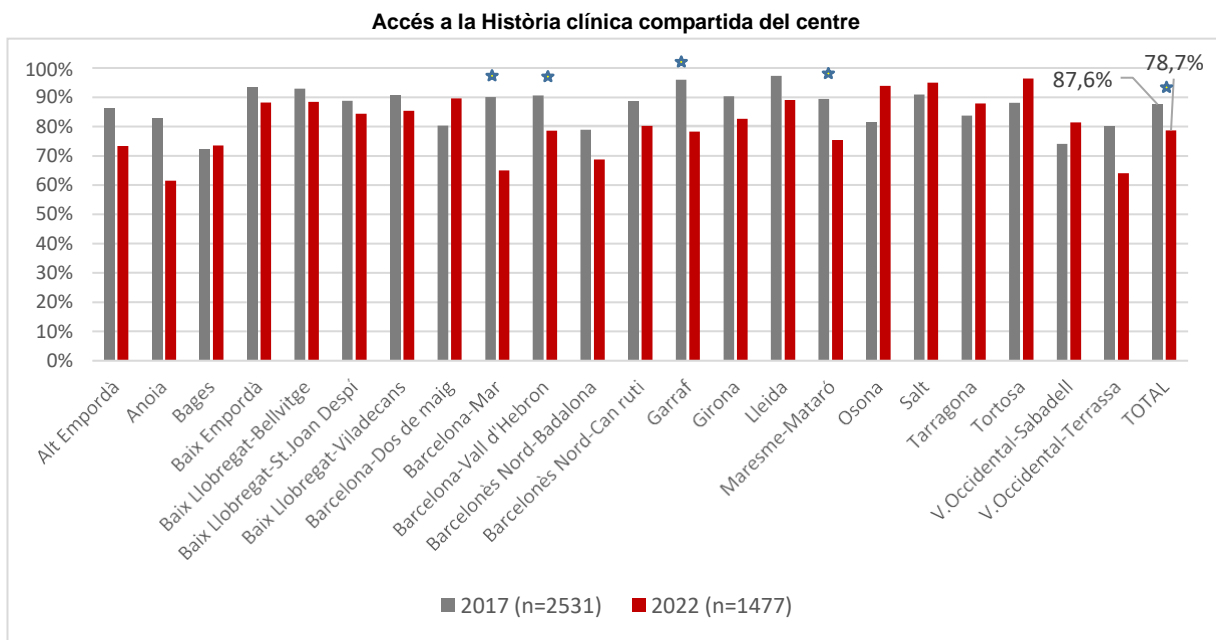
En comparació amb 2017, en general, hi va haver un descens en la disponibilitat de mecanismes de coordinació en les àrees avaluades, excepte de la Història Clínica compartida de Catalunya (HC3/HES), que va mantenir una elevada disponibilitat, 99,3% de metges/esses del conjunt de les àrees va referir tenir accés al mecanisme. En canvi, la disponibilitat de les Histories clíniques compartides dels centres va registrar una caiguda passant del 87,6% al 2017 al 78,7% al 2022, amb diferències entre anys en algunes àrees, Barcelona-Mar, Barcelona Vall d'Hebron, Garraf i Maresme-Mataró (Gràfic 9).

Crida l'atenció la caiguda en el percentatge de metges/esses que van referir tenir accés a les interconsultes virtuals a través de la història clínica passant del 61,8% al 47,7% al 2022, en el conjunt d'àrees i algunes específiques. A totes les àrees hi va haver un descens notable en la disponibilitat de les interconsultes per telèfon passant del 67,2% al 2017 al 23,6% al 2022 i de les Interconsultes per correu electrònic 59,0% al 42,1% respectivament. Per últim, respecte a les Sessions clíniques conjuntes, es va observar una disminució de la seva disponibilitat, passant del 39,1% en 2017 al 15,5% en 2022. No obstant això, cal assenyalar que al 2022 només es preguntava per les sessions clíniques conjuntes virtuals (telemàtiques) i al 2017 podrien ser tant presencials com telemàtiques (Gràfic 9).

Gràfic 9. Disponibilitat dels mecanismes de coordinació segons àrea i any

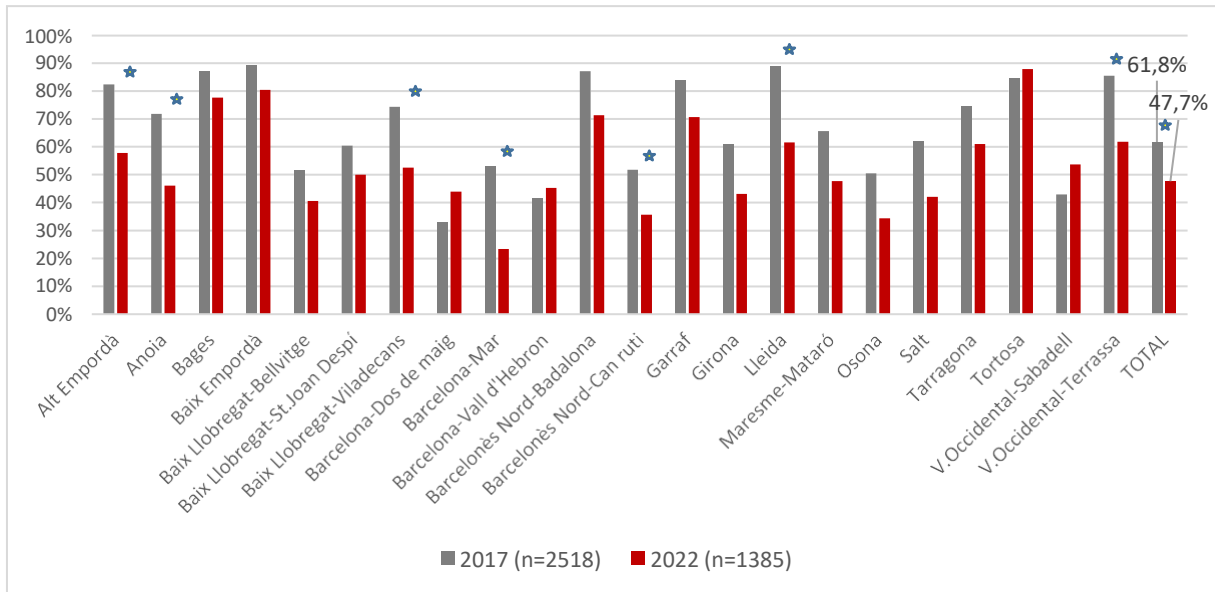


Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir tenir accés al mecanisme



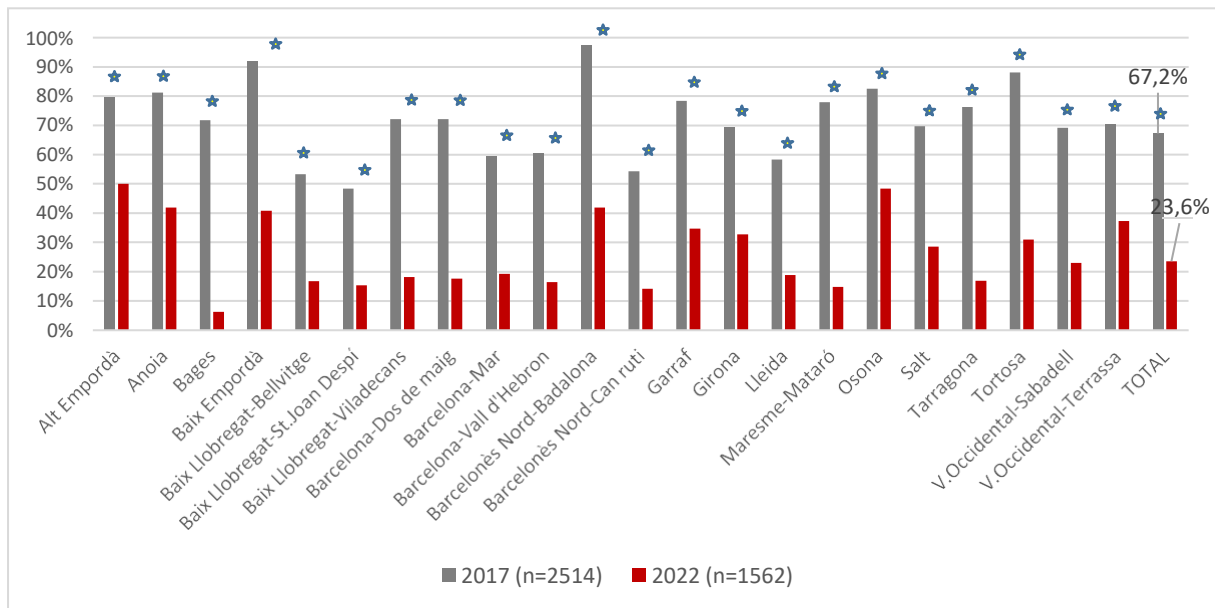
Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir que la historia clínica del centre permet compartir informació amb l'altre nivell

Accés a interconsultes virtuals a través de la historia clínica



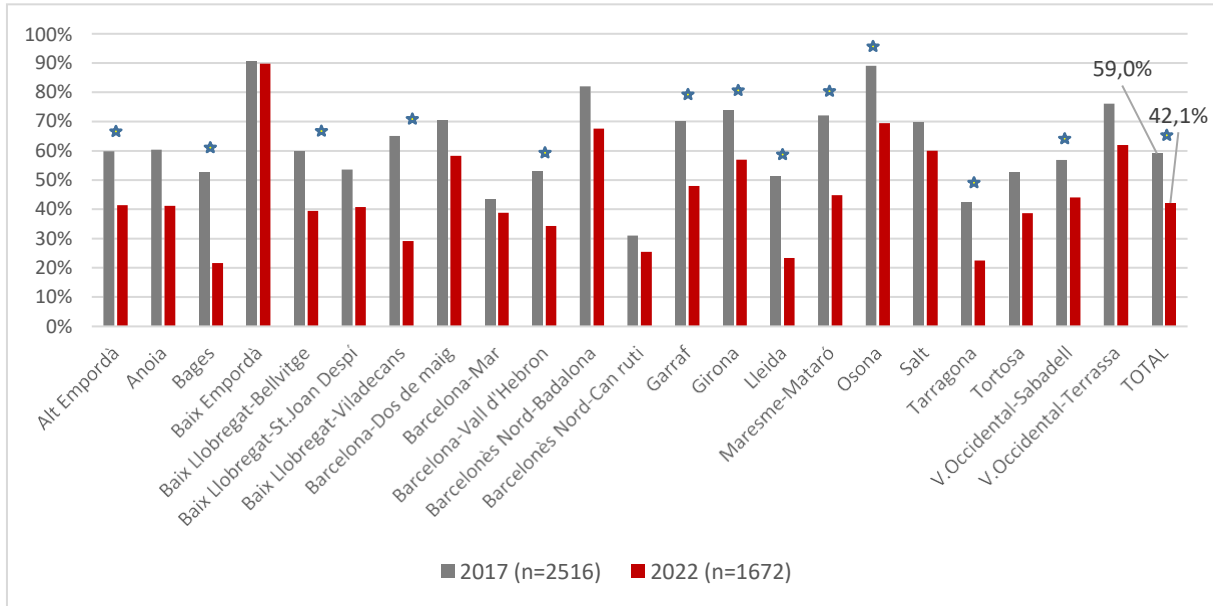
Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir tenir accés

Accés a la interconsulta per telèfon



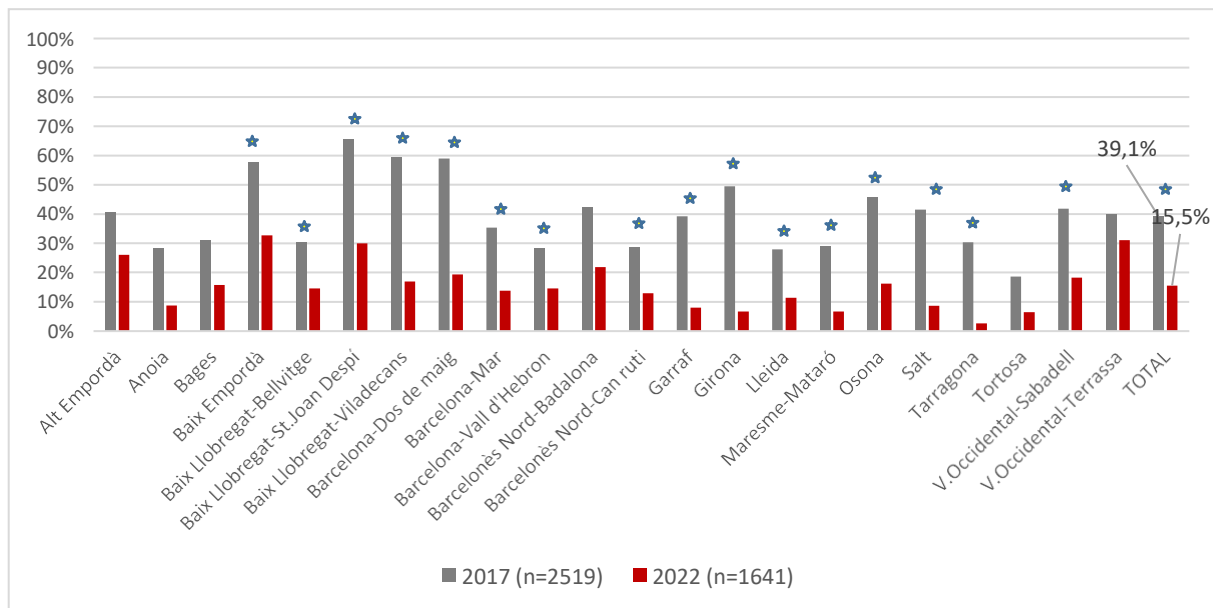
Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir tenir accés

Accés a interconsultes per correu electrònic



Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir tenir accés

Accés a sessions clíniques conjuntes



Nota: gràfic mostra el percentatge d'aquells que van referir que es van realitzar. Al 2022 es va indagar únicament per sessions clíniques conjuntes via telemàtica. Al 2017 es van incloure tant telemàtiques com presencials.

