



¿Hay diferencias en la coordinación clínica en los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas? Un análisis comparativo de Euskadi, Catalunya e Illes Balears

Are there differences in clinical coordination in the health services of the different autonomous communities? A comparative analysis of the Basque Country, Catalonia and the Balearic Islands

AUTORES

- | | | |
|---|---|---|
| (1) Daniela Campaz-Landazabal
[ORCID: 0000-0002-3211-960X] | (3) Elvira Sánchez González
[ORCID: 0000-0003-2549-322X] | (6) Carmen Sanclemente Anso |
| (1) Ingrid Vargas Lorenzo
[ORCID: 0000-0002-1778-2411] | (4) Álex Escosa Farga | (7) Miquel Caldentey Tous |
| (2) Pere Plaia Román
[ORCID: 0000-0001-9488-8626] | (5) Mikel Ogüeta Lana | (1) María Luisa Vázquez Navarrete
[ORCID: 0000-0002-6091-8193] |
| | (5) María Teresa Madrid Conde | |

FILIACIONES

- | | |
|---|---|
| (1) Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut. Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS). Consorci de Salut i Social de Catalunya. BARCELONA, ESPAÑA. | (5) Subdirección de Calidad y Sistemas de Información, Osakidetza. VITORIA, ESPAÑA. |
| (2) Fundació Salut Empordà. FIGUERAS, ESPAÑA. | (6) Hospital Son Espases. PALMA DE MALLORCA, ESPAÑA. |
| (3) Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. PALAMÓS, ESPAÑA. | (7) Gerencia de Atención Primaria. Servei de salut de Illes Balears. PALMA DE MALLORCA, ESPAÑA. |
| (4) Institut Català de la Salut. BARCELONA, ESPAÑA. | |

FINANCIACIÓN

El proyecto fue financiado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (P12Q/O0290). El organismo financiador no participó en el diseño del estudio, la recogida, el análisis, la interpretación de los datos ni en la redacción del manuscrito.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // Diferencias en la organización de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas (CC. AA.) podrían reflejarse en la coordinación clínica entre niveles y señalar áreas y estrategias de mejora. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en la coordinación clínica entre niveles asistenciales, y en los factores relacionados, en País Vasco, Cataluña e Islas Baleares.

MÉTODOS // Se realizó un estudio transversal mediante encuesta *online* con autoadministración del cuestionario COORDENA-TICS® a médicos/as de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (AH) en País Vasco (n=572), Cataluña (n=2.277) e Islas Baleares (n=441). Las *variables de análisis* fueron: experiencia; percepción; factores. Como *estratificación* se empleó la comunidad autónoma. El *ajuste* se realizó por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital y de gestión del área. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para detectar diferencias entre CC. AA.

RESULTADOS // Hubo diferencias entre CC. AA. en la experiencia de coordinación clínica entre niveles, según tipo, y en los factores; con mejores resultados en País Vasco. La coordinación de la información experimentada fue relativamente alta en País Vasco y Cataluña. En la coordinación de la gestión clínica, destacó el acuerdo en tratamientos y limitada coordinación de pruebas, planes conjuntos, seguimiento y accesibilidad entre niveles, con diferencias entre CC. AA. La percepción de coordinación, aunque baja, fue más elevada en País Vasco. Hubo diferencias en factores organizativos y de interacción. AP mostró peores resultados.

CONCLUSIONES // Las diferencias identificadas en la coordinación clínica y factores relacionados, entre CC. AA. y niveles asistenciales señalan la necesidad de profundizar en sus causas para identificar estrategias relevantes a cada contexto y reducir el potencial impacto en el acceso a una atención de calidad en el Sistema Nacional de Salud.

PALABRAS CLAVE // Atención a la salud; Prestación Integrada de Atención en Salud; Investigación sobre servicios de salud; Historia clínica electrónica; Consulta remota; Atención Primaria; Atención Hospitalaria; Sistemas Nacionales de Salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // Differences in the organisation of health services in the autonomous communities (AC) could be reflected in cross-level clinical coordination and point at areas and strategies of improvement. The aim of this paper was to analyse the differences in clinical coordination between levels of care and related factors in Basque Country, Catalonia and Balearic Islands.

METHODS // A cross-sectional study based on an online survey of Primary Care and Secondary Care doctors in Basque Country (n=572), Catalonia (n=2,277) and Balearic Islands (n=441) was carried out, by self-administration of the COORDENA-TICS® questionnaire. *Variables of analysis* were: experience and perception; factors. As *stratification*, autonomous community and level of care were used. *Adjustment* was made using sex, care level, type of hospital and of area management. Poisson regression models were used to detect differences between ACs.

RESULTS // There were differences in the experience of cross-level clinical coordination between ACs, according to type, and in factors; results were better in the Basque Country. Experience of cross-level coordination of information was relatively high in the Basque Country and Catalonia. In the coordination of clinical management, agreement on treatments and limited coordination of tests, joint plans, follow-up and accessibility between levels stood out, with differences between ACs. There were differences in organisational and interactional factors. Results were worse in Primary Care.

CONCLUSIONS // The differences in clinical coordination and related factors between ACs and levels of care point to the need for an in-depth analysis of the causes to identify strategies relevant to each context and to reduce any potential impact on access to quality care in the National Health System.

KEYWORDS // Delivery of health care; Delivery of health care, Integrated; Health Services Research; Electronic Health Records; Remote consultation; Primary Care; Secondary Care; National Health Systems.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

DISEÑO, SUPERVISIÓN DEL ESTUDIO: ML Vázquez Navarrete, I Vargas Lorenzo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS, REDACCIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL MANUSCRITO: D Campaz-Landazabal.

COORDINACIÓN DE LA RECOGIDA DE DATOS EN SUS RESPECTIVAS REGIONES, INTERPRETACIÓN DE DATOS, REDACCIÓN DEL MANUSCRITO: ML Vázquez Navarrete, I Vargas Lorenzo, D Campaz-Landazabal, P Plaia Román, E Sánchez González, A Escosa Farga, M Ogüeta Lana, MT Madrid Conde, C Sanclemente Anso, M Caldentey Tous.

Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

CORRESPONDENCIA

Ingrid Vargas Lorenzo
Av. Tibidabo, 21. CP 08022. Barcelona. España.
ivargas@consorci.org

CITA SUGERIDA

Campaz-Landazabal D, Vargas Lorenzo I, Plaia Román P, Sánchez González E, Escosa Farga A, Ogüeta Lana M, Madrid Conde MT, Sanclemente Anso C, Caldentey Tous M, Vázquez Navarrete ML. ¿Hay diferencias en la coordinación clínica en los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas? Un análisis comparativo de Euskadi, Catalunya e Illes Balears. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 9 de octubre e202610071.

INTRODUCCIÓN

Mejorar la coordinación clínica entre niveles asistenciales, es decir, entre Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (AH), es una prioridad de los sistemas de salud basados en Atención Primaria, incluyendo el Sistema Nacional de Salud (SNS) español (1), por sus consecuencias sobre el acceso, calidad y eficiencia de la atención (2,3) y, especialmente, para los pacientes con condiciones crónicas o necesidades complejas que realizan múltiples transiciones entre niveles (4,5). Para abordarla, se han promovido numerosas estrategias, entre otras, la integración de la gestión de los servicios de AP y AH (6) o la introducción de mecanismos de coordinación entre niveles, como historias clínicas electrónicas compartidas (HCE) o interconsultas virtuales (7,8) (basados en tecnologías de la información y comunicación [TIC], cuya implantación se aceleró durante la pandemia (9)).

Este estudio se basa en un marco conceptual integral (10), que adapta la definición de Longest y Young (11) según la cual *“la coordinación clínica entre niveles es la conexión armoniosa de los servicios necesarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asisten-*

cial para alcanzar un objetivo común sin que se produzcan conflictos”; está alineada con la descripción de Starfield (12). Se identifican dos tipos (13,14): la *coordinación de la información clínica*, que se refiere al uso de la información clínica del paciente para armonizar las actividades entre los proveedores y engloba dos dimensiones (transferencia y uso de la información); y la *coordinación de la gestión clínica*, que se refiere a la provisión de atención de manera secuencial y complementaria por los diferentes servicios y niveles involucrados, que abarca tres dimensiones (consistencia de la atención, seguimiento y accesibilidad entre niveles). Diversos factores influyen en la coordinación clínica entre niveles (10,15,16), entre ellos, factores organizativos (por ejemplo, tipo de gestión, apoyo institucional, mecanismos de coordinación, tiempo disponible), de interacción entre profesionales (por ej., conocimiento mutuo, confianza en habilidades clínicas) y actitud ante el trabajo (por ej., satisfacción laboral). Por tanto, la coordinación se centra en la interacción entre proveedores y puede ser evaluada a partir de indicadores de los servicios y/o mediante encuestas o estudios cualitativos con los profesionales (14).

AGRADECIMIENTOS

A las/os médicas/os de las instituciones que participaron, quienes generosamente compartieron su tiempo y opiniones para contribuir a mejorar la calidad de la atención. A los miembros que, junto con las/os autoras/es de este artículo forman parte del Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA): Joan Manuel Pérez-Castejón (Badalona Serveis Assistencials); Antonio Sánchez Hidalgo (Consorci Sanitari de Terrassa); Francesc Cots (Parc de Salut Mar); Marta Banqué (Consorci Sanitari de l'Ànima); Rami Qanneta (Gestió i Prestació de Serveis de Salut); Aida Oliver, Palmira Borràs, Verónica Espinell, Zahara Lucena (Consorci de Salut i Social de Catalunya). A los miembros del equipo investigador del Proyecto COORDENA-TICs@: Maite Paino (Osakidetza), Oana Bullete, Rosa Ortuño (Gerencia de Atención Primaria de Mallorca), Josep Manuel Pomar (Hospital Son Espases). Finalmente, a Marcos Arzuaga por su contribución a la programación online del cuestionario.

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

El hecho de que la gestión del SNS sea competencia de los gobiernos de las comunidades autónomas (CC. AA.) ha permitido el desarrollo de distintos modelos de organización de los servicios sanitarios, entre ellos, los de País Vasco (Euskadi), Cataluña (Catalunya) e Islas Baleares (Illes Balears) (17,18), foco del estudio. Así, en Euskadi, la provisión está a cargo del Servicio Vasco de Salud, que agrupa a los proveedores públicos en organizaciones sanitarias integradas (OSI) (19), que gestionan conjuntamente AP y AH (20). En Catalunya, a cargo del Sistema sanitario integral de utilización pública (SISCAT) (21), adopta fórmulas diversas de gestión de AP y AH en los distintos territorios: a) integrada; b) semiintegrada y c) no integrada (22). Del mismo modo, en Illes Balears, el Servicio de Salud utiliza fórmulas de gestión diversas: gerencias no integradas en Mallorca e integradas en Menorca e Ibiza-Formentera (23). Las tres han introducido diversas estrategias y mecanismos para mejorar la coordinación clínica entre niveles como protocolos compartidos, puestos de enlace o programas de gestión de patologías (19,24,25), incluyendo mecanismos basados en TIC. Mientras, en Euskadi se dispone de una historia clínica electrónica (HCE) única compartida entre AP y AH (Osabide) (19), en Catalunya e Illes Balears conviven las historias clínicas compartidas de la comunidad autónoma (HC3/HES; HSAL) con las propias de las organizaciones. Éstas últimas, comparten información en Catalunya entre niveles, pero en Illes Balears se limita a algunos centros (26). En Euskadi y Catalunya se han implementado interconsultas virtuales a través de la HCE y sesiones clínicas telemáticas entre niveles (19,25), y, en las tres, interconsultas por teléfono (19,24,25).

