

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Medicina
Departament de Pediatria, Obstetricia i Ginecologia i Medicina Preventiva
Programa de Doctorat en Salut Pública i
Metodología de la Reserca Biomèdica

Trabajo de investigación de doctorado

**La coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y
profesionales de las organizaciones sanitarias integradas**

Diana M. Henao Martínez

Directora: M^a Luisa Vázquez Navarrete

Tutor: Miguel Martín

Barcelona, Mayo de 2007

Resumen

Introducción

La coordinación asistencial se define como la concertación con todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Actualmente la coordinación asistencial es prioridad en todos los sistemas de salud, especialmente, en la atención de problemas crónicos en los que participan múltiples servicios. Ineficiencia en el uso de recursos, pérdida de la continuidad asistencial y disminución en la calidad de la atención son algunas de las consecuencias por la falta de coordinación entre niveles asistenciales. Sin embargo, el análisis de la coordinación asistencial es un apartado escasamente desarrollado y la mayoría de los estudios se refieren a aspectos cuantitativos, sin tener en cuenta la opinión del personal de salud. El objetivo es analizar la coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas (OSI).

Métodos

Estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio realizado seis OSI de Cataluña. La muestra fue seleccionada en dos etapas: en la primera, se seleccionaron las OSI según los criterios: ser proveedor integrado verticalmente, ofrecer servicios de atención primaria y especializada, prestar atención a una población definida. En la segunda etapa, se diseñó una muestra teórica de profesionales y directivos para cada OSI. Se entrevistaron 41 informantes: 18 directivos y 23 profesionales de diferentes niveles asistenciales. Los datos se recogieron mediante entrevista individual semiestructurada con guía de entrevista, las cuales fueron grabadas y transcritas textualmente. Se realizó un análisis del contenido de los datos, con generación mixta de categorías y segmentación por temas y grupos de informantes.

Resultados

Las definiciones utilizadas por profesionales y directivos contienen elementos de la coordinación: acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales, atención en el lugar adecuado, establecimiento de mecanismos de coordinación y otros. Las diferencias radican en que mientras los profesionales consideran la coordinación como una función de los gestores, los directivos la definen mediante la descripción de la estructura

organizativa de sus organizaciones. Coinciden en percibir la coordinación asistencial tan complicada como necesaria y algunos consideran que es un término de moda. Directivos y profesionales coinciden en proponer como estrategias para la mejora el aumento de personal sanitario y la implementación o mejora de los diferentes mecanismos de coordinación -historia clínica informatizada y compartida entre niveles asistenciales. Los profesionales además proponen conocer a los facultativos de otros niveles, mejorar la comunicación entre profesionales y directivos o implementar un modelo de calidad total, mientras que los directivos se inclinan por mejorar la difusión de la información.

Conclusiones.

Introducción

En la década de los ochenta, la separación de funciones y la introducción de mercados internos se convirtió en una de las reformas sanitarias más promovidas en los sistemas nacionales de salud de países como Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España(1). En los últimos años se ha observado un favorecimiento de políticas que resaltan la colaboración y la coordinación entre los servicios de salud con la intención de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención, abandonando las estrategias de promoción de la competencia. La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para la atención de problemas de salud crónicos que requieren la participación de múltiples profesionales y servicios (2). Numerosos autores destacan los problemas que puede producir la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales, presentes en buena parte de los sistemas de salud (3-5) como son: ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...). Aunque el objetivo de mejorar la coordinación es común, la forma de abordarlo resulta diferente para cada país (6).

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) (7). Este interés surge del consenso que se han generado con respecto a que tales organizaciones representan una forma de organización innovadora que puede ser capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (7). Estos desafíos incluyen el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren una atención coordinada, los rápidos avances en tecnología, los cuales aumentan la esperanza de vida y aumenta los costos mientras entrega nuevas oportunidades de tratamientos alternativos a la hospitalización convencional, o la mejora de la eficiencia mediante una mejor articulación entre niveles que permita dar la atención en el lugar más coste-efectivo.

Las OSI, como se denominan en la literatura, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de

la población(8). Estas organizaciones han aparecido sobre todo en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como EEUU, y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de managed care que compiten por los afiliados (9). En la última década, en Cataluña, con un sistema nacional de salud con diversificación en la titularidad de la provisión, han surgido progresivamente organizaciones sanitarias integradas; constituidas generalmente alrededor de un hospital comarcal, se responsabilizan de la cobertura de un rango de servicios -desde atención primaria a sociosanitaria- para una población definida geográficamente (10).

Los procesos de integración de los servicios de salud han sido analizados fundamentalmente en Estados Unidos, país en el que han proliferado en las dos últimas décadas. No obstante, en España y sobre todo, Cataluña, donde las organizaciones sanitarias integradas son relativamente frecuentes, los estudios son escasos, y generalmente limitados a aspectos parciales de la integración de los servicios de salud. No existen, trabajos que proporcionen una análisis global del carácter y papel de estas organizaciones en nuestro sistema sanitario.

Por su parte, la evaluación de la coordinación en los servicios sanitarios es un apartado escasamente desarrollado. En el caso de la coordinación, la mayoría de los estudios evalúan los efectos de la implementación de los instrumentos de coordinación en la calidad de la atención. En ambos casos, se suelen estudiar, fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios y son escasos los estudios que tienen en cuenta la perspectiva del personal de salud, como usuario de los mecanismos de coordinación, y de la población, como usuaria de los servicios.

El estudio que se presenta, hace parte de una investigación más amplia realizada por el Consorci Hospitalari de Catalunya(11;12), el cual pretende contribuir a conocer mejor las organizaciones sanitarias integradas que se han desarrollado en el entorno catalán a través del estudio de caso de seis OSI. Este estudio en concreto aportará a dicha investigación con el análisis de la coordinación asistencial desde el punto de vista de profesionales y directivos de las OSI.

Marco teórico

Coordinación asistencial

Definición

Con mucha frecuencia se encuentra el uso indistinto de las palabras coordinación, continuidad e integración asistencial para referirse a la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Sin embargo, algunos autores han delimitado los principales elementos que distinguen dichas palabras, desde una perspectiva global(13-15), donde coordinación es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos(13). Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada(16). La continuidad se concibe desde dos elementos principales: la relación entre el paciente y el proveedor y que la atención continua a lo largo del tiempo(17). Para que haya continuidad, el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención(17). Reid et al.(17) identifican tres tipos de continuidad en la atención: de información, o disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente; de relación, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo; y de gestión, o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

En la definición de coordinación asistencial se pueden identificar tres elementos básicos: conexión de todos los servicios, sincronización y alcance de objetivos. El primero se refiere a la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial, mediante la transferencia o intercambio de información sobre los pacientes(18). La sincronización busca que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados. El alcance de objetivos alude a la necesidad de compartir objetivo teniendo en cuenta las perspectivas de todos los implicados para que no existan conflictos entre ellos. El tener un objetivo común, facilita la creación de un plan unificado de atención a los pacientes(19).

Problemas que dificultan la coordinación asistencial entre niveles

La coordinación asistencial entre niveles es un aspecto que tanto profesionales de las diferentes áreas de salud como de la administración sanitaria reconocen su importancia para el sistema sanitario público(20). Sin embargo, la literatura(20-29) describe una serie de problemas que comúnmente se presenta en la coordinación asistencial y que pueden atribuirse al sistema, a los propios médicos o a los pacientes(30).

En términos generales, se puede señalar que los sistemas de salud ofrecen pocos incentivos para la coordinación entre niveles y esto se nota en los pocos elementos que tienen en común la atención primaria y la atención especializada, lo que hace verlos como dos compartimentos diferentes. Los médicos, por su parte, parece que se desconocen entre la atención primaria y la especializada y carecen de guías de práctica clínica (GPC) o su utilización es escasa en los procesos asistenciales. Sin embargo, Vergeles-Blanca(29) refiere como el problema más relevante, la falta de comunicación entre niveles. En cuanto a los pacientes, idealizan las nuevas tecnologías hospitalarias(23), buscan una asistencia rápida y pruebas complejas en los servicios de urgencia de los hospitales. (tabla 1)

Tabla 1. Principales causas de la ausencia de coordinación

Causas de la ausencia de coordinación		
Factores del sistema	Médicos	Pacientes
<ul style="list-style-type: none">▪ Objetivos distintos en atención primaria y atención especializada▪ Acceso limitado a pruebas complementarias desde la atención primaria▪ Estructuras organizacionales distintas▪ Estructuras jerárquicas diferentes▪ Unidades de gestión distintas▪ Falta de estímulo y motivación profesional▪ Escasa planificación en el acceso a los servicios sociosanitarios▪ Retención de pacientes	<ul style="list-style-type: none">▪ Desconocimiento mutuo entre niveles▪ Ausencia de protocolos y guías de práctica clínica▪ Desatención mutua entre los niveles▪ Desconfianza en AP por parte de AE▪ Sentir residual y rancio que la ciencia solo existe en un nivel▪ Inexistencia de canales de comunicación eficaces entre niveles▪ Escasa información clínica sobre un mismo paciente▪ No conciencia de la corresponsabilidad en la	<ul style="list-style-type: none">▪ Uso inapropiado de los servicios de urgencia▪ Masificación de la demanda▪ asistencial ⇒ presión asistencial creciente▪ Idealización de la tecnología del hospital

en circuitos hospitalarios	utilización de recursos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de comunicación y dialogo ▪ Falta de unificación de criterios 	
----------------------------	--	--

Fuente: Terraza, R. (30)

Frente a los problemas en la coordinación entre niveles, surgen consecuencias que frecuentemente cita la literatura como: pérdidas en la continuidad asistencial, ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...) y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...) (20;21;23;26-29;31;32). (tabla 2).

Tabla 2. Consecuencias de la ausencia de coordinación

Consecuencias de la ausencia de coordinación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfuncionalidades ▪ Ineficiencia en la gestión de recursos ▪ Disminución en la calidad de la atención prestada ▪ Derivaciones inadecuadas ▪ Fragmentación del sistema sanitario ▪ Inequidad ▪ Duplicación de pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listas de espera en la derivación al especialista ▪ Pérdida de la continuidad en la provisión de servicios ▪ Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados ▪ Falta de visión global del paciente

Fuente: Terraza, R. (30)

Aspectos básicos de las organizaciones sanitarias integradas

Una organización sanitaria integrada (OSI) es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de la población(33). El continuo asistencial abarca la atención primaria y especializada de agudos y sociosanitaria, es decir, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los programas de rehabilitación(33).

La mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración clínica, son los objetivos finales de este tipo de organizaciones. Gillies et al. (34) definen la *integración clínica* como la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo.

Las OSI se crean con el objetivo de facilitar la colaboración inter-organizacional y la comunicación entre proveedores de salud. De acuerdo con sus características clave, se identifican los siguientes tipos:

Según el tipo de servicios que integran, las organizaciones sanitarias pueden ser de dos tipos: de integración horizontal o vertical. La integración horizontal busca la unión y coordinación de servicios en la misma fase del proceso de producción de salud y de esta forma posibilitar la ayuda interorganizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de estos servicios(35).

En la integración vertical también se busca la unión y la coordinación de servicios pero, a diferencia de la integración horizontal, ésta se da entre diferentes fases del proceso de producción de salud(35), lo cual hace que en este tipo de integración se note claramente el continuo de cuidados de salud(36).