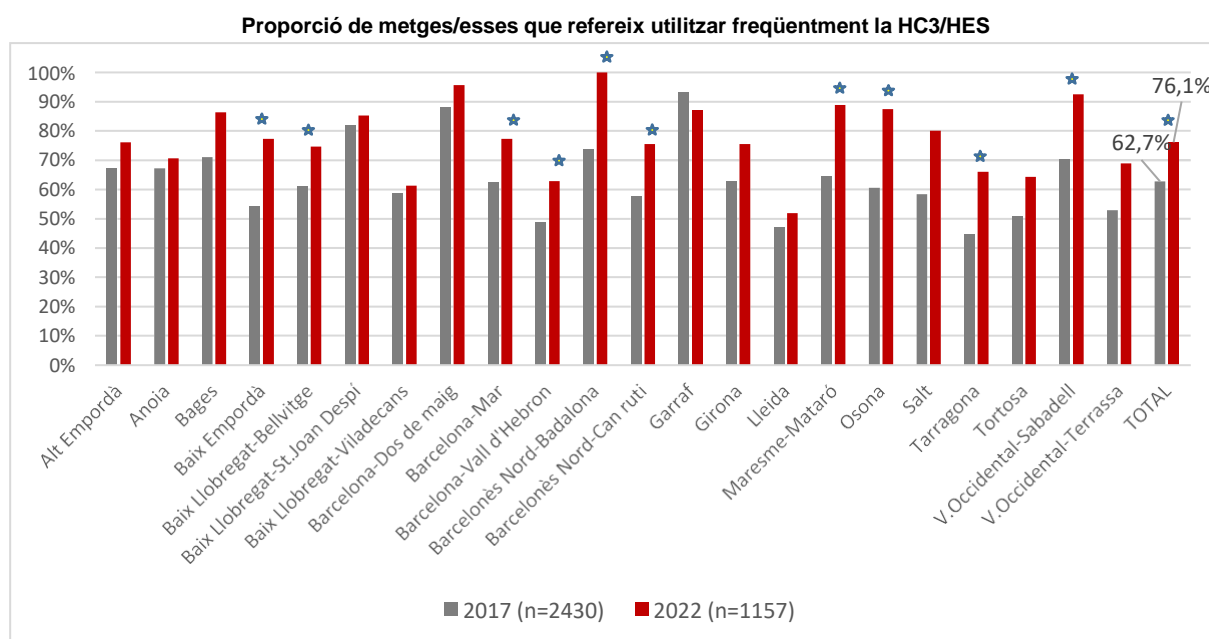
Ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció existents

Amb respecte a l'ús dels mecanismes de coordinació per part d'aquells/elles metges/esses que van referir tenir accés, per un costat, es va observar un augment en l'ús freqüent tant de la Història clínica compartida de Catalunya (HC3/HES), del 62,7% al 2017 al 76,1% al 2022, com de la Història clínica compartida del centre, del 79,7% al 2017 al 86,5% al 2022, amb diferències entre anys en algunes àrees. De la mateixa manera, es va incrementar l'ús freqüent de les interconsultes virtuals a través de

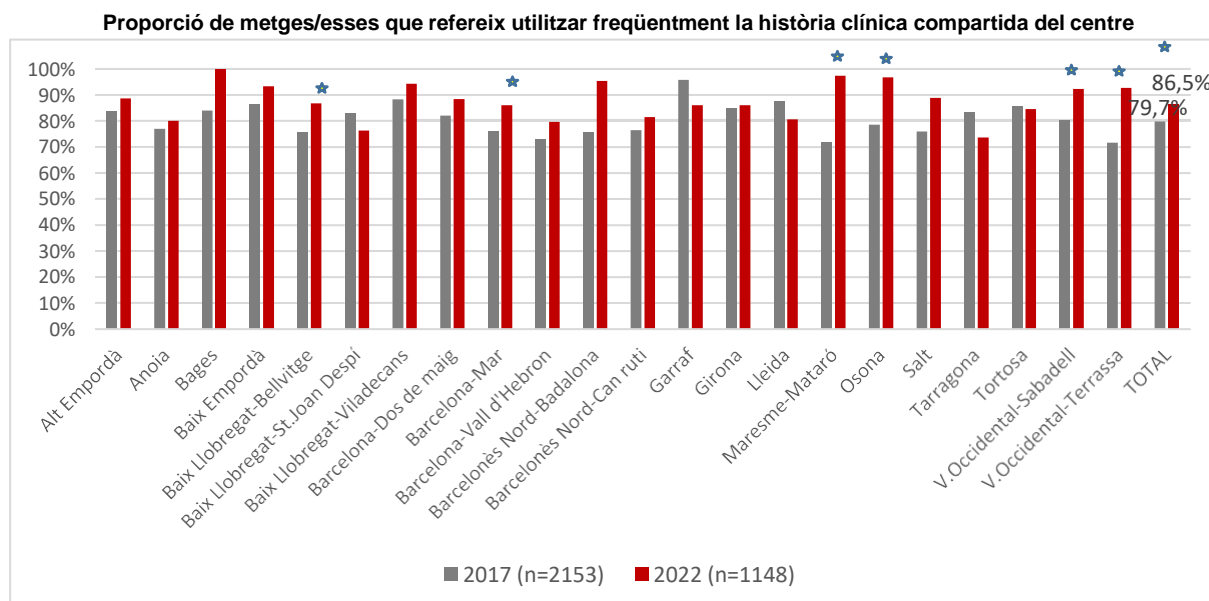
la historia clínica, del 49,7% al 2017 al 64,7% al 2022, amb diferències entre anys en algunes àrees (Gràfic 10).

Per altre costat, les interconsultes per correu electrònic van mostrar una disminució en el seu ús freqüent, passant del 24,0% al 2017 al 16,5% al 2022. En el cas de les interconsultes per telèfon, el seu ús freqüent, encara que baix, va romandre constant entre els dos anys a totes les àrees. Finalment, respecte a la participació dels/les professionals en sessions clíniques conjuntes per a la discussió de casos, es va mantenir amb una lleugera disminució, del 63,1% al 2017 al 58,2% al 2022 (sense significació estadística)

Gràfic 10. Ús freqüent dels mecanismes de coordinació segons àrea i any

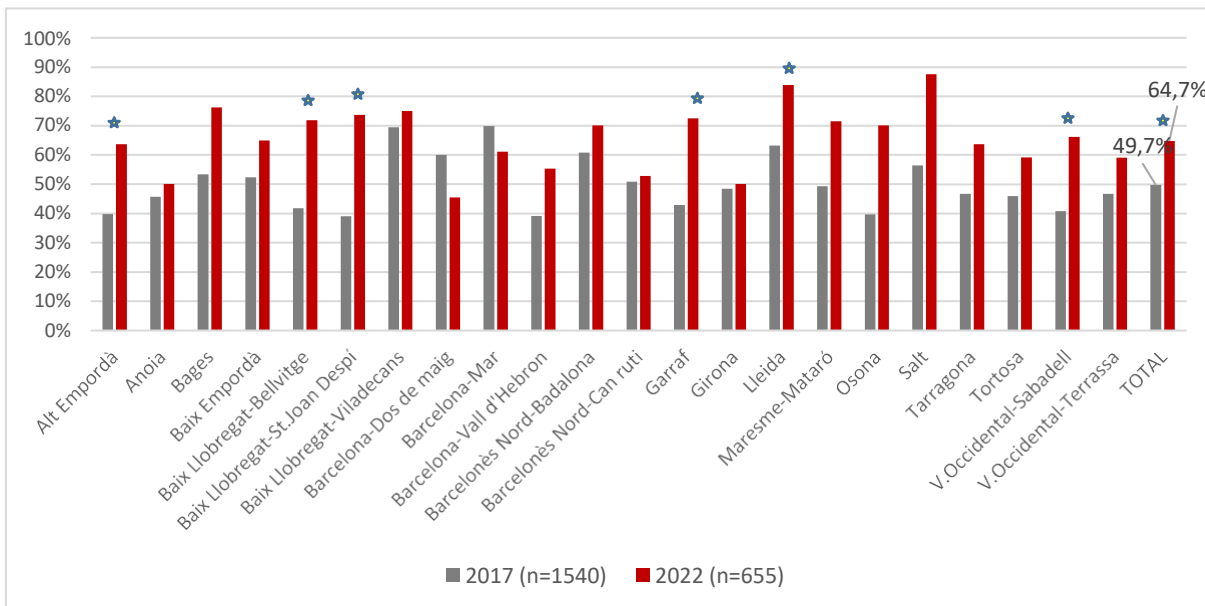


Nota: Ús freqüent = diàriament. Percentatge calculat sobre aquells que van referir tenir accés al mecanisme



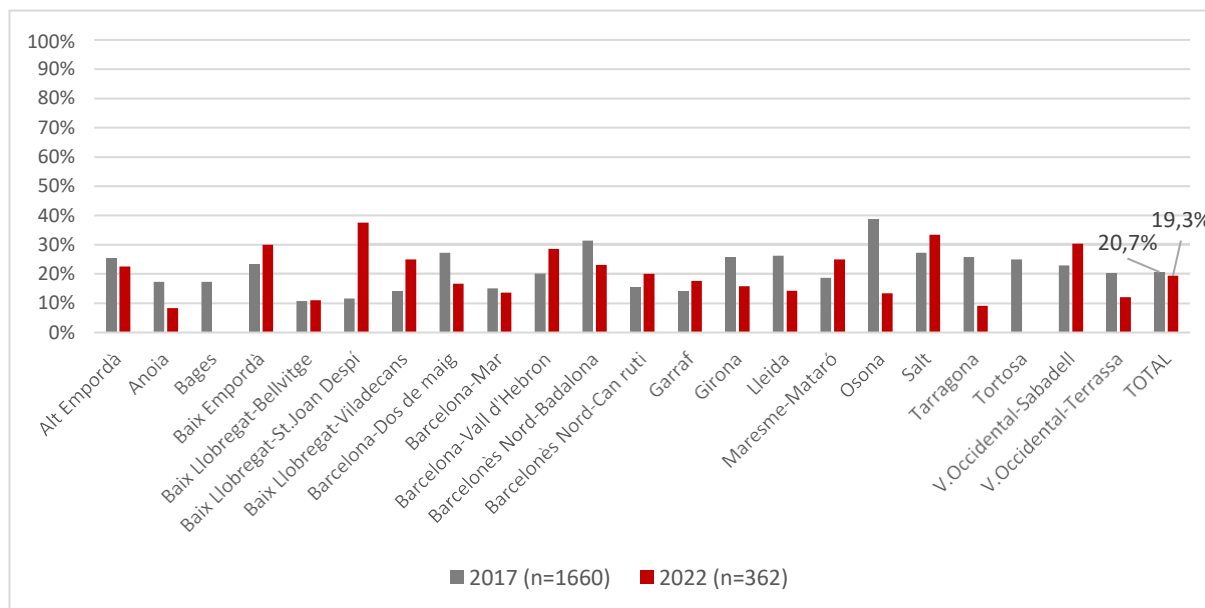
Nota: Ús freqüent = diàriament. Percentatge calculat sobre aquells que van referir tenir accés al mecanisme

Proporció de metges/esses que refereix realitzar freqüentment interconsultes virtuals a través de la història clínica



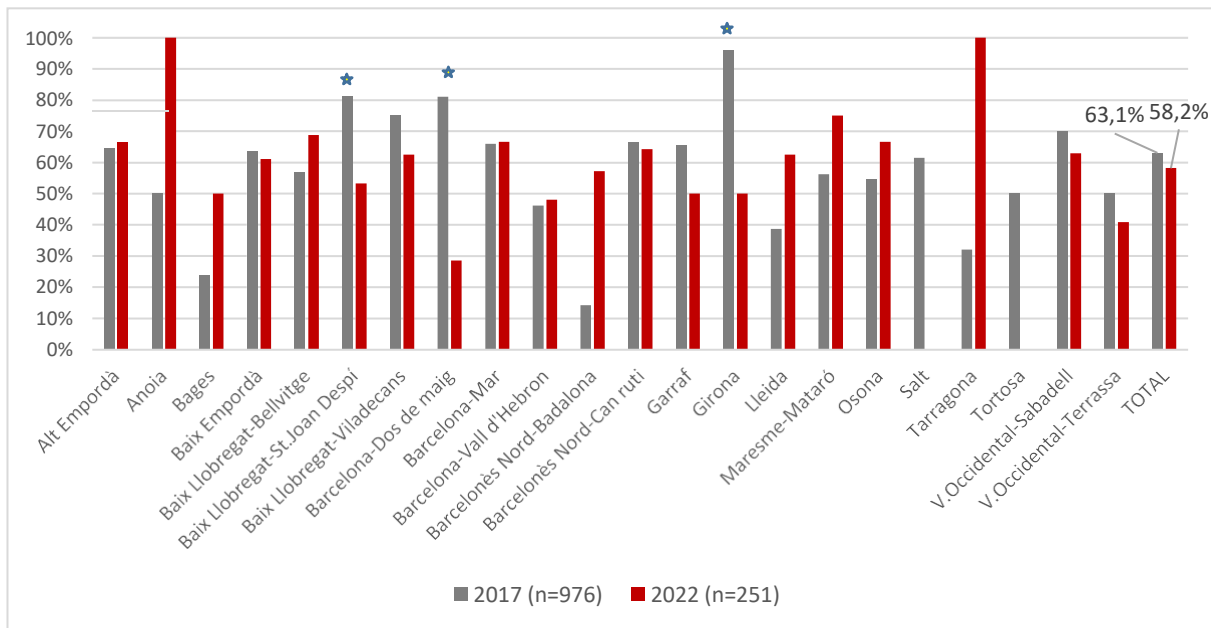
Nota: Ús freqüent = diàriament, setmanalment. Percentatge calculat sobre aquells que van referir tenir accés al mecanisme