A pesar de los esfuerzos realizados para su mejora, del progresivo desarrollo de marcos e instrumentos de evaluación (10,27,28) y de su relevancia para la mejora de la atención, los análisis de la coordinación clínica entre niveles en el SNS son limitados y las evaluaciones comparativas entre CC. AA., prácticamente inexistentes (29). La mayoría de los estudios procede de Catalunya y, en menor medida, de Euskadi. Los estudios en Catalunya adoptaron un enfoque integral para la evaluación de la coordinación (16,30), los factores asociados (16,22,31) y los cambios durante la pandemia (32). En Euskadi se analizaron los cambios tras la introducción de las OSI en algunos aspectos de coordinación o factores relacionados (33,34). Otros estudios han analizado cambios durante la pandemia de elementos específicos, como tiempos de espera tras la derivación (35,36), percepción de coordinación de médicos/as de AP (29,37) o satisfacción laboral (38).

En resumen, son limitados los estudios que evalúen la coordinación clínica de manera integral en el SNS y, aunque los datos disponibles señalan posibles diferencias entre CC. AA. (29,39), no se han identificado estudios comparativos en distintos entornos. Al mismo tiempo, la diversidad en la organización de los servicios entre las CC. AA. ofrece un escenario ideal para analizar la coordinación clínica e identificar los elementos en cada contexto que puedan orientar la adopción de las políticas y estrategias más adecuadas para su mejora (2) y, de esta manera, contribuir a reducir las posibles diferencias y su impacto en la equidad en el acceso a la atención en salud del SNS. El objetivo de este trabajo fue pues analizar

las diferencias en la coordinación clínica entre niveles asistenciales y en los factores relacionados en Euskadi, Catalunya e Illes Balears.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño y áreas de estudio. Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta *online*, con autoadministración del cuestionario COORDENA-TICS®, a médicos/as de AP y AH en diferentes áreas sanitarias de Euskadi, Catalunya e Illes Balears [ANEXO I]. Como área de estudio se definió el conjunto de zonas básicas de salud y su hospital de agudos de referencia.

Población de estudio y muestra. La población de estudio eran médicos/as de AP y AH con al menos un año en la organización y contacto directo con pacientes y con médicos/as del otro nivel asistencial en su práctica diaria. Se excluyeron especialistas en Anatomía Patológica, Inmunología, Neurofisiología, Radiología, Farmacia, Análisis Clínicos y Medicina Preventiva. En Catalunya e Illes Balears, la muestra se seleccionó en dos etapas: en la primera, se invitó a participar a las organizaciones; en la segunda, las organizaciones que aceptaron invitaron a los/as médicos/as que cumplían los criterios de inclusión. En Euskadi, se envió la invitación de forma centralizada a todas/os las/os médicas/os. En ambos casos, se realizó mediante el envío de un enlace único generado aleatoriamente. La muestra final fue: en Euskadi, 572 médicas/os de 3.707 invitados (participación: 15,4%) de las trece áreas; Catalunya, 2.277 de 12.987 invitadas/os (participación: 17,5%) de las cuarenta y un áreas; e Illes Balears, 441 de

2.442 invitadas/os (participación del 18%) de las seis áreas.

Recogida de datos y cuestionario. La recogida de datos tuvo lugar entre mayo de 2022 y abril de 2023 mediante la autoadministración del cuestionario COORDENA-TICS®, versión adaptada del cuestionario COORDENA-CAT®, validado en Catalunya (24). La adaptación se realizó mediante revisión de bibliografía, discusión con expertos y un pretest para la adaptación de contenidos y lenguaje en las tres CC. AA., así como un piloto de la versión adaptada en Euskadi e Illes Balears. Consta de tres apartados principales: a) experiencia de coordinación de la información clínica (transferencia y uso de la información entre niveles [3 ítems]) y de la gestión clínica entre niveles (consistencia de la atención [4 ítems], seguimiento del paciente [5 ítems] y accesibilidad entre niveles [3 ítems]), así como la percepción de coordinación clínica entre niveles en el territorio (1 ítem) y dos preguntas abiertas sobre las razones de la percepción y sugerencias de mejora; b) disponibilidad y uso de mecanismos de coordinación clínica entre niveles basados en TIC según la comunidad autónoma (historia clínica electrónica compartida de la comunidad y de los centros, interconsultas virtuales, telefónicas y por correo electrónico, sesiones clínicas conjuntas vía telemática y otras plataformas existentes) y su utilización (características de uso, dificultades, existencia de apoyo, consecuencias); c), los factores organizativos, de interacción, actitudinales y sociodemográficos que influyen en la coordinación clínica entre niveles. Incluye también preguntas relacionadas con la pandemia [ANEXO II].

Tabla 1
Operativización de las variables analizadas en este estudio.

Variable		Categorías de respuesta	Categorías de análisis
Coordinación de la información clínica entre niveles: transferencia y uso	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común. La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos.		
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: consistencia de la atención entre niveles	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
	Existen contradicciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos. Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren. Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen).		
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: seguimiento adecuado entre niveles	Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
	Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado. Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones). Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH. Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente.		
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: accesibilidad entre niveles	Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
	Al ser derivado de forma preferente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.		

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 1 (continuación)
Operativización de las variables analizadas en este estudio.

Variable		Categorías de respuesta	Categorías de análisis
Percepción general de coordinación entre niveles	Creo que la atención entre los médicos de AP y AH en el territorio está coordinada.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH. Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales. El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente. Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
Factores organizativos	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel. El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente. En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales.	1) siempre 2) muchas veces 3) pocas veces 4) nunca 5) no sé 6) no respondo	1) siempre/ muchas veces 2) pocas veces/nunca
Factores actitudinales	¿Está satisfecho con su trabajo en la organización?	1) sí 2) no 3) no sé/ no respondo	1) sí 2) no
Disponibilidad de mecanismos basados en TIC	¿Tiene acceso a la historia clínica compartida HC3-HES (Catalunya)/HSAL (Illes Balears)/OSABIDE (Euskadi) en su centro?		
	¿La historia clínica que utiliza en su centro permite compartir información entre la Atención Primaria y Hospitalaria? (solo para Catalunya e Illes Balears). ¿Se pueden realizar en su centro interconsultas vía llamada telefónica entre médicos de Atención Primaria y Hospitalaria? ¿Se pueden realizar en su centro interconsultas a través de la historia clínica entre médicos de Atención Primaria y Hospitalaria? ¿Se realizan en su centro sesiones clínicas conjuntas vía teleconferencia entre médicos de Atención Primaria y Hospitalaria para la discusión de casos?	1) sí 2) no 3) no sé/ no respondo	1) sí 2) no

Catalunya (41,5% de AP) y 441 (23,6% de AP) en Illes Balears. En las tres CC. AA, la mayoría eran mujeres, con una mayor proporción en Euskadi (69,65%). El grupo mayoritario por edad fue el comprendido entre cuarenta y uno y cincuenta y cinco años y, por especialidad, las clínicas hospitalarias, mayor en Illes Balears (72,66%). En Catalunya, el grupo mayoritario (40,01%) trabajaba en áreas con hospitales comarcales y de referencia, mientras que, en Euskadi (60,31%) e Illes Balears (68,03%) en áreas con hospitales de alta tecnología. Mientras el 100% en Euskadi y el 46,6% en Catalunya procedían de áreas de gestión integrada, en Illes Balears sólo el 15,9% **[TABLA 2]**.

Experiencia de coordinación entre niveles. Los resultados mostraron diferencias entre las CC. AA. en la experiencia de ambos tipos de coordinación entre niveles **[TABLA 3]**. La coordinación de la información clínica experimentada fue elevada en Euskadi (E) y Catalunya (C) y baja en Illes Balears (IB). Así, en Euskadi y Catalunya, la mayoría refirió compartir la información con el otro nivel (E:70,2%; C:67,6%), que ésta era la necesaria (E: 86%; C: 78,5%) y se utilizaba. En cambio, en Illes Balears menos de la mitad refirió compartir información (43,40%). En las tres, la experiencia de transferencia y uso de información fue mayor en AP **[TABLA 3]**.

Por su parte, la experiencia de coordinación de la gestión clínica **[TABLA 3]** varió según la dimensión considerada (consistencia, seguimiento, accesibilidad), con diferencias entre CC. AA y mejores resultados en Euskadi, en general. En consistencia de la atención, a pesar de que, en las tres, más del 80% refirió estar de acuerdo con los tratamientos prescritos por el otro nivel, en torno a un ter-

cio en Catalunya (32,3%) e Illes Balears (28,8%) refirió contraindicaciones o duplicaciones en tratamientos y repetición de pruebas (C:33,3%; IB:32,2%) y, especialmente, en AP de Catalunya. Asimismo, una proporción muy baja (E:12%; C:12,4%), especialmente en Illes Balears (7,64%), refirió que se definían de manera conjunta los planes de atención de los pacientes que lo requerían.

En el seguimiento del paciente entre niveles, una gran mayoría en las tres CC. AA. (E:92,9%; C:84,3%; IB:75,6%) consideró que la AP derivaba adecuadamente y que la AH retornaba a los pacientes a la AP cuando era adecuado (más de 80%) **[TABLA 3]**. La mayoría (E:67,2%; C:60,5%; IB:56,6%) refirió que la AH hacía recomendaciones a la AP para el seguimiento del paciente. Un porcentaje menor (E:57,2%; C:47,1%), y especialmente bajo en Illes Balears (18,2%), refirió que la AP consultaba las dudas sobre el seguimiento a la AH (E:64,8%; C:63,13%; IB:30,3%). Fue muy baja la proporción de médicos/as que refirió comunicarse directamente para coordinar la atención del paciente (E:17,9%; C:11,7%), especialmente en Illes Balears (2,5%). La experiencia era en general mejor entre médicos/as del nivel al que se refería el atributo (derivación y consulta en AP y recomendaciones en AH) **[TABLA 3]**.

Finalmente, la accesibilidad entre niveles fue baja en las tres CC. AA. y, sobre todo, en Catalunya e Illes Balears **[TABLA 3]**. La mayoría consideraba que el paciente esperaba mucho tras ser derivado a AH de forma ordinaria (E:73,9%; C:79,99%), más en Illes Balears (86,5%), y de forma preferente en Catalunya (54,6%) e Illes Balears (54,2%). Este porcentaje fue mayor en la AP de las tres. Alrededor de un tercio en Cata-

Tabla 2
Características de la muestra según comunidad autónoma y nivel asistencial.