Basados en la cantidad de servicios que producen internamente las OSI, éstas pueden clasificarse según el grado de integración en organizaciones con integración total (proveen todos los servicios a partir de recursos internos); organizaciones con cuasi-integración (No tienen total propiedad de sus bienes y deben asociarse para proveer determinados servicios de salud); organizaciones no integradas (dependen completamente de proveedores externos).

Por último, las OSI se clasifican según del tipo de relación que se establece entre las distintas organizaciones (relaciones interorganizacionales) que la integran en OSI vertical o en OSI virtual(8). La OSI vertical ejerce el control y la propiedad directa sobre todas las partes de la organización; y la OSI virtual se articula a través de un conjunto de diversas fórmulas jurídicas.

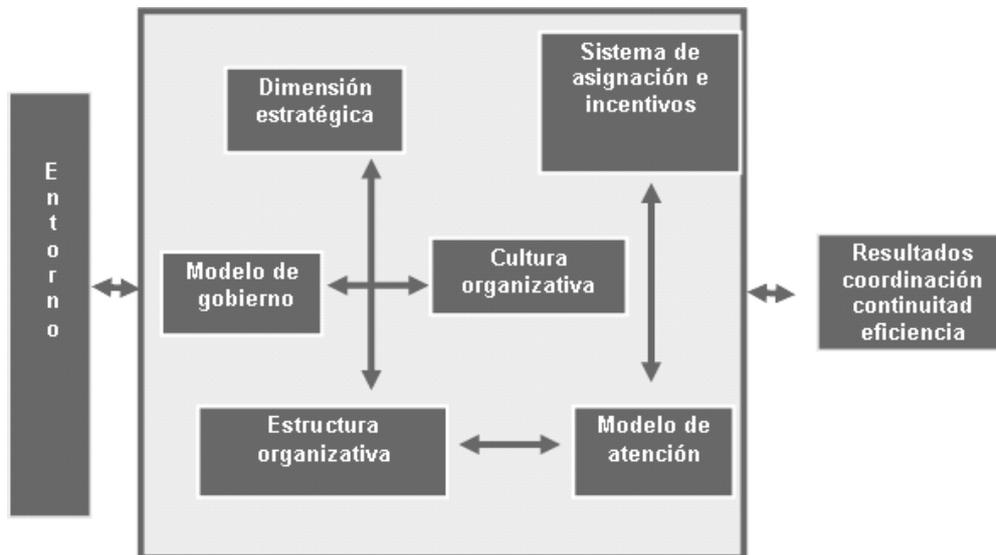
2. Modelo para el análisis de las OSI

Aunque las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre las implicaciones de las características y tipos de OSI para la consecución de sus objetivos

(37;38), parece existir un consenso respecto a los factores que influyen positiva o negativamente en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones(8;39;40). A partir de estos factores Vázquez et al(11) desarrollan el modelo para el análisis de las OSI (Figura 1) el cual considera la conformación de una OSI como un proceso y propone el análisis del su desempeño, con relación a los objetivos finales de eficiencia y continuidad asistencial, mediante el análisis de elementos externos y elementos internos.

Los elementos del entorno que influyen en el desarrollo y configuración de las OSI, son de carácter social, político y económico, y entre ellos, la forma de asignación de recursos que utiliza el sistema de salud en el que se encuentra insertada. En el ámbito interno se consideran la dimensión estratégica, el modelo de gobierno, la estructura organizativa, el sistema de asignación e incentivos, la cultura organizativa y el modelo de atención. De la interacción de los elementos internos y externos, dependerá el desempeño global de la OSI, en relación a la consecución de las estrategias globales, a la eficiencia y coordinación asistencial. Figura 1

Figura 1. Modelo para el análisis de las OSI



Fuente: Modificado de Vázquez et. al.(11)

Modelo de atención

Las necesidades de atención a la salud abarcan actividades que van desde las más simples que pueden ser resueltas por un solo nivel asistencial, a las más complejas que requieren una colaboración más intensa entre los profesionales de distintos niveles asistenciales. Lorenz et al(41) realizó una clasificación a partir de la cual se establecen tres posibles modelos de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales de una OSI: provisión paralela, gestor-consulta y coprovisión de la atención.

La **provisión paralela** es aquella en la que la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa. Cada nivel asistencial puede trabajar independientemente y sólo se requiere la coordinación en la información entre niveles asistenciales de manera que los profesionales dispongan y utilicen la información de eventos anteriores que se hayan producido en cualquier punto de la red de servicios.

En el modelo de **gestor-consulta**, un nivel asistencial actúa como gestor del paciente y el resto de niveles intervienen en el proceso para dar un consejo o para llevar a cabo una intervención concreta. Es el caso del modelo de atención en que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema, el médico de atención primaria actúa como gestor o coordinador de la atención del paciente y el especialista, como consultor. El gestor, como responsable de la atención del paciente, desempeña la función de coordinador actuando como enlace para encauzar la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso. La coordinación entre el gestor del paciente y el consultor es fundamentalmente en la información sobre el paciente(42).

La **coprovisión de la atención** implica la responsabilidad compartida entre los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. Ejemplos de coprovisión de la atención son los de grupos de trabajos interdisciplinarios para las terapias de rehabilitación en las cuales los profesionales fijan de manera conjunta los objetivos y la intervención que debe ser implementada(43), o la llamada atención compartida (*shared care*), en la cual hay participación conjunta de los médicos de atención primaria y los especialistas en la planificación de la atención para los pacientes crónicos(44). El modelo de coprovisión es más efectivo para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos

ámbitos. Para el resto de los procesos, el modelo asistencial de la red determinará el rol de cada nivel en la resolución del proceso, es decir, si la atención primaria asume la responsabilidad del continuo o se le atribuye a la especializada.

Aspectos centrales que definirán el modelo de organización asistencial de los servicios(45) son el papel de la atención primaria y el de los profesionales no médicos. La delegación de determinadas tareas clave a profesionales no médicos que forman parte del equipo de atención al paciente, es otro de los aspectos que definen el modelo organizativo.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial

Mintzberg et al(46) y Galbraith et al(40) elaboraron un marco teórico para analizar los distintos mecanismos de coordinación a partir de dos procesos básicos: la programación y la retroalimentación. Tomando como base este marco teórico Terraza et al(47) proponen una clasificación de los instrumentos para coordinar la asistencia entre los niveles asistenciales según el proceso en el que basan la coordinación de la atención: Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación y los instrumentos de coordinación entre niveles basados en la retroalimentación.

Los instrumentos de coordinación basados en la programación tienen como mecanismo teórico de coordinación la normalización de habilidades y la normalización de procesos asistenciales. Los instrumentos basados en la retroalimentación corresponden a los basados en la adaptación mutua. (Tabla 1)

Tabla 3. Sistematización de los instrumentos de coordinación asistencial entre niveles según el marco teórico de Mintzberg(46) y Galbraith(40)

Mecanismos de coordinación		Instrumento utilizado en servicios sanitarios	
Normalización procesos de trabajo		Guías de práctica clínica compartidas Mapas de atención o trayectorias clínicas, SCOD	
Normalización de las habilidades del trabajador		Sistema experto Formación continuada	
Normalización de los resultados del trabajo		Estandarización de resultados	
Adaptación mutua	Comunicación informal	E-mail, teléfono	
	Dispositivo de enlace	Puesto de enlace	Profesional de enlace multinivel

		Grupo de trabajo	Grupos multidisciplinares, interdisciplinares, transdisciplinares
		Comité permanente	Comité de gestión interniveles
		Directivo Integrador	Director asistencial
		Estructura matricial	
	Sistemas de información vertical		Sistemas de información integrados (registro único, sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas, sistema de análisis de resultados)

Fuente: Terraza et. al (47)

Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación

La coordinación de los niveles se ha basado en la normalización de las habilidades a través de los programas de formación reglada. La normalización de habilidades parte de determinar los conocimientos necesarios para ocupar un puesto de trabajo(46); de allí que la derivación sea la manera tradicional de relación entre niveles, principalmente entre la atención primaria y la atención especializada. Entre los instrumentos alternativos se encuentran el sistema experto y la formación continuada

sistema experto

El sistema experto reúne aquellas estrategias que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos de atención primaria. Son estrategias complementarias al proceso de derivación de la atención primaria al especialista que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y, por tanto, la eficiencia del sistema. Incluye, por ejemplo, la conformación de grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de atención primaria; especialistas que trabajan en los centros de atención primaria como expertos locales, formando a los médicos de atención primaria y conociendo el contexto de la primaria; la visita conjunta; y sesiones clínicas para analizar casos concretos(48)

Formación continuada

Cuando las estrategias para ampliar los conocimientos de los profesionales de primaria se realizan de forma sistemática para la consecución de objetivos definidos, se está hablando de un plan global de formación continua(48). La formación continuada está

considerada como uno de los métodos más eficaces para cambiar la práctica médica, por ser personalizada, basada en las necesidades individuales de aprendizaje y requerir la participación activa del clínico(49). Algunos autores recomiendan que en la formación continuada de los médicos de atención primaria se contemple la rotación de éstos por distintos servicios de atención especializadas y en la formación de los especialistas se destine un tiempo de estancia en atención primaria con el fin de contribuir a una mayor coordinación a través de la comunicación y conocimiento mutuo(5;49).

En el grupo de instrumentos basados en la programación, también se encuentran los basados en la normalización de procesos asistenciales como son las guías de práctica clínica (GPC) y los mapas de atención.

Guías de práctica clínica

Las *guías de práctica clínica* (GPC) son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas(50). Contienen todas las actividades que se deben realizar con pacientes de determinadas patologías, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente. Conllevan un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización. Su impacto sobre la práctica médica parece ser limitado (51), por lo que se sugiere que su implantación se acompañe de diversas estrategias de refuerzo(49) que pueden incluir la traducción de las guías en protocolos y vías clínicas, así como, el uso de recordatorios(52).

Mapas de atención

Los *mapas de atención*, trayectorias clínicas o protocolos son planes multidisciplinarios de la atención en los que se fijan los objetivos para los pacientes y proporcionan la secuencia de las intervenciones que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado(18). Su objetivo es minimizar costes y tiempos de espera y maximizar la calidad de la atención de un episodio único de enfermedad(53). Se han desarrollado fundamentalmente en los programas de gestión de casos y de enfermedades(54). Un tipo específico de mapa de

atención es la *planificación del alta hospitalaria* que define la provisión de servicios y el seguimiento y evaluación del paciente (55). Los protocolos, se refieren a un determinado segmento del continuo asistencial(47).

Tanto las GPC como los mapas de atención contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo asistencial, ya que concretan criterios de derivación entre niveles, fijan objetivos asistenciales comunes y determinan el nivel asistencial en el que la actividad es la eficiente(47;56). La efectividad de estos instrumentos depende de que sean implantados como parte de una estrategia general, su amplia divulgación, así como monitorización de su utilización, utilidad y actualización cuando se requiera(48).

Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la retroalimentación

La adaptación mutua es uno de los mecanismos teóricos de coordinación basado en la retroalimentación, el cual incluye la comunicación informal, dispositivos de enlace y sistemas de información vertical. Este tipo de mecanismos están menos generalizados, sin embargo suelen ser mas utilizados en niveles con tradición en trabajo interdisciplinario, como el sociosanitario(57-59) o el de salud mental(60;61)

Comunicación informal

La *comunicación informal* es utilizada para transferir información relevante del paciente entre profesionales o unidades. Para las situaciones mas sencillas se recurre a diversas vías como el correo electrónico, el teléfono, reuniones informales, etc. En situaciones mas complejas, se utilizan diversos dispositivos de enlace (grupos de trabajo, puestos de enlace, comités permanentes, directivos integradores, la estructura matricial) o los sistemas de información vertical.