Proporció de metges/esses que refereix realitzar freqüentment interconsultes per telèfon



Nota: Ús freqüent = diàriament, setmanalment. Percentatge calculat sobre aquells que van reportar tenir accés

Proporció de metges/esses que van referir participar freqüentment a les sessions clíniques conjuntes per a la discussió de casos

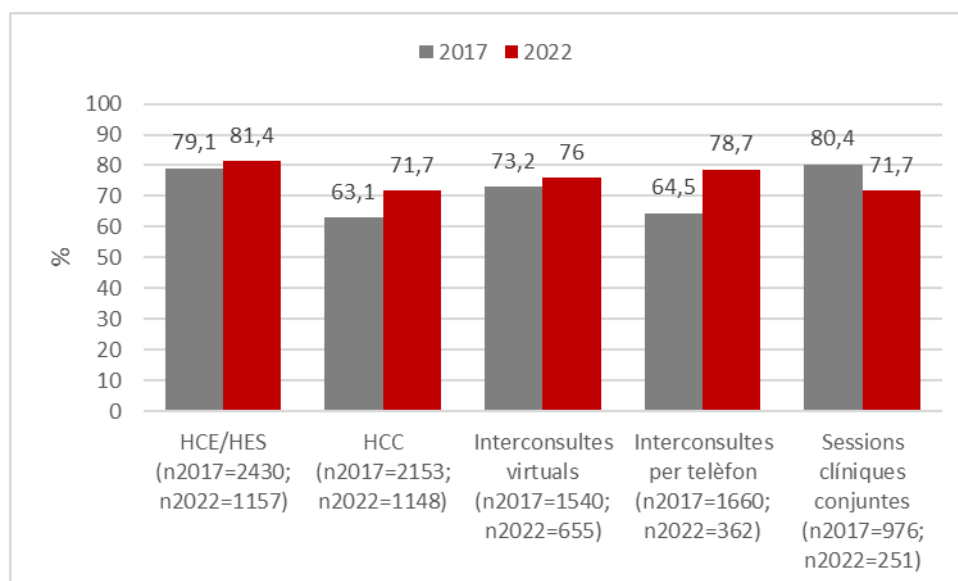


Nota: Ús freqüent = diàriament, setmanalment, mensualment. Percentatge calculat sobre aquells que van reportar tenir accés. Al 2022 es va indagar únicament per sessions clíniques conjuntes via telemàtica. Al 2017 es van incloure tanta telemàtiques com presencials

Dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció

En quant a les dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació, va augmentar el ja elevat percentatge de metges/esses que va assenyalar la seva existència respecte a 2017, excepte en les associades a les sessions clíniques conjuntes que va disminuir d'un 80,4% a 71,7%. Al 2022, el mecanisme amb major percentatge de dificultats referides va ser la història clínica compartida de Catalunya (Gràfic 12).

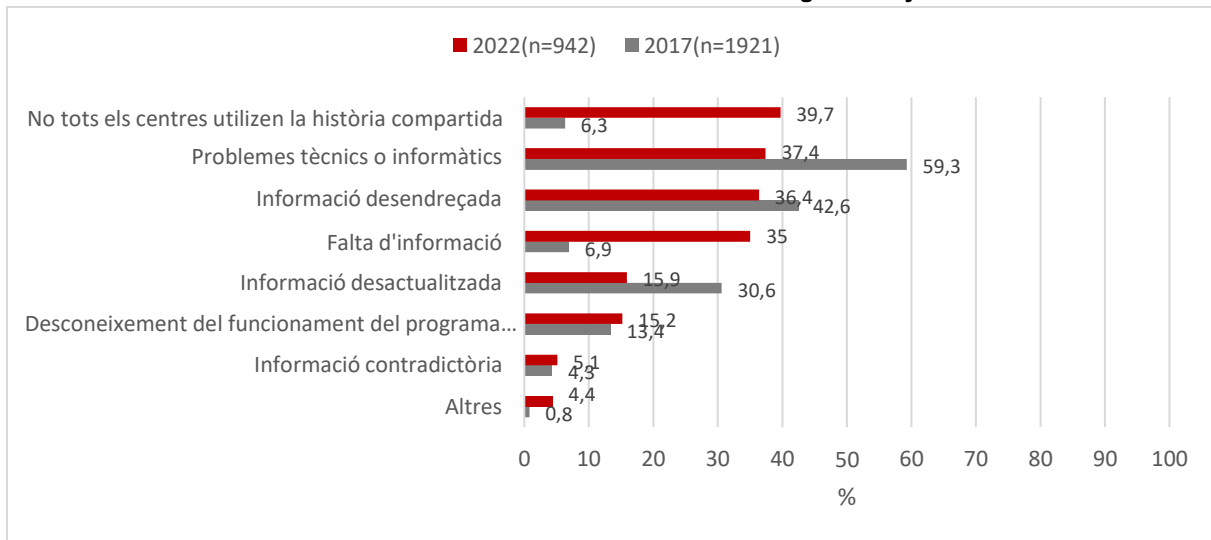
Gràfic 12. Percentatge de metges amb dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació segons any



Nota: HC3/HES: Història clínica compartida de Catalunya; HCC: Història clínica compartida del centre. Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir accés al mecanisme

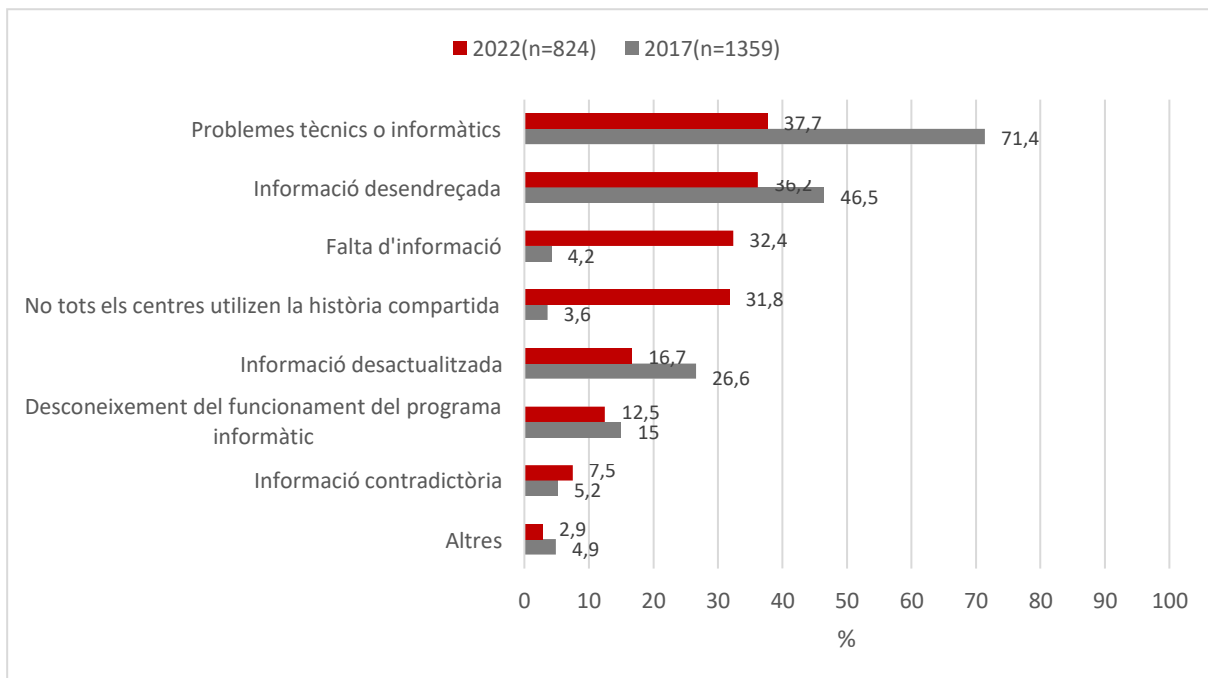
Les dificultats referides a l'ús de la HC3/HES i HCC continuen sent similars a les del 2017, encara que va disminuir la proporció de metges/esses que referien diferents d'aquestes. La falta d'utilització per tots els centres (HCE/HES:39,7%; HCC:31%), els problemes tècnics (HC3/HES:37,4%; HCC:37,7%), la informació desorganitzada (HC3/HES:36,4%; HCC:36,2%) i la falta d'informació (HC3/HES:35%; HCC:32,4%) van emergir com les principals dificultats d'ús per tots dos mecanismes al 2022 (Gràfics 13 i 14).

Gràfic 13. Dificultats en l'ús de la HC3/HES segons l'any



Nota: HC3/HES: Història clínica compartida de Catalunya. Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir alguna dificultat en l'ús del mecanisme

Gràfic 14. Dificultats en l'ús de la HC compartida del centre segons any

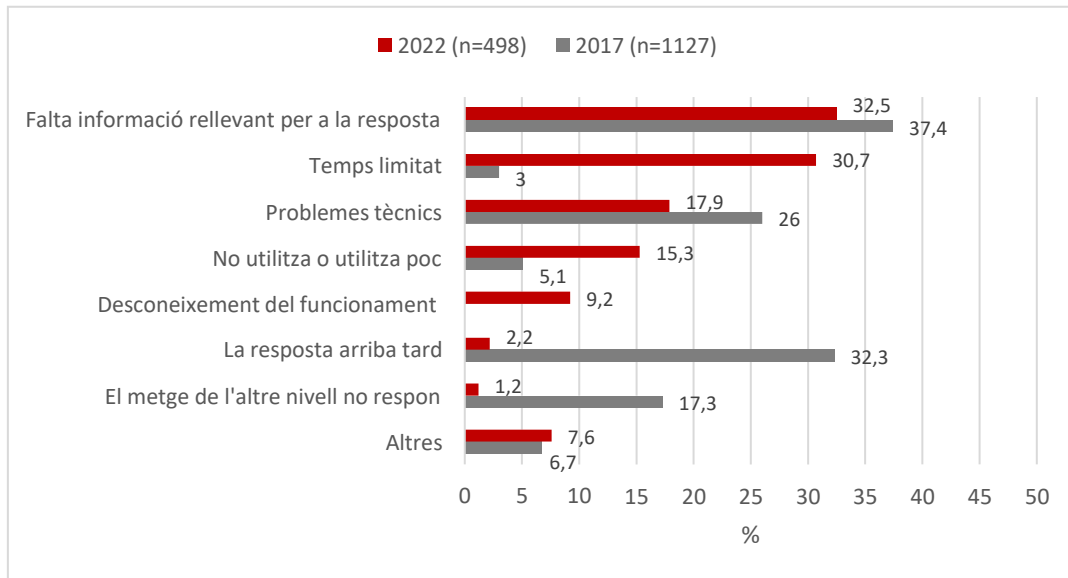


Nota: Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir alguna dificultat en l'ús del mecanisme

En quant a les dificultats en la realització d'interconsultes virtuals, hi va haver algunes variacions respecte a les observades al 2017 i va emergir una nova dificultat: desconeixement del funcionament, referit pel 9,2% dels/les metges/esses. També destaca l'increment de la proporció que va referir tenir temps limitat per al seu

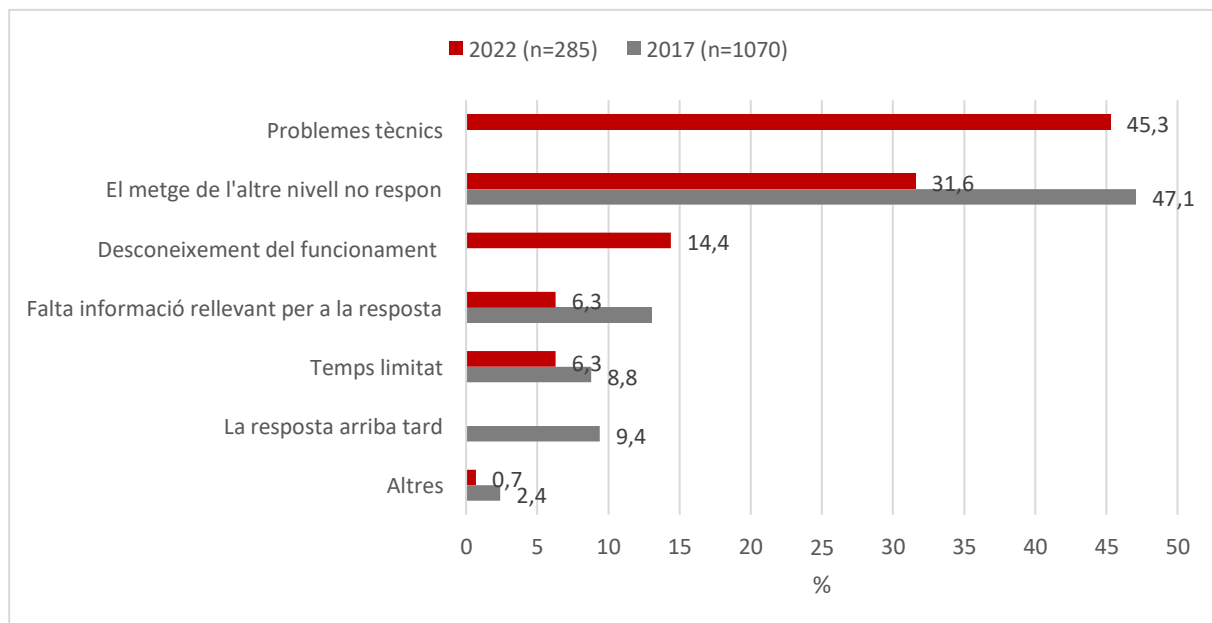
ús (30,7% vs 3% al 2017) i que es feia poc ús o era inadequat (15,3% vs 5,1% al 2017). Altres problemes que persisteixen son la manca d'informació rellevant per a la resposta (32,5%) i els problemes tècnics (17,9%) (Gràfic 15). Per al 2022, en altres dificultats va destacar la unidireccionalitat del mecanisme (2,8%).

