

# COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD EN CATALUÑA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA COORDENA.CAT

A Romero (1), I Vargas (1), E Sánchez (2), F Cots (3), P Plaja (4), M Banqué (5), À AVECILLA (6), I Ramon (7), L Colomé (8), E Medarde (9), RM Morral (10), ML Vázquez (1), por el GAIA

(1)CSC, (2)SSIBE,(3)PS-Mar, (4)FSE, (5)CSA, (6)BSA, (7)CHV, (8)SAGESSA, (9)CST, (10)ICS

Financiación: Instituto de Salud Carlos III. FIS (PI1500021) y FEDER



## ANTECEDENTES Y OBJETIVO

La coordinación asistencial entre niveles de atención es una prioridad para la política sanitaria. Su ausencia conlleva una baja calidad de la atención y gestión ineficiente de los recursos. Aun así, la investigación en coordinación clínica es escasa.

### Definición y tipos de coordinación asistencial

Concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos.

#### Coordinación de la información clínica

- Transferencia entre niveles
- Uso de la información transferida

#### Coordinación de la gestión clínica

- Coherencia de la atención
- Seguimiento entre niveles
- Accesibilidad entre niveles

**Objetivo:** Analizar las experiencias y percepción de coordinación clínica entre niveles de los médicos de atención primaria (AP) y atención especializada de agudos y sociosanitaria (AE) en diferentes entornos del sistema sanitario catalán.

## MÉTODOS

### Diseño

Estudio transversal basado en encuesta mediante autoadministración del cuestionario online **COORDENA.CAT** (octubre-diciembre 2017).

### Población de estudio y muestra

Médicos de AP y AE del sistema sanitario catalán con al menos un año de experiencia en la organización, atención directa a los pacientes y relación con médicos del otro nivel.

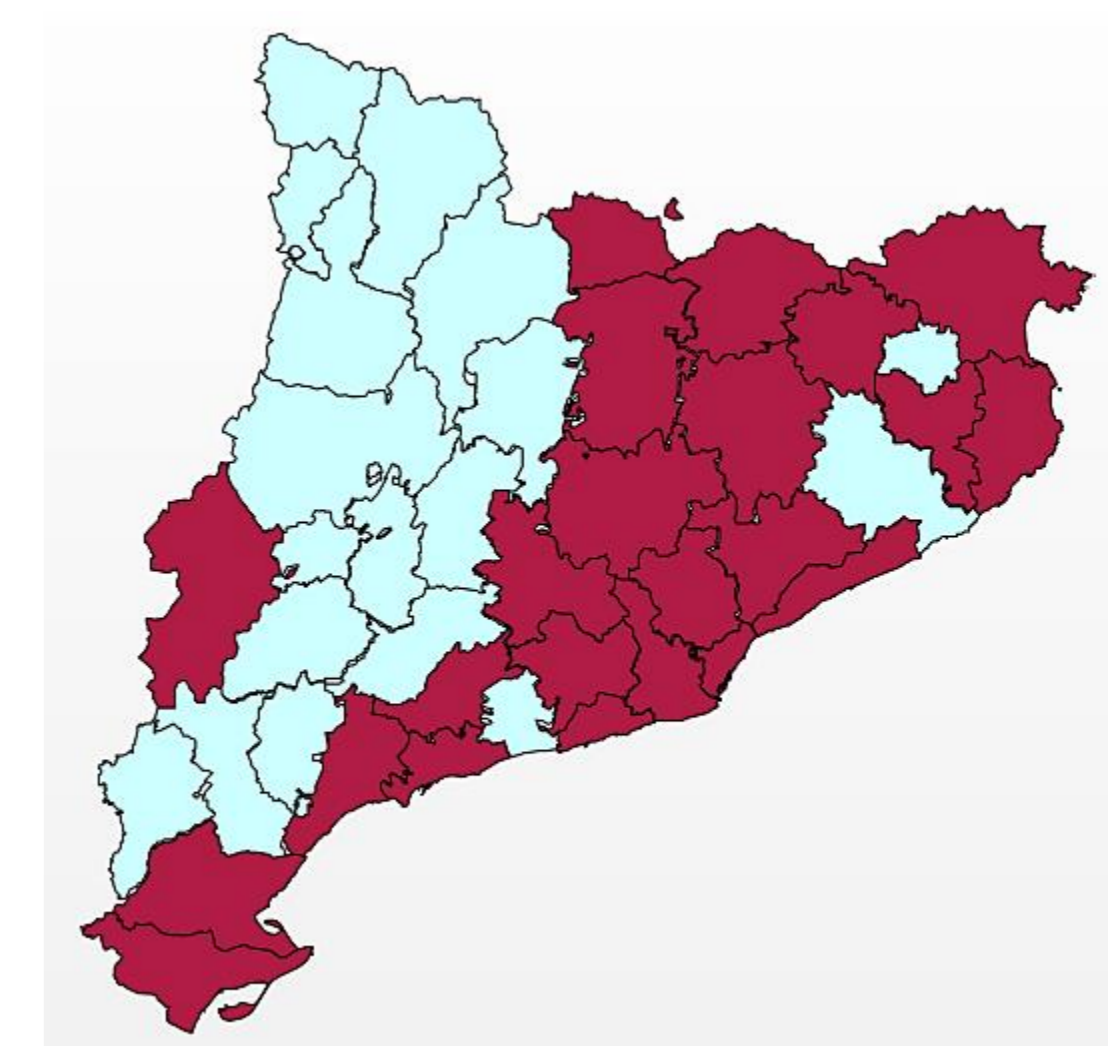
Muestra final: 3308 médicos de 16135 invitados (participación del 20,5%).