Los *grupos de trabajo*¹, constituidos tradicionalmente para mejorar la coordinación de la atención, están conformados por un número pequeño de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito, unos objetivos y una

¹ Siguiendo la terminología de Mintzberg (1988), debería hacerse diferencia entre grupo de trabajo o comité permanente de acuerdo con la duración del mismo. La literatura sobre el tema en el ámbito sanitario, se suele referir a ambos bajo el término genérico de *grupo de trabajo* (Mickan y Rodger, 2000;)

metodología para alcanzar los objetivos comunes de que son responsables(62). Según el grado de colaboración que se establece, se pueden distinguir tres tipos de grupos(62): en los *grupos multidisciplinarios* los profesionales trabajan de manera paralela, con una definición clara de roles, tareas y las líneas jerárquicas de autoridad, mantienen elevados niveles de autonomía profesional y baja colaboración. Son los más comunes en el ámbito sanitario(63;64). Los profesionales de los *grupos interdisciplinarios* fijan los objetivos y la intervención conjuntamente, suelen asignar un miembro para la comunicación con el paciente y se reúnen regularmente para coordinar el tratamiento de los pacientes. Este tipo de grupos son más comunes en las terapias de rehabilitación. En los *grupos transdisciplinarios*, todos los miembros consensúan un plan individualizado para el paciente y uno o dos miembros son designados como agentes para la intervención, maximizan la práctica colaborativa y minimizan la autonomía de los profesionales(62).

Los *puestos de enlace* hacen referencia a profesionales sanitarios que poseen un conocimiento especializado y actúan como fuente de información central que orienta la comunicación y establece la coordinación entre diferentes unidades o niveles asistenciales(15;47). Existen diferentes ejemplos de puestos de enlace como pueden ser las enfermeras de enlace, los gestores de casos o los equipos multidisciplinarios de evaluación y soporte al hospital(47).

Dispositivos como los *comités permanentes, directivos integradores y las estructuras matriciales*, suelen utilizarse en las organizaciones sanitarias para integrar funciones de dirección y de apoyo transversales para toda la organización(65). Un ejemplo de comité permanente son los comités interniveles creados en algunas organizaciones con el fin de coordinar las actividades que involucran a diferentes niveles asistenciales como la elaboración de GPC, definición de criterios de derivación, entre otras(66). La figura del directivo integrador, es un puesto de enlace dotado de la autoridad formal necesaria para integrar las actividades de diferentes unidades operativas y alinear los objetivos y estrategias locales con los objetivos globales del sistema(47). Las estructuras matriciales son estructuras que facilitan la coordinación de procesos, objetivos y tareas entre personas y entre unidades de la organización; permite organizar los recursos en torno a procesos asistenciales sin renunciar a la agrupación de las actividades por niveles asistenciales o duplicar recursos(47).

Galbraith et al(40) añade a los instrumentos de coordinación basados en la retroalimentación el *sistema de información vertical*. Éste es un dispositivo de enlace que merece especial atención en las organizaciones ya que conecta a pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial(67). Las características básicas del sistema de información clínica que requiere: a) un sistema integrado de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial, para ayudar al personal sanitario a gestionar la atención entre las unidades que forman parte de la organización; b) herramientas de soporte a la decisión clínica son "sistemas de conocimiento que usan datos del paciente para generar un consejo específico para el caso"(52) con el objetivo de facilitar una identificación más exacta del diagnóstico, la determinación del medicamento y la dosis apropiada, mejorar la calidad de las actividades preventivas(68) o mejorar la calidad de la atención médica *activa*; c) un sistema de análisis de información de apoyo a la práctica médica debe proveer información sobre resultados que permita mejorar la gestión coordinada de la atención de la población

Justificación

Los escasos estudios realizados en nuestro entorno sobre la coordinación asistencial, destacan problemas de coordinación entre niveles asistenciales, que se advierten fundamentalmente a través de ineficiencias en la gestión de recursos, pérdida de la continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada.

De otro lado, han sido poco desarrollados aspectos sobre la evaluación de la coordinación en los servicios sanitarios y respecto a la coordinación, en la mayoría de los estudios evalúan los efectos de la implementación de los instrumentos de coordinación en la calidad de la atención. En estas circunstancias, los estudios suelen realizarse fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios y la perspectiva del personal de salud como usuario de los mecanismos de coordinación ha sido poco estudiada.

De allí que el realizar un estudio en el que se tengan en cuenta el punto de vista del personal de salud y directivos de las organizaciones sanitarias integradas para el análisis de la coordinación asistencial, a través de una metodología cualitativa sea una opción para profundizar en este aspecto puesto que permite situarse en la perspectiva de los individuos que son estudiados. Además sería un contribución al área de la coordinación asistencial.

El presente estudio forma parte de la investigación sobre organizaciones sanitarias integradas que lleva a cabo el Consorcio Hospitalario de Cataluña. Con su desarrollo se contribuye a la comprensión sobre la coordinación asistencial analizada desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y directivos de las organizaciones.

Preguntas de investigación

¿cuál es la percepción de los directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas sanitarios sobre al coordinación asistencial?

Objetivos

General

Analizar la coordinación asistencial en las organizaciones sanitarias integradas desde la perspectiva de directivos y profesionales

Específicos

- analizar la definición y opinión de profesionales y directivos sobre la coordinación asistencial
- conocer la opinión de los profesionales sobre mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial
- determinar las barreras y facilitadores a la coordinación asistencial percibidas por directivos y profesionales
- determinar las estrategias que proponen los informantes, para la mejora de la coordinación asistencial

DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio perteneciente a la metodología cualitativa de la investigación social.

Comentario [DH1]: Falta completar con una justificación teórica del diseño del estudio

El estudio se desarrolló entre los meses de septiembre de 2005 y julio de 2006

Área de estudio

El área de estudio es Cataluña, a la cual pertenecen las once comarcas que hacen parte del área de influencia de seis organizaciones sanitarias integradas, las cuales tienen la responsabilidad de cubrir un rango de servicios sanitarios para la población que se les ha asignado.

Diseño muestral

Selección de la muestra

La muestra ha sido seleccionada en dos etapas: en la primera etapa se seleccionaron las OSI y en la segunda etapa se seleccionaron los informantes.

Primera etapa: selección de las OSI

Las organizaciones sanitarias integradas han sido seleccionadas según los siguientes criterios:

- ser un proveedor integrado verticalmente, que al menos, ofrezca servicios sanitarios de primer y segundo nivel;
- tener más de cinco años de gestión conjunta;
- prestar la atención a una población definida y
- contar con hospital comarcal dentro de la red.

De acuerdo con estos criterios se han seleccionado seis casos de estudio: Badalona Serveis Assistencials (BSA), Consorci Sanitari del Maresme (CSdM), Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llútzar (CSdT/FHSSL), Corporació de Salut del

Maresme i La Selva (CSMS), Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) y Grup d'Assistència Sanitària i Social SAGESSA. (SAGESSA)

Figura 2. Muestra de OSI

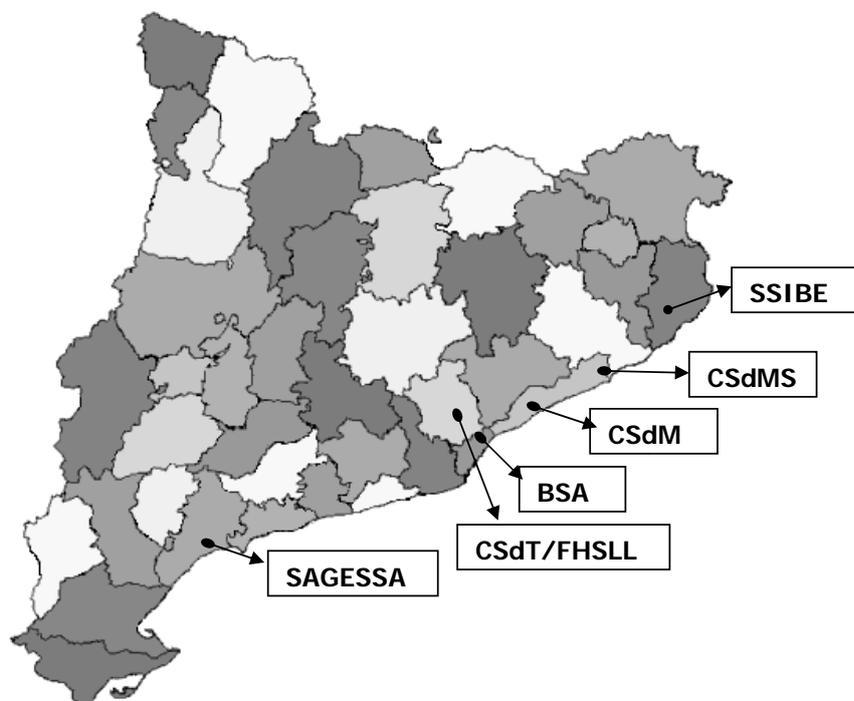


Tabla 1. Características generales de las organizaciones seleccionadas.

OSI	Unidades operativas	Mecanismos introducidos	Comarcas	Población d referencia (hab.)
Badalona Serveis Assistencials (BSA)	7 ABS 1 hospital comarcal 1 sociosanitario	Adaptación mutua (S.I. compartido)	Barcelonés	108.869*
Consorti Sanitari del Maresme (CSdM)	1 hospital comarcal, 3 ABS, 1 centro sociosanitario, 1 CSM♦ infantil y adultos, 1CASS ♦, 1 Residencia	Estandarización de procesos de trabajo	Maresme	217.934*
Consorti Sanitari de Terrassa/ Fundació Hospital Sant Llatzar (CSdT/FHSSL)	4 ABS♦ 1 hospital comarcal 1 centro sociosanitario	Estandarización de procesos de trabajo	Terrassa	134.446
Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)	5 ABS, 2 hospitales comarcals, 3 centros sociosanitarios, 1 residencia	Estandarización de procesos de trabajo y adaptación mutua	Maresme Selva Marítima	178.685*
Grup d'Assistència	5 ABS,	Estandarización de	Baix Camp, Baix	312.642**

Sanitaria i Social (Grup SAGESSA)	2 hospitales comarcales, 1 hospital de referencia, 4 centros sociosanitarios, 4 residencias	procesos de trabajo	Ebre, Montsià, Priorat, Ribera d'Ebre i Terra Alta	
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)	4 ABS 1 hospital comarcal 1 centro sociosanitario 2 residencias de atención a la dependencia	Estandarización de procesos de trabajo y adaptación mutua (H.C. única)	Baix Empordà	118137*

◆ABS: Área Básica de Salud, CSM: Centro de Salud Mental, CASS: Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias

* Población de referencia hospitalaria

** Población total de los municipios con centros de SAGESSA

Segunda etapa: selección de informantes

Una vez determinados los criterios y seleccionadas las organizaciones, se estableció contacto con personas clave en cada organización y con ellos se seleccionaron los directivos y los profesionales a entrevistar; fueron entrevistados aquellos que voluntariamente decidieron participar en el estudio.

Muestra de informantes

Se realizó una muestra teórica, definida según el marco teórico del estudio, para incluir los diferentes grupos de entrevistados que pudieran tener una opinión o influir en los procesos estudiados.