Gràfic 15. Dificultats en l'ús d'interconsultes a través de la història clínica, segons any



Nota: Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir alguna dificultat en l'ús del mecanisme
Per altre costat, en les interconsultes per telèfon, va emergir com noves dificultats els problemes tècnics (45,3%) i el desconeixement del funcionament (14,4%) i persisteix l'elevat percentatge que refereix la falta de resposta per part del metge de l'altre nivell (31,6%) (Gràfic 16).

Gràfic 16. Dificultats en l'ús d'interconsultes per telèfon, segons any

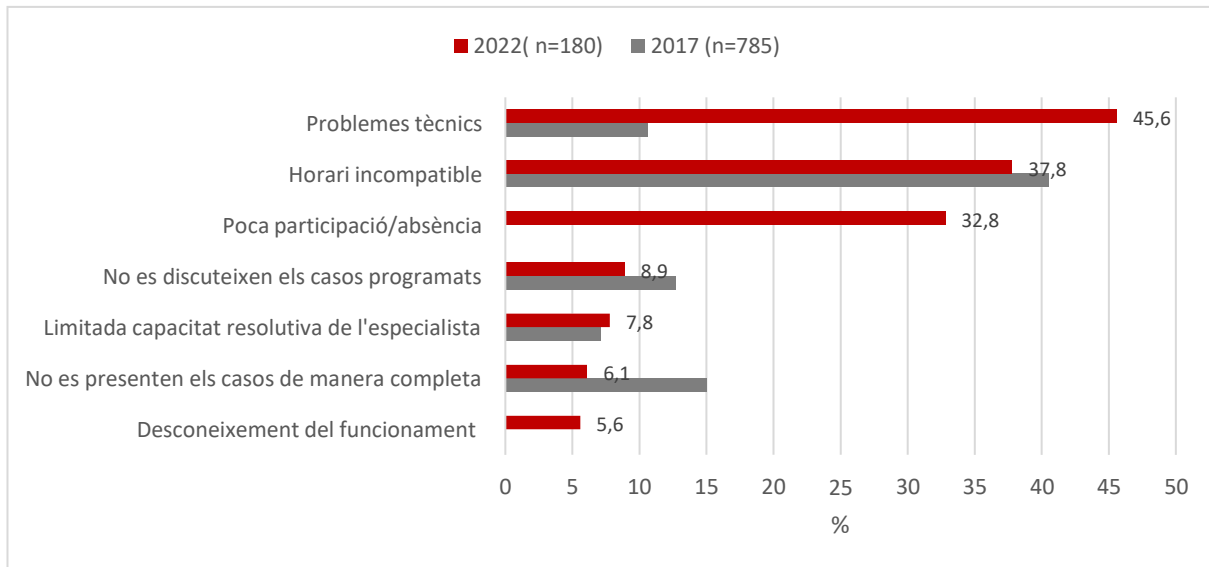


Nota: Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir alguna dificultat en l'ús del mecanisme

Finalment, a les sessions clíniques conjuntes va destacar un increment de la proporció que va referir problemes tècnics (10,6% vs 45,6% al 2022), que podria estar relacionat amb que per a l'any 2022 només es va indagar sobre les realitzades via telemàtica. També va emergir la limitada participació amb un 32,8% i

persisteix l'horari de les sessions no compatible amb els seus horaris de feina (37,8%) com una de les principals dificultats (Gràfic 17).

Gràfic 17. Dificultats en la participació en sessions clíniques conjuntes segons any



Nota: Percentatge calculat sobre aquells que van respondre tenir alguna dificultat en l'ús del mecanisme

En resum, al 2022 les històries clíniques compartides de Catalunya (HC3/HES) i del centre van continuar sent els mecanismes més àmpliament disponible i utilitzat a totes les àrees. No obstant això, va disminuir la disponibilitat de les històries clíniques compartides dels centres i de les interconsultes virtuals a través de la historia clínica, amb algunes variacions entre les àrees, però en general va augmentar el seu ús freqüent. Tant la disponibilitat com l'ús de les interconsultes per correu, per telèfon i de les sessions clíniques conjuntes va caure en quasi totes les àrees. Destaca a més que un alt percentatge de professionals va reportar tenir dificultats en l'ús dels mecanismes disponibles i el tipus de dificultats va variar segons el mecanisme, però es relacionaven en la seva majoria amb problemes tècnics i d'organització de la informació, i en el cas de les sessions conjuntes, a més amb la falta de participació i incompatibilitat de l'horari per assistir. Les dificultats d'ús de mecanismes per àrea es poden veure a l'Annex 1.

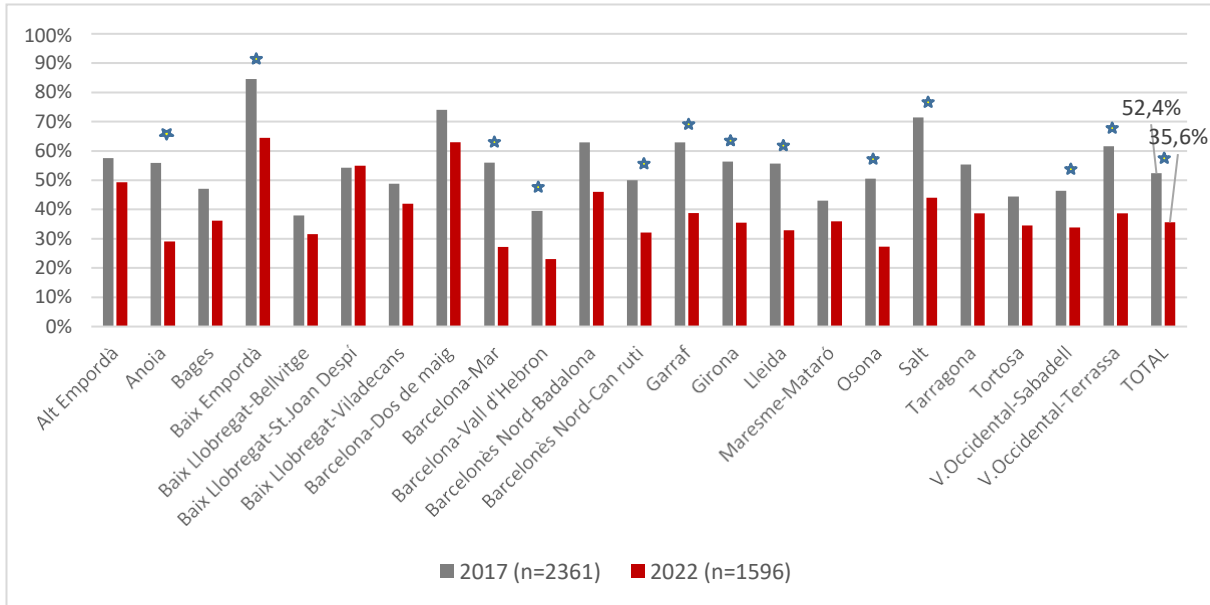
4) Canvis en els factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció

Factors organitzatius

En relació amb els **factors organitzatius** es va observar una disminució en el percentatge de professionals que consideraven que els directius de l'organització facilitaven la coordinació entre metges d'AP i AH, passant de 52,4% a 35,6%, en total i en la majoria de les àrees avaluades. Així mateix, hi va haver una disminució dels que consideraven que l'organització va establir objectius orientats a la coordinació entre nivells, del 48,1% al 35,1%, amb diferències entre anys en algunes àrees. En quant al temps disponible per a coordinar-se, va disminuir la proporció dels metges/esses que considerava que era suficient del 13,4% al 9,4%. Finalment, també es va reduir el percentatge de metges/esses d'AH que referien passar consulta en els centres d'atenció primària del 24,4% a 16,7% i en algunes àrees va ser nul (Gràfic 19).

Gràfic 19. Factors organitzatius relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció, segons àrees i anys

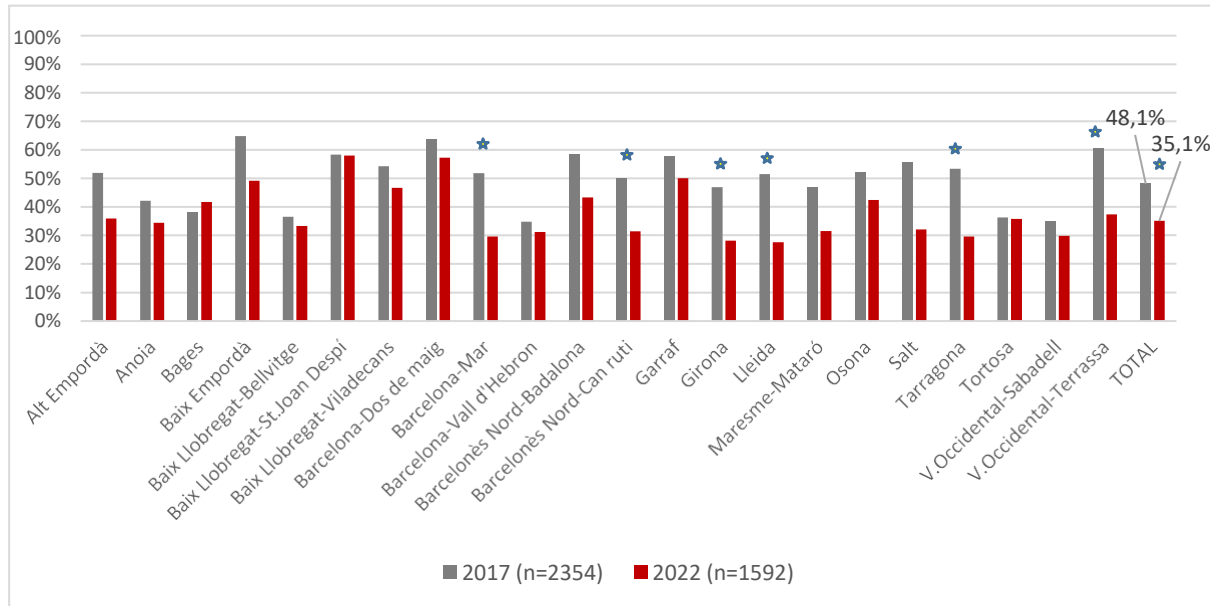
Els directius de l'organització faciliten la coordinació entre metges d'atenció primària i hospitalària



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

* diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

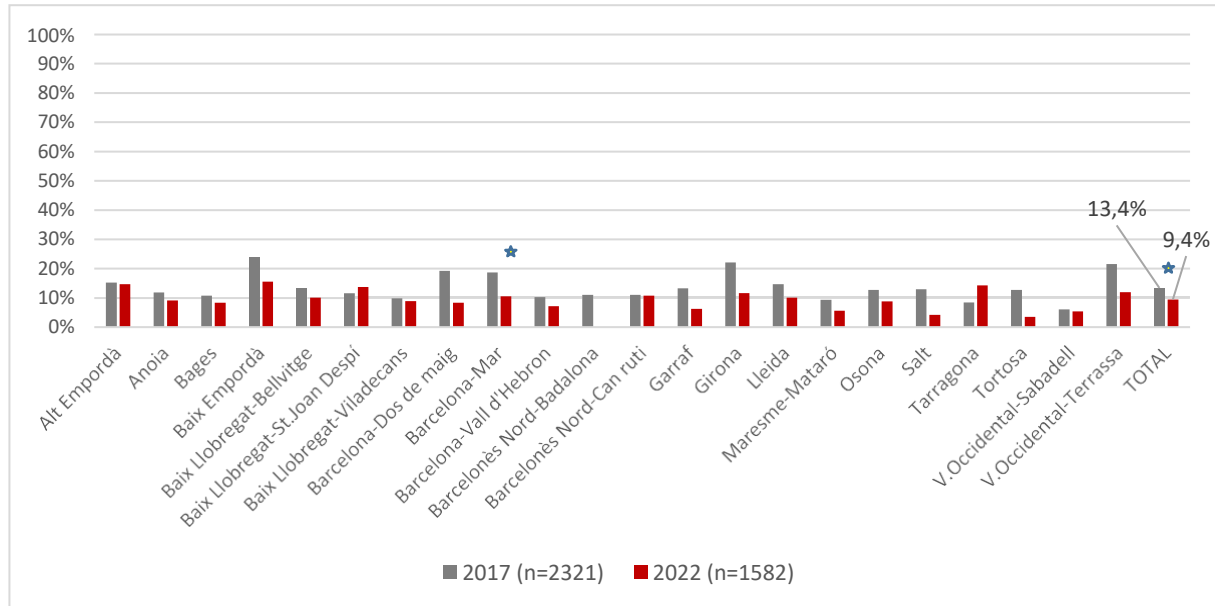
La meua organització estableix objectius orientats a la coordinació entre nivells assistencials



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

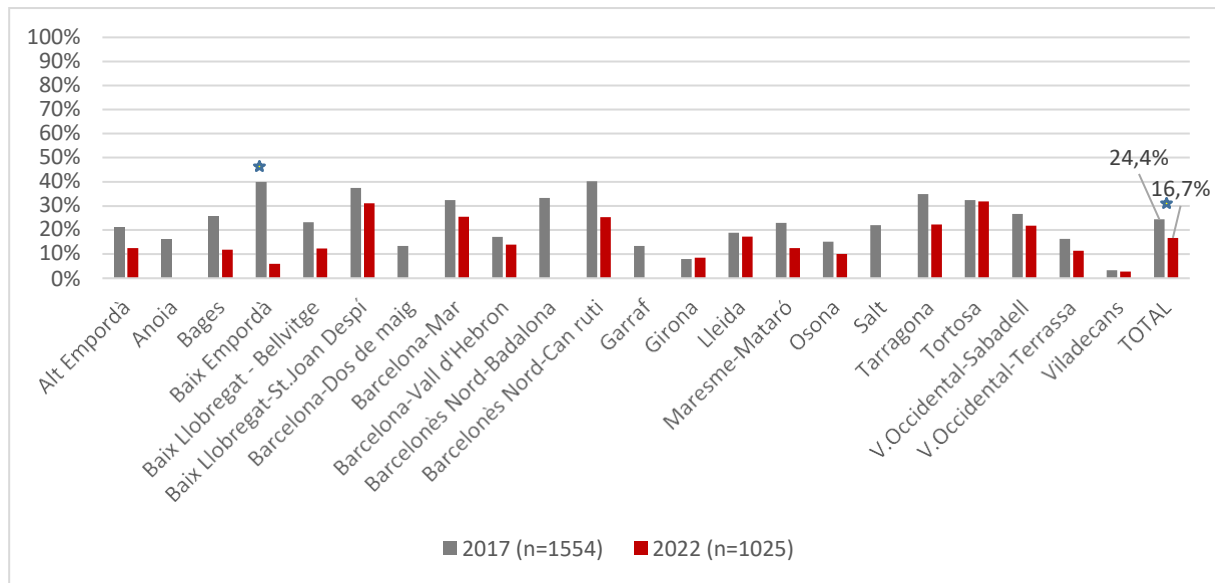
* diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

