

Original

Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios

Diana Henaó Martínez*, M. Luisa Vázquez Navarrete e Ingrid Vargas Lorenzo

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de marzo de 2008

Aceptado el 16 de mayo de 2008

On-line el 27 de febrero de 2009

Palabras clave:

Coordinación asistencial
Organizaciones sanitarias integradas
Investigación cualitativa
España

RESUMEN

Objetivo: Analizar la coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva de directivos y profesionales de organizaciones sanitarias integradas (OSI).

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, mediante entrevistas individuales semiestructuradas, con muestreo teórico en dos etapas. En la primera se seleccionaron los contextos (las OSI) y en la segunda los informantes: directivos (n = 18) y profesionales (n = 23). Análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación por temas e informantes.

Resultados: La coordinación entre niveles es definida de diversas formas por los informantes, que coinciden en considerarla complicada, pero necesaria, para la mejora de la eficiencia. Comunicación, conocimiento y relación entre los profesionales emergen como factores determinantes centrales de la coordinación, sobre los que influyen los valores de los profesionales y la existencia de mecanismos apropiados en las instituciones. Ambos dependen de las condiciones estructurales y organizativas, principalmente de carácter interno, aunque también externas a las organizaciones, que determinan su desarrollo. Las estrategias de mejora propuestas se relacionan directamente con los factores identificados.

Conclusiones: Las opiniones sobre la coordinación asistencial reflejan la complejidad del término y la tradicional separación entre niveles asistenciales. Su mejora requiere acciones organizativas específicas que respondan a los determinantes, no sólo dentro de las organizaciones, sino también entre todos los proveedores de un territorio.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Factors influencing coordination among healthcare levels according to the opinion of healthcare managers and health professionals

A B S T R A C T

Keywords:

Healthcare coordination
Integrated health care systems
Qualitative research
Spain

Objective: To analyze coordination among healthcare levels from the viewpoint of healthcare managers and health professionals in integrated healthcare systems (IHS).

Methods: A qualitative, exploratory and descriptive study was conducted by means of individual semi-structured interviews to a criterion sample. We performed two-stage sampling: in the first stage, IHS were selected and in the second, managers (n = 18) and professionals (n = 23). A content analysis was carried out with mixed generation of categories, segmented by themes and informants.

Results: Coordination among healthcare levels was defined differently by the two groups of informants. However, the informants agreed that coordination was complicated but necessary to improve access to and the efficiency of the system. Factors central to achieving coordination were communication, knowledge and good relationships among professionals. These factors were influenced by professionals' values and the existence of appropriate institutional coordination mechanisms. In turn, these elements depended mainly on internal but also external structural and organizational conditions, which determined the development of coordination. Improvement strategies were directly related to the factors identified.

Conclusions: Opinions on healthcare coordination reflect not only the complexity of the concept, but also the traditional separation of healthcare levels. Improving coordination requires specific organizational interventions to address its determinants, not only within but also among all healthcare providers in an area.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La coordinación asistencial se ha convertido en objetivo prioritario de muchos sistemas de salud, especialmente para mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de problemas de salud crónicos que requieren la intervención de diversos profesionales y servicios¹. Así, en las últimas décadas han proliferado las intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, siste-

mas de compra y financiación^{2,3}) como en el ámbito organizativo (organizaciones integradas⁴⁻⁶, introducción de mecanismos y estrategias de coordinación⁷⁻⁹). En Cataluña, con un sistema de salud que separa las funciones de financiación y provisión, y con diversidad en la titularidad de los proveedores, se promovieron las organizaciones sanitarias integradas (OSI)¹⁰ para la gestión conjunta de más de un nivel asistencial.

Coordinación, continuidad e integración asistencial se suelen utilizar indistintamente, pero aluden a conceptos diferentes^{4,11,12}. La coordinación se refiere a la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dhenaó@chc.es (D. Henaó Martínez).

Tabla 1
Composición final de la muestra de informantes

Grupos de informantes	Sexo		Años de vinculación laboral			Total
	Hombres	Mujeres	3-10	11-20	> 21	
Directivos						
Asistencial	8	7	1	9	5	15
No asistencial	1	2	1	2		3
Profesionales						
Atención primaria	3	6	7	2		9
Atención especializada de agudos	5	6	3	6	2	11
Atención sociosanitaria		3	1	1	1	3

un objetivo común sin conflictos¹²; cuando alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada^{12,13}. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente¹³. La mejora de la coordinación asistencial dependerá, entre otros factores, del modelo de organización asistencial y de los mecanismos de coordinación utilizados en las organizaciones¹⁴.