Los informantes se seleccionaron siguiendo los siguientes criterios:

- Directivos: personas que forman parte de la estructura directiva de las organizaciones; mas de tres años de vinculación laboral
- Profesionales: de diferentes niveles asistenciales; mas de tres años de vinculación laboral con la organización

Características de los informantes

En total fueron entrevistados 41 informantes: 18 directivos y 23 profesionales de los cuales 24 fueron mujeres y 17 hombres.

(Tablas 1-7)

Tabla 3. Muestra de informantes según OSI

		BSA	CSdM	CSdT/FHSL	CSMS	SAGESSA	SSIBE	Total
Directivos	Asistencial	3	3	3	2	3	1	15
	No asistencial				1		2	3
Profesionales	Atención primaria	1	1	1	1	2	2	8
	Atención especializada	2	3	3	2	1	1	12
	Atención socio sanitaria	1			1		1	3
Total								40

Tabla 4. Número de informantes entrevistados según sexo

Sexo	Grupos de informantes		
	Directivos	Profesionales	Total
Mujeres	9	15	24
Hombres	9	8	17
Total	18	23	41

Tabla 3. Directivos según edad y años trabajando en la OSI

Sexo	Edad (años)	Años trabajando en la OSI
Mujeres	38 – 55	8 – 25
Hombres	37 – 55	6 – 21

Tabla 4. Número de directivos según profesión y sexo

Profesión	Sexo		Total
	F	M	
Psicóloga	1		1
Periodista	1		1
Médico	2	8	10
Enfermera	5		5
Administrativo		1	1
Total	9	9	18

Tabla 5. Número de profesionales según nivel asistencial y sexo

Sexo	Nivel asistencial			Total
	AP	AEA	ASS	
Mujeres	6	6	3	15
Hombres	3	5	0	8
Total	9	11	3	23

Tabla 6. Número de profesionales asistenciales según profesión y sexo

Profesión	Sexo		Total
	F	M	
Médicos	6	7	13
Enfermeras	9	1	10
Total	15	8	23

Tabla 7. Profesionales según edad y años de trabajo en la OSI

Sexo	Edad (años)	Años trabajando en la OSI
Mujeres	34 - 53	6 - 26
Hombres	29 - 53	3 - 29

Técnica de recogida de datos

Entrevistas individuales

El método de investigación fue la entrevista, la cual consiste en una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas. Su principal finalidad es la obtención de información, lo que la diferencia de la conversación ordinaria, para comprender las perspectivas que tienen los entrevistados sobre sus ideas, valores, opiniones, etc.(69)

Se utilizaron entrevistas individuales de tipo estructurado. En este tipo de entrevistas la investigadora formula preguntas a partir de una guía, la cual se utiliza para recordar los temas que pretenden ser tratados durante las entrevistas y no se obliga a seguirla en el orden estricto en el que están planteadas. La investigadora aborda los distintos aspectos siguiendo el secuencia de la entrevista, en función de las respuestas(69). Al momento de realizar las entrevistas la investigadora siguió la guía enunciando las preguntas en términos conocidos para los entrevistados y de acuerdo con la secuencia de la entrevista, por lo que el orden de las preguntas no es el mismo para todas.

Los temas abordados fueron: concepto y opinión sobre coordinación asistencial, elementos que facilitan y dificultan la coordinación asistencial, estrategias para mejorar la coordinación asistencial y opinión de los profesionales de base sobre los mecanismos de coordinación. (anexo. Guía de entrevista).

Cada una de las entrevistas fueron grabadas con una grabadora digital de voz (Olympus WS-200S) y la investigadora tomó nota durante y después de cada entrevista, las cuales tuvieron una duración entre 30 y 90 minutos. Las notas de campo fueron utilizadas para registrar información que proporcionaban los entrevistados al terminar la grabación y en algunos casos, para contrastar las grabaciones.

A los archivos digitales de las entrevistas se les asignó un código para facilitar su identificación y manteniendo la confidencialidad de los informantes. Posteriormente, cada una de las entrevistas fue transcrita textualmente.

Análisis de datos

El análisis cualitativo consiste en ordenar, clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos. El análisis de los datos cualitativos procedentes de las entrevistas, se llevó a cabo a través de la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido, que consisten en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado(69). Para las entrevistas se utilizó una guía, la cual contenía una parte común para ambos grupos y otra parte específica. (Anexo)

Para el análisis de los contenidos se utilizó el programa informático para análisis de datos cualitativos Atlas.ti versión 5.0.66. A través del programa, se identificaron las categorías teniendo en cuenta los guiones y las categorías emergentes de las entrevistas. Posteriormente se crearon subcategorías que resultaron de la agrupación de las respuestas que eran semejantes entre ellas. Los datos también fueron segmentados por informantes, los cuales se dividieron en dos grupos, directivos y profesionales. En conclusión, realizó una generación mixta de categorías y los datos fueron segmentados según los temas e informantes.

La presentación y descripción de los resultados se realizó teniendo en cuenta los temas planteados: concepto sobre coordinación asistencial y opinión sobre la misma, elementos facilitadores y obstaculizadores de la coordinación asistencial, estrategias para su mejora y opinión sobre los mecanismos de coordinación. En cada tema se muestran las semejanzas y diferencias de opinión entre los informantes. Los resultados se presentan de manera descriptiva.

Calidad de los datos

Para asegurar la calidad de los datos, se realizó una triangulación de la información, mediante la comparaciones entre los diferentes grupos de informantes y la intervención de varios investigadores en el análisis.

Limitaciones del estudio

- Los profesionales entrevistados fueron elegidos por estar directamente involucrados con los mecanismos de coordinación
- Se han tenido dificultades para encontrar información sobre coordinación asistencial en la que se haya tenido en cuenta la opinión de los profesionales de las organizaciones

Resultados

La coordinación asistencial desde el punto de vista de directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas, profundizando en aspectos como el concepto y opinión de los informantes, facilitadores y barreras de la coordinación y las estrategias que proponen para mejorarla así como la opinión de los profesionales sobre los mecanismos utilizados en sus instituciones para la coordinación asistencial. En la presentación de los resultados se han tenido en cuenta semejanzas y diferencias entre los grupos de informantes.

CONCEPTO DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL

El grupo de los directivos asistenciales mostraban mayor facilidad para definir coordinación asistencial aunque algunos de ellos lo hicieron a través de la descripción de los mecanismos de coordinación de las funciones de dirección empleadas en sus organizaciones; los directivos no asistenciales mostraron mayor dificultad para definir. La mayoría de los profesionales entrevistados presentaron dificultades al momento de dar una definición sobre coordinación asistencial y en general recurrieron a diferentes elementos como la transferencia de pacientes entre niveles, formas de organización del trabajo y mecanismos utilizados para la coordinación entre niveles.

En la definición que los informantes utilizan para la coordinación asistencial se diferencian elementos como el acuerdo entre profesionales o entre niveles asistenciales, asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado, acceso a los niveles asistenciales, establecer mecanismos e instrumentos de coordinación, mecanismos de coordinación de las funciones de dirección y atención prestada a lo largo de la vida del paciente (longitudinalidad). Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Concepto de coordinación asistencial

Categoría	Grupo de informantes	
	Directivos	Profesionales
Concepto de coordinación asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales ▪ Asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado ▪ Establecer mecanismos e instrumentos de coordinación ▪ Integración de la dirección asistencial ▪ Longitudinalidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales ▪ Transferencia ágil de pacientes entre niveles asistenciales ▪ Establecer mecanismos e instrumentos de coordinación ▪ Forma de organizar el trabajo ▪ Longitudinalidad

Acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales: Directivos y profesionales coinciden en definir la coordinación asistencial como el acuerdo entre los profesionales o los niveles asistenciales para brindar atención al paciente. Pese a la coincidencia, es mayor la frecuencia de profesionales entre los que se encontró este elemento para definir la coordinación asistencial frente al de directivos. *“Yo creo que la coordinación significa 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 atención especializada)*

En esta categoría se encontraron dos tendencias para matizar la definición. Por un lado, tanto directivos como profesionales, enfatizaban en que el acuerdo es realizado principalmente entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales *“yo veo la coordinación como la relación entre los profesionales sanitarios para solucionar los problemas de los pacientes pero, siempre teniendo en cuenta de que ha de haber varios profesionales sanitarios que se entiendan. Es decir, no puede ser que las normas se den desde un lado o desde otro (atención primaria o especializada) ... ha de*

haberse consensuado previamente ... eso es para mí la coordinación”9:7 (Directivo asistencial). Por el otro, a diferencia de los directivos, algunos de los profesionales marcan el énfasis en que dicho acuerdo debe estar guiado por las necesidades del paciente y no por los intereses de los profesionales. “ todos los profesionales que atendemos al mismo paciente, con la misma enfermedad tenemos que guiarnos por la enfermedad y por el paciente en vez que por nuestros intereses ... es lo que entiendo yo como coordinación” (Profesional de atención especializada)

Asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado: La coordinación asistencial, según la definen algunos directivos, es asegurar la atención del paciente en el lugar mas adecuado, de acuerdo con las necesidades de éste. Algunos de los directivos resaltan que dicha atención debe prestarse con los recursos necesarios para que la atención sea efectiva y eficiente. *“Es cuando tu te aseguras, o trabajas para intentar que sea así, intentas que, cualquier necesidad de sanidad, 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)*

Transferencia de pacientes entre niveles asistenciales: Algunos de los profesionales, a diferencia de los directivos, definen la coordinación describiendo las características que deben tener el acceso de los pacientes a los diferentes niveles asistenciales, a las pruebas complementarias y algunas características sobre la gestión de la atención del paciente.

Una buena coordinación asistencial facilita el acceso del paciente a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales *“..., lo que yo entiendo por buena, por buena coordinación asistencial es tener un acceso fácil y un acceso fácil, rápido y eficaz con los demás niveles asistenciales, ya sean especialistas, ya sean urgencias hospitalarias y especialistas que trabajan tanto en el CAP ... de referencia de especialidades, como dentro en el hospital” (Profesional de atención Primaria)*

Programar visitas y pruebas complementarias en tiempo adecuado, para beneficio de los profesionales y los usuarios. *“Que una vez el enfermo estuviera, hubiera una buena coordinación en cuanto a programación de la visita, con la persona adecuada, en un tiempo adecuado, que luego las pruebas complementarias estuvieran bien coordinadas para que fueran mejor para él y en un tiempo menos” (profesional de atención sociosanitaria)*

Establecer mecanismos e instrumentos de coordinación: Directivos y profesionales coinciden en definir la coordinación asistencial como el establecimiento de instrumentos que faciliten la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, algunos hablan específicamente del tipo de instrumento que debe utilizarse como guías de práctica clínica, criterios de derivación o sistemas de información *“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”*; y otros mencionan, a modo general, instrumentos que permitan el paso fluido de la información entre los profesionales. *“Que haya un buen flujo de comunicación entre los profesionales que estamos aquí en atención primaria y la atención especializada, ya sea en ambulatorio o en hospital”. Profesional de atención primaria.*

Estructura organizativa: Algunos de los directivos coinciden en definir la coordinación asistencial describiendo características de sus organizaciones que se orientan a la coordinación, principalmente, los mecanismos de coordinación de las funciones de dirección. Los directivos mencionan mecanismos como la dirección asistencial única o puestos de enlace. *“Entonces, pues mm la organización, a nivel de organigrama y a nivel de dirección ...de mandos, podríamos decir, está organizada de forma integrada,... esto es la coordinación. Quiere decir que existe una única dirección asistencial” Directivo no asistencial*