El temps que puc dedicar a la coordinació amb els metges de l'altre nivell durant la meva jornada laboral és suficient



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

Els metges d'AH passen consulta en els centres d'atenció primària



Nota: es mostra el percentatge de "si" i està calculat sobre el total de metges d'AH
 * diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

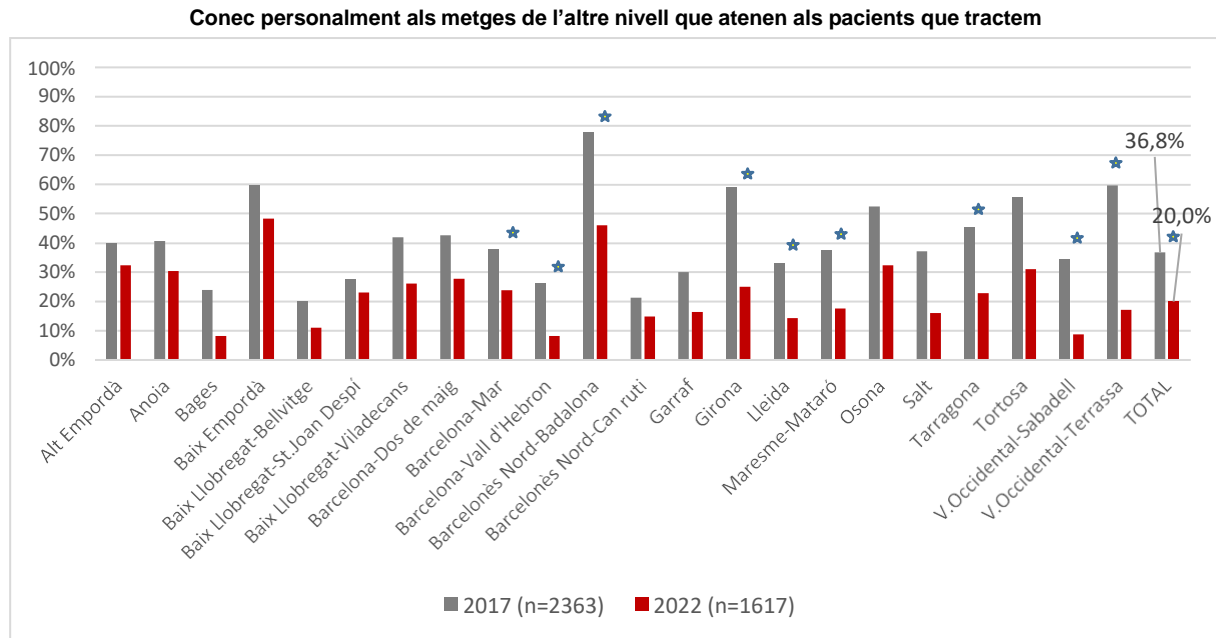
Factors d'interacció

En quant als **factores d'interacció entre metges** hi va haver una caiguda en el percentatge de participants que van afirmar conèixer personalment als metges de l'altre nivell, en total, passant del 35,8% al 20,0% i a la meitat de les àrees. Per altre costat, encara que persisteix elevada la confiança en les habilitats clíniques dels metges de l'altre nivell va caure lleugerament, passant de 86,2% al 2017 a un 83,7% al 2022 i amb diferències entre anys en algunes àrees (Gràfic 20).

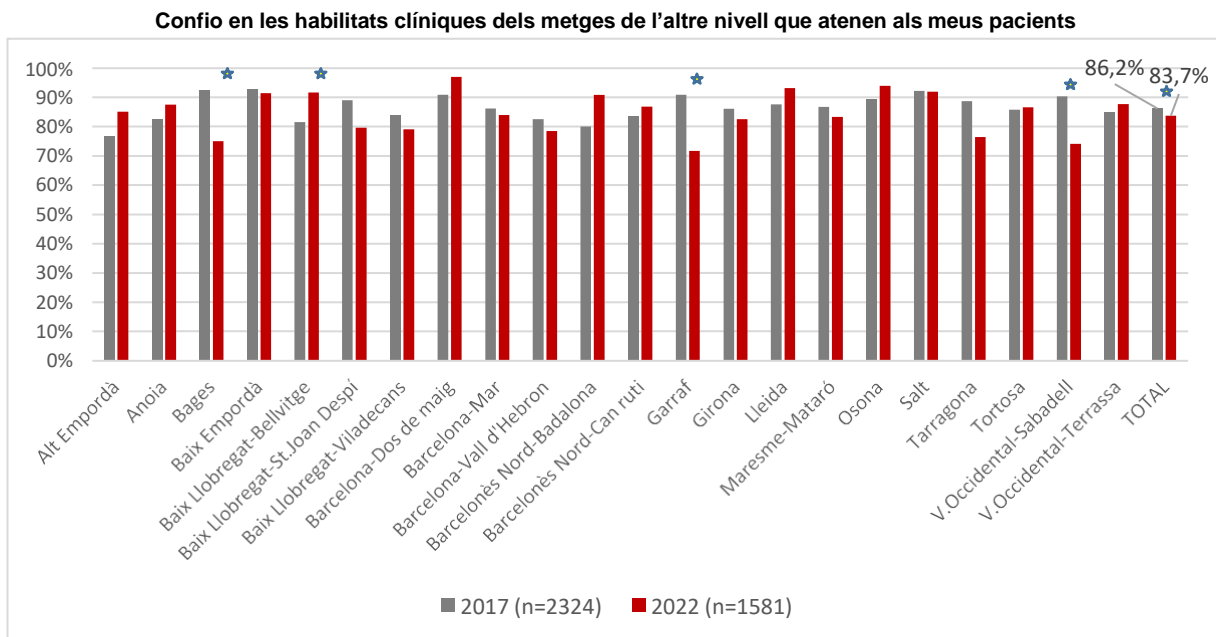
Així mateix, continuava sent alt el percentatge de professionals que consideraven que en la pràctica els metges d'AP són els responsables del seguiment del pacient en la seva trajectòria pels diferents nivells va disminuir lleugerament en comparació amb 2017, passant del 77,7% al 75,5% i sense diferències

entre les àrees avaluades. Finalment, el percentatge de metges/esses que va afirmar que la seva pràctica assistencial influeix en la pràctica dels metges de l'altre nivell va romandre més o menys constant, sent de 64,5% al 2017 i 63,2 al 2022 (Gràfic 20).

Gràfic 20. Factors d'interacció relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció, segons àrees i anys

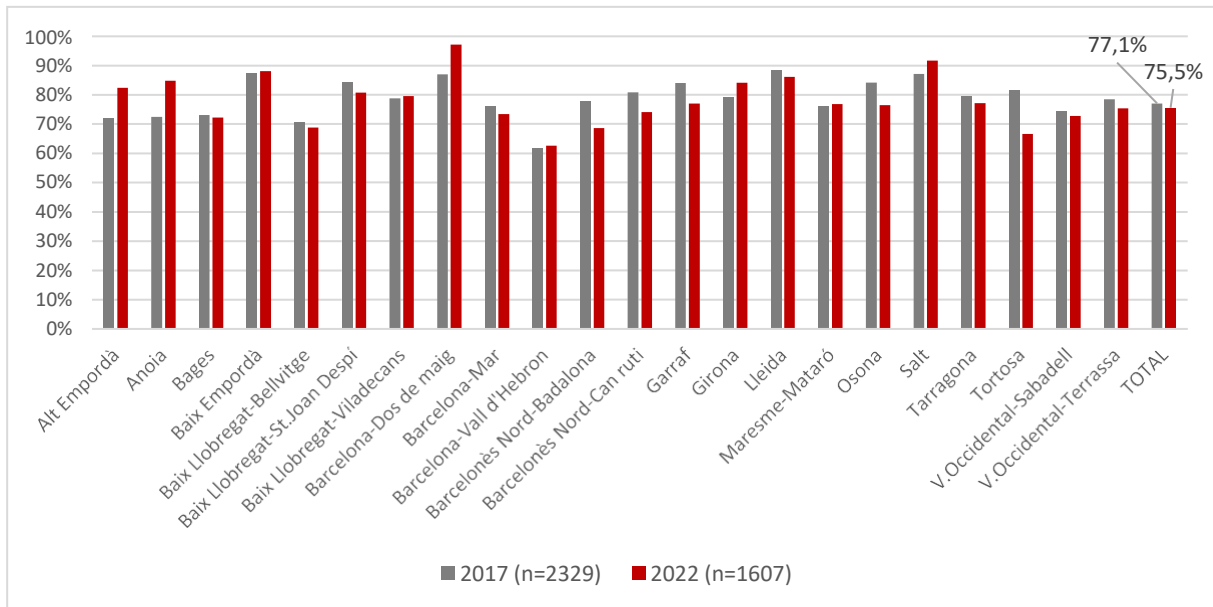


Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)



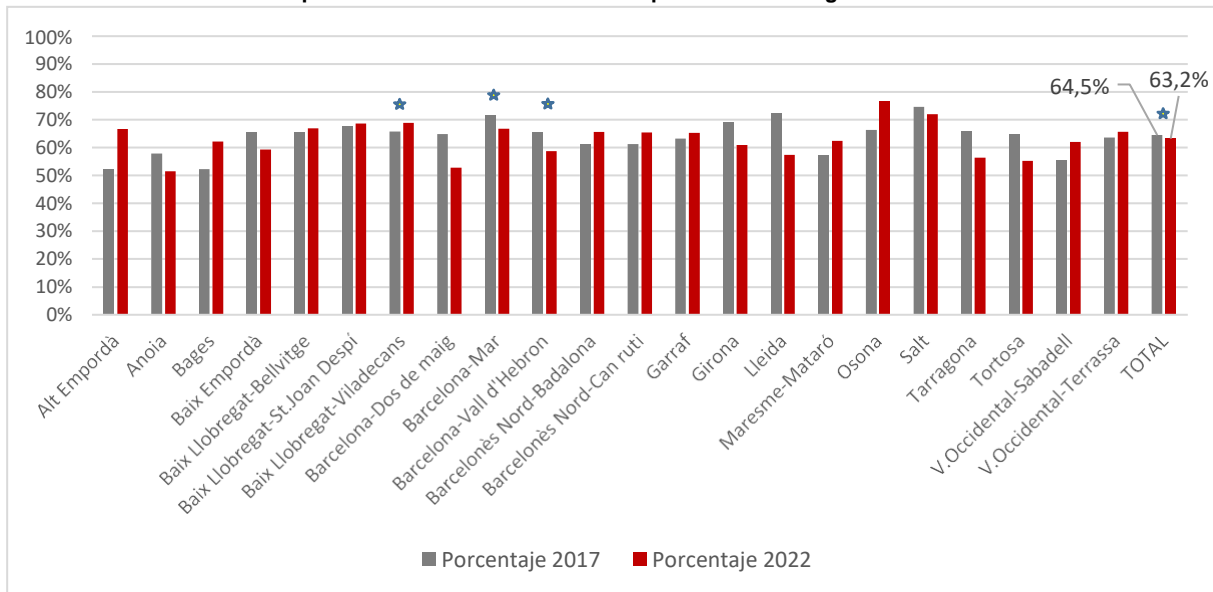
Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferència estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

A la pràctica, els metges d'AP són els responsables del seguiment del pacient en la seva trajectòria pels diferents nivells assistencials



Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 *diferencia estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

La meva pràctica assistencial influeix en la pràctica dels metges de l'altre nivell

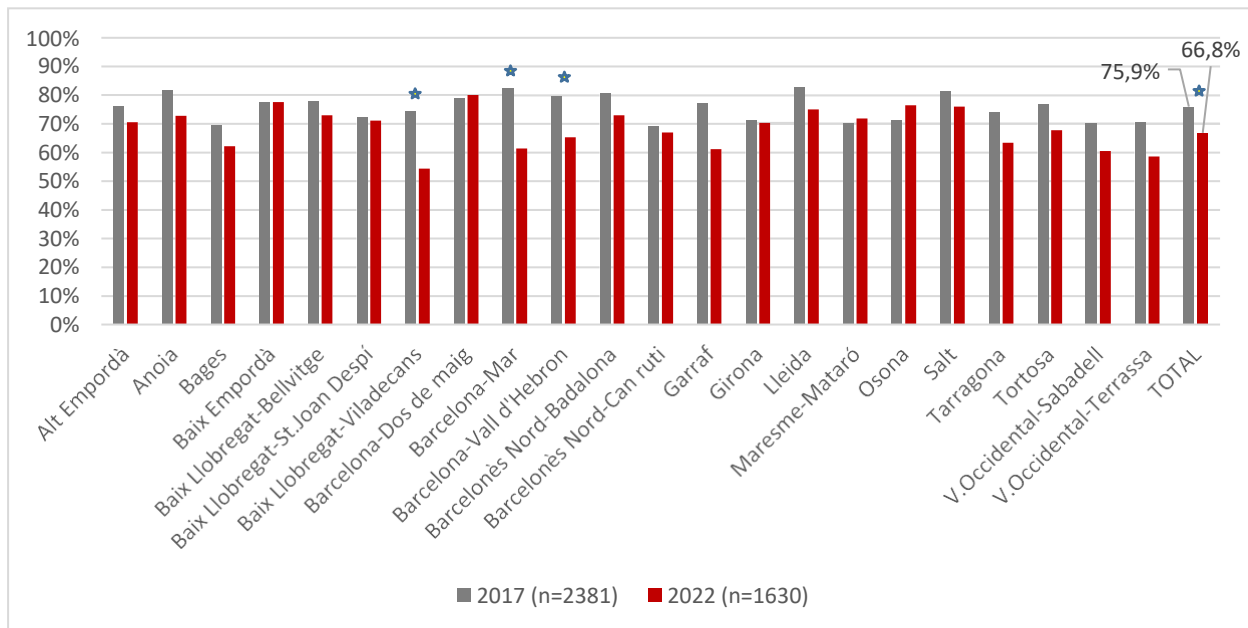


Nota: es mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"
 * diferencia estadísticament significativa entre anys (p<0.05)

Factors actitudinals: Satisfacció amb la feina

Finalment, en quant a **factores actitudinals**, hi va haver una caiguda en la proporció de metges/esses que va referir estar satisfet amb la feina a l'organització, passant d'un 75,9% al 2017 al 66,8% en el conjunt i també en les àrees de Bages, Baix Llobregat-Viladecans, Barcelona-Mar y Barcelona-Vall d'Hebron (Gràfic 21).