A pesar de las numerosas intervenciones que suscita la coordinación asistencial, sus evaluaciones son limitadas y generalmente centradas en analizar los efectos de un instrumento concreto en la calidad de la atención^{15,16}, mayoritariamente guías de práctica clínica. Sólo algunos estudios¹⁷⁻¹⁹ analizan las limitaciones identificadas por los profesionales para el uso de los mecanismos: desconocimiento y ausencia de consenso, tiempo o recursos para utilizarlos.

En nuestro ámbito los estudios son aún más escasos^{2,20} y con un limitado análisis de las opiniones de los agentes involucrados, es decir, los profesionales sanitarios a quienes se incita a colaborar y los directivos que promueven la introducción de las estrategias en sus organizaciones. El objetivo de este artículo es analizar la coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales de OSI de Cataluña, para contribuir a la mejora de las estrategias que promueven la coordinación entre niveles asistenciales.

Sujetos y métodos

Diseño

Estudio cualitativo, descriptivo²¹ y de carácter fenomenológico²². El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2005 y julio de 2006. La población de estudio fueron los trabajadores sanitarios de OSI de Cataluña.

Muestra

Se diseñó una muestra teórica^{22,23}, es decir, a partir de un constructo teórico se definieron contextos y perfiles que pudieran proporcionar información diferente y relevante a los objetivos del estudio. En la primera etapa se seleccionaron los contextos, seis OSI, aplicando los criterios de proveedor integrado verticalmente, más de cinco años de gestión conjunta, con una población definida y un hospital comarcal en la red. En la segunda etapa se realizó una selección de informantes directamente relacionados con el fenómeno de estudio y que pudieran tener discursos diferentes²⁴: directivos y profesionales de los diferentes niveles asistenciales, de ambos sexos, con más de tres años de vinculación laboral. El tamaño final de la muestra se alcanzó por saturación de los datos, y su composición puede verse en la [tabla 1](#).

Técnica de recogida de los datos

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas²², es decir con guía, para obtener las opiniones de los entrevistados sobre la coordinación. La guía constaba de una parte común y otra específica, según el grupo de informantes. En la parte común se abordaban conceptos y opiniones sobre la coordinación asistencial, factores que la facilitan o la dificultan, y propuestas de mejora, en los cuales se centra el artículo, y sobre la coordinación con otros proveedores de salud del territorio. La guía para los profesionales incluía además la opinión sobre los mecanismos de coordinación utilizados en sus organizaciones²⁵. Las categorías de análisis derivaron en parte de la guía (ver más abajo y [tabla 2](#)). Las entrevistas, de 60 a 90 minutos de duración, se grabaron y transcribieron literalmente. Se solicitó autorización verbal a los participantes para su grabación y se aseguró la confidencialidad de la fuente, codificando su procedencia y presentando los datos de forma agregada.

Análisis de los datos y calidad de la información

Se realizó un análisis narrativo de contenido manifiesto^{22,23,26,27} de las entrevistas, con ayuda del programa Atlas-ti v5.0. El programa permite la organización del texto en unidades de sentido, codificación en categorías, selección y relación entre textos, así como su segmentación²⁸. Los datos se segmentaron por grupos de informantes y temas; se leyeron los contenidos de cada entrevista, identificando fragmentos significativos para determinar los fenómenos reflejados y su significado dentro del texto; se estableció un código descriptivo para cada segmento de texto señalado. Las categorías de análisis se generaron de forma mixta a partir de las guías y los temas emergentes de las entrevistas, mediante comparaciones constantes de los datos que permitieron identificar los patrones generales, así como los divergentes ([tabla 2](#)). A partir del análisis de las categorías principales se elaboró un marco explicativo. La calidad de los datos se aseguró mediante triangulación comparando entre grupos de informantes y fuentes de información y con la participación de tres analistas con buen conocimiento del contexto.