Forma de organizar el trabajo: Por su parte, los profesionales manifiestan que la coordinación asistencial es una función de un grupo de personas que se dedican exclusivamente a las actividades inherentes a la coordinación, refiriéndose a los gestores de las entidades que se desempeñan como directivos integradores

“coordinación asistencial ... bueno, entiendo un grupo de personas con un representante o con un responsable, encargados de distribuir los distintos tipos de trabajo que se pueda hacer en la institución, que a su vez pueden tener mas personas por debajo ... o sea, un grupo de personas, con una persona responsable, que estos a su vez pueden ser responsables de otras personas, encargados de distribuir el trabajo que se debe hacer y qué personas lo deben hacer y en que cantidad.” (Profesional atención sociosanitaria)

Longitudinalidad: Algunos de los entrevistados consideran que la coordinación es el proceso en el que intervienen diferentes profesionales a lo largo de la vida del paciente, desde su nacimiento hasta la muerte. *“el concepto que yo tengo de coordinación asistencial pues es, el poder seguir al paciente desde que nace, por decirlo de alguna manera, como médicos y enfermeras de atención primaria que somos, hasta que mueren” (Profesional de atención primaria)*

Tabla 2. Ejemplos de discurso de la categoría “concepto de coordinación asistencial”

Concepto coordinación asistencial	Grupo de informantes	
	Directivos	Profesionales
Acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales	<i>coordinación es que son dos ámbitos distintos y por tanto tienen que engranar, tienen que ensamblarse y que eso ya tiene la limitación porque sigue respetando que son dos ámbitos distintos. (Directivo asistencial)</i>	<i>coordinación significa el no ir en el mismo barco, sino intentar poner los barcos juntos (profesional de atención especializada)</i>
Acceso a los niveles asistenciales		<i>hombre, la coordinación para que todo funcionara bien coordinadamente sería, que el paciente, en el momento que entra por la puerta del hospital estuviese coordinado que pudiera ir a un sitio donde se le diagnosticara de forma rápida su enfermedad, para lo cual tendrían que estar coordinados otros servicios secundarios como pueden ser radiología, laboratorio y todo esto para que de la forma mas rápida ...hacerle todas las pruebas y darle los resultados al paciente (Profesional de atención)</i>

		especializada)
Establecer mecanismos instrumentos coordinación	<i>¡hombre! Coordinarse es ...es establecer los mejores vínculos entre cada uno de los niveles asistenciales, ¿no? y eso sin buenos sistemas de información, a mi me parece totalmente ... no imposible, pero muy, muy, muy difícil.</i> (Directivo asistencial)	<i>La coordinación sería, que hubieran los mecanismos, que estuvieran bien dispuestos los mecanismos para que aquel paciente recibiera la asistencia que necesita en cada momento</i> (profesional de atención socio sanitaria)
Mecanismos coordinación de las funciones de dirección	<i>el modelo actual es muy reciente, es desde que estamos con las diferentes direcciones médicas por ámbitos</i> (Directivo asistencial)	
Forma de organizar el trabajo		<i>la coordinación yo creo que la llevan básicamente pues, un grupo de personas, ¿no? que se encargan de esto</i> (Profesional de atención primaria)
Longitudinalidad	<i>Es decir, dar una asistencia y una atención a nuestros ciudadanos desde el momento de su gestación, hasta el momento de su muerte</i> (Directivo asistencial)	<i>yo pienso que la coordinación asistencial es la colaboración o la continuidad en el tiempo, de la enfermedad del paciente.</i> (Profesional de atención primaria)

OPINIÓN SOBRE COORDINACIÓN ASISTENCIAL

Los entrevistados coinciden en sus opiniones sobre la coordinación asistencial al catalogarla unos como complicada y otros como necesaria, además, algunos directivos consideran la coordinación asistencial como un término de actualidad.

Tabla 3. Opinión sobre coordinación asistencial

Opinión sobre coordinación asistencial	Grupo de informantes	
	Directivos	Profesionales
Complicada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencias de criterios dadas las condiciones de médicos y enfermeras de los niveles asistenciales ▪ Excesivo tutelaje por parte del comprador de servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencias de criterios dadas las condiciones de médicos y enfermeras de los niveles asistenciales ▪ Separación histórica entre los niveles asistenciales ▪ El modelo organizativo de la propia organización no facilita la coordinación.

Necesaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se optimizan recursos ▪ Se evitan pérdidas de tiempo y desplazamientos innecesarios del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se optimizan recursos ▪ Inherente al trabajo del profesional asistencial
------------------	---	---

Complicada: Tanto algunos de los directivos como algunos de los profesionales concuerdan en que la coordinación es complicada debido a la dificultad que implica la unificación de criterios entre profesionales médicos y enfermeras de los diferentes niveles asistenciales. *“pues que es complicada, es decir ... a ver... Poner de acuerdo profesionales sanitarios que trabajan en entornos distintos, que trabajan, en centros que están distanciados y que en muchas ocasiones trabajan desde perspectivas, porque su formación es diferente, desde perspectivas muy distintas, pues no es nada fácil, es difícil, es francamente complicado” (Directivo asistencia).*

Esta dificultad para la unificación de criterios, unos profesionales la atribuyen a la separación histórica que ha existido entre los niveles asistenciales y sus visiones diferentes de la realidad del paciente. *“es decir, que se coordinen un hospital con atención primaria, era algo, como intentar hacer ... hablar a alas piedras” (Profesional de atención primaria)*

También se encontraron diferencias entre los informantes. Uno de los directivos estima que la coordinación es complicada debido al excesivo tutelaje que presta el comprador de los servicios de salud a los proveedores (en el caso concreto de los procesos quirúrgicos), ya que en los contratos de gestión establecidos entre el comprador y los proveedores, se especifica el tipo de actividad con la que deben cumplir, por lo que los profesionales no tienen capacidad de decisión sobre la planificación quirúrgica. *“yo creo que ... la coordinación topa con que hay un excesivo tutelaje por parte de la administración de nuestra actividad, en este caso la quirúrgica.”(Directivos asistencia)*

Por su parte, unos de los profesionales consideran que el modelo asistencial de su organización debería facilitar la coordinación asistencial entre niveles asistenciales y por esto para algunos de ellos la coordinación es complicada. *“yo creo que es difícil, esta bien, es difícil en cuanto a que haya una persona que la realice sino que tendría*

que ser el sistema que estuviera montado para que hubiera ... para ... fuera lo mas sencillo posible para los profesionales el hecho de hacerla". (Profesional de atención especializada)

Necesaria: Por diferentes razones, directivos y profesionales coinciden en considerar necesaria la coordinación asistencial. Algunos directivos, en mayor proporción que los profesionales, consideran que la coordinación es necesaria por las ventajas que supone para los pacientes como es la facilidad para concertar visitas con los especialistas o evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes *"que el paciente vaya a su consultorio médico de, a su CAP, por ejemplo, y que de allí ya se le pueda citar para especialista en el hospital, que no se tenga que desplazar, que las pruebas que se haya podido hacer aquí en el hospital, pues ya se pueden consultar desde el propio CAP, que su médico de cabecera en un momento dado, pueda hablar con el especialista, de una forma pues, de tu a tu, de estar todos en el mismo barco"* (Directivo no asistencial)

Los informantes también coinciden en que la coordinación asistencial es necesaria debido a que se optimizan recursos y se evitan pérdidas de tiempo para garantizar la agilidad en la atención. *"yo creo que es muy importante y necesaria. Sin esta función de coordinación pierdes tiempo, no se optimizan los recursos y las cosas no funcionan, o sea, que es obligado, quieras o no quieras, que existe esta función de coordinación ¡es fundamental!"*(Profesional de atención primaria)

De otro lado, los profesionales comentan que la coordinación es inherente al propio trabajo como profesionales asistenciales y por tanto, los vínculos ya deberían existir de forma natural. *"pienso que es fundamental. Pienso que ...¡vamos! un poquito lo que decía antes, ¿no? que ... ni tendría que existir el término porque sería como hablar de ... a ver, ahora no se me ocurre ningún ejemplo, pero es que, es algo que es básico y como básico que es, no tendría que existir ni la necesidad de crearle estos vínculos, porque ya tendrían que estar, ¿no?"* (Profesional de atención primaria.)

Término usado actualmente: Algunos de los directivos consideran que la coordinación asistencial es un término usado en la actualidad. *"es una, digamos, frase*

o una denominación muy en boga, en boca de los gestores, de los clínicos, de todo el mundo, muy teorizada, ... son palabras como la calidad, como la excelencia y tal, que les hacemos el perder el lustre a base de utilizarlas pero, si gastáramos tantas energías en aplicarlo de verdad, en llevarlo a la práctica que no, en glosar sus ventajas, probablemente la atención mejoraría mucho mas." 2:3 (Directivo asistencial)

Tabla 4. ejemplos de discurso sobre la categoría "Opinión sobre coordinación asistencial"

Opinión sobre coordinación asistencial	Grupo de informantes	
	Directivos	Profesionales
Complicada	<i>hombre, ¡mira! que es compleja. ... Pues intentarlo, ... sentarnos médicos y enfermeras de cada uno de los niveles a hablar de, de cómo vamos a tratar en cada ámbito y como haremos muy fácil toda la coordinación de tránsito entre centros, es un poquito mas complejo (directivo asistencial)</i>	<i>No es simple la coordinación. A veces se ... no sé. Opino que igual podría ser más simple, que es necesaria, que es buena pero que, a veces dificulta (profesional de atención socio sanitaria)</i>
Necesaria	<i>Entonces, es una gran ventaja, sobre todo, sobre todo para el paciente. Entonces, la coordinación es básica porque, evitas mucha duplicidad, evitas una gran pérdida de tiempo y esperas a los pacientes (Directivo no asistencial)</i>	<i>bueno, a ver. Yo creo que muchas veces la coordinación viene derivada del trabajo que haces, de si tienes necesidad a nivel práctico, ¿no? de coordinarte (profesional de atención socio sanitaria)</i>

OPINIÓN SOBRE MECANISMOS DE COORDINACIÓN

La opinión de directivos y profesionales respecto a los mecanismos de coordinación, se realiza en primera instancia a modo general y luego basada en el uso que hacen de cada mecanismo en la organización a la cual pertenecen. Tablas 5 y 6

Tabla 5. Opinión sobre mecanismos de coordinación

Opinión sobre los mecanismos de coordinación	Grupo de informantes	
	Directivos	Profesionales
General	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información ▪ Mecanismos complicados ▪ Comisiones permanente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentos que benefician a profesionales y a pacientes ▪ Se han quedado en el papel y son poco utilizados
En sus organizaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información compartido ▪ Correo electrónico y teléfono ▪ Dispositivos de enlace ▪ Guías de práctica clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información compartido ▪ Correo electrónico y teléfono ▪ Dispositivos de enlace ▪ Guías de práctica clínica ▪ Sistema experto

Opinión sobre los mecanismos de coordinación en general

Algunos de los profesionales hacen una apreciación respecto a los mecanismos de coordinación de manera general, considerándolos instrumentos útiles que benefician tanto a profesionales como a pacientes *“bien, yo creo que es muy importante, es muy importante que existan, ..., es beneficioso para ti y para el paciente porque todos haremos lo mismo, todos lo trataremos igual”*(Profesional de atención primaria). Sin embargo uno de los profesionales considera que los mecanismos se han quedado en el papel y han sido poco utilizados en la práctica diaria. *“bien, sobre el papel muy bien, en la práctica un poco menos”* (Profesional de atención socio sanitaria).