Gràfic 21: Satisfacció amb la feina a l'organització segons àrees i anys



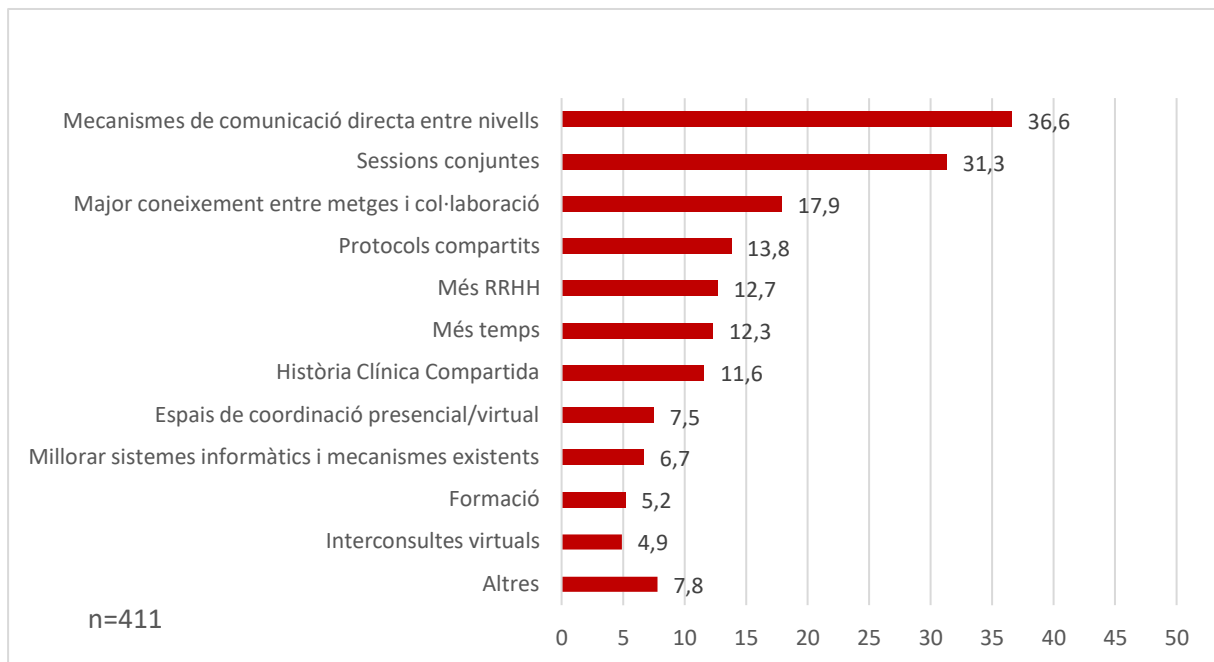
Nota: es mostra el percentatge de "Sí"

* diferència estadísticament significativa entre anys ($p < 0.05$)

En síntesi, els resultats de l'anàlisi dels factors relacionats amb la coordinació mostren que, comparat amb 2017, la percepció dels metges/esses és que hi va haver un empitjorament a quasi totes les àrees. Per un costat, van empitjorar els factors organitzatius com el suport institucional, la disponibilitat de temps per coordinar-se i metges d'AH que passen consulta a l'AP. Per altre costat, va disminuir un factor clau d'interacció, el coneixement mutu entre professionals, encara que va persistir l'elevada confiança en les seves habilitats clíniques i la identificació dels metges d'AP com responsables del seguiment del pacient. Finalment, es va reduir la satisfacció laboral a quasi totes les àrees.

5) Sugeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció en 2022

Al 2022, els suggeriments per a la millora de la coordinació clínica proposats són coherents amb els problemes referits i es centren en estratègies per a millorar la comunicació fluida i interacció entre professionals d'atenció primària i hospitalària. Així, els principals inclouen la implementació de mecanismes de comunicació directa entre nivells (36,6%) i, específicament, la realització de sessions clíniques conjuntes (31,3%), així com, promoure el major coneixement i col·laboració entre professionals (17,9%). A més, es van suggerir l'elaboració de protocols compartits (13,8%). Així mateix, s'assenyalen factors organitzatius, com, l'assignació de més recursos humans (12,7%) i disposició de més temps per a coordinar-se (12,3%). Finalment, s'assenyalen estratègies per a la millora de l'intercanvi d'informació i coordinació de la gestió clínica, com la implementació de la historia clínica compartida (11,6%), l'optimització dels sistemes informàtics i mecanismes existents (6,7%) i la implantació interconsultes virtuals (4,9%) o la creació d'espais de coordinació presencials/telemàtics (7,5%). Els suggeriments específics per àrea es recullen en l'Annex 2.

Gràfic 22: Sugeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció al 2022

Nota: percentatge calculat sobre el número de respostes

Conclusions

Les enquestes COORDENA-CAT (2017) i COORDENA-TICs (2022) realitzada als metges/esses d'atenció primària i hospitalària del sistema de salut català, han permès analitzar de manera exhaustiva els canvis en l'experiència i percepció de la coordinació clínica entre nivells d'atenció i dels factors que influeixen després de la pandèmia i detectar tant fortaleeses com àrees de millora per orientar la presa de decisions per al disseny i implementació d'estratègies dirigides a la millora de la coordinació clínica i, finalment, de la qualitat assistencial.

Els resultats mostren que, amb algunes diferències entre àrees, a l'any 2022 es va mantenir **elevada l'experiència de coordinació de la informació entre nivells**, amb una millora en la transferència de la informació clínica del pacient, que pot estar relacionada, entre altres, amb l'increment en l'ús d'alguns mecanismes de coordinació basats en TICs. En tant, l'experiència de **la coordinació de la gestió clínica entre nivells va presentar avenços i també alguns endarreriments**, com un empitjorament d'alguns aspectes de la consistència de l'atenció (augment de repetició de proves, falta de definició conjunta de plans d'atenció per als pacients que ho necessitin) i el seguiment de l'atenció (augment de les derivacions inadequades). Hi va haver millora en alguns aspectes tals com l'acord en els tractaments prescrits, la consulta de dubtes de l'AP a l'AH i les recomanacions de seguiment de l'AH a l'AP, que pot estar lligat a l'alta confiança que refereixen els metges/esses en les habilitats clíniques dels seus col·legues de l'altre nivell. L'accessibilitat entre nivells continua sent un punt crític de millora, en especial per a l'AP, que és la porta d'entrada al sistema i pot limitar la qualitat assistencial. Així mateix, hi va haver un **empitjorament de la percepció general de coordinació en el territori**, amb algunes diferències entre àrees. Els principals motius d'aquest empitjorament esmentats van ser la falta de comunicació i contacte directe, mecanismes de coordinació insuficients i falta de temps i recursos humans.

Respecte als factors que influeixen sobre la coordinació, encara que amb algunes diferències entre àrees, en general **hi va haver un empitjorament de factors organitzatius** com la baixa percepció de suport institucional, la falta de temps per coordinar-se i la caiguda en el percentatge de metges/esses d'AH que passa visita en els centres d'atenció primària. Persisteix, a més, una diferència marcada entre àrees en quan a disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació i destaca la caiguda, en general en la disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació que promouen la comunicació directa, com les sessions clíniques conjuntes entre nivells o les interconsultes per telèfon. També va disminuir l'ús de les interconsultes per correu electrònic, segurament degut a l'increment d'altres mecanismes de coordinació que permeten l'intercanvi d'informació, com les interconsultes virtuals a través de les històries clíniques electròniques compartides tant de Catalunya com dels centres, però persisteixen algunes dificultats en l'ús dels mecanismes relacionats amb els continguts (falta d'informació rellevant o informació desorganitzada), així com la falta de temps per donar resposta a les interconsultes o participar en sessions clíniques conjuntes.

De igual manera, hi va haver un empitjorament, en general, d'alguns **factores d'interaccions** com el coneixement mutu entre professionals, que poden limitar la comunicació directa i és coherent amb la disminució en la disponibilitat i ús de mecanismes de coordinació que permeten la comunicació directa; encara s'ha de destacar que persisteix una elevada confiança en les habilitats clíniques i en la identificació dels metges d'AP com els responsables del seguiment del pacient. També hi va haver un empitjorament de la satisfacció laboral referida per les professionals, que pot estar relacionada per la pressió deguda al context de la pandèmia i que també pot explicar la baixa percepció de coordinació en el territori.

Finalment, els **suggeriments de millora** dels metges/esses són coherents amb els problemes identificats i es refereixen a reforçar la implementació de mecanismes i estratègies que facilitin la comunicació directa entre professionals i la millora del coneixement mutu que fomenti la col·laboració, així com la implementació de mecanismes de coordinació que estandarditzin els processos com protocols compartits.

En conclusió, els resultats d'aquest informe mostren que, en els últims cinc anys, encara que han millorat alguns elements de la coordinació clínica, també ha hagut endarreriments, amb un empitjorament de la percepció general de coordinació clínica entre nivells en els territoris analitzats del sistema de salut català. Destaca l'empitjorament d'alguns factors organitzatius, amb un suport menor de la gestió a la coordinació, menor disponibilitat de temps i disminució dels mecanismes de comunicació directa que permeten el coneixement mutu dels professionals, així com l'empitjorament de la satisfacció amb la feina. Aquests resultats poden comportar a despeses innecessàries en l'atenció o retards, amb una pèrdua de l'accessibilitat entre nivells i poder ser abordats des de la gestió.

Següents passos

Dins del desenvolupament de la línia d'investigació sobre integració assistencial, la comparació dels resultats dels estudis COORDENA-CAT (2017) i COORDENA-TICs (2022) a Catalunya ha permès la monitorització de la situació actual de coordinació clínica entre nivells en els diferents entorns sanitaris de la CCAA després de la pandèmia que, entre altres, ha ocasionat nombrosos canvis organitzatius en els serveis sanitaris que han afectat la forma tant d'interacció dels professionals, com de provisió dels serveis. Amb aquest informe s'han identificat àrees de millora en relació amb les diferents dimensions de la coordinació clínica i els factors organitzatius i individuals relacionats, així com l'impacte de la implementació de mecanismes de coordinació en els territoris.

Una de les conclusions més rellevants de l'anàlisi és que, encara que en general ha augmentat la freqüència d'ús d'alguns mecanismes de coordinació basats en TICs, el seu ús continua sent molt desigual entre les diferents àrees de Catalunya i persisteixen les dificultats en l'ús de diversos d'ells. A més, l'experiència i percepció de coordinació entre nivells, així com alguns factors organitzatius relacionats ha empitjorat. Per tant, sorgeix la necessitat d'explorar a fons les causes d'aquest empitjorament per identificar elements de millora que ajuden, per un costat, a orientar la implementació d'estratègies que millorin l'efectivitat dels mecanismes de coordinació presents en els territoris i, per altre, millorar els factors relacionats amb la coordinació clínica en les diferents àrees i així a contribuir a la millora de la coordinació i qualitat de l'atenció.

En aquest sentit, el SEPPS, en col·laboració amb el GAIA, l'Hospital Son Espases de Mallorca i el Servei Basc de Salut (Osakidetza) planegen desenvolupar el projecte PARTICIPA-TICs, que serà una investigació operativa que combinarà mètodes d'investigació qualitatiu (entrevistes en profunditat) i quantitatiu (enquesta i anàlisi de registres) per analitzar en profunditat les barreres de l'ús dels mecanismes basats en TICs i la seva contribució a la coordinació, continuïtat i qualitat assistencial a les tres CCAA participants. A partir dels resultats, mitjançant un procés participatiu bottom-up, es dissenyaran i pilotaran estratègies adaptades als contextos, per abordar els problemes de coordinació identificats.