Variables	Euskadi				Catalunya				Illes Balears				
	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	AH	p value ^(a)
	(N=572) n (%)	(N=265) n (%)	(N=307) n (%)	(N= 2.277) n (%)	(N=945) n (%)	(N=1.332) n (%)	(N= 441) n (%)	(N=104) n (%)	(N=337) n (%)				
Sexo	Hombre	139 (30,3)	52 (24,0)	87 (36,1)	740 (40,2)	251 (32,6)	489 (45,5)	157 (45,6)	39 (45,4)	118 (45,7)			0
	Mujer	319 (69,6)	165 (76,0)	154 (63,9)	1.103(59,8)	518 (67,4)	585 (54,5)	187 (54,4)	47 (54,6)	140 (54,36)			
	25-40 años	86 (19,2)	34 (16,0)	52 (22,3)	453 (25,1)	124 (16,5)	329(31,2)	80 (23,4)	9 (10,6)	71 (27,6)			
Edad	41-55 años	217 (48,6)	104 (48,6)	113 (48,5)	859 (47,5)	405 (53,7)	454 (43,1)	172 (50,3)	45 (52,9)	127 (49,4)			0,06
	56-70 años	144 (32,2)	76 (35,4)	68 (29,2)	496 (27,4)	225 (29,8)	271 (25,7)	90 (26,3)	31 (34,5)	59 (23,0)			
	España	443 (96,7)	209 (96,8)	234 (96,7)	1.544 (86,1)	638 (84,9)	906 (86,9)	316 (90,5)	80 (90,9)	236 (90,4)			
País de nacimiento	Otros	15 (3,3)	7 (3,2)	8 (3,3)	250 (13,9)	113 (15,1)	137 (13,1)	33 (9,5)	8 (9,1)	25 (9,6)			0
	Clínica	401 (84,4)	225 (100)	176 (70,40)	1.508 (80,47)	776 (99,61)	732 (66,85)	282 (78,99)	88 (97,78)	194 (72,66)			
	Quirúrgica	18 (3,8)	0 (0)	18 (7,20)	165 (8,80)	0 (0)	165 (15,07)	29 (8,12)	0 (0)	29 (10,86)			0,01
Especialidad médica	Médico-quirúrgica	56 (11,8)	0 (0)	56 (22,40)	201 (10,73)	3 (0,39)	198 (18,08)	46 (12,89)	2(2,22)	44(16,48)			
	0-10 años	44 (9,7)	25 (11,4)	19 (8,1)	272 (14,9)	77 (10,1)	195 (18,3)	46 (13,2)	7 (8,0)	39 (15,0)			
	11-20 años	141 (31,1)	52 (23,8)	89 (37,9)	520 (28,4)	198 (26,0)	322 (30,2)	94 (27,0)	16 (18,2)	78 (30,0)			0,10
Años de experiencia como médico	21-30 años	153 (33,7)	85 (38,8)	68 (28,9)	605 (33,1)	296 (38,8)	309 (28,9)	128(36,8)	36 (40,9)	92 (35,4)			
	31-45 años	116 (25,5)	57 (26,0)	59 (25,1)	432 (23,6)	191 (25,1)	241 (22,6)	80 (23,0)	29 (33,0)	51 (19,6)			

(a) P-valor estadísticamente significativo (p<0,05), calculado con prueba chi-cuadrado para hallar diferencias entre los totales de las comunidades autónomas; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; NA: No aplica.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 2 (continuación)
Características de la muestra según comunidad autónoma y nivel asistencial.

Variables	Euskadi				Catalunya				Illes Balears				p valor ^(a)
	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	AH				
	(N=572) n (%)	(N=265) n (%)	(N=307) n (%)	(N= 2.277) n (%)	(N=945) n (%)	(N=1.332) n (%)	(N= 441) n (%)	(N=104) n (%)	(N=337) n (%)				
Características laborales	1-5 años	52 (11,7)	29 (13,5)	23 (10,0)	313 (17,3)	96 (12,7)	217 (20,6)	52 (14,9)	12 (13,8)	40 (15,3)	0		
	6-15 años	103 (23,1)	36 (16,7)	67 (29,1)	497 (27,4)	166 (22,0)	331 (31,3)	104 (29,9)	21 (24,1)	83 (31,8)			
	16-25 años	146 (32,8)	79 (36,7)	67 (29,1)	586 (32,4)	281 (37,3)	305 (28,9)	128 (36,8)	25 (28,7)	103 (39,5)			
	26-45 años	144 (32,4)	71 (33,0)	73 (31,7)	414 (22,9)	211 (28,0)	203 (19,2)	64 (18,4)	29 (33,3)	35 (13,4)			
Hospital comarcal y de referencia													
Tipo de hospital	Hospital de referencia	105(18,4)	56 (21,1)	49 (16,0)	911 (40,0)	498 (52,7)	413 (31,0)	71 (16,1)	20 (19,2)	51 (15,1)	0		
	Hospital de alta resolución	122 (21,3)	73 (27,6)	49 (16,0)	496 (21,8)	197 (20,8)	299 (22,5)	70 (15,9)	32 (30,8)	38 (11,3)			
Entorno sanitario	Hospital de alta tecnología	345 (60,3)	136 (51,3)	209 (68,0)	870 (38,2)	250 (26,5)	620 (46,5)	300 (68,0)	52 (5)	248 (73,6)		NA	
	Integrada	572 (100)	265 (100)	307 (100)	1.061 (46,6)	389 (41,2)	672 (50,4)	70 (15,9)	27 (26,0)	43 (12,8)			
	Semi integrada	NA	NA	NA	546 (24,0)	267 (28,2)	279 (21,0)	NA	NA	NA			
	No integrada	NA	NA	NA	670 (29,4)	289 (30,6)	381 (28,6)	371 (84,1)	77 (74,0)	294 (87,2)			

(a) P-valor estadísticamente significativo (p<0,05), calculado con prueba chi-cuadrado para hallar diferencias entre los totales de las comunidades autónomas; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; NA: No aplica.

Tabla 3
Experiencia y percepción de la coordinación entre niveles, según comunidad autónoma y nivel asistencial.

Variables	Euskadi			Catalunya			Illes Balears			
	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	AH	
	(N=572) n (%) ^(a)	(N=265) n (%) ^(a)	(N=307) n (%) ^(a)	(N= 2.277) n (%) ^(a)	(N=945) n (%) ^(a)	(N=1.332) n (%) ^(a)	(N= 441) n (%) ^(a)	(N=104) n (%) ^(a)	(N=337) n (%) ^(a)	
Coordinación de la información clínica entre niveles: transferencia y uso	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común.	318 (70,2)	146 (75,6) ^(a)	172(66,1) ^(a)	1.520 (67,6)	694 (74,4) ^(a)	826 (62,8) ^(a)	184 (43,4)	70 (67,3) ^(a)	114 (35,6) ^(a)
	La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes.	380 (86,0)	167 (88,0)	213 (85,2)	1.755 (78,5)	765 (81,8) ^(a)	990 (76,1) ^(a)	248 (59,9)	77 (76,2) ^(a)	171 (54,6) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: consistencia de la atención entre niveles	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos.	365 (83,5)	157 (84,4)	208 (82,9)	1.822 (82,1)	793 (85,8) ^(a)	1.029 (79,5) ^(a)	260 (63,6)	76 (74,5) ^(a)	184 (59,9) ^(a)
	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito.	393 (90,3)	172 (92,0)	221 (89,1)	1.757 (81,0)	743 (80,0)	1.014 (81,6)	322 (81,7)	88 (88,0)	234 (79,6)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: consistencia de la atención entre niveles	Existen contraindicaciones o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos.	110 (25,0)	51 (26,7)	59 (23,7)	701 (32,3)	370 (39,8) ^(a)	331 (26,6) b	115 (28,8)	26 (25,7)	89 (29,9)
	Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren.	53 (12,0)	18 (9,6)	35 (13,8)	269 (12,4)	101 (10,97)	168 (13,40)	32 (7,6)	9 (8,7)	23 (7,3)
Repetimos las pruebas que han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen)	78 (18,0)	36 (19,6)	42 (16,9)	733 (33,3)	335 (36,4) ^(a)	398 (31,0) ^(a)	135 (32,2)	32 (31,4)	103 (32,5)	

(a) Los porcentajes hacen referencia a los/as médicos/as que respondieron siempre/muchas veces. (b) Diferencias estadísticamente significativas entre la AP y AH en cada comunidad autónoma. P-valor significativo (p<0,05), calculado con chi-cuadrado. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 3 (continuación)
 Experiencia y percepción de la coordinación entre niveles, según comunidad autónoma y nivel asistencial.

Variables	Euskadi				Catalunya				Illes Balears			
	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	Total	AP	AH	AH
	(N=572) n (%) ^(a)	(N=265) n (%) ^(a)	(N=307) n (%) ^(a)	(N= 2.277) n (%) ^(a)	(N=945) n (%) ^(a)	(N=1.332) n (%) ^(a)	(N= 441) n (%) ^(a)	(N=104) n (%) ^(a)	(N= 337) n (%) ^(a)			
Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado.	496 (92,9)	254 (100) ^(a)	242 (86,4) ^(a)	1.786 (84,3)	901 (99,4) ^(a)	885 (73,0) ^(a)	298 (75,7)	95 (96,9) ^(a)	203 (68,6) ^(a)			
Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado.	466 (88,4)	216 (86,4)	250 (90,2)	1.700 (80,9)	665 (72,5) ^(a)	1.045 (87,2) ^(a)	337 (84,7)	77 (77,0) ^(a)	260 (87,2) ^(a)			
Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes.	362 (67,2)	159 (62,3) ^(a)	203 (71,5) ^(a)	1.287 (60,5)	443 (48,8) ^(a)	844 (69,2) ^(a)	226 (56,5)	41 (40,2) ^(a)	185 (62,1) ^(a)			
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH.	302 (57,2)	164 (64,8) ^(a)	138 (50,2) ^(a)	984 (47,1)	572 (63,1) ^(a)	412 (34,9) ^(a)	71 (18,2)	30(30,3) ^(a)	41 (14,1) ^(a)			
Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente.	97 (17,9)	41 (15,9)	56 (19,7)	248 (11,7)	95 (10,5)	153 (12,7)	10 (2,5)	3 (2,9)	7 (2,3)			
Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	388 (73,9)	244 (95,7) ^(a)	144 (53,3) ^(a)	1.639 (80,0)	890 (97,6) ^(a)	749 (65,9) ^(a)	332 (86,5)	101 (100) ^(a)	231 (81,6) ^(a)			
Al ser derivado de forma preferente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	209 (40,0)	156 (61,4) ^(a)	53 (19,7) ^(a)	1.114 (54,6)	774 (85,3) ^(a)	340 (30,0) ^(a)	207 (54,2)	87 (86,1) ^(a)	120 (42,7) ^(a)			
Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	62 (13,5)	17 (6,7) ^(a)	45 (22,2) ^(a)	542 (34,0)	198 (22,0) ^(a)	344 (49,8) ^(a)	94 (33,9)	9 (9,1) ^(a)	85 (47,7) ^(a)			
Creo que la atención entre los médicos de AP y AH en el territorio está coordinada.	131 (44,4)	53 (43,8)	78 (44,8)	549 (26,8)	215 (24,8)	334 (28,3)	52 (13,3)	15 (15,4)	37 (12,6)			

(a) Los porcentajes hacen referencia a los/as médicos/as que respondieron siempre/muchas veces. (b) Diferencias estadísticamente significativas entre la AP y AH en cada comunidad autónoma. P-valor significativo (p<0,05), calculado con chi-cuadrado. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

lunya (34%) e Illes Balears (33,9%) consideró que el paciente esperaba mucho para ser atendido en AP tras ser retornado y casi la mitad en la AH (C: 49,8%; IB: 47,7%) **[TABLA 3]**.