Sistemas de información: Los directivos consideran que los sistemas de información son una herramienta que aún debe desarrollarse mas y cuya principal carencia está en no compartir las historias clínicas de los diferentes niveles asistenciales por lo que los profesionales no tienen acceso a una información clínica completa sobre el paciente. *“Otro inconveniente es el sistema de información. No tenemos información o tenemos poca información y también es verdad que cuando tu hablas de coordinación es básico tener sistemas que faciliten esta coordinación con lo cual, los sistemas informáticos tiene que estar unificados, la historia clínica del paciente tiene que ser una y tiene que ser por vía informática ... bueno, ¿no? Si tu necesitas datos puedas entrar dentro de los datos bueno, yo pienso que esto es básico”* (Directivo asistencial)

Mecanismos complicados: Un pequeño número de directivos comentan que aquellos mecanismos con muchos eslabones intermedios, son difíciles de llevar a cabo.

“con cuanta más gente tienes que conectar a través de, por ejemplo, ¿no? si un pediatra de la primaria tengo que conectar con ... De primaria, el coordinador, el no sé que, es decir, cuantos mas eslabones hay en medio, también es mas difícil.” (Directivo asistencial)

Comisiones permanentes: Las comisiones permanentes es otro instrumento que citan algunos de los directivos el cual, según este grupo de informantes, permite que se conozcan entre sí profesionales de diferentes niveles asistenciales y mejore la comunicación entre ellos. *“Pues conoces a la gente gracias a las comisiones. En cada centro tenemos nuestras comisiones pero, luego están las multicéntricas que te ayudan a conocer y a identificar las caras” (Directivo asistencial).*

Opinión sobre los mecanismos de coordinación en sus organizaciones

Sistema de información: En cuanto al sistema de información, se presentaron diferencias de opinión entre los profesionales. El sistema de información compartido es uno de los mecanismos mas mencionado tanto por directivos como por profesionales. Los informantes consideran que en sus organizaciones es una herramienta importante para la transmisión de la información sobre el paciente y la buena comunicación entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención del paciente. *“el mas importante es el sistema de información. Compartir el sistema de información, que significa compartir toda la información disponible del proceso asistencial, es básica” (Directivo asistencial)*

Algunos de los profesionales consideran que los sistemas de información de sus organizaciones presentan deficiencias que interfieren en la coordinación de la información del paciente ya que los sistemas no son ágiles, los profesionales no disponen de la información necesaria para atender al paciente o repiten la información. *“los sistemas de comunicación, son muy lentos. Y duplicamos continuamente la información que damos sobre la persona; es decir, el informe médico se le da al enfermo y el enfermo tiene que hacerle una fotocopia para llevárselo al de cabecera ...cuando lo sencillo sería que su médico de cabecera tuviera un acceso directo al informe, por ejemplo” (profesional de atención especializada)*

Comunicación informal: Algunos de los profesionales estiman que dos de las herramientas básicas para la comunicación entre profesionales son el teléfono y el correo electrónico; aunque de los dos prefieren el correo electrónico, el cual consideran una herramienta que permite el contacto con profesionales de otros niveles asistenciales. *“A ver, yo creo que hay dos herramientas básicas para ponerse en contacto, que son el correo electrónico y el teléfono. el teléfono es un buen sistema, El teléfono yo creo que es una herramienta buena pero el correo electrónica, yo creo que es mejor” (profesional de atención especializada)*

Dispositivos de enlace: Directivos y profesionales están de acuerdo en resaltar algunos *dispositivos de enlace*. Los directivos destacan el papel de las enfermeras de enlace o de equipos como la UFISS y el PADES, por facilitar la comunicación entre profesionales cuando intervienen diferentes niveles asistenciales *“poco a poco se ha ido conociendo más cual es la actividad que realmente se hace en el sociosanitario, yo creo que nos han ayudado mucho los equipos de UFISS y de PADES, como comunicadores entre centros y entre profesionales” (Profesional de atención sociosanitaria)*; uno de los profesionales también considera la UFISS y la enfermera de enlace como indispensable para la coordinación de la atención del paciente entre niveles asistenciales. *“la UFISS de geriatría que es la que lleva mas tiempo, a mi me parece indispensable, no podríamos estar sin ella... Y creo que la enfermera de enlace llegará un momento que también será así, pasa que es una figura que se ha incorporado mas tarde pero, pienso que son una serie de mecanismos que son indispensables;... Tener un equipo que te asesore, que te ayude y que además que coordine según que aspectos la atención del paciente, o sea, me parece algo imprescindible.” (profesional de atención especializada)*

Los profesionales se refieren a un profesional de enlace que facilite la comunicación entre los profesionales de los niveles asistenciales *“Lo que nos lo hace mas fácil es tener un intermediario; el que tu tengas, por ejemplo, nosotros a nivel de pediatría, ... un jefe de pediatría al que le puedas ... decir “tengo este paciente y no sé a quien derivarlo”... Es decir, que esa figura de puente, yo creo que es la persona que te hace el acceso un poco más, más fácil” (Profesional de atención primaria)*

Los profesionales, consideran que el trabajo en equipo y los grupos de trabajo hacen posible una buena comunicación con los profesionales de otros niveles asistenciales *“a ver, que facilite. Primero, que haya un trabajo en equipo y eso pues, influiría mas en nuestro centro, ¿no? aquello que me pueda comunicar pues, con enfermería o con otros estamentos” (profesional de atención primaria)*

Guías de práctica clínica y protocolos: Algunos de los directivos consideran que las *guías de práctica clínica* han tenido fallos en su fase de implantación por lo que en el ámbito hospitalario son poco utilizados. *“A nivel hospitalario se ha quedado, pues, en un documentos colgado en la intranet, que todo el mundo sabe que existe, pero que la dinámica, no se ha hecho ninguna estrategia de implantación. Están ahí pues, como puede estar el Harrison.” (Directivo asistencial)*

Por su parte, algunos de los profesionales coinciden en que las guías de práctica clínica y los protocolos son herramientas que deberían tener mayor difusión entre los profesionales, principalmente entre los que inician a trabajar en la organización. *“hace falta pues, seguir explicando que existen estas guías clínicas, que siguen estos protocolos; falta un poquito ... como falta de información de estos protocolos al personal que entra nuevo en la empresa” (profesional de atención especializada).*

Entre los profesionales se encontraron diferencias de opinión frente a las guías de práctica clínica. Mientras uno de los profesionales considera que las guías de práctica clínica son poco utilizadas por los profesionales debido a la falta de tiempo, imposición de las guías, entre otras. *“hay problemas para que la gente haga lo que ponen las guías, ¿no? muchos ... no tienen tiempo para leérselas, de que ellos creen que ya saben y por tanto no hace falta. La visión de que lo que viene en las guías esta sesgado porque como viene de dirección ... pues te hacen poner, yo que se, pues recetar lo mas barato “ (profesional de atención primaria);* otro de los informantes las considera útiles por permitir el acuerdo entre los profesionales. *“así se quedan reflejadas un poquito todas las opiniones, ¿no? Todos los aspectos, porque a veces no es lo mismo ver a un paciente simplemente en una cama en el hospital de agudos, que cuando lo ves en casa o cuando esta en sociosanitario y en el sociosanitario ...a ver, para mí es útil” (profesional de atención sociosanitaria)*

Sistema experto: Uno de los profesionales considera el *sistema experto* como una herramienta que facilita la comunicación entre profesionales de diferentes niveles y además evita derivaciones innecesarias hacia los especialistas. *“los médicos que vienen del hospital me parecen bien, me parece bien, es una manera muy, muy directa de poder hablar del paciente; a parte, a veces evitas una consulta al hospital, de cosas que podemos resolver aquí” (profesional de atención primaria)*

Tabla 6. Ejemplos de discurso sobre la categoría “Opinión sobre los mecanismos de coordinación”

Opinión sobre los mecanismos de coordinación	Grupos de informantes	
	Directivos	Profesionales
General	<p>Sistemas de información <i>que esto para nosotros ha dado pues un, bueno, un, un salto importante, ¿no? Porque a veces, no se entendía la letra, tu tienes que ... lo de siempre, ¿no? Que nos encontramos dentro de nuestros servicios, pero todo esto, yo pienso que en estos últimos tiempos hemos mejorado muchísimo. (directivo asistencial)</i></p>	<p>Sistemas de información <i>La información que esta recogida en la historia clínica del CAP no se puede consultar desde el hospital; entonces, ... imprimo la historia clínica, hago fotocopias ... la envío por correo por correo interno a secretaria de medicina...” (profesional de atención especializada)</i></p>
En sus organizaciones	<p>Sistema de información compartido <i>a ver, yo pienso que la informática debe incorporarse plenamente, ¿no? hay que mejorar, nosotros estamos trabajando en la radiología digital para poderla ver desde los ambulatorios. (directivo asistencial)</i></p>	<p>Sistema de información compartido <i>“yo creo que es algo que nos ha ido muy bien aquí, pues bueno, pues estamos conectados por intranet con el hospital, podemos conectar, sacar, podemos hablar” (profesional de atención primaria)</i></p>
		<p>Comunicación informal <i>A veces es tan sencillo como poder enviar un e-mail o como poder ... a veces coordinarse ... pasa también por tener pequeñas cosas en el día a día que te faciliten ese contacto con los demás y ese intercambio y esa pauta común para poder tratar al paciente (profesional de atención especializada)</i></p>
	<p>Dispositivos de enlace <i>es mas fácil la coordinación entre especialistas y sociosanitaria porque ya tenemos UFISS que</i></p>	<p>Dispositivos de enlace <i>si no te puedes conocer todos, probablemente tiene que haber de cada servicio o</i></p>

	<i>trabajan en el hospital, que son de sociosanitaria y por tanto eso no hay problema pero con la atención primaria hay problemas. (Directivo asistencial)</i>	<i>de cada unidad o de cada ... pues debería haber como alguien que ejerciese un poco de maestro de ceremonias o de enlace con los otros servicios (profesional de atención especializada)</i>
	Guías de práctica clínica <i>Decimos nosotros que quedan en las estanterías y yo pienso que lo que hay que hacer es, en lugar de tanta guía, hacer documentos más prácticos de trabajo (directivo asistencial)</i>	Guías de práctica clínica <i>esto también me parece muy bien, porque cuando haces un protocolo ... que implica a todos los niveles asistenciales, pues, la gente interesada en aquel aspecto se conoce y hace que las cosas funcionen mejor (profesional de atención sociosanitaria)</i>

ELEMENTOS QUE FACILITAN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL

Existen elementos del ámbito externo e interno de las organizaciones sanitarias integradas que facilitan la coordinación asistencial. Del ámbito externo, los informantes destacan un sistema de pago que favorezca la coordinación entre niveles y un sistema de información compartido entre las entidades de la misma zona. Del ámbito interno los informantes consideran los diferentes mecanismos de coordinación asistencial, las relaciones entre profesionales, disponibilidad de tiempo, cercanía de los centros y el tamaño de las organizaciones. Tablas 7 y 8

Tabla 7. Elementos que facilitan la coordinación asistencial

Elementos que facilitan la coordinación asistencial		Grupo de informantes	
		Directivos	Profesionales
Ámbito externo	Sistema de pago que favorezca	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de pago que favorezca la coordinación entre niveles asistenciales 	
	Historia clínica compartida entre proveedores de salud	<ul style="list-style-type: none"> HC compartida con los proveedores de salud de la zona 	
Ámbito interno	Buena comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Elemento mas destacado relacionado con existencia de mecanismos de coordinación y relaciones entre 	<ul style="list-style-type: none"> Elemento mas destacado relacionado con existencia de mecanismos de coordinación y relaciones entre

		profesionales	profesionales
	Existencia de mecanismos de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información compartido entre niveles asistenciales ▪ GPC elaboradas por profesionales de diferentes niveles asistenciales ▪ Grupos de trabajo multidisciplinares e interniveles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información compartido entre niveles asistenciales ▪ Correo electrónico ▪ GPC consensuadas entre profesionales de diferentes niveles ▪ Acceso a los diferentes mecanismos de coordinación
	Disponibilidad de tiempo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mas tiempo para realizar actividades de coordinación, diferentes a las asistenciales
	Relaciones entre profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud positiva de las personas ▪ Conocer a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud positiva de las personas ▪ Conocer a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales
	Cultura de la organización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos claros y compartidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos claros y compartidos
	Estructura organizativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empresa única ▪ Dirección asistencial única 	
	Tamaño de la organización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es mas fácil la coordinación en una organización pequeña 	
	Cercanía de los centros		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilita el desplazamiento de los profesionales a otros centros

Ámbito externo

Los elementos del ámbito externo que facilitan la coordinación asistencial fueron mencionados por algunos de los directivos entrevistados, los profesionales no hacen alusión a este tipo de elementos en su discurso.