Referencias bibliogràfiques

1. Vázquez M, Vargas I, Farré J, Terraza-Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;5: 633–643.
2. Vazquez ML, Vargas I. Las organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009.
3. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20: 485–495.
4. Vázquez ML, Vargas I, Unger J-P, Mogollón A, Silva MRF da, Paepe P de. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam salud publica*. 2009;26: 360–7.
5. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5: e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037
6. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas Lorenzo I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010;24: 339–346. doi:10.1016/j.gaceta.2010.03.010
7. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: An extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13. doi:10.5334/ijic.1160
8. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, da Silva M, Unger J, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health*. 2014;13: 10. doi:10.1186/1475-9276-13-10
9. Espinel-Flores V, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A, Torres A-L, Peralta A, et al. A questionnaire for the measurement of access to cancer diagnosis from the patients's perspective. XLI reunión anual de la sociedad española de epidemiología (SEE) y XVIII congreso de la asociación portuguesa de epidemiología (APE). Porto, Portugal: *Gaceta Sanitaria*; 2023. pp. S326-74. Available: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911123036410?local=true>
10. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015. doi:10.1186/s12913-015-0968-z
11. Vázquez M-L, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger J-P, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182: 10–19. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.001
12. Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, 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: 491–735. doi:10.5281/ZENODO.2546626
13. Henao Martínez D, Luisa Vázquez Navarrete M, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23: 280–6. doi:10.1016/j.gaceta.2008.05.001
14. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2017;17: 1–11. doi:10.1186/s12913-017-2690-5
15. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015. doi:10.1186/s12913-015-0882-4
16. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira Da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016;31: 736–748. doi:10.1093/heapol/czv126
17. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P,

- Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: A cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan*. 2018;33: 494–504. doi:10.1093/heapol/czy016
18. Oliveira CRF de, Samico IC, Mendes MF de M, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35: e00119318. doi:10.1590/0102-311X00119318
 19. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, De Paepe P, Vargas Lorenzo I, et al. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública*. 2019;23: 26. doi:10.31052/1853.1180.v23.n1.21276
 20. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Factors influencing the use of mechanisms for coordinating healthcare levels in Colombia. *Gac Sanit*. 2019. doi:10.1016/j.gaceta.2019.06.005
 21. Gallego-Ardila AD, Pinzón-Rondón ÁM, Mogollón-Pérez AS, Cardozo CX, Vargas I, Vázquez M-L. Care coordination in two of Bogotá's public healthcare networks: A cross-sectional study among doctors. *Int J Care Coord*. 2019;22: 127–139. doi:10.1177/2053434519892469
 22. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America. *Gac Sanit*. 2020;34: 340–349. doi:10.1016/j.gaceta.2018.09.009
 23. Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Vázquez MLM. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Fam Pract*. 2020;21. doi:10.1186/s12875-020-01207-9
 24. Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, et al. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18: 1–18. doi:10.3390/ijerph18063224
 25. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, et al. Does the integration of health services management improve clinical coordination? Experience in Catalonia. *Gac Sanit*. 2022. doi:10.1016/j.gaceta.2021.06.004
 26. Campaz-Landazabal D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Sitjas E, Plaja P, Sánchez E, et al. Is clinical coordination across care levels different according to the secondary care medical speciality? Results from the Catalan health system. *Int J Health Plann Manage*. 2022. doi:10.1002/hpm.3608
 27. López-Vázquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez M-L. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cad Saude Publica*. 2021;37. doi:10.1590/0102-311x00045620
 28. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84. doi:10.1590/S1135-57272010000400003
 29. Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I, Vázquez M-L. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Heal Care*. 2012;24: 39–48. doi:10.1093/intqhc/mzr068
 30. Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Available tools to comprehensively assess continuity of care from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol*. 2012;65: 578–579. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.11.009
 31. Aller M-B, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit*. 2013;27: 207–213. doi:10.1016/j.gaceta.2012.06.011
 32. Aller M-B, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sanchez-Perez I, Colomes L, et al. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Heal Care*. 2013;25: 291–299. doi:10.1093/intqhc/mzt010
 33. Aller M-B, Colomé J, Waibel S, Vargas I, Vázquez M. A First Approach to Differences in Continuity of Care Perceived by Immigrants and Natives in the Catalan Public Healthcare System. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10: 1474–1488. doi:10.3390/ijerph10041474

34. Waibel S, Vargas I, Aller M-B, Gusmão R, Henao D, Vázquez ML. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. *Int J Integr Care*. 2015;15. doi:10.5334/ijic.1527
35. Waibel S, Vargas I, Aller M-B, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2016;16: 466. doi:10.1186/s12913-016-1696-8
36. Waibel S, Vargas I, Coderch J, Vázquez M-L. Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2018;18: 257. doi:10.1186/s12913-018-3042-9
37. Espinel-Flores V, Tiburcio-Lara G, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, et al. Relational Continuity of Chronic Patients with Primary and Secondary Care Doctors: A Study of Public Healthcare Networks of Six Latin American Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19: 13008. doi:10.3390/ijerph192013008
38. Espinel-Flores V, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Ferreira de Medeiros Mendes M, López-Vázquez J, et al. Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: participatory action research in five Latin American countries. *Health Policy Plan*. 2022;37: 1–11. doi:10.1093/heapol/czab130
39. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger J-P, et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy Plan*. 2017; czw168. doi:10.1093/heapol/czw168
40. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Soares-de-Jesus R-PF, Eguiguren P, Cisneros A-I, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit*. 2021;35: 411–419. doi:10.1016/j.gaceta.2020.02.013
41. Vázquez M-L, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, López-Vázquez J, et al. Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. Hysong SJ, editor. *PLoS One*. 2022;17: e0261604. doi:10.1371/journal.pone.0261604
42. Vázquez M-L, Vargas I, Rubio-Valera M, Aznar-Lou I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, et al. Improving equity in access to early diagnosis of cancer in different healthcare systems of Latin America: protocol for the EquityCancer-LA implementation-effectiveness hybrid study. *BMJ Open*. 2022;12: e067439. doi:10.1136/bmjopen-2022-067439
43. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy Plan*. 2020;35: 962–972. doi:10.1093/heapol/czaa066
44. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20: 941. doi:10.1186/s12913-020-05781-7
45. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money - A summary review of the evidence. *Heal Found*. 2011;2: 1–30. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21325659>
46. Sampson R, Cooper J, Barbour R, Polson R, Wilson P. Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2015;5: e008708. doi:10.1136/bmjopen-2015-008708
47. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. *Fam Pract*. 2019;37: 63–68. doi:10.1093/fampra/cmz037
48. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2017;17: 1–11. doi:10.1186/s12913-017-2690-5
49. Fahy N, Williams GA, Habicht T, et al. Use of digital health tools in Europe: Before, during and after COVID-19. Copenhagen; 2021. Available: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576970/pdf/Bookshelf_NBK576970.pdf

50. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Mapa estratègic CatSalut 2022-2024. Reptes i full de ruta. 2022.
51. Liddy C, Rowan MS, Afkham A, Maranger J, Keely E, C L, et al. Building access to specialist care through e-consultation. *Open Med.* 2013;7: e1-8. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23687533/>
52. Motulsky A, Sicotte C, MP M, Schuster T, Girard N, Buckeridge D, et al. Using Health Information Exchange: Usage and Perceived Usefulness in Primary Care. *Stud Health Technol Inform.* 2019;264: 709–713. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31438016/>
53. Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, Orlander J, Berlowitz D, Fincke BG, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: A systematic review and narrative synthesis. *J Telemed Telecare.* 2015;21: 323–330. doi:10.1177/1357633X15582108
54. Naseriasl M, Adham D, Janati A. E-referral Solutions: Successful Experiences, Key Features and Challenges- a Systematic Review. *Mater Socio Medica.* 2015;27: 195. doi:10.5455/msm.2015.27.195-199
55. Longest BB, Young G. Coordination and communication. 4th ed. In: Shortell SM, A.,1. Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell SM, A. K editors. *H care management.* 4a. NYD 2000. p. 210–43. K, editors. Shortell and Kaluzny's *Healthcare Management : Organization Design and Behavior.* 4th ed. New York: Delmar; 2000. pp. 210–43.

Agraïment a totes les entitats participants en l'enquesta

Aquest estudi ha estat possible gràcies a la col·laboració de les següents entitats i els seus professionals:

2022

Albera Salut

Assistència integral social i sanitària (AISSA); Jordi Milozzi

Badalona Serveis Assistencials: Joan Manuel Perez-Castejón/ Elisabet Asensio

Consorci Hospitalari de Vic: Esther Fernández

Consorci Sanitari de Alt Penedès-Garraf: Laura Giménez

Consorci Sanitari de L'Anoia: Martha Banqué/ Aurora Garriga

Consorci Sanitari de Terrassa: Elena Medarde/ Mamen Carmona

Consorci Sanitari del Maresme: Emili Burdoy/Mónica Ballester/ Pilar Espert

Consorci Sanitari Integral: Daniel Rodríguez/ Carmen Gimeno

Corporació Sanitària Parc Taulí: Rocío Cebrián/Joan Martí

CIS-Cotxeres: Verónica Ferrer/ Gemma Rubio

EAP Sardenya: Jaume Sellarés Sallas/ Yolanda Caballero

Fundació Althaia: Anna Arnau/Montserrat Domenech

Fundació Hospital de Puigcerdà: Bàrbara Fontecha

Fundació Hospital d'Olot Comarcal de la Garrotxa: Jaume Heredia/Gloria Bassets

Fundació Privada Hospital de Campdevàrol: Rosa Morral/Mireia Zarco

Fundació Salut Empordà: Pere Plaja

Hospital Comarcal d'Ampostà: Miquel Barberà

Hospital Sant Bernabé: Antonia Baraldès/Augusti Camps

Institut Català de Salut: Alex Escosa/ Loreley Vadillo

Institut d'Assistència Sanitària: Sara Rodríguez/Àngels Font

Parc Salut Mar: Francesc Cots

Parc Sanitari Pere Virgili: Míriam Aballi/ Cristina Méndez/Xavier Mas

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà: Elvira Sánchez

Hospital Son Espases: Carmen Sanclemente/Josep Pomar

Hospital Manacor: Juan Bennaser

Hospital Comarcal de Inca: Carme Bosch Calero

Hospital Mateu Orfila: Tamara Contreras del Pino

Hospital Can Misses i Formentera: Sheyla Sironvalle

Hospital Son Llätzer: Francisco Javier Agüera

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca: Oana Bulilete/ Rosa Ortuño/Miguel Caldentey

Servicio Vasco de Salud: Maite Paino/ Mikel Ogüeta/ Maite Madrid

2017

Albera Salut

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

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

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

Consorci Sanitari de L'Anoia: Marta Banqué

Consorci Sanitari de Terrassa (CST): Elena Medarde

Consorti Sanitari del Garraf (CSG): Laura Giménez
Consorti Sanitari del Maresme (CSM): Emili Burdoy
Consorti Sanitari del Maresme i la Selva (CSMS): Marcel Prats
Consorti Sanitari Integral (ICS): Juan Francisco Pajares
Corporació Sanitària Parc Taulí: Núria Fernández, Cristina Cardo, Encarna Ramos
EAP Sardenya: Jaume Sellarés Sallas
Fundació Althaia: Anna Arnau
Fundació Hospital d'Olot Comarcal de la Garrotxa (FHOCG): Glòria Bassets
Fundació Hospital Sant Joan de Déu-Martorell: Rafael Gómez
Fundació Privada Hospital de Granollers: Isabel Jiménez
Fundació Salut Empordà (FSE): Pere Plaja
Grup SAGESA, S.A.: Lluís Colomé
Hospital Arnau de Vilanova: Glòria Falcon
Hospital de Bellvitge: Ana Álvarez
Hospital de Campdevànol: Antoni Radovan
Hospital de Puigcerdà: Xavier Albalat, Anna Hernández
Hospital Germans Trias i Pujol: Josep M^a Mòdol, Agustín Urrutia
Hospital Joan XXIII: Alfredo García
Hospital Josep Trueta: Elena Álvarez
Hospital Sant Bernabé: Miquel vila
Hospital Vall d'Hebron: César Velasco, Yolima Cossio
Hospital Verge de la Cinta: Josep Solé
Institut Català de la Salut (ICS): Rosa Morral, Clara Pareja, Núria Martínez, Montserrat Figuerola, Montserrat Oliveras, Meritxell Herreros, Lluís Esteve, Nacho Nieto, Encarna Grifell, Jordi Trelis, Nuria Martínez, Clara Pareja, Esmeralda Martinez Morales, Maria Trinidad Fernandez Romero, and Cristina Moragas Rovira
DAP Alt Pirineu: Victòria Estrada; DAP Catalunya Central: Joaquim Verdaguer; DAP Girona: Esteve Avellana, Concepció Morera; DAP Metro Nord: Victòria Sabaté, Esther Badia, Alexandra Martínez; DAP Tarragona: Josep Basora; DAP Terres de l'Ebre: Carina Aguilar; SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord: Miquel Perona; SAP Baix Llobregat Centre: M^aJesús Megido; SAP Dreta (BCN): M^aAntònia Llauger; SAP Litoral (BCN): Mireia Boixadera; SAP Muntanya (BCN): M^aJosep López Dolcet
Institut d'Assistència Mèdica Empleats Municipals (PAMEM): Mercè Abizanda
Institut d'Assistència Sanitària (IAS): Josep Costa
Parc de Salut Mar (PS-Mar): Francesc Cots
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): Elvira Sánchez, Jordi Coderch

Publicacions dels projectes COORDENA-CAT i COORDENA-TICS

Instrument

Els continguts del qüestionari COORDENA-CAT, sense el seu format online, es troben disponibles a l'annex del present document i a la pàgina web: www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat

Articles

- Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Avecilla A, Morral R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Heal Panor.* 2018;4: 653–664.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Vázquez ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Fam Pract.* 2020;21: 135.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, Pérez-Castejón JM, Vázquez ML. Understanding How to Improve the Use of Clinical Coordination Mechanisms between Primary and Secondary Care Doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, Vázquez ML. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Análisis de la experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021
- Campaz-Landazabal D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Sitjas E, Plaja P, Sánchez E, Ramon I, Vázquez ML. Is clinical coordination across care levels different according to the secondary care medical speciality? Results from the Catalan health system. *International journal of health planning and management.* 2022;1-19

Comunicacions a congressos

- Arroyo E, Vargas I, Romero A, Vázquez ML, Coderch J, Colomé LI, Avecilla MA, Abizanda M, Morral RM, Cots F, Plaja P, Medarde E, Ramón I, Cossio Y. Adaptación del cuestionario COORDENA de medida de la coordinación entre niveles de atención. *Gaceta Sanitaria,* 2017;31(S):387
- Romero A, Arroyo-Borrell E, Vargas I, Vázquez ML, Sánchez E, Colomé L, Morral RM, Plaja P, Medarde E, Ramon I. COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination among health care levels in Spain. *European Journal of Public Health,* 2017;27(S3):105
- Romero A, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, Avecilla A, Ramon I, Medarde E, Banqué M, Vázquez ML. Care coordination across levels in the Catalan health system: results of the COORDENA.CAT survey. *European Journal of Public Health.* 2018,28(S4):116
- Esteve L, Vargas I, Plaja P, Avecilla A, Borràs P, Vázquez ML. Coordinación clínica entre niveles en el sistema nacional de salud: Encuesta Coordena. 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, 8-10 de mayo 2019, Santiago de Compostela.