Resultados

Concepto y opinión sobre coordinación asistencial

En la definición de los informantes sobre coordinación asistencial destaca la dificultad en la elaboración del concepto, sobre todo por parte de los profesionales, así como la diversidad de elementos que surgieron. En ambos grupos de informantes, la descripción incluía desde aspectos directamente relacionados con la coordinación como el acuerdo entre niveles asistenciales: «la

Tabla 2
Categorías y subcategorías de análisis según los grupos de informantes

Categoría	Subcategorías	
	Directivos	Profesionales
Concepto de coordinación asistencial	Acuerdo entre niveles Existencia de mecanismos de coordinación Atención del paciente a lo largo de la vida Atención en el lugar adecuado	Acuerdo entre niveles Existencia de mecanismos de coordinación Atención del paciente a lo largo de la vida Acceso ágil del paciente entre niveles asistenciales
Opinión de coordinación asistencial	Complicada Necesaria	Complicada Necesaria
Elementos que influyen en la coordinación asistencial	Titularidad de los proveedores Sistema de pago Buena comunicación Conocimiento mutuo Mecanismos de coordinación Valores y actitudes de colaboración Condiciones de trabajo Integración de la propiedad y la gestión	Titularidad de los proveedores Buena comunicación Conocimiento mutuo Mecanismos de coordinación Valores y actitudes de colaboración Condiciones de trabajo
Estrategias para mejorar la coordinación	Aumento del personal médico Mecanismos de coordinación Formación	Aumento del personal médico Mecanismos de coordinación Formación

coordinación significa que tú eres A y yo soy B, y tú y yo tenemos que ponernos de acuerdo para que el enfermo pase de un sitio al otro» (profesional de especializada) y el establecimiento de instrumentos de coordinación (tabla 3, b), hasta otros menos relacionados, como la atención del paciente a lo largo de su vida (tabla 3, c). Los profesionales también definían la coordinación como el acceso fácil del paciente a los distintos niveles, mientras que para algunos directivos consistía en asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado (tabla 3, e y d).

Ambos grupos coincidían en considerar la coordinación asistencial «complicada, pero necesaria». Atribuyen su complejidad a la diferencia en los entornos de trabajo y las perspectivas de los profesionales de los distintos niveles, que algunos profesionales relacionan con la separación histórica entre niveles asistenciales y sus diferentes visiones del paciente (tabla 3, f). No obstante, la mayoría de los entrevistados opinan que la coordinación es necesaria porque se optimizan recursos al evitar duplicación de servicios, pérdidas de tiempo y desplazamientos innecesarios del paciente (tabla 3, g).

Elementos que influyen en la coordinación asistencial

Del discurso de profesionales y directivos emergen algunos elementos externos, pero sobre todo internos, de las organizaciones que afectan la coordinación entre niveles. En el ámbito externo ambos grupos destacan como obstaculizadora de la coordinación la diversidad en la titularidad de los proveedores que atienden a la población de un territorio, tanto por el uso de sistemas de información diferentes que no comparten la información del paciente, como por el desconocimiento mutuo de los profesionales que intervienen. Los directivos también refieren el sistema de pago, que puede incentivar o no a la colaboración entre niveles. Consideran que el sistema de pago actual en Cataluña incentiva la productividad hospitalaria y no la coordinación con la primaria (tabla 4, a). En el ámbito interno, los elementos facilitadores que aparecen con más intensidad son la comunicación, el conocimiento y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales: «es fundamental la comunicación que tienes entre distintos profesionales; es decir, cuando tengas mejor «rollo» entre los médicos del ambulatorio

(...) o bien con los especialistas, pienso que eso facilita mucho el trabajo» (profesional de especializada) (tabla 4, b y c). Consideran que ayudan a lograr el consenso sobre la atención, a agilizar la derivación de pacientes y a valorar la función de los otros niveles y comprender sus dificultades. En este sentido, destaca la importancia de la existencia de mecanismos que promuevan la comunicación y el intercambio de información, como sistemas de información accesibles a todos los profesionales involucrados y grupos de trabajo interniveles y multidisciplinarios (tabla 4, d y e). Según los directivos, las guías, los protocolos y las vías clínicas son instrumentos que facilitan el acuerdo sobre la actuación en determinados procesos, sólo si son elaborados por los diferentes niveles, y según los profesionales sólo si son consensuados y no impuestos (tabla 4, f): «tenemos que buscar soluciones conjuntas, pero hay bastante gente que va a hacer doctrina, que va allí a decirles: claro, es que me envían los enfermos sin hacer lo que yo les dije (profesional de especializada).

Otro elemento interno que facilita la coordinación, según ambos grupos, son los valores y las actitudes de colaboración y trabajo en equipo de los profesionales (tabla 4, g); valores que consideran opuestos a la práctica habitual centrada en el trabajo individual, la lucha por el control del paciente y una escasa predisposición a relacionarse y apreciar el trabajo de los otros niveles. Algunos informantes relacionan estos valores con la formación de los médicos: «los médicos se forman de una manera relativamente fragmentada, profundizando en cada uno de los terrenos propios de la medicina, y eso hace que cada uno se crea un poco el dueño de todo el proceso asistencial...» (directivo asistencial). Coinciden en afirmar que hay resistencia al cambio de valores entre los profesionales.