Sistema de pago

Un sistema de pago que favorezca la coordinación asistencial, es uno de los elementos externos que uno de los directivos considera facilitador de la coordinación asistencial.

“El sistema de financiación. Es muy importante que los proveedores, aunque no se único, aunque sean varios, el hecho de que el sistema de financiación favorezca la continuidad entre la atención primaria, la atención hospitalaria y esto les reporte beneficios. Si el sistema de financiación alimenta esto, para mí es importantísimo;”
(Directivo asistencial)

Historia clínica compartida

Según algunos de los directivos, el sistema de información debe ser compartido entre todos los proveedores de salud de la zona, al menos en algunos de sus elementos, para facilitar la coordinación entre los niveles asistenciales. *“Historia clínica compartida quiere decir que todas las organizaciones tengan la historia clínica informatizada en mayor o menor medida pero, los elementos más esenciales de la historia clínica, que son los documentos que deben conocer otros profesionales, deben estar a disposición de todos los profesionales que van a atender ese paciente;”*(Directivo asistencial)

Ámbito interno

En el ámbito interno de las organizaciones, los informantes mencionan los mecanismos de coordinación, las relaciones entre profesionales, algunas características del modelo organizativo y de gestión, disponibilidad de tiempo, la cercanía de los centros y el tamaño de la organización entre los elementos que facilitan la coordinación asistencial.

Buena comunicación entre los profesionales

La buena comunicación entre los profesionales es uno de los elementos más destacados por los informantes como facilitador de la coordinación asistencial; ha estado presente también como atributo añadido a la existencia de mecanismos de coordinación y la relación entre los profesionales.

Para que exista una buena coordinación es necesario que exista también una buena comunicación entre los profesionales según consideran algunos de los informantes. *“¡vaya! lo que es fundamental la comunicación que tienes entre distintos profesionales. Es decir, cuando tengas mejor “rollo” entre los médicos del ambulatorio –que aquí en esta institución tenemos muy buena relación de relación de unos médicos con otros- o*

bien con los especialistas, pienso que eso facilita mucho el trabajo” (profesional de atención especializada – urgencias)

Uno de los directivos estima que la comunicación entre los profesionales debe ser fluida y bidireccional y de esta forma facilitar el intercambio de información. *“¿qué puede facilitar la coordinación?. A ver, un agente facilitador, imprescindible, es una comunicación fluida, claro, yo barro para mi casa, ¿no? pero, pienso que es básico que haya una buena comunicación recíproca” (Directivo no asistencial)*

Existencia de mecanismos de coordinación

Directivos y profesionales identifican la existencia de mecanismos de coordinación como elementos facilitadores de la coordinación asistencial. De la serie de mecanismos sobresalen principalmente los instrumentos del tipo de adaptación mutua y aquellos provenientes de la normalización de procesos de trabajo.

Sistema de información vertical: El *sistema de información compartido e informatizado* (la historia clínica, estaciones clínicas de trabajo o herramientas informáticas) es uno de los instrumentos más mencionados tanto por directivos como por profesionales como facilitador de la coordinación cuando este es compartido entre niveles asistenciales y todos los profesionales cuentan con la información del proceso asistencial del paciente, . *“y también es verdad que cuando tu hablas de coordinación es básico tener sistemas que faciliten esta coordinación con lo cual, los sistemas informáticos tiene que estar unificados, la historia clínica del paciente tiene que ser una y tiene que ser por vía informática ... bueno, ¿no? Si tu necesitas datos puedas entrar dentro de los datos bueno, yo pienso que esto es básico” (Directivo asistencial)*

El correo electrónico: Es una herramienta reconocida por algunos de los profesionales como facilitador de la coordinación asistencial, utilizada generalmente por los profesionales para comunicarse entre ellos, para lo cual debe ser accesible a todos los profesionales de la organización. *“han aumentado el número de ordenadores, se puede consultar el correo desde cualquier ordenador del hospital y esto facilita la comunicación. Se utiliza mucho, es decir, hay personas que llevas semanas que no las ves y te estas comunicando día sí, día no, por el ordenador” (profesional de atención especializada)*

Guías de práctica clínica: Los protocolos, las guías y las vías de práctica clínica también son considerados como facilitadores tanto por algunos de los profesionales como por directivos; según algunos de los directivos, las guías de práctica clínica deben ser elaboradas por profesionales de diferentes niveles asistenciales. *“nosotros lo que intentamos es que, en cualquier ... o sea cualquier actividad relacionada con nuestra, con nuestro cliente, ... este vinculado 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)*. Para los profesionales, las guías deben ser consensuadas por todos los profesionales *“Y cla, pues es una herramienta que se ha trabajado conjuntamente pues es de toda... es de la organización. No es de hospitalización.” (profesional de atención especializada)*

Grupos de trabajo:

Relaciones entre profesionales

Las relaciones entre los profesionales es uno de los aspectos que según los informantes facilita la coordinación asistencial ya que dependen de las actitudes de cada individuo y del conocerse entre los profesionales de otros niveles asistenciales es otro aspecto en el que concuerdan directivos y profesionales

Actitud positiva de las personas: Ambos grupos de informantes están de acuerdo en afirmar que las personas son una pieza importante para facilitar la coordinación ya que depende de las características propias de cada individuo como la buena voluntad, amplitud de espíritu, compromiso o capacidad de servicio. *“yo pienso que primero es la persona, o sea, tanto médico, como enfermera, es igual ... el que sea, la persona en sí como es, sus ganas, su manera de ser, la empatía que pueda tener, la forma que tenga de relacionarse con el paciente” (Profesional de atención primaria)*.

Conocer a los profesionales de los niveles asistenciales: Los informantes coinciden en destacar la importancia de conocer a los profesionales de los otros niveles asistenciales como un facilitador de la coordinación asistencial. Directivos y profesionales están de acuerdo en que es un elemento que facilita la derivación de pacientes de un nivel asistencial a otro y el trabajo conjunto entre profesionales *“es diferente hacer un papel, pida hora y ya lo verán, igual tardan el tiempo que tardan*

según las listas de espera, que otra cosa que tu creas que tiene que verse en menos tiempo, hablando con el médico correspondiente, para agilizar mas la cosa".(Profesional de urgencias). Por otro lado, los directivos, a diferencia de los profesionales, resaltan otros aspectos que facilita el conocer los profesionales de los otros niveles asistenciales y sus dificultades. "el hecho de que tu hayas puesto cara a tu interlocutor y hayas visto las condiciones en que trabaja y tal, pues ayuda a comprender la globalidad del sistema y las dificultades que tienen tus compañeros"(Directivo asistencial)

Disponibilidad de tiempo

Algunos de los profesionales indican que el tener mas tiempo les permitiría comentar el paciente con otros profesionales y organizar mejor sus actividades laborales. *"Quizás disponer de más tiempo libre y no tanta presión asistencial, esa es otra que facilitaría la coordinación ... o facilitaría que quieres comentar pacientes" (Profesional de atención Primaria)*

Cultura de la organización

La *cultura* es una de las características del ámbito interno de las organizaciones que facilita la coordinación. Algunos de los directivos y profesionales concuerdan en decir que tener los objetivos claros y compartirlos con los otros profesionales les facilita el trabajo. *"en el plan estratégico, en el plan de calidad, en todas estas planificaciones de la empresa, si realmente los objetivos y los valores están compartidos pues, esa voluntad, que la gente vea que es necesario coordinarse, es el punto crucial." (Directivo asistencial)*

De otro lado, uno de los profesionales resalta principalmente la cultura de trabajo multidisciplinar por ser un espacio que permite la reflexión conjunta entre los profesionales *"Uno es una cultura de la organización, desde el punto, por ejemplo, nosotros en esta organización tenemos la ventaja de que tenemos cultura de equipo multidisciplinar, tenemos cultura de reflexionar juntos, de plantear diferentes problemas y que los profesionales puedan debatir" (profesional de atención especializada).*

Estructura organizativa

Algunos de los componentes de la estructura organizativa de las organizaciones como ser una empresa única y tener una gerencia única en la organización, fueron citados principalmente por directivos y por algunos profesionales entre los medios favorecedores de la coordinación.

Principalmente los directivos y uno de los profesionales coinciden también en resaltar que es más fácil la coordinación entre niveles asistenciales cuando *la empresa es la misma* y por ende, un único gerente y sólo un órgano de gobierno. *“ como punto clave, a parte de la tecnología y la voluntad que tu puedas tener, es mucho más fácil si la empresa es la misma,... Si el gerente y el consell directiu es el mismo, que también es una herramienta fundamental.” (Directivo asistencial)*

Algunos de los directivos destacan como la existencia de una *dirección asistencial única* permite unificar criterios en cuanto a la toma de decisiones que involucran diferentes ámbitos asistenciales *“Y luego, al unificar en una sola persona, en este caso yo mismo, los dos ámbitos, pues te encuentras que es muy fácil evitar incongruencias porque al final el referente soy yo mismo y no decido dos cosas distintas sino que, cuando decido, decido para los dos ámbitos.”(Directivo asistencial)*. Algunos de los directivos también consideran que la dirección de la organización debe proponer las diferentes estrategias y mecanismos para facilitar la coordinación asistencial entre los profesionales de los niveles asistenciales *“hay que ponerlo muy fácil a los profesionales, hay que crear los grupos de trabajo, de profundizar y hacer fácil para que los profesionales, pues bueno, con una llamada de teléfono, con una pequeña coordinación con el que se encarga, eso sea ágil” (Directivo asistencial)*

Tamaño de la organización

Algunos de los directivos anotan que el tamaño de la organización, cuando la organización es pequeña, favorece el manejo de la organización y la coordinación asistencial en ella. *“otro elemento a tener en cuenta es el tamaño de la organización. O sea, el, una parte importante del secreto de esta historia, es el tamaño de nuestra organización, ¡eh! Tiene un tamaño que puede parecer grande pero, es pequeño en*

comparación a otras y hace que sea algo manejable ¡eh! Manejable. Siempre puedes ... puedes contar con los dedos de una mano o dos." (Directivo asistencial)