Percepción general de coordinación entre niveles y factores relacionados.

A diferencia de la experiencia, la percepción de coordinación de la atención entre niveles en el territorio fue baja en las tres CC. AA., especialmente en Catalunya e Illes Balears (E:44,4%; C:26,8%; IB:13,3%) y en ambos niveles de atención **[TABLA 3]**. No obstante, los motivos de la baja percepción fueron similares. En primer lugar, se atribuyó a la limitada comunicación o contacto directo entre niveles y en AP, también al desconocimiento, desconfianza o desinterés de los profesionales. Otros motivos frecuentes fueron la insuficiencia del tiempo, recursos humanos y mecanismos de coordinación disponibles en AH y, en Illes Balears, también en AP **[FIGURAS 1 y 2]**.

Con respecto a los factores que influían en la coordinación, entre los organizativos destacó en las tres CC. AA. el bajo porcentaje que refirió tener tiempo suficiente para coordinarse con el otro nivel (E:10,9%; C:10,2%; IB:8,7%). Mayor fue el porcentaje que consideró que sus directivos facilitaban la coordinación (E:39,6%; C:46%), especialmente en AP de Catalunya (55,8%), pero no así en Illes Balears (IB:21,1%) y su AH (16,3%) **[TABLA 4]**. Entre los factores de interacción, destacó la baja proporción que refirió conocer a las/os médicas/os del otro nivel, especialmente en AP de Euskadi (10,96%). En cambio, la mayoría (superior al 70%) consideraba al médico/a de AP responsable del seguimiento de los pacientes, aunque algo menos en AH de Illes

Balears, y refirió estar satisfecha con su trabajo (E y C: 77%; IB 65,90%), y aún más en AH **[TABLA 4]**.

Con relación a los mecanismos de coordinación basados en TIC, destacó su baja disponibilidad en Illes Balears (excepto la HCE regional), así como de los mecanismos que permiten la comunicación directa (sesiones conjuntas telemáticas e interconsultas telefónicas) en las tres CC. AA. En cambio, la inmensa mayoría en Euskadi y Catalunya (superior al 90%) refirió tener acceso a la HCE regional y en Catalunya, además, compartir información entre niveles a través de la HCE del centro (superior al 85%). También fue elevado el porcentaje que declaró poder realizar interconsultas virtuales a través de la HCE en Euskadi (85,83%) y, aunque menor, en Catalunya (67,12%), pero inexistente en Illes Balears. Poco más de la mitad de los/las participantes en Euskadi y un tercio en Catalunya e Illes Balears refirió disponibilidad de interconsultas telefónicas, siendo este porcentaje aún más bajo para las sesiones clínicas conjuntas telemáticas, también inexistentes en Illes Balears **[TABLA 4]**.

El análisis estadístico de las diferencias entre CC. AA. mostró peores resultados en Catalunya e Illes Balears. Comparadas con Euskadi (C. A. con mejores resultados), la experiencia de coordinación de la información y gestión clínica entre niveles fue menor para todas las dimensiones en Catalunya e Illes Balears **[TABLA 5]**. También la percepción general de coordinación fue peor en Catalunya (RP:0,53; IC95%:0,42-0,66) e Illes Balears (RP:0,27; IC95%:0,24-0,29) **[TABLA 5]**. Asimismo, fueron peores los resultados de los factores organizativos, excepto el apoyo institucional, mayor en

Figura 1
 Motivos de baja percepción de coordinación entre niveles para la Atención Primaria según comunidad autónoma.

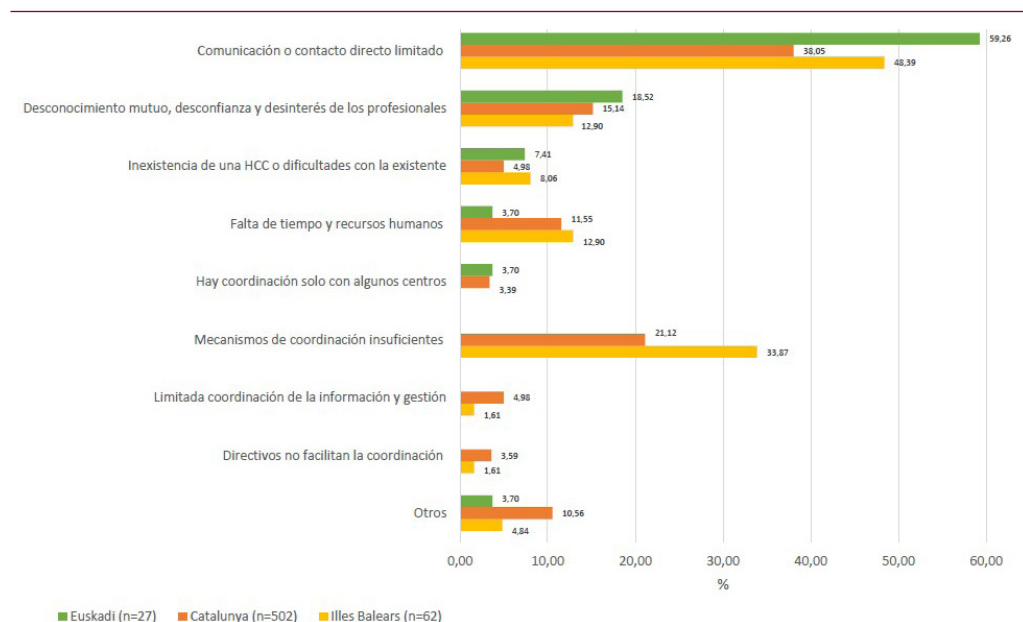


Figura 2
 Motivos de baja percepción de coordinación entre niveles para la Atención Hospitalaria según comunidad autónoma.

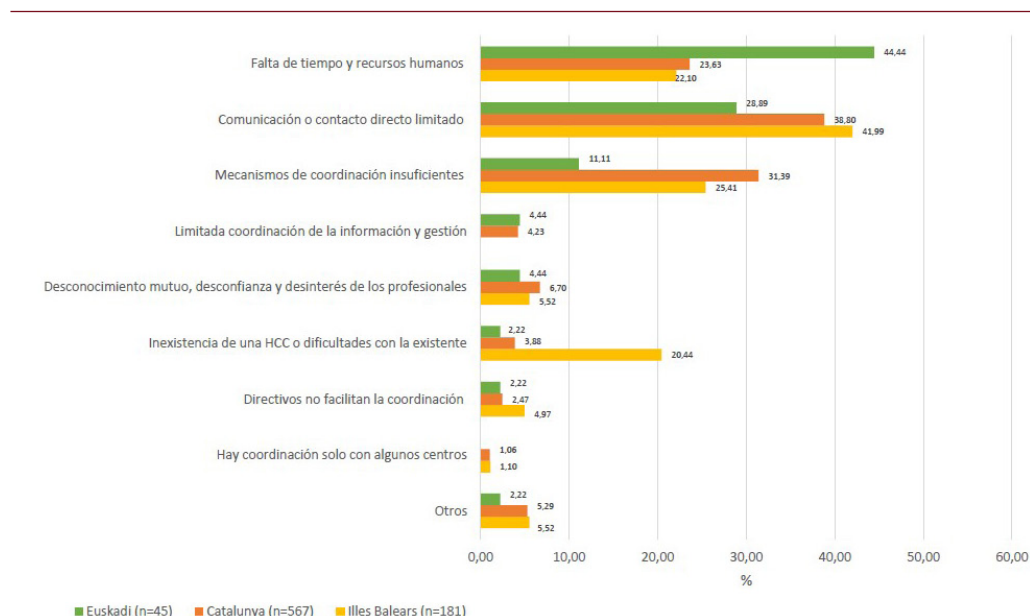


Tabla 4
Factores relacionados y disponibilidad de mecanismos de coordinación basados en TIC según comunidad autónoma y nivel asistencial.

Variables	Euskadi			Catalunya			Illes Balears		
	Total	AP	AH	Total	AP	AH	Total	AP	AH
	(N=572) n (%) ^(a)	(N=265) n (%) ^(a)	(N=307) n (%) ^(a)	(N= 2.277) n (%) ^(a)	(N=945) n (%) ^(a)	(N=1.332) n (%) ^(a)	(N= 441) n (%) ^(a)	(N=104) n (%) ^(a)	(N=337) n (%) ^(a)
Factores organizativos	154 (39,6)	79 (39,9)	75 (39,3)	707 (46,0)	412 (55,8) ^(a)	295 (36,9) ^(a)	62 (21,1)	28 (32,9) ^(a)	34 (16,3) ^(a)
	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH.								
	205 (53,1)	89 (47,8)	116 (58,0)	60 (44,7)	317 (46,1)	343 (45,5)	92 (32,6)	30 (38,5)	62 (30,1)
	Mi organización establece objetivos orientados a la coordinación entre niveles asistenciales.								
Factores de interacción entre médicos	46 (10,3)	25 (11,8)	21 (8,9)	80 (10,2)	82 (10,7)	98 (9,9)	29 (8,7)	7 (7,9)	22 (8,8)
	El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel en mi jornada laboral es suficiente.								
	73 (15,7)	24 (11,0) ^(a)	49 (20,0) ^(a)	395 (21,4)	180 (23,2)	215 (20,1)	70 (19,7)	25 (27,8) ^(a)	45 (16,9) ^(a)
	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes.								
Factores actitudinales	420 (91,7)	206 (94,5) ^(a)	214 (89,2) ^(a)	1547 (88,1)	733 (95,9) ^(a)	814 (82,1) ^(a)	295 (88,9)	86 (96,6) ^(a)	209 (86,0) ^(a)
	Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes.								
	345 (84,1)	146 (76,8) ^(a)	199 (90,4) ^(a)	1176 (79,7)	450 (71,2) ^(a)	726 (86,1) ^(a)	241 (82,8)	49 (66,2) ^(a)	192 (88,5) ^(a)
	Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel.								
Factores de coordinación basados en TIC	167 (54,6)	45 (28,5) ^(a)	122 (82,4) ^(a)	660 (56,7)	186 (32,2) ^(a)	474 (80,9) ^(a)	118 (62,1)	18 (30,0) ^(a)	100 (76,9) ^(a)
	El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente.								
	381 (87,8)	209 (95,9) ^(a)	172 (76,6) ^(a)	1432 (84,8)	706 (92,8) ^(a)	726 (78,4) ^(a)	230 (74,4)	80 (89,9) ^(a)	150 (68,2) ^(a)
	En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales.								
Disponibilidad de mecanismos de coordinación basados en TIC	212 (77,1)	92 (71,9)	120 (81,6)	1262 (77,0)	533 (74,5) ^(a)	729 (78,9) ^(a)	201 (65,9)	51 (61,4)	150 (67,6)
	¿Está satisfecho con su trabajo en la organización? (si)								
	296 (97,4)	127 (98,4)	169 (96,6)	1335 (99,5)	504 (99,4)	831 (99,2)	296 (91,4)	73 (93,6)	223 (90,6)
	Historia clínica electrónica regional								
Factores de coordinación basados en TIC	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	591 (93,2)	761 (88,7)	122 (44,0)	31 (48,4)	91 (42,7)
	Historia clínica electrónica de los centros								
	218 (54,2)	82 (41,8) ^(a)	136 (66,0) ^(a)	425 (32,1)	160 (25,6) ^(a)	265 (38,0) ^(a)	101 (35,3)	29 (35,8)	72 (35,1)
	Interconsultas telefónicas								
Factores de coordinación basados en TIC	257 (85,8)	113 (92,6) ^(a)	144 (80,4) ^(a)	78 (67,1)	397 (81,8) ^(a)	385 (56,6) ^(a)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Interconsultas virtuales a través de la historia clínica								
	100 (22,4)	73 (35,3) ^(a)	27 (11,3) ^(a)	298 (17,9)	160 (21,9) ^(a)	138 (14,7) ^(a)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Sesiones clínicas conjuntas vía telemática								