Directivos y profesionales también señalan problemas del ámbito laboral que repercuten negativamente en la coordinación (tabla 4, h). Por un lado mencionan la falta de recursos humanos y físicos (especialistas para realizar sesiones conjuntas, acceso a pruebas complementarias o camas sociosanitarias para traspasar actividades), así como la escasez de tiempo para coordinarse con otros niveles, que atribuyen a la presión asistencial: «(...) no tienes ese tiempo para poderte comunicar con... aquello que dices, bueno, tendría que comentar esto con el especialista (...) entonces lo vas dejando para última hora y a veces te ves agobiada, para eso es para lo que necesitas tiempo» (profesional

Tabla 3
Ejemplos de las categorías de concepto y opinión sobre coordinación asistencial

Categoría	Ejemplo
Concepto de coordinación asistencial	
a) Acuerdo entre niveles asistenciales	<i>Yo veo la coordinación como la relación entre los profesionales sanitarios para solucionar los problemas de los pacientes (...) pero no puede ser que las normas se den desde un lado o desde otro [atención primaria o especializada]... ha de haberse consensuado previamente... (Directivo asistencial).</i>
b) Establecer mecanismos de coordinación	<i>Coordinarse es fundamentalmente, establecer... yo diría, guías de actuación comunes en las que se contemple fundamentalmente el continuum asistencial... tener unos buenos sistemas de información (Directivo asistencial).</i>
c) Atención del paciente a lo largo de la vida	<i>(...) Es poder seguir al paciente desde que nace... como médicos y enfermeras de atención primaria que somos, hasta que mueren (Profesional de atención primaria).</i>
d) Asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado	<i>Es cuando tú... intentas que cualquier necesidad de... salud que tenga un usuario, tu organización la puede resolver, en el punto más adecuado, con la intensidad de recursos necesaria, para que sea efectiva y eficiente. Y ahí es donde esta la auténtica coordinación (Directivo asistencial).</i>
e) Acceso ágil de pacientes entre niveles asistenciales	<i>Es tener un acceso fácil... rápido y eficaz con los demás niveles asistenciales... (Profesional de atención primaria).</i>
Opinión sobre coordinación asistencial	
f) Complicada	<i>Yo pienso que es complicada, porque partimos de, históricamente, separaciones muy grandes, ¿no? Quiero decir que lo hospitalario y lo extrahospitalario siempre han sido como procesos muy diferentes y cuesta coordinarse (Profesional de atención primaria).</i>
g) Necesaria	<i>La coordinación es básica porque evitas mucha duplicidad, evitas una gran pérdida de tiempo y esperas a los pacientes (Directivo no asistencial).</i>

Tabla 4
Ejemplos de las categorías de elementos del ámbito externo e interno que influyen en la coordinación asistencial