### Análisis

Análisis descriptivo de la experiencia en coordinación y la percepción general de coordinación entre niveles.

### Áreas de estudio

32 entornos del sistema sanitario catalán (áreas básicas de salud, hospitales y centros sociosanitarios de referencia).



## RESULTADOS

### 1. Características de la muestra

	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
<b>Sexo</b>			
Hombre	307(31,01)	907 (47,94)	1214 (42,12)
Mujer	683 (68,99)	985 (52,05)	1668 (57,88)
<b>Edad</b>			
25-40 años	180 (18,97)	521 (28,88)	701 (25,46)
41-54 años	457 (48,16)	741 (41,98)	1198 (43,52)
55-70 años	312 (32,88)	542 (30,04)	754 (21,02)
<b>País de origen</b>			
Autóctono	858 (88,18)	1611 (86,94)	2469 (87,37)
Extranjero	115 (11,82)	242 (13,06)	357 (12,63)
<b>Experiencia en la organización</b>			
1 a 5 años	78 (8,13)	328 (18,05)	406 (14,62)
6 a 15 años	297 (30,94)	675 (37,15)	972 (45)
16 a 25 años	338 (35,21)	431 (23,72)	769 (27,69)
26 a 45 años	247 (25,73)	383 (21,08)	630 (22,69)
<b>Tipo de contrato laboral</b>			
Indefinido	965 (96,31)	1665 (88,10)	2630 (90,94)
Temporal	37 (3,69)	225 (11,9)	262 (9,06)
<b>Tipo de jornada laboral</b>			
Completa	929 (92,71)	1731 (91,44)	2660 (91,88)
Parcial	73 (7,29)	162 (8,56)	235 (8,12)

### 3. Percepción general de coordinación frecuente entre niveles\*

Creo que la atención entre los médicos de AP y AE en el territorio está coordinada	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
	339 (32,13)	673 (35,72)	1012 (34,43)

\* Siempre / Muchas veces

### 2. Experiencia de los distintos tipos de coordinación asistencial entre niveles\*

	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
<b>Coordinación de la información clínica entre niveles asistenciales</b>			
Los médicos compartimos información sobre los pacientes en común	757 (70,09)	1202 (59,39)	1959 (63,11)
La información que compartimos es la necesaria	830 (76,92)	1394 (69,56)	2224 (72,14)
Los médicos de AP y AE utilizamos la información que compartimos	911 (84,91)	1578 (80,06)	2489 (81,77)
<b>Coordinación de la gestión clínica entre niveles asistenciales</b>			
<b>Coherencia de la atención</b>			
Estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito	792 (74,15)	1565 (80,09)	2357 (77,99)
No existen contraindicaciones y/o duplicaciones entre tratamientos que médicos de AP y AE prescribimos	652 (61,05)	1448 (74,18)	2100 (69,54)
Los médicos de AP y AE definimos conjuntamente el plan de atención de los pacientes que lo requieren	129 (11,99)	293 (14,82)	422 (13,82)
No repetimos las pruebas que previamente han realizado los médicos del otro nivel	768 (71,98)	1414 (71,16)	2182 (71,45)
<b>Seguimiento adecuado del paciente</b>			
Los médicos de AP derivan los pacientes a la AE cuando es adecuado	1060 (99,07)	1433 (74,29)	2493 (88,13)
Los médicos de AE retornan los pacientes a la AP cuando es adecuado	811 (76,65)	1673 (87,36)	2484 (83,55)
Los médicos de AE hacen recomendaciones al médico de AP sobre el seguimiento de los pacientes	421 (39,38)	1359 (69,94)	1780 (59,10)
Los médicos de AP consultan las dudas sobre el seguimiento de los pacientes a los médicos de AE	588 (19,01)	661 (35,52)	1249 (42,63)
<b>Accesibilidad</b>			
Al ser derivado de forma ordinaria a AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta la consulta	17 (1,58)	594 (33,43)	611 (21,43)
Al ser derivado de forma urgente a AE, el paciente no espera mucho tiempo hasta la consulta	189 (17,58)	1251 (69,15)	1440 (49,33)
Después de ser devuelto a AP, el paciente no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta	870 (81,84)	670 (70,01)	1540 (76,24)

## CONCLUSIONES

A pesar de considerar que existe una frecuente coordinación de la información y de la gestión clínica, la percepción general de médicos de AP y AE es que la atención que recibe el paciente no está coordinada entre niveles. Se necesita explorar los motivos de esta percepción así como los factores asociados.