(a) Los porcentajes hacen referencia a los/as médicos/os que respondieron siempre/muchas veces. (b) Diferencias estadísticamente significativas entre la AP y AH en cada comunidad autónoma. P-valor significativo (p<0,05), calculado con chi-cuadrado. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; TIC: tecnología de información y comunicación.

Tabla 5

Diferencias en la experiencia, percepción de coordinación, factores relacionados y disponibilidad de mecanismos basados en TIC según comunidad autónoma.

Variables		Euskadi (N=572) RPa	Catalunya (N= 2.277) RPa (IC95%) ^(a)	Illes Balears (N= 441) RPa (IC95%) ^(a)
Coordinación de la información clínica entre niveles: transferencia y uso	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común.	1	0,95 (0,94-0,96) ^(a)	0,62 (0,58-0,66) ^(a)
	La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes.	1	0,91 (0,87-0,96) ^(a)	0,72 (0,67-0,77) ^(a)
	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos.	1	0,98 (0,96-1,00)	0,78 (0,76-0,79) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: consistencia de la atención entre niveles	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito a los pacientes.	1	0,88 (0,87-0,89) ^(a)	0,91 (0,90-0,91) ^(a)
	Existen contradicciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos.	1	1,30 (1,23-1,37) ^(a)	1,26 (1,07-1,47) ^(a)
	Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren.	1	0,78 (0,65-0,93) ^(a)	0,49 (0,43-0,55) ^(a)
	Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen).	1	1,93 (1,86-2,00) ^(a)	1,78 (1,59-1,98) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: seguimiento adecuado entre niveles	Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado.	1	0,93 (0,91-0,95) ^(a)	0,86 (0,83-0,90) ^(a)
	Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado.	1	0,90 (0,87-0,92) ^(a)	0,93 (0,92-0,94) ^(a)
	Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes.	1	0,89 (0,89-0,90) ^(a)	0,77 (0,69-0,86) ^(a)
	Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH.	1	0,82 (0,79-0,87) ^(a)	0,32 (0,23-0,45) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles: accesibilidad entre niveles	Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente.	1	0,53 (0,44-0,65) ^(a)	0,10 (0,05-0,17) ^(a)
	Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	1	1,11 (1,08-1,15) ^(a)	1,31 (1,27-1,15) ^(a)
	Al ser derivado de forma preferente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	1	1,45 (1,39-1,53) ^(a)	1,73 (1,70-1,76) ^(a)
	Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	1	2,68 (2,07-3,48) ^(a)	2,34 (2,24-2,44) ^(a)
Percepción general de coordinación entre niveles		1	0,53 (0,42-0,66) ^(a)	0,27 (0,24-0,29) ^(a)

(a) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital. La variable tipo de gestión del área fue usada para corregir un posible efecto clúster. (b) Diferencias estadísticamente significativas. RPa: Razón de prevalencia ajustada; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; TIC: Tecnologías de la información y comunicación; NA: No aplica.

Tabla 5 (continuación)
Diferencias en la experiencia, percepción de coordinación, factores relacionados y disponibilidad de mecanismos basados en TIC según comunidad autónoma.

Variables	Euskadi	Catalunya	Illes Balears	
	(N=572) RPa	(N= 2.277) RPa (IC95%) ^(a)	(N= 441) RPa (IC95%) ^(a)	
Factores organizativos	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH.	1	1,12 (1,02-1,23) ^(a)	0,57 (0,54-0,62) ^(a)
	Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales.	1	0,79 (0,74-0,85) ^(a)	0,60 (0,50-0,70) ^(a)
	El tiempo que puedo dedicar a coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente.	1	0,95 (0,80-1,10)	0,80 (0,62-1,02)
	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH.	1	1,12 (1,02-1,23) ^(a)	0,57 (0,54-0,62) ^(a)
Factores de interacción entre médicos	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes.	1	1,15 (0,88-1,51)	1,25 (1,01-1,56) ^(a)
	Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes.	1	0,98 (0,97-1,00)	1,00 (0,99-1,01)
	Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel.	1	0,94 (0,92-0,96) ^(a)	0,94 (0,92-0,97) ^(a)
	El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente.	1	1,00 (0,98-1,03)	0,94 (0,90-0,98)
Factores actitudinales	En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales.	1	0,97 (0,93-1,01)	0,89 (0,88-0,89) ^(a)
	¿Está satisfecho con su trabajo en la organización?	1	0,98 (0,94-1,01)	0,84 (0,83-0,85) ^(a)
	Historia clínica electrónica regional	1	1,02 (1,00-1,03)	0,94 (0,94-0,95) ^(a)
	Interconsultas telefónicas	1	0,50 (0,49-0,52) ^(a)	0,61 (0,59-0,64) ^(a)
Disponibilidad de mecanismos basados en TIC	Interconsultas virtuales a través de la historia clínica	1	0,74 (0,61-0,92) ^(a)	NA
	Sesiones clínicas conjuntas vía telemática	1	0,77 (0,76-0,78) ^(a)	NA

(a) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital. La variable tipo de gestión del área fue usada para corregir un posible efecto clúster. (b) Diferencias estadísticamente significativas. RPa: Razón de prevalencia ajustada; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; TIC: Tecnologías de la información y comunicación; NA: No aplica.

Catalunya; de interacción, excepto el conocimiento mutuo, también mayor en Catalunya e Illes Balears; y disponibilidad de mecanismos de coordinación basados en TIC, especialmente en Illes Balears [Tabla 5].

DISCUSIÓN

A pesar de que la mejora de la coordinación clínica es considerada esencial en el SNS y, especialmente, por el aumento de pacientes con necesidades complejas y la diversidad existente en la organización de los servicios en las CC. AA., este es el primer estudio que analiza de forma integral, y comparativa, la coordinación clínica entre niveles experimentada por médicos/as, así como los factores relacionados, en diferentes entornos del SNS español. Los resultados señalan problemas en las tres CC. AA. que requieren y orientan hacia acciones de mejora. Asimismo, se identifican diferencias importantes entre las CC. AA. que requieren mayor investigación y que podrían generar desigualdades en la prestación de servicios e inequidades en el acceso a una atención de calidad en el SNS. Finalmente, cabe señalar que los resultados proporcionan una línea de base con la que monitorear o evaluar los efectos de intervenciones posteriores.

Con diferencias entre CC. AA. y niveles de atención, los resultados muestran que el grado de coordinación entre niveles experimentado es relativamente elevado en coordinación de la información (excepto en Illes Balears) y en algunos atributos de la consistencia y seguimiento entre niveles. Sin embargo, es bajo en elaboración de planes conjuntos, comunicación en el seguimiento del paciente y accesibilidad entre niveles. Destaca la baja percepción general de

coordinación de la atención en las tres y de algunos factores organizativos y de interacción. En general, los/as médicos/as de Euskadi experimentan una mejor coordinación clínica y de factores relacionados. También destacan las diferencias entre niveles, comunes a las tres: mejor experiencia de coordinación de la información, pero peor de la gestión clínica y percepción general de la coordinación de la/os médicas de AP.

Principales áreas de mejora: seguimiento del paciente y accesibilidad entre niveles en las tres CC. AA. y transferencia de información en Illes Balears. La mejor experiencia de coordinación de la información observada en Euskadi y Catalunya, por un lado, y baja en Illes Balears, por otro, parece señalar la importancia de disponer de mecanismos digitales para el intercambio de información clínica (7), así como la necesidad de profundizar en su papel, ya que la evidencia disponible es limitada e inconsistente en este sentido (40). Mientras las primeras cuentan con HCE compartida e interconsultas virtuales (19,25), en Illes Balears sólo disponen de una HCE regional con muy limitada interoperabilidad y HCE en algunos centros que permiten compartir información entre niveles (26). No obstante, a pesar de la mayor disponibilidad de mecanismos, los resultados también señalan que existe margen de mejora en Euskadi y Catalunya, lo que podría relacionarse con dificultades descritas en su uso (por ejemplo, desorganización de la información o falta de tiempo y formación (22), y en Catalunya, además, con la existencia de distintas historias clínicas (la regional y la compartida de los centros) y con una implantación desigual en los territorios (25,30).

Los problemas en el intercambio de información podrían explicar, especial-

mente en Catalunya, algunos resultados observados en coordinación de la gestión clínica (repetición de pruebas y de contraindicaciones, o duplicaciones de tratamientos (16,22)). Además, en las tres CC. AA., algo menos en Euskadi, destacan algunos problemas, como una baja definición conjunta de planes de atención, limitadas recomendaciones de la AH y consultas de dudas por AP, al igual que comunicación directa para la coordinación, que podrían ser aún más relevantes en la atención de pacientes crónicos complejos. Estos problemas, además, podrían estar apuntando a la baja disponibilidad de mecanismos que fomentan la comunicación directa entre niveles (por ejemplo, sesiones clínicas conjuntas, interconsultas telefónicas), considerada clave para la coordinación de la atención a pacientes con necesidades complejas (16,41). Por su parte, la mayor adecuación de las derivaciones a la AH y los menores tiempos de espera en Euskadi, consistentes con otras fuentes (29), podrían relacionarse con una mayor implantación de mecanismos de coordinación (HCE única, interconsultas virtuales, protocolos de atención compartidos), como sugiere la evidencia disponible (40) y la integración de la gestión de los servicios (22).