Categoría	Ejemplo
Ámbito externo	
a) Sistema de pago	<i>Es muy importante que los proveedores, aunque sean varios... el sistema de financiación favorezca la continuidad entre la atención primaria y la atención hospitalaria, y esto les reporte beneficios (Directivo asistencial). (...) Los incentivos a la productividad, que además en este país y sobre todo en atención especializada (...) se paga, sobre todo, por lo que hacen (...) muy poco por lo que se coordinan o por lo que resuelven (Directivo asistencial).</i>
Ámbito interno	
b) Buena comunicación	<i>Un agente facilitador, imprescindible, es una comunicación fluida... Pienso que es básico que haya una buena comunicación recíproca (Directivo no asistencial). Es diferente hacer un papel, pida hora y ya lo verán, y otra cosa es hablando con el médico correspondiente... Agiliza más la cosa (Profesional de atención especializada).</i>
c) Conocimiento mutuo	<i>El hecho de que tú hayas puesto cara a tu interlocutor y hayas visto las condiciones en que trabaja, pues ayuda a comprender la globalidad del sistema y las dificultades que tienen tus compañeros (Directivo asistencial). (...) Yo creo que infravaloran los conocimientos, sobre todo por desconocimiento. Porque hay quien se piensa que aquí, no sé, lavamos, vestimos a los enfermos y los tenemos bien puestecitos, bien arregladitos, cuando se está haciendo otra cosa muy diferente (Profesional de atención sociosanitaria).</i>
d) Sistemas de información compartidos	<i>El elemento más facilitador de la coordinación asistencial es la herramienta informática, el estar integrados dentro de un sistema informático propio y que sea accesible desde los diferentes niveles de salud... (Profesional de atención primaria).</i>
e) Grupos de trabajo multidisciplinares interniveles	<i>(...) Que haya un trabajo en equipo y eso, pues, influiría más en nuestro centro, ¿no? Aquello que me pueda comunicar con enfermería o con otros estamentos (Profesional de atención primaria).</i>
f) Guías, protocolos y vías de práctica clínica compartidas	<i>Lo que intentamos es que, cualquier actividad relacionada con nuestro cliente, esté vinculada siempre a una guía, a un protocolo o a una actuación en la cual se integren todos los profesionales de todos los diferentes ámbitos de asistencia (Directivo asistencial). (...) A veces no es un consenso sino que viene una de las partes y te explica lo que hay que hacer. Pero la otra parte también tendría que poder decirlo, ¿no? (Profesional de atención primaria).</i>
g) Valores y actitudes de colaboración	<i>(...) La buena voluntad de las personas, porque, a veces, si hay buena voluntad por parte de las dos partes, los recursos de otro tipo los solventas (Profesional de atención primaria). (...) La resistencia de las personas a los cambios. Aquí, en el hospital, en primaria... te parece que lo tuyo es lo bueno, ¿no? Desde primaria parece que el control del paciente sea de ellos; desde el hospital, según qué especialidades, parece que sean como superiores a atención primaria" (Profesional de atención sociosanitaria).</i>
h) Condiciones de trabajo	<i>Muchas veces se nos piden cosas a la primaria o nosotros pedimos cosas al hospital, que no existe el recurso para llevarlas a término. Por ejemplo: «no, no, las verrugas de este género no hay que tratarlas en el especialista, tiene que ser la primaria». Nosotros no tenemos el nitrógeno líquido para quemarlas (Directivo asistencial). Tenemos tres convenios diferentes, tenemos horarios diferentes, cobramos diferente, tenemos un sistema de incentivación diferente... Eso es un problema... (Profesional de atención especializada).</i>
i) Integración de la propiedad y gestión	<i>Como punto clave, aparte de la tecnología y la voluntad que tú puedas tener, es mucho más fácil si la empresa es la misma, si el gerente y el consejo directivo son el mismo, que también es una herramienta fundamental (Directivo asistencial).</i>

Tabla 5
Ejemplos de la categoría de estrategias para mejorar la coordinación asistencial

Categoría	Ejemplo
a) Aumento del personal médico	<i>Más gente... Si hubiera más gente dispondríamos de más tiempo, podríamos hacer más sesiones, más trabajos, coordinarnos más, hacer más... Es que el tiempo y la presión asistencial son importantes</i> (Profesional de atención primaria).
b) Directivo integrador	<i>(...) Para establecer una coordinación tendría que haber una persona que coordinara el proceso, o sea, que fuera responsable de esa coordinación... Que una persona actuara como realmente coordinador asistencial</i> (Directivo asistencial).
c) Profesional de enlace	<i>Si no puedes conocer a todos, probablemente tiene que haber de cada servicio o de cada unidad, pues debería haber alguien que ejerciese un poco de maestro de ceremonias o de enlace con los otros servicios</i> (Profesional de atención especializada de agudos).
d) Informatización de la historia clínica compartida	<i>Yo creo que esto, con la historia informatizada y compartida desde primaria, hospital sociosanitario, facilitaría, facilitaría mucho</i> (Directivo asistencial).
e) Sistema de alerta de información del paciente	<i>Sería sencillo que el de cabecera o la enfermera, que sabe que ese enfermo ha sido dado de alta, entrara dentro de la aplicación informática donde esté toda la información del enfermo</i> (Profesional de atención especializada).
f) Sesiones clínicas compartidas	<i>Yo pienso que es sentarse el médico de atención primaria y el especialista y decir «a este paciente, ¿qué se le va hacer?». Y se le va hacer igual en todos los puntos de atención. Y lo que se le pide una vez, no se le va a volver a pedir</i> (Directivo asistencial).
g) Protocolos conjuntos	<i>(...) Sobre todo trabajar las patologías a nivel de protocolo y tener claro, en todas las patologías, los pasos que hay que seguir</i> (Profesional de atención primaria).
h) Formación	<i>(...) Que sean sensibles a la coordinación... que sean sensibles a las repercusiones que tiene la descoordinación asistencial respecto al paciente, desde todos los puntos de vista: desde el punto de vista de pérdida de tiempo o de mareo del paciente, «p'arriba, pa'bajo, pa'un lado, pa'otro»</i> (Directivo asistencial). <i>O sea, formar al personal, no en conocimientos, en capacidades con su trabajo, sino en esta vía, cómo trabajar en equipo, cómo comunicarse con un equipo, cómo... estas cosas, ¿no?</i> (Profesional de atención especializada).