- Esteve L, Vargas I, Plaja P, Avela À, Cots F, Colomé L, Ramon I, Morral RM, Vázquez ML por GAIA, et al. Factores asociados a la percepción de coordinación clínica en el sistema de salud público catalán. Gaceta Sanitaria, 2019;33(SC):157
- Esteve L, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, Avela À, Ramon I, Medarde E, Colomé L, Vázquez ML for GAIA. Associated factors to the perception of clinical coordination in the Catalan national health System. European Journal of Public Health, 2019;29 (S4):ckz186.349
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Vázquez ML por GAIA. ¿La integración de la gestión mejora la coordinación clínica entre niveles? Experiencia de Cataluña. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Plaja P, Vázquez ML for GAIA. Does management integration improve cross-level clinical coordination? Experience of Catalonia. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.989
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Plaja P, Vázquez ML por GAIA. Coordinación clínica entre niveles del Sistema Sanitario Catalán según especialidad médica. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Sitjas E, Plaja P, Sanchez E, Ramon I, Medarde E, Vázquez ML. Clinical coordination across care levels according to medical specialty in the Catalan health system. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.458
- Campaz D, Vargas I, Plaja P, Sanclemente M, Paino M, Madrid MT, Vázquez ML. A questionnaire to measure the impact of ICT-based coordination mechanisms on clinical coordination. European Journal of Public Health. 2022;32(S3)

Altres publicacions relacionades amb el tema

Les publicacions de la línia d'investigació d'integració de serveis de salut del Servei d'Estudis (SEPPS) i GAIA es troben disponibles a: www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/.

Annexes

Annex 1. Dificultats en l'ús de mecanismes de coordinació segons mecanisme i àrea, any 2022

Taula S1. Distribució de les dificultats de l'ús de la Història clínica compartida de Catalunya per àrea

	Informació generada en l'altre nivell desordenada	Desconeixement del funcionament del programa informàtic	Problemes tècnics	Informació desactualitzada	Informació contradictòria	Falta informació	No és utilitzada per tots els centres
	N	N	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=34)	14	9	16	5	0	12	12
Anoia (n=13)	3	1	2	0	1	9	5
Bages (n=17)	8	5	7	5	2	7	9
Baix Empordà (n=40)	14	9	12	5	2	14	16
Baix Llobregat-Bellvitge (n=66)	25	14	23	6	3	24	28
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=25)	12	3	14	1	2	6	9
Baix Llobregat-Viladecans (n=30)	11	4	8	3	1	5	10
Barcelona-Dos de maig (n=19)	5	1	6	3	0	5	11
Barcelona-Mar (n=173)	50	22	62	24	4	48	53
Barcelona-Vall d'Hebron (n=104)	36	19	47	17	9	41	60
Barcelonès Nord-Badalona (n=23)	4	0	11	4	1	10	13
Barcelonès Nord-Can ruti (n=70)	28	14	20	12	3	25	27
Garraf (n=36)	15	1	10	8	2	11	19
Girona (n=31)	15	4	10	7	3	7	18
Lleida (n=33)	12	4	9	6	2	9	13
Maresme-Matar (n=26)	12	3	9	1	1	8	10
Osona (n=17)	2	1	4	3	1	9	8
Salt (n=11)	4	1	8	2	1	5	5
Tarragona (n=47)	17	3	18	7	1	20	19
Tortosa (n=20)	6	9	8	4	2	8	13
V.Occidental-Sabadell (n=82)	38	10	33	15	5	34	37
V.Occidental-Terrassa (n=37)	12	6	15	12	2	13	15

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va referir presentar alguna dificultat en l'ús del mecanisme.

Taula S2. Distribució de les dificultats de l'ús de la Història clínica compartida dels centres per àrea

	Informació generada en l'altre nivell desordenada	Desconeixement del funcionament del programa informàtic	Problemes tècnics	Informació desactualitzada	Informació contradictòria	Falta informació	No és utilitzada per tots els centres
	N	N	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=29)	13	6	13	7	4	9	3
Anoia (n=8)	3	1	1	0	0	3	5
Bages (n=13)	6	1	4	1	2	8	7
Baix Empordà (n=25)	16	6	8	7	2	7	5
Baix Llobregat-Bellvitge (n=66)	28	12	29	10	5	20	28
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=25)	4	1	8	2	1	11	7
Baix Llobregat-Viladecans (n=20)	9	4	10	4	1	8	7
Barcelona-Dos de maig (n=18)	5	2	8	1	1	3	10
Barcelona-Mar (n=93)	29	14	48	14	5	25	28
Barcelona-Vall d'Hebron (n=84)	28	15	31	17	6	32	43
Barcelonès Nord-Badalona (n=16)	6	1	9	3	1	6	8
Barcelonès Nord-Can ruti (n=57)	22	9	27	10	7	22	19
Garraf (n=25)	9	2	7	5	2	8	12
Girona (n=25)	11	1	7	5	4	6	7
Lleida (n=36)	16	7	14	11	6	18	12
Maresme-Mataró (n=27)	9	2	12	3	2	11	6
Osona (n=20)	9	0	5	1	0	11	9
Salt (n=10)	3	1	3	0	1	3	4
Tarragona (n=48)	18	8	14	10	3	14	19
Tortosa (n=17)	4	4	6	6	1	5	6
V.Occidental-Sabadell (n=74)	38	1	30	17	6	27	30
V.Occidental-Terrassa (n=29)	12	5	17	4	2	10	8

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va referir presentar alguna dificultat en l'ús del mecanisme.

Taula S3. Distribució de les dificultats de l'ús de les interconsultes virtuals a través de la HC per àrea

	Falta d'informació rellevant per a la resposta	Problemes tècnics	Temps limitat	Poc ús o us inadequat	Desconeixement del funcionament
	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=20)	10	1	5	4	4
Anoia (n=5)	1	1	2	0	0
Bages (n=13)	3	3	8	0	2
Baix Empordà (n=23)	9	2	9	6	2
Baix Llobregat-Bellvitge (n=20)	10	4	8	4	1
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=12)	8	1	5	1	2
Baix Llobregat-Viladecans (n=16)	5	3	8	3	1
Barcelona-Dos de maig (n=5)	1	2	2	1	0
Barcelona-Mar (n=32)	12	5	13	6	5
Barcelona-Vall d'Hebron (n=38)	17	14	14	11	6
Barcelonès Nord-Badalona (n=10)	1	5	2	0	1
Barcelonès Nord-Can ruti (n=17)	5	5	10	6	4
Garraf (n=17)	8	4	12	3	2
Girona (n=13)	6	2	1	2	2
Lleida (n=18)	9	3	6	3	0
Maresme-Mataró (n=14)	6	4	3	2	1
Osona (n=8)	1	3	1	1	2
Salt (n=5)	2	1	2	3	0
Tarragona (n=17)	8	4	10	4	2
Tortosa (n=15)	9	3	4	7	3
V.Occidental-Sabadell (n=43)	22	11	19	7	4
V.Occidental-Terrassa (n=22)	9	9	9	2	2

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va referir presentar alguna dificultat en l'ús del mecanisme.

Taula S4. Distribució de les dificultats de l'ús de les interconsultes per telèfon per àrea

	Falta d'informació rellevant para a la resposta	El metge de l'altre nivell no respon	Problemes tècnics	Desconeixement del funcionament	Temps limitat
	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=16)	1	8	10	2	2
Anoia (n=8)	0	5	5	0	0
Bages (n=0)	0	0	0	0	0
Baix Empordà (n=11)	2	0	7	2	0
Baix Llobregat-Bellvitge (n=12)	3	4	5	4	2
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=3)	0	0	1	2	0
Baix Llobregat-Viladecans (n=3)	0	0	2	0	0
Barcelona-Dos de maig (n=4)	0	1	1	0	0
Barcelona-Mar (n=24)	1	8	15	6	4
Barcelona-Vall d'Hebron (n=15)	2	3	6	1	2
Barcelonès Nord-Badalona (n=6)	0	0	4	1	0
Barcelonès Nord-Can ruti (n=11)	2	3	5	3	1
Garraf (n=11)	0	2	7	1	1
Girona (n=9)	0	0	8	1	0
Lleida (n=8)	0	2	5	2	2
Maresme-Mataró (n=6)	0	2	3	1	0
Osona (n=9)	0	4	4	1	0
Salt (n=6)	1	0	6	1	1
Tarragona (n=7)	1	2	4	1	0
Tortosa (n=6)	0	0	4	2	1
V.Occidental-Sabadell (n=23)	5	5	14	7	1
V.Occidental-Terrassa (n=13)	0	7	11	3	1

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va referir presentar alguna dificultat en l'ús del mecanisme.

Taula S5. Distribució de les dificultats de la participació en sessions clíniques conjuntes via telemàtica per àrea

	No es discuteixen tots els casos clínic programats	No es presenten casos de forma completa	Limitada capacitat resolutiva dels especialistes	L'horari no és compatible amb el de la feina	Problemes técnicos	Desconeixement del funcionament	Poca participació
	N	N	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=8)	0	2	0	4	7	2	5
Anoia (n=3)	0	0	0	2	1	0	1
Bages (n=3)	0	0	1	1	2	0	1
Baix Empordà (n=14)	1	0	0	7	6	1	7
Baix Llobregat-Bellvitge (n=8)	1	1	2	1	3	2	3
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=11)	1	2	1	5	4	0	7
Baix Llobregat-Viladecans (n=6)	1	0	1	0	2	0	1
Barcelona-Dos de maig (n=4)	0	0	0	1	3	0	4
Barcelona-Mar (n=14)	0	2	2	5	3	1	7
Barcelona-Vall d'Hebron (n=15)	4	1	0	4	7	0	8
Barcelonès Nord-Badalona (n=5)	0	0	0	1	5	0	2
Barcelonès Nord-Can ruti (n=8)	0	1	0	5	5	1	4
Garraf (n=4)	1	0	0	1	2	0	2
Girona (n=3)	1	1	0	0	3	0	0
Lleida (n=8)	0	0	0	5	2	0	5
Maresme-Mataró (n=3)	0	0	1	2	1	0	2
Osona (n=6)	1	1	0	4	3	1	4
Salt (n=1)	0	0	0	1	0	0	0
Tarragona (n=0)	0	0	0	0	0	0	0
Tortosa (n=1)	0	0	0	1	1	0	0
V.Occidental-Sabadell (n=23)	3	0	4	13	10	0	10
V.Occidental-Terrassa (n=16)	2	0	2	5	12	2	6

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va referir presentar alguna dificultat en el uso del mecanisme

Annex 2. Suggeriments de millora de la coordinació per àrea d'estudi

Tabla S6. Distribució dels suggeriments de millora de la coordinació clínica per àrea, any 2022

	Implementar una història clínica compartida	Sessions clíniques conjuntes periòdiques	Major coneixement entre metges i col·laboració	Implementar mecanismes de comunicació directa entre nivells	Protocols compartits/circuits	Més temps per a coordinar-se	Interconsultes virtuals bidireccionals	Espais de coordinació presencials/telemàtics	Formació	Millorar sistemes informàtics/mecanismes existents	Més recursos humans/referents per especialitat
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Alt Empordà (n=24)	0	6	2	7	1	1	2	2	2	0	2
Anoia (n=13)	0	4	2	5	0	1	0	0	0	0	1
Bages (n=2)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Baix Empordà (n=18)	0	3	3	2	1	4	1	0	1	0	1
Baix Llobregat-Bellvitge (n=26)	1	4	4	5	2	1	2	1	0	1	2
Baix Llobregat-St.Joan Despí (n=15)	0	2	1	4	0	1	1	0	0	0	0
Baix Llobregat-Viladecans (n=14)	0	7	1	2	0	1	0	0	1	1	0
Barcelona-Dos de maig (n=8)	0	0	2	2	0	1	1	0	0	1	1
Barcelona-Mar (n=77)	12	16	4	13	7	5	0	8	0	8	8
Barcelona-Vall d'Hebron (n=53)	5	7	6	16	6	5	1	2	3	1	7
Barcelonès Nord-Badalona (n=12)	1	1	0	3	2	1	0	3	0	0	1
Barcelonès Nord-Can ruti (n=30)	5	5	2	9	1	2	1	0	2	2	1
Garraf (n=13)	0	4	4	1	2	1	0	1	0	1	1
Girona (n=11)	1	0	1	4	2	2	1	1	0	0	0
Lleida (n=17)	0	3	5	4	1	1	1	0	1	0	1
Maresme-Mataró (n=9)	0	2	0	1	3	1	0	0	0	1	0
Osona (n=11)	0	3	2	2	3	1	0	0	1	0	0
Salt (n=7)	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2
Tarragona (n=23)	2	3	1	3	3	2	1	0	1	0	3
Tortosa (n=9)	0	3	3	2	0	1	0	1	1	0	1
V.Occidental-Sabadell (n=28)	1	7	4	8	1	0	0	0	1	2	2
V.Occidental-Terrassa (n=13)	2	3	1	3	0	1	0	1	0	0	0

Nota: La n de cada àrea correspon al número de participants que va respondre a la pregunta de suggeriments de millora