Baja percepción de coordinación clínica y de factores relacionados, con diferencias que señalan la necesidad de profundizar en las causas. Aunque en las tres CC. AA., la percepción de coordinación clínica entre niveles es baja, en línea con estudios antes (16) y durante la pandemia de la COVID-19 (32,37), también hay diferencias, menores en Catalunya y, especialmente, Illes Balears. Este resultado posiblemente se relaciona, por un lado, con diferencias en factores organizativos como el mayor o menor apoyo de los directivos y la existencia de objeti-

vos orientados a la mejora de la coordinación (16,41), el tiempo y los recursos limitados para coordinarse, incluyendo la baja disponibilidad de mecanismos de comunicación directa que permitan la interacción entre profesionales (25,41), o las dificultades en el uso de los existentes (25). Y, por otro, con factores de interacción y actitudinales claves (41) como el limitado conocimiento entre profesionales y la insatisfacción laboral, que se incrementó durante la pandemia (2,41).

Los mejores resultados de experiencia y percepción de coordinación en Euskadi, que coinciden con la valoración de los pacientes (29), podrían deberse a un mayor establecimiento de objetivos encaminados a la coordinación, integración de la gestión e implantación de mecanismos de coordinación (basados en TIC y otros) (19,33). No obstante, en el análisis también deberían considerarse otros elementos contextuales, como la mayor inversión sanitaria y disponibilidad de recursos (29), debido a una limitada aplicación de medidas de austeridad y privatización durante la crisis financiera (42).

La **principal limitación** de este estudio es el posible sesgo de selección por ser una encuesta con muestreo no probabilístico, con cuestionario autoadministrado y participación voluntaria de las áreas de estudio. No obstante, las características de los participantes fueron semejantes al universo de médicos/as de las tres CC. AA. (43) y la diversidad de las áreas de estudio en las tres CC. AA. estuvo representada en la muestra. Otra limitación es una relativa baja participación, que podría relacionarse con el hecho de realizar la encuesta a finales de la pandemia y, en el caso de Catalunya, también con la imposibilidad de involucrar a todos los proveedo-

res de todas las áreas de salud. A pesar de estas circunstancias, el nivel de participación estuvo dentro de lo esperado para una encuesta online (44).

Conclusiones. Este es el primer estudio que analiza de forma integral, y comparativa, la coordinación clínica entre niveles asistenciales experimentada por médicos/as, así como los factores relacionados, en diferentes entornos del SNS español. Muestra diferencias entre CC. AA., y en éstas entre AP y AH, con resultados, en general, mejores en Euskadi y en médico/as de AH. Los resultados señalan problemas en la coordinación clínica en las tres CC. AA., que apuntan a áreas y estrategias de mejora, pero con diferencias importantes en la intensidad con que se experimentan en cada entorno, lo que podría estar causando desigualdades en la prestación de servicios en el SNS y, por tanto, en el acceso a una atención de calidad. Se necesita, por un lado, profundizar en las causas que determinan los problemas para promover estrategias adecuadas a cada contexto, que, entre otras, faciliten la comunicación directa entre profesionales, garanticen el tiempo y recursos para su implantación y sostenibilidad y mejorar los mecanismos existentes y, por otro, evitar diferencias que puedan comportar inequidades de dentro del SNS.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Las bases de datos no están disponibles públicamente, pero pueden solicitarse a los autores. (1)

BIBLIOGRAFÍA

1. Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. *Impact of the pandemic on primary care. SESPAS Report 2022*. Gac Sanit. 2022;36 Suppl 1:S30-35.
2. Øvretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* [Internet]. Vol. 2. London: The Health Foundation; 2011. Disponible en: https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2_fullversion.pdf
3. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. Lancet Glob Heal [Internet]. 2018 Nov 1;6(11):e1196-1252. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
4. 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 [Internet]. 2015 Oct 15;5(10):e008708. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-008708>
5. Bywood PT, Jackson-Bowers E, Muecke S, 2011. *Initiatives to integrate primary and acute health care, including ambulatory care services*. PHC RIS Policy Issue Review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service. Disponible en: <https://flinders.edu.au/items/5a66f7e1-2c45-4333-916f-8b731f71a8c>
6. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, European observatory of health systems and policies. *State of health in the EU: España perfil sanitario nacional* [Internet]. Brussels; 2021. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_es_spanish.pdf
7. Secretaria General de Salud Digital Información e Innovación para el SNS. *Estrategia de salud digital: Sistema Nacional de Salud* [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
8. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* [Internet]. Paris; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
9. Fahy N, Williams GA, Habicht T, Köhler K, Jormanainen V, Satokangas M et al. *Use of digital health tools in Europe: Before, during and after COVID-19*. Copenhagen (Denmark); 2021.

10. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez 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 [Internet]. 2015;5(7):e007037. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26231753>
11. Longest BB, Young G. *Coordination and communication*. En: Shortell SM, Kaluzny AD, editores. *Health Care Management: Organization, Design, and Behavior*. 4ª ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-243.
12. Starfield B. *Coordinación de la atención en salud*. En: Starfield B, editor. *Atención Primaria*. Barcelona: Masson, S.A.; 2002. p. 233-265.
13. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare* [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care
14. 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 Heal Serv Res [Internet]. 2015;15:323. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26268694>
15. Vazquez M, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger J-PP, 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.
16. 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 [Internet]. 2020;21(1):135. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01207-9>
17. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez F, Repullo JR, Pena-Longobardo L. *Spain. Health system review*. Health Syst Transit. 2018;20(2):1-179.
18. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. *Integración Asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para el debate* [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en: <https://www.sedap.es/uploads/app/1653/elements/file/file1738056513.pdf>
19. Rodríguez-Santana I. *Osakidetza: Un referente para los sistemas sanitarios* [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/sma_sanitario/osakidetza-un-referente-para-sistemas-sanitarios.pdf
20. Departamento de sanidad y consumo. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf
21. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. *Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* [Internet]. 2010. Disponible en: https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO_dogc_2010_12_20101216_10347076.pdf
22. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A et al. *¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña*. Gac Sanit [Internet]. 2022;36(4):324-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112022000400005&nrm=iso
23. Servicio de salud de Islas Baleares. *Organización servicio de salud de Islas Baleares* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion>
24. Servicio de Salud de las Islas Baleares. *Planes, programas y estrategias del Servicio de Salud* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/que-es-ibsalut/planes-y-estrategias>
25. 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(6).
26. Servicio de salud de Islas Baleares. *Sistema de información clínico administrativos* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/profesionales/e-salud-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/sistemas-de-informacion-clinicoadministrativos>
27. Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. *La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas*. Gac Sanit. 2006;20(6):485-495.
28. Vázquez M, 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(4):653-664.



29. Ministerio de sanidad. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2022* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/eu/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

30. Vázquez M, Amigo F, Esteve-Matalí L, Vargas I. *La coordinación clínica entre niveles de atención: Resultados comparativos entre áreas del sistema sanitario en Cataluña* [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.consorti.org/sites/default/files/2025-02/cat_informe_general_coordena_cat_final2.pdf

31. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vazquez 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 Heal Serv Res [Internet]. 2017;17(1):842. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29273045>

32. Campaz-Landazabal D, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, Perez-Castejón JM et al. *Has cross-level clinical coordination changed in the context of the pandemic? The case of the Catalan health system.* BMC Health Serv Res. 2024 Aug;24(1):959.

33. Nuño Solinís R, Berraondo-Zabalegui I, San Martín-Rodríguez L, Sauto Arce R, Gagnon MP. *Does interprofessional collaboration between care levels improve following the creation of an integrated delivery organisation? The Bidasoa case in the Basque Country.* Int J Integr Care. 2013;13(3).

34. Toro Polanco N, Berraondo-Zabalegui I, Pérez Irazusta I, Nuño Solinís R, Del Río Cámara M. *Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation.* Int J Integr Care. 2015;15(2).

35. Pavón I, Rosado Sierra J, Salguero Roperio A, Viedma Torres V, Guijarro de Armas G, Cuesta Rodríguez-Torices M. *E-consultation as a tool for the relationship between Primary Care and Endocrinology. Impact of COVID-19 epidemic in its use.* J Heal Qual Res [Internet]. 2022;37(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866028/>

36. García-Rojo E, Manfredi C, Santos-Pérez-de-la-Blanca R, Tejido-Sánchez, García-Gómez B, Aliaga-Benítez M et al. *Im-*

part of COVID-19 outbreak on urology surgical waiting lists and waiting lists prioritization strategies in the Post-COVID-19 era. Actas Urol Esp. 2021 Apr;45(3):207-214.

37. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Atenció Primària en l'era post-COVID: revolució per a la transformació* [Internet]. 2021. Disponible en: http://gestorcamfic.cat/uploads/ITEM_14356_EBLOG_4160.pdf

38. Muñoz-Cobo, Orosa B, Pérez García M, Rodríguez Ledott M, Varela Serrano C, Sanz Valero J. *Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19.* Med Segur Trab [Internet]. 2022;67(264):169-190. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/MST/article/view/1185>

39. Campillo-Artero C. *Fracturas en la informatización de los servicios de salud.* Gac Sanit. 2008;22(4):371-377.

40. Campaz-Landazabal D, Vargas I, Vázquez ML. *Impact of coordination mechanisms based on information and communication technologies on cross-level clinical coordination: A scoping review.* Digit Heal [Internet]. 2024 Aug 9;10:20552076241271856. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20552076241271854>

41. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. *Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios.* Gac Sanit. 2009;23(4):280-286.

42. Bacigalupe A. *Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?* Respuesta. Gac Sanit. 2016;30(4):321.

43. Instituto Nacional de Estadística. *Nº de médicos por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=59167&L=0>

44. Cunningham C, Quan H, Hemmelgarn B, Noseworthy T, Beck C, Dixon E. *Exploring physician specialist response rates to web-based surveys.* BMC Med Res Methodol [Internet [Internet]. 2015;15(1):32. Disponible en: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-015-0016-z>

Anexo I

Clasificación de las áreas participantes según tipo de gestión de AH y AP, COORDENA-TICs 2022.