de primaria). Por otro lado, consideran que las diferencias entre convenios laborales (salarios, horarios, incentivos) dentro de una misma empresa crea un clima laboral que no favorece la coordinación; aspecto contrapuesto a otro elemento citado como facilitador, principalmente por directivos, que es la integración de la provisión de los diferentes niveles asistenciales bajo una sola empresa, con un único gerente y órgano de gobierno (tabla 4, i).

Estrategias para mejorar la coordinación

Como estrategias globales para mejorar la coordinación, los informantes coinciden en sugerir el aumento del personal médico para disponer de más tiempo: «quizás disponer de más tiempo libre facilitaría que quieras comentar pacientes» (profesional de primaria) (tabla 5, a), y la implantación o mejora de los mecanismos de coordinación existentes. La mayoría de los mecanismos propuestos se dirigen fundamentalmente a facilitar la comunicación, el conocimiento y la información compartida, aunque también aparecen algunos relacionados con el consenso sobre la atención al paciente. El tipo de mecanismo propuesto varía según el grupo de informantes. Mientras los directivos plantean la introducción de un directivo integrador que dirija todos los aspectos relacionados con la coordinación asistencial en la organización (tabla 5, b), los profesionales enfatizan la necesidad de un profesional de enlace que sirva de interlocutor y facilite la comunicación entre niveles (tabla 5, c). Ambos grupos proponen la historia clínica compartida (tabla 5, d), que según algunos profesionales se debería acompañar de un sistema de alertas para proporcionar al médico información sobre el proceso del paciente (tabla 5, e). Ambos grupos identifican las sesiones clínicas compartidas como herramienta para conocer a los profesionales de otros niveles asistenciales y consensuar criterios de actuación (tabla 5, f); y los profesionales añaden los protocolos (tabla 5, g). Finalmente, ambos proponen la formación, pero con diferencias en cuanto al enfoque (tabla 5, h): mientras los directivos lo dirigen hacia la sensibilización de los profesionales acerca de las ventajas de una atención coordinada y como acompañamiento de la implantación de otros mecanismos, los

profesionales sugieren formar al personal en habilidades como el trabajo en equipo y la comunicación con otros profesionales.

Discusión

Los resultados muestran la complejidad y la confusión en torno al concepto de coordinación asistencial, también recogidas en la literatura^{13,29}. Se refleja, por un lado, en la dificultad para definir este concepto abstracto, para lo cual se hace referencia sobre todo a aspectos de la práctica cotidiana, y por otro lado en la diversidad de elementos que surgieron. Estos aspectos sugieren la necesidad de que los investigadores de servicios de salud utilicen términos más precisos cuando analizan la coordinación asistencial, o expresado de otra manera, parecen indicar que las propuestas metodológicas^{12,30} que intentan medir la coordinación asistencial en las organizaciones a partir en la percepción de los actores incurrirán en errores de medición si obvian esta diversidad conceptual.

Llama la atención que aunque los entrevistados coincidan en considerar la coordinación como necesaria, destacan fundamentalmente como beneficio el ahorro de recursos y, en cambio, no la relacionen con la continuidad asistencial¹¹. La coordinación es considerada fundamental para la mejora del seguimiento y la consistencia en la atención a lo largo del continuo (continuidad de gestión) y para garantizar la continuidad de la información¹³; elementos que contribuyen a mejorar la calidad de la atención de problemas de salud complejos que requieren la intervención de diversos profesionales¹.

Los informantes atribuyen la complejidad de la coordinación entre niveles asistenciales a la separación histórica entre niveles y profesionales (atención primaria frente a especializada, médicos frente a enfermeros, etc.), que ha contribuido a conformar valores opuestos a la colaboración y el trabajo en equipo. Algunos autores relacionan esta separación con la formación de los diferentes grupos profesionales, el uso de métodos de trabajos distintos y el desconocimiento y la desconfianza mutuos³¹⁻³⁵. Por ello, no resulta extraño que el sistema de valores emerga en los resultados del estudio como uno de los principales determinantes de la