CATALUNYA

Áreas Integradas	Áreas Semi-Integradas	Áreas No Integradas
<i>Una entidad gestiona AH y la mayoría de AP</i>	<i>Una entidad gestiona AH y la minoría de AP</i>	<i>Diferentes entidades gestionan AH y AP</i>
(N=1.061)	(N=546)	(N=670)
<u>Baix Empordà</u> HCR, 5 ABS	<u>Alt Empordà</u> HCR, 14 ABS	<u>Alt Penedes-Vilafranca</u> HCR, 5 ABS
<u>Baix Llobregat-Bellvitge</u> HAT, 14 ABS	<u>Anoia</u> HCR, 8 ABS	<u>Alt Pirineu</u> HCR, 4 ABS
<u>Barcelona Vall d'hebron</u> HAT, 15 ABS	<u>Bages</u> HCR, 13 ABS	<u>Ampostà</u> HCR, 4 ABS
<u>Barcelonès Nord-Badalona</u> HCR, 5 ABS	<u>Baix Llobregat-Hospitalet</u> HCR, 2 ABS	<u>Baix Llobregat-Sant Joan Despi</u> HCR, 12 ABS
<u>Barcelonès Nord-Can ruti</u> HAT, 15 ABS	<u>Barcelona-Dos de maig</u> HCR, 3 ABS	<u>Barcelona-Mar</u> HAT, 17 ABS
<u>Blanes</u> HCR, 1 ABS	<u>Barcelona-Clinic</u> HAT, 14 ABS	<u>Barcelona-Sant Pau</u> HAT, 9 ABS
<u>Girona</u> HRAR, 9 ABS	<u>Maresme-Mataró</u> HCR, 12 ABS	<u>Bergueda-Berga</u> HCR, 4 ABS
<u>La Garrotxa</u> HCR, 4 ABS	<u>Reus</u> HCR, 7 ABS	<u>Garraf</u> HCR, 7 ABS
<u>Lleida</u> HRAR, 20 ABS	<u>Salt</u> HCR, 4 ABS	<u>Martorell</u> HCR, 7 ABS
<u>Maresme-Calella</u> HCR, 3 ABS	<u>Ripollés</u> HCR, 2 ABS	<u>Mora d'Ebre</u> HCR, 3 ABS
<u>Tarragona</u> HRAR, 9 ABS	<u>Vallès occidental-Sabadell</u> HRAR, 19 ABS	<u>Osona</u> HCR, 11 ABS
<u>Tortosa</u> HCR, 5 ABS		<u>St Boi</u> HRAR, 7 ABS
<u>Vallès Occidental-Terrasa</u> HCR, 6 ABS		<u>Valls</u> HCR, 3 ABS
<u>Baix Llobregat -Viladecans</u> HCR, 5 ABS		<u>Vallès Oriental-Granollers</u> HCR, 18 ABS
		<u>Vallès Oriental-St Celoni</u> HCR, 1 ABS

ABS: Área Básica de Salud; Tipo de hospital: Hospital comarcal o de referencia (HCR), Hospital de referencia de alta resolución (HRAR), Hospital de alta tecnología (HAT).

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)
Clasificación de las áreas participantes según tipo de gestión de AH y AP, COORDENA-TICs 2022.

ISLAS BALEARES		PAÍS VASCO
Áreas Integradas	Áreas No integradas	Áreas Integradas
<i>Una entidad gestiona AH y la minoría de AP</i>	<i>Diferentes entidades gestionan AH y AP</i>	<i>Una entidad gestiona AH y la minoría de AP</i>
(N=70)	(N=371)	(N=572)
<u>Menorca:</u> Hospital Mateu Orfila y 5 ZBS <u>Ibiza-Formentera:</u> Hospital Can Misses i Formentera y 8 ZBS	<u>Llevant:</u> Hospital comarcal de Manacor y 10 ZBS <u>Tramuntana:</u> Hospital comarcal de Inca y 7 ZBS <u>Ponent:</u> Hospital Son Espases y 17 ZBS <u>Mlgojorn:</u> Hospital Son Llatzer y 14 ZBS	<u>OSI Araba:</u> Hospital Universitario de Araba y AP <u>OSI Rioja Alavesa:</u> Hospital de Leza y AP <u>OSI Barakaldo-Sestao:</u> Hospital de San Eloy y AP <u>OSI Barrualde-Galdakao:</u> Hospital Galdakao-Usansolo y AP <u>OSI Bilbao-Basurto:</u> Hospital Basurto y AP <u>OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces:</u> Hospital Cruces y AP <u>OSI Uribe:</u> Hospital Alfredo Espinosa-Urduliz y AP <u>OSI Donostialdea:</u> Hospital Donostia y AP <u>OSI Tolosaldea:</u> Hospital Donostia y AP <u>OSI Goierri-Urola Garaia:</u> Hospital Zumarraga <u>OSI Bidasoa:</u> Hospital Bidasoa y AP <u>OSI Debarrena:</u> Hospital de Eibar y AP <u>OSI Debagoiena:</u> Hospital Alto Deba y AP

(*) ZBS: Zona básica de salud.

Anexo II

Enlace de acceso al cuestionario COORDENA-TICs, 2022.

CATALUNYA

- Versión en Catalán: [Cat_Cuestionari COORDENA.TICs _Català _vf.pdf \(consorci.org\)](#)
- Versión en Castellano: [Cat_Cuestionario COORDENA.TICs _castellano _vf.pdf \(consorci.org\)](#)



EUSKADI

- Versión en Euskera: [EU_Cuestionario COORDENA.TICs _euskera _vf.pdf \(consorci.org\)](#)
- Versión en Castellano: [EU_Cuestionario COORDENA.TICs _castellano _vf.pdf \(consorci.org\)](#)



ILLES BALEARS

- Versión en Catalán: [IB_Cuestionari COORDENA.TICs _Català _vf.pdf \(consorci.org\)](#)
- Versión en Castellano: [IB_Cuestionario COORDENA.TICs _castellano _vf.pdf \(consorci.org\)](#)



Anexo III (a)
Pérdidas de las variables incluidas en los modelos.

	Variable	N observaciones perdidas	% de pérdidas ^(a)
Dependientes	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH. ^(a)	547	16,59
	Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales. ^(a)	569	17,26
	El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente. ^(a)	551	16,71
	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	556	16,86
	Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	555	16,83
	Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel. ^(a)	551	16,71
	El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente. ^(a)	566	17,20
	En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales. ^(a)	548	16,62
	¿Está satisfecho con su trabajo en la organización? ^(a)	726	22,02
	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común. ^(a)	140	4,25
	La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes. ^(a)	143	4,34
	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos. ^(a)	152	4,61
	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes. ^(a)	149	4,52
	Existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos. ^(a)	144	4,37
	Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren. ^(a)	156	4,73
	Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen). ^(a)	139	4,22

(a) Porcentaje calculado sobre el total de las tres CC. AA. (n=3.297). (b) Porcentaje calculado sobre el total de Catalunya y Euskadi (n=2.849).

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo III (a) (continuación)

Pérdidas de las variables incluidas en los modelos.

	Variable	N observaciones perdidas	% de pérdidas ^(a)
Dependientes	Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado. ^(a)	147	4,46
	Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado. ^(a)	154	4,67
	Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones). ^(a)	150	4,55
	Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH. ^(a)	154	4,67
	Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente.	152	4,61
	Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)	150	4,55
	Al ser derivado de forma preferente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)	165	5,00
	Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)	152	4,61
	Creo que la atención entre los médicos de AP y AH en el territorio está coordinada. ^(a)	426	12,92
	Disponibilidad de historia clínica electrónica.	1058	32,09
	Disponibilidad de Interconsultas virtuales a través de la historia clínica. ^(b)	996	34,95
	Disponibilidad de interconsultas telefónicas. ^(a)	659	20,03
	Disponibilidad de sesiones clínicas conjuntas. ^(a)	736	22,32
Independientes	Sexo	597	18,11
	Nivel asistencial	0	0
	Tipo de hospital	0	0
	Tipo de gestión del área	0	0

(a) Porcentaje calculado sobre el total de las tres CC. AA. (n=3.297). **(b)** Porcentaje calculado sobre el total de Catalunya y Euskadi (n=2.849).

Anexo III (b)

Diferencias en la experiencia y percepción general de la coordinación clínica entre niveles, según CC. AA. y nivel asistencial, tras imputación de las variables con *missings* mayores al 15%.

Variables	Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
	(N=572) N (%)	RPaj (N=2.277) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)
Coordinación de la información clínica entre niveles de atención	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común. ^(a)					
	318 (70,20)	1	1.520 (67,59)	0,96 (0,95-0,98) ^(c)	184 (43,40)	0,65 (0,61-0,71) ^(c)
	La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes. ^(a)					
	380 (85,97)	1	1.755 (78,49)	0,91 (0,87-0,96) ^(c)	248 (59,90)	0,71 (0,69-0,73) ^(c)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención: consistencia de la atención entre niveles	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos. ^(a)					
	365 (83,52)	1	1.822 (82,15)	0,98 (0,95-1,01)	260 (63,57)	0,77 (0,77-0,78) ^(c)
	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes. ^(a)					
	393 (90,34)	1	1.757 (80,97)	0,89 (0,86-0,93) ^(c)	322 (81,73)	0,90 (0,89-0,92) ^(c)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención: consistencia de la atención entre niveles	Existen contradicciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos. ^(a)					
	110 (25,00)	1	701 (32,29)	1,31 (1,22-1,41) ^(c)	115 (28,82)	1,25 (1,11-1,41) ^(c)
	Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren. ^(a)					
	53 (11,99)	1	269 (12,37)	0,98 (0,82-1,18)	32 (7,64)	0,67 (0,53-0,85) ^(c)
	Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen). ^(a)					
	78 (18,06)	1	733 (33,27)	1,92 (1,88-1,97) ^(c)	135 (32,22)	1,86 (1,78-1,94) ^(c)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para corregir un posible efecto clúster). (c) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

Anexo III (b) (continuación)

Diferencias en la experiencia y percepción general de la coordinación clínica entre niveles, según CC. AA. y nivel asistencial, tras imputación de las variables con *missings* mayores al 15%.

Variables	Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
	(N=572) N (%)	RPaj (N=2.277) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)	(N=441) N (%)	RPaj (IC95%) ^(a) N (%)	
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención: seguimiento de la atención entre niveles	Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado. ^(a)					
	496 (92,88)	1	1.786 (84,29)	0,93 (0,92-0,95) ^(a)	298 (75,63)	0,87 (0,84-0,91) ^(a)
	Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado. ^(a)					
	466 (88,43)	1	1.700 (80,88)	0,92 (0,89-0,96) ^(a)	337 (84,67)	0,94 (0,91-0,96) ^(a)
	Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones). ^(a)					
Coordinación de la gestión clínica: accesibilidad entre niveles	362 (67,16)	1	1.287 (60,51)	0,87 (0,86-0,89) ^(a)	226 (56,50)	0,80 (0,74-0,85) ^(a)
	Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH. ^(a)					
	302 (57,20)	1	984 (47,13)	0,81 (0,78-0,85) ^(a)	71 (18,21)	0,36 (0,28-0,46) ^(a)
	Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente.					
	97 (17,93)	1	248 (11,71)	0,54 (0,44-0,67) ^(a)	10 (2,48)	0,13 (0,07-0,26) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica: accesibilidad entre niveles	Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
	388 (73,90)	1	1.639 (79,99)	1,10 (1,07-1,14) ^(a)	332 (86,46)	1,29 (1,26-1,32) ^(a)
	Al ser derivado de forma urgente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
	209 (39,96)	1	1.114 (54,58)	1,42 (1,32-1,53) ^(a)	207 (54,19)	1,70 (1,60-1,81) ^(a)
Percepción general de la coordinación entre niveles	Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
	62 (13,54)	1	542 (34,05)	2,43 (2,13-2,78) ^(a)	94 (33,94)	2,11 (2,03-2,20) ^(a)
Percepción general de la coordinación entre niveles	Creo que la atención entre los médicos de AP y AH en el territorio está coordinada. ^(a)					
	131 (44,41)	1	549 (26,82)	0,60 (0,47-0,77) ^(a)	52 (13,30)	0,31 (0,29-0,32) ^(a)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para corregir un posible efecto clúster). (c) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

Variables		Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
		(N=572) N (%)	RPaj (N=2.277) N (%)	RPaj (IC95%) N (%)	(N=441) N (%)	RPaj (IC95%) N (%)	RPaj (IC95%) N (%)
Factores organizativos	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH. ^(a)	154 (39,59)	1	707 (46,00)	1,13 (1,07-1,19) ^(d)	62 (21,09)	0,59 (0,53-0,68) ^(d)
	Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales. ^(a)	205 (53,11)	1	660 (44,75)	0,82 (0,78-0,87) ^(d)	92 (32,59)	0,61 (0,53-0,70) ^(d)
	El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente. ^(a)	46 (10,29)	1	180 (10,24)	0,97 (0,86-1,10)	29 (8,69)	0,85 (0,72-1,01) ^(d)
	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	73 (15,73)	1	395 (21,37)	1,23 (1,07-1,42) ^(d)	70 (19,66)	1,37 (1,24-1,50) ^(d)
Factores de interacción entre médicos	Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	420 (91,70)	1	1.547 (88,15)	0,97 (0,96-0,98) ^(d)	295 (88,86)	0,99 (0,98-1,00)
	Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel. ^(a)	345 (84,15)	1	1.176 (79,73)	0,94 (0,92-0,95) ^(d)	241 (82,82)	0,94 (0,93-0,96) ^(d)
	El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente. ^(a)	167 (54,58)	1	660 (56,75)	0,99 (0,97-1,01)	118 (62,11)	0,96 (0,94-0,98) ^(d)
	En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales. ^(a)	381 (87,79)	1	1.432 (84,88)	0,98 (0,96-1,00)	230 (74,43)	0,90 (0,89-0,91) ^(d)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Los resultados corresponden a la categoría si tiene acceso. (c) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para corregir un posible efecto clúster). (d) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

Anexo III (c) (continuación)

Diferencias en los factores organizativos, interaccionales, actitudinales y disponibilidad de mecanismos de coordinación basados en TIC, según CC. AA. y nivel asistencial, tras imputación de las variables con *missings* mayores al 15%.

Variables	Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
	$\frac{(N=572)}{N (\%)}$	$\frac{RPaj (N=2.277)}{N (\%)}$	$\frac{(N=2.277)}{N (\%)}$	$\frac{RPaj (IC95\%)}{N (\%)}$	$\frac{(N=441)}{N (\%)}$	$\frac{RPaj (IC95\%)}{N (\%)}$
Factores actitudinales	¿Está satisfecho con su trabajo en la organización? ^(a)	212 (77,09)	1	1.262 (77,00)	0,98 (0,96-0,99) ^(a)	201 (65,90) 0,82 (0,81-0,83) ^(a)
	Historia clínica electrónica regional. ^(b)	296 (97,37)	1	1.335 (99,48)	1,00 (0,99-1,01)	296 (80,41) 0,89 (0,88-0,90) ^(a)
Disponibilidad de mecanismos de coordinación basados en TIC	Interconsultas virtuales a través de la historia clínica.	257 (85,83)	1	782 (67,12)	0,78 (0,72-0,83)	NA NA
	Interconsultas telefónicas.	218 (54,23)	1	425 (32,12)	0,53 (0,51-0,55)	101 (35,31) 0,59 (0,58-0,61)
	Sesiones clínicas conjuntas vía telemática. ^(a)	100 (22,37)	1	298 (17,89)	0,80 (0,74-0,86) ^(a)	NA NA

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Los resultados corresponden a la categoría sí tiene acceso. (c) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para corregir un posible efecto clúster). (d) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

Variables		Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
		(N=572) N (%)	RPa (N=2.277) N (%)	RPa (IC95%) ^(a)	(N=441) N (%)	RPa (IC95%) ^(a)	
Coordinación de la información clínica entre niveles de atención	Los médicos de AP y AH compartimos la información de los pacientes que atendemos en común. ^(a)	318 (70,20)	1	1.520 (67,59)	0,95 (0,94-0,96) ^(a)	184 (43,40)	0,61 (0,57-0,65) ^(a)
	La información que compartimos es la necesaria para la atención a estos pacientes. ^(a)	380 (85,97)	1	1.755 (78,49)	0,93 (0,88-0,98) ^(a)	248 (59,90)	0,72 (0,68-0,75) ^(a)
	Los médicos de AP y AH utilizamos la información que compartimos. ^(a)	365 (83,52)	1	1.822 (82,15)	0,98 (0,97-1,00)	260 (63,57)	0,76 (0,75-0,77) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención: consistencia de la atención entre niveles	Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes. ^(a)	393 (90,34)	1	1.757 (80,97)	0,88 (0,87-0,89) ^(a)	32 (81,73)	0,87 (0,87-0,88) ^(a)
	Existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre los tratamientos que los médicos de AP y AH prescribimos. ^(a)	110 (25,00)	1	701 (32,29)	1,31 (1,24-1,38) ^(a)	115 (28,82)	1,24 (1,07-1,43) ^(a)
	Los médicos de AP y AH definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren. ^(a)	53 (11,99)	1	269 (12,37)	0,77 (0,64-0,94) ^(a)	32 (7,64)	0,50 (0,40-0,63) ^(a)
	Repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel (analíticas, pruebas de imagen). ^(a)	78 (18,06)	1	733 (33,27)	1,97 (1,89-2,05) ^(a)	135 (32,22)	1,84 (1,69-2,02) ^(a)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para efecto clúster). (c) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo IV (a) (continuación)

Resultados del análisis de sensibilidad incluyendo a los participantes que contestaron no sabe/no responde en la categoría de menor valor (pocas veces/nunca) en los modelos de regresión. Diferencias en la experiencia y percepción general de la coordinación clínica entre niveles, según CC. AA. y nivel asistencial incluyendo a los participantes que contestaron no sabe/no responde en la categoría de menor valor (pocas veces/nunca).

Variables

	Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
	(N=572) N (%)	RPa (N=2.277) N (%)	RPa (IC95%) ^(a)	(N=441) N (%)	RPa (IC95%) ^(a)	
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención: seguimiento de la atención entre niveles	Los médicos de AP derivan a los pacientes a la AH cuando es adecuado. ^(a)					
	496 (92,88)	1	1.786 (84,29)	0,93 (0,92-0,95) ^(a)	298 (75,63)	0,85 (0,82-0,89) ^(a)
	Los médicos de AH retornan los pacientes a la AP para su seguimiento cuando es adecuado. ^(a)					
	466 (88,43)	1	1.700 (80,88)	0,89 (0,87-0,91) ^(a)	337 (84,67)	0,92 (0,90-0,93) ^(a)
	Los médicos de AH hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones). ^(a)					
Coordinación de la gestión clínica: accesibilidad entre niveles	362 (67,16)	1	1.287 (60,51)	0,88 (0,87-0,89) ^(a)	226 (56,50)	0,76 (0,67-0,86) ^(a)
	Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AH. ^(a)					
	302 (57,20)	1	984 (47,13)	0,82 (0,79-0,86) ^(a)	71 (18,21)	0,30 (0,21-0,44) ^(a)
	Los médicos de AP y AH nos comunicamos directamente para coordinar la atención del paciente					
	97 (17,93)	1	248 (11,71)	0,53 (0,44-0,65) ^(a)	10 (2,48)	0,10 (0,06-0,17) ^(a)
Coordinación de la gestión clínica: accesibilidad entre niveles	Al ser derivado de forma ordinaria a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
	388 (73,90)	1	1.639 (79,99)	1,10 (1,03-1,16) ^(a)	332 (86,46)	1,28 (1,20-1,36) ^(a)
	Al ser derivado de forma preferente a la AH, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
Percepción general de la coordinación entre niveles	209 (39,96)	1	1.114 (54,58)	1,43 (1,34-1,53) ^(a)	207 (54,19)	1,69 (1,58-1,80) ^(a)
	Tras ser retornado a la AP, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. ^(a)					
	62 (13,54)	1	542 (34,05)	2,29 (1,69-3,08) ^(a)	94 (33,94)	1,94 (1,86-2,03) ^(a)
Percepción general de la coordinación entre niveles	Creo que la atención entre los médicos de AP y AH en el territorio está coordinada. ^(a)					
	131 (44,41)	1	549 (26,82)	0,54 (0,43-0,68) ^(a)	52 (13,30)	0,27 (0,25-0,29) ^(a)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para efecto clúster). (c) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

Variables		Euskadi		Catalunya		Illes Balears	
		(N=572) N (%)	RPaj (N=2.277) N (%)	RPaj (IC95%) ^(c)	(N=441) N (%)	RPaj (IC95%) ^(c)	
Factores organizativos	Los directivos de la organización donde trabajo facilitan la coordinación entre médicos de AP y AH. ^(a)	154 (39,59)	1	707 (46,00)	1,12 (1,02-1,24) ^(a)	62 (21,09)	0,58 (0,51-0,66) ^(a)
	Mi organización establece objetivos que están orientados a la coordinación entre niveles asistenciales. ^(a)	205 (53,11)	1	660 (44,75)	0,76 (0,70-0,84) ^(a)	92 (32,59)	0,57 (0,45-0,73) ^(a)
	El tiempo que puedo dedicar a la coordinación con los médicos del otro nivel durante mi jornada laboral es suficiente. ^(a)	46 (10,29)	1	180 (10,24)	0,94 (0,79-1,12)	29 (8,69)	0,78 (0,60-1,00)
	Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	73 (15,73)	1	395 (21,37)	1,14 (0,88-1,47)	70 (19,66)	1,19 (1,01-1,41) ^(a)
	Confo en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a mis pacientes. ^(a)	420 (91,70)	1	1.547 (88,15)	0,95 (0,94-0,97) ^(a)	295 (88,86)	0,95 (0,94-0,96) ^(a)
Factores de interacción entre médicos	Mi práctica asistencial influye en la práctica de los médicos del otro nivel. ^(a)	345 (84,15)	1	1.176 (79,73)	0,84 (0,79-0,89) ^(a)	241 (82,82)	0,86 (0,85-0,88) ^(a)
	El médico del otro nivel valora mi contribución a la atención del paciente. ^(a)	167 (54,58)	1	660 (56,75)	0,92 (0,87-0,97) ^(a)	118 (62,11)	0,74 (0,67-0,82) ^(a)
	En la práctica, los médicos de AP son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los diferentes niveles asistenciales. ^(a)	381 (87,79)	1	1.432 (84,88)	0,95 (0,91-1,00)	230 (74,43)	0,84 (0,83-0,86) ^(a)

(a) Los resultados corresponden a las categorías siempre y muchas veces. (b) Los resultados corresponden a la categoría si tiene acceso. (c) Ajustado por sexo, nivel asistencial, tipo de hospital, y tipo de área (para efecto cluster). (d) Estadísticamente significativo. AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria.