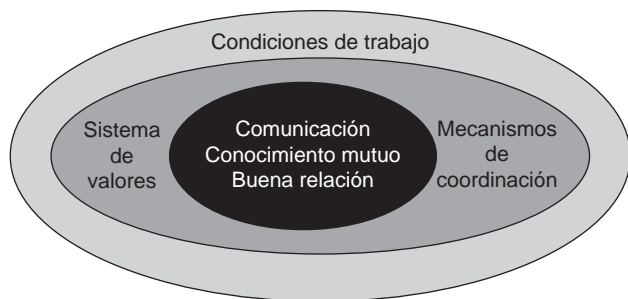


Figura 1. Determinantes de la coordinación asistencial y sus interrelaciones.

coordinación, ni que se propongan mecanismos de coordinación generadores de espacios de colaboración para inducir un cambio cultural, en línea con las sugerencias de algunos autores^{4,36}.

Los factores que según los informantes influyen en la coordinación asistencial coinciden con los propuestos por los marcos teóricos de diversos autores^{4,6,37}. No obstante, el análisis de las opiniones permite establecer un orden jerárquico en los determinantes de la coordinación y un marco para comprender cómo los actores perciben la relación entre estos factores, expresado de forma gráfica en la figura 1. De acuerdo con este marco, la comunicación, el conocimiento mutuo y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales constituyen el núcleo de los determinantes de la coordinación. Estos factores estarían influidos, en un primer nivel, por los mecanismos existentes para coordinar las actividades a lo largo del continuo asistencial, y también por el sistema de valores de los profesionales involucrados en la atención del paciente. Los valores y las actitudes condicionarían el interés de los profesionales por colaborar y comunicarse con los otros niveles, mientras que la existencia de mecanismos de coordinación determinaría el grado de comunicación, intercambio de información y consenso sobre la atención entre los profesionales. Por último, en un segundo plano se encontrarían las condiciones de trabajo que se corresponden con los elementos estructurales (recursos físicos y humanos) y organizativos para crear los medios adecuados para que los profesionales puedan coordinar sus actividades.

Llaman la atención las diferencias entre informantes en cuanto al papel de la integración de la titularidad y de la gestión en la coordinación asistencial. Ambos grupos coinciden en señalar la diversidad en la titularidad en la provisión (rasgo del modelo catalán de salud) como dificultador de la coordinación, pero lo refieren específicamente a la falta de sistemas de información compartidos y al desconocimiento entre los profesionales de las diferentes entidades. Esto parece indicar que el problema percibido reside en los limitados mecanismos o estrategias de coordinación entre las entidades proveedoras del sistema catalán, independientemente de que la propiedad o la gestión estén o no integradas. Sólo los directivos destacan la integración de la gestión como un facilitador de la coordinación, lo que podría reflejar que la gerencia única se traduce insuficientemente en mejoras para el desempeño del trabajo del personal sanitario, y por tanto no es considerada como un elemento que facilite la coordinación por parte de este colectivo.

El análisis de determinantes y estrategias de mejora propuestas muestra dos aspectos importantes con relación a la coordinación. En primer lugar, los mecanismos que se identifican como facilitadores se basan en su mayoría en la adaptación mutua (sistemas de información integrados, comunicación informal, grupos de trabajo, dispositivos de enlace), y en general son opuestos al tipo de mecanismos que estas organizaciones han

desarrollado, basados en la estandarización de procesos y habilidades (protocolos, circuitos, normas de derivación y sistema experto)¹⁰, percibidos como facilitadores sólo en la medida en que favorecen la comunicación y el consenso entre los profesionales. En este sentido coinciden con la literatura, que considera que los mecanismos basados en la adaptación mutua resultan más adecuados para coordinar la atención en salud, caracterizada por la incertidumbre y por actividades con gran diferenciación e interdependencias secuenciales y recíprocas¹⁴, ya que permiten el intercambio entre los profesionales implicados para resolver los problemas en el lugar donde se genera la información¹⁴. El segundo aspecto que se desprende es la importancia para la coordinación de disponer de las condiciones de trabajo adecuadas: profesionales y tiempo suficiente para las actividades de coordinación y acceso a los recursos para la sustitución entre niveles a que puede conducir (pruebas complementarias y oferta alternativa a la hospitalización de agudos).

En conclusión, los resultados ponen de manifiesto la diversidad de conceptos y opiniones sobre la coordinación entre niveles asistenciales y reflejan tanto lo abstracto del término como la tradicional relación entre niveles asistenciales. Así mismo, los factores identificados como determinantes de la coordinación entre niveles, aun contemplando elementos externos, se refieren fundamentalmente a aspectos internos de las propias organizaciones, que requerirían acciones específicas para que la gestión conjunta se tradujera realmente en una integración asistencial. Así, para la mejora de la coordinación, en primer lugar las OSI deberían concentrar sus esfuerzos, además de en implementar mecanismos de coordinación basados en la retroalimentación, en crear las condiciones laborales apropiadas para utilizarlos, así como favorecer el desarrollo de valores de colaboración y trabajo en equipo entre niveles. En segundo lugar, como agentes de un sistema nacional de salud, deberían introducir las estrategias y los mecanismos de coordinación asistencial con todos los proveedores del territorio y no exclusivamente dentro de las propias organizaciones.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los directivos y profesionales que generosamente han compartido su tiempo y sus opiniones, en las cuales se basa el estudio. A Jordi Coderch-Lassaletta, de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Lluís Colomé Figuera, de Grup d'Assistència Sanitària i Social SAGESA; Josep Ramon Llopart López, de Badalona Serveis Assistencials; Jordi Valls Soler, de Corporació de Salut del Maresme i La Selva; Albert Verdaguer Munujos, de Consorci Sanitari del Maresme; Rosa Ruiz, de Consorci Sanitari de Terrasa-Fundació Sant Llàtzer; y al grupo de expertos formado por Vicente Ortún, Francesc Moreu, Manel del Castillo, Encarna Grifell, Antoni Anglada, Joan Miquel Carbonell y Olga Pané, por su aporte al desarrollo conceptual y práctico del estudio.

Financiación

Al Ministerio de Sanidad y Consumo la otorgación de fondos FIS (PI042688), que ha contribuido a financiar parcialmente este estudio.

Bibliografía

1. WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
2. Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, et al. El impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gac Sanit. 2008;22:218-26.

3. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 2002;8:167-78.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Remaking health care in America. Hosp Health Netw. 1996;70:43-4. 46, 48.
5. Van de Ven WP, Shut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. Social Science and Medicine. 1994;39:1405-12.
6. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, et al. Organizaciones sanitarias integradas. Una guía para el análisis. Rev Esp salud Pública. 2005;79:633-43.
7. Hickman M, Drummond N, Grimshaw JM. A taxonomy of shared care for chronic disease. J Public Health Med. 1994;16:447-54.
8. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World Health Organ. 2001;79:755-63.
9. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-89.
10. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
11. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2002;327:1219-21.
12. Starfield BH. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield BH, editor. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
13. Reid RJ, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare, final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
14. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20:485-95.
15. Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. Int J Qual Health Care. 2002;14:509-18.
16. Kasje WN, Denig P, De Graeff PA, et al. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. Int J Qual Health Care. 2004;16:229-36.
17. Haagen EC, Nelen WL, Hermens RP, et al. Barriers to physician adherence to a subfertility guideline. Human Reproduction. 2005;20:3301-6.
18. Cabana MD, Rand CS, Becher OJ, et al. Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155:1057-62.
19. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999;282:1458-65.
20. Ruiz de Adana R, García F, Zarco J, et al. La coordinación entre asistencia primaria y cardiología. La opinión del médico de familia. Rev Esp Cardiol. 2000;54:912-6.
21. Marshall C, Rossman G. Designing qualitative research. Newbury Park: Sage; 1990.
22. Patton Q. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.
23. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. 3ª ed. Barcelona: Síntesis; 2003.
24. Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudio y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MR, Mogollón AS, editores. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006. p. 31-52.
25. Henao D. La coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas. Tesina. Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
26. Balcells J. La investigación social. Introducción a los métodos y técnicas. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1994.
27. Ruiz-Olabuénaga JL. Metodología de la investigación cualitativa. Madrid: Universidad de Deusto; 1999.
28. Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.
29. Starfield B. Continuous confusion? Am J Public Health. 1980;70:117-9.
30. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp Health Serv Adm. 1993;38:467-89.
31. Alfaro Latorre M, Aguilera Guzmán M, Crespo Sánchez-Eznarriaga B, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria; 2002. p. 240-60.
32. Alonso Fernández M, Ayala Luna S, Buitrago Ramírez F, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
33. Grundmijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? Eur J Gen Pract. 1996;53-4.
34. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, et al. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarsen: Elsevier; 2003. p. 169-90.
35. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión. 2002;8:159-66.
36. Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrated conflicting cultures? Health Care Financing Management. 1998;52:34-6.
37. Lorenz AD, Mauksch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. Prim Care. 1999;26:401-10.