Cercanía de los centros

Uno de los profesionales señala que la cercanía de los centros, facilita el desplazamiento de los profesionales hacia otros centros de la misma organización y el encuentro entre ellos "yo creo que la proximidad, que estamos muy cerca y que esto te permite pues tener a un profesional que de aquí se pueda desplazar para allá, ¿no?" (Profesional de atención sociosanitaria)

Tabla 8. Ejemplos de discurso de la categoría "Elementos del ámbito interno que facilitan la coordinación asistencial"

Elementos del ámbito interno que facilitan la coordinación	Grupos de informantes	
	Directivos	Profesionales
Buena comunicación	<p>Buena comunicación <i>para que esto funcione bien, a ver, es evidente que tiene que haber...una buena comunicación entre los profesionales ... llevando al máximo, al máximo exponente lo que es la gestión clínica, es decir, la toma de decisiones por esos propios profesionales de forma coordinada (directivo asistencial)</i></p>	<p>Buena comunicación <i>nosotros tenemos una ventaja de tener un contacto directo. Quiero decir, la persona responsable es el doctor XXX, pero ... hay otros profesionales, y nosotros contactamos indistintamente con uno o con otro sin ningún problema" (profesional de atención primaria)</i></p>
Introducción de mecanismos de coordinación	<p>Sistema de información compartido <i>"yo creo que el tener una, a ver, integrada a nivel de tecnología, historia clínica compartida... Yo creo que éste, es un puntal importante para hacerla efectiva. ¡Seguro!" (Directivo no asistencial)</i></p>	<p>Sistema de información compartido <i>"sí, 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, pues permite que la comunicación horizontal pues, la aseguras, de alguna forma" (Profesional de atención primaria)</i></p>
	<p>Dispositivos de enlace <i>"Tenemos, nos ayuda bastante, que desde hace tiempo hemos creado la figura de la enfermera</i></p>	<p>Dispositivos de enlace <i>"yo creo, que haya una persona responsable que lo haga en cada uno de los</i></p>

	<i>gestora de caso" (Directivo asistencial)</i>	<i>ámbitos, una persona que se cree su figura y su papel, que tenga conexión con todos los ámbitos diferentes, que tengan capacidad de decisión, no sólo capacidad por que la tenga, sino porque la dejar" (Profesional de atención especializada)</i>
	Guías de práctica clínica y protocolos <i>"sería tener instrumentos comunes de actuación, es decir, tener acuerdos de cómo actuar para determinados procesos" (Directivo asistencial)</i>	Guías de práctica clínica y protocolos <i>"tenemos las vías clínicas pues pactadas que hemos trabajado todos juntos" (profesional de atención primaria)</i>
Relaciones entre profesionales	<i>"independientemente de los medios que esta o otra organización ponga tanto a los usuarios como para los profesionales, en el fondo son las personas las que hacen las organizaciones y todo depende de las personas" (Directivo asistencial)</i>	<i>"primero que todo, la buena voluntad de las personas. Porque a veces, si hay buena voluntad por parte de las dos partes, como ha pasado con algunos servicios pues, los recursos de otro tipo los solventas" (profesional de atención primaria)</i>
Cultura de la organización	<i>"¡hombre! La facilitan, absolutamente, que el objetivo este bien claro. Todos los profesionales de la organización, es decir, que todos los profesionales, de alguna manera, crean en un proyecto de organización integral" (directivo asistencial)</i>	<i>"asumiendo que los objetivos son los mismos... el tener una estructura con objetivos únicos" (profesional de atención especializada)</i>
Estructura organizativa	<i>Entonces, pues mm la organización, a nivel de organigrama y a nivel de dirección de mandos, podríamos decir, esta organizada de forma integrada, ¿vale? entonces, esto es la coordinación. Quiere decir que existe una única dirección asistencial, ¿vale? (Directivo no asistencial)</i>	<i>bueno, ha facilitado el ser una empresa; ha facilitado el que ... Y aquí, es una la misma dirección que ha organizado un poco los cambios, ¿no? (profesional de atención sociosanitaria)</i>

ELEMENTOS QUE DIFICULTAN LA COORDINACIÓN

Directivos y profesionales destacan elementos tanto del ámbito externo como del interno de las organizaciones que dificultan la coordinación asistencial. Entre los elementos del entorno ambos coinciden en hablar de los diferentes proveedores de

salud la zona y la formación de base de los profesionales. Además, los directivos consideran algunos aspectos del sistema sanitario catalán. Tablas 9 y 10

En cuanto al ámbito interno de las organizaciones, los informantes coinciden en destacar algunos elementos contrarios a los que fueron considerados como facilitadores de la coordinación asistencial.

Tabla 9. Elementos que dificultan la coordinación asistencial

Elementos que dificultan la coordinación asistencial		Grupo de informantes	
		Directivos	Profesionales
Ámbito externo	Sistema de salud catalán	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes proveedores de salud en la zona Hospitalcentrismo Sistema de pago 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes proveedores de salud en la zona
	Formación individualista de los médicos	<ul style="list-style-type: none"> Médicos formados para trabajar individualmente 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos formados para trabajar individualmente
	Industria farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> Incentiva a profesionales para favorecer fármacos 	
Ámbito interno	Problemas con los mecanismos de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> No compartir el sistema de información 	<ul style="list-style-type: none"> Imponer los criterios de derivación Desconocer los mecanismos
	Desconocer profesionales y actividad asistencial de otros niveles	<ul style="list-style-type: none"> Se infravalora la actividad No se ofrecen los servicios completos al paciente Afecta la relación entre profesionales Dificulta el consenso 	<ul style="list-style-type: none"> Se infravalora la actividad No se ofrecen los servicios completos al paciente Afecta la relación entre profesionales Dificulta el consenso
	Condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos <ul style="list-style-type: none"> Físicos Profesionales médicos Diferencias en convenios 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos <ul style="list-style-type: none"> Físicos Profesionales médicos Tiempo – presión asistencial Diferencias en convenios
	Resistencia al cambio	<ul style="list-style-type: none"> Mantienen la forma de realizar la asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> Mantienen la forma de realizar la asistencia
	Exceso de directivos	<ul style="list-style-type: none"> Confunde a los profesionales Directivos mezclan funciones de diferentes cargos 	
	Distancia geográfica	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de desplazamiento para reuniones 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de desplazamiento para reuniones

Entorno de las organizaciones

Algunos de los aspectos del entorno de las organizaciones son considerados por profesionales y directivos como impedimentos para coordinarse entre niveles asistenciales. Los informantes coinciden en considerar la existencia de diferentes proveedores de salud en un mismo territorio y la formación de los profesionales sanitarios. De otro lado, los directivos además, destacan el factores del sistema sanitario que también dificultan la coordinación.

Sistema de salud catalán

Directivos y profesionales coinciden en considerar algunas de las características del sistema de salud catalán como elementos que obstaculizan la coordinación asistencial

Diferentes proveedores de salud de la zona: Algunos de los directivos y profesionales coinciden en que la presencia de otros proveedores de salud en la zona donde se encuentra su organización, dificulta la coordinación asistencial debido a que no conocen a los profesionales y la orientación y el sistema de información de cada entidad son diferentes. *“Para mi dificulta ... que a nivel de un territorio... el hecho de que la atención primaria y la atención hospitalaria...en muchos casos no son proveídos por una misma entidad, el hecho de que sean dos entidades o tres, pues facilita que perfectamente cada una de ellas, tenga su sistema informático y que a la hora de compartir pues, como mínimo sea un problema, o sea, que no sea automático, sino que como mínimo se tienen que poner de acuerdo, tienen que invertir para ligar los dos sistemas o tienen que ponerse de acuerdo para que uno abandone su sistema y se enamore del otro... y esto es una dificultad mas que yo pienso que vale la pena que sea conocida y destacada” Directivo asistencial*

Hospitalcentrismo: De acuerdo con un reducido número de directivos, la administración sanitaria ha potenciado la atención hospitalaria en lugar de la atención primaria y no ha potenciado la coordinación entre los niveles asistenciales. *“O sea, yo creo que todo ha venido dado también, mucho porque la propia administración sanitaria, ha potenciado mucho lo que es el hospital, sobre todo el área metropolitana*

que es Barcelona como ciudad, y ha dejado mas la primaria como otro recurso, que pueden ser mas o menos importante o no, yo no soy una experta pero, nunca ha favorecido lo que es la coordinación entre el hospital de referencia y los centros de asistencia primaria”(Directivo asistencia).

Sistema de pago: Unos pocos de los directivos consideran que el sistema de pago actual incentiva la productividad intranivel y no la coordinación entre niveles. *“los incentivos a la productividad, que además en este país y sobre todo en atención especializada han sido, son clásicos, se paga, sobre todo, las estructuras de atención especializada, por lo que hacen y no por lo que son, por lo que son en parte también, pero sobre todo por lo que hacen, muy poco por lo que se coordinan o por lo que resuelven.” (Directivo del área asistencial).*

Formación de los profesionales

Una pequeña parte de los informantes considera que la formación de los profesionales entorpece la coordinación, dado que los médicos han sido formados para trabajar de manera individual. *“entorpece la coordinación también, el sistema de formación. El sistema de formación, me refiero a como formamos a los médicos, ¿no? Los médicos se forman de una forma, relativamente fragmentada, profundizando ... en cada uno de los terrenos propios de la medicina, eso hace que cada uno se crea un poco el dueño de todo el proceso asistencial... la verdad es que la forma en que enseñamos medicina, en general eh, en el país, no favorece demasiado la coordinación”. (Directivo asistencial)*

Industria farmacéutica

Uno de los directivos habla de la industria farmacéutica como barrera de la coordinación debido a los incentivos que ofrecen a los profesionales para favorecer un producto u otro, lo cual condiciona a los médicos de atención primaria o especializada en el momento de elaborar la receta. *“Otro enemigo pues, seguramente es la industria farmacéutica, con unos intereses muchas veces alejados de esta coordinación,... En otras palabras, si un médico de la atención especializada pues, recibe un determinado estímulo para recetar determinado producto farmacéutico, tendrá la tentación de*

hacerlo... vaya o no este producto farmacéutico a favorecer la integración de niveles. Posiblemente el médico de primaria, que da las recetas de continuidad de este producto, tiene otro estímulo distinto, con lo cual, el paciente pues, ve que hay una disociación entre lo que me receta el profesional del hospital especialista y lo que me receta pues el médico de atención primaria". (Directivo asistencial)

Ámbito interno de las organizaciones

Problemas con los mecanismos de coordinación

Mientras los directivos resaltan como una barrera a la coordinación el no compartir los sistemas de información entre niveles asistenciales y el que un nivel imponga a otro los criterios de derivación en coincidencia con los profesionales; los profesionales destacan como barrera el desconocimiento de los mecanismos de coordinación.

No compartir el sistema de información: Una parte de los directivos y sólo uno de los profesionales, estiman que cuando no se comparte el sistema de información con los otros niveles asistenciales, la coordinación de la información del paciente se hace más difícil puesto que la información se encuentra dispersa y se desconoce lo que han realizado los otros profesionales. *"La dispersión en documentación, en sistemas de información, que hace que no sepan los otros que están haciendo en otros ámbitos o que no tengan un feed back de las tareas realizadas, también lo dificultan" (Directivos asistenciales)*

Imponer los criterios de derivación: Imponer los criterios de derivación, en lugar de ser consensuados entre los profesionales de los niveles involucrados, es uno de los elementos que los profesionales, en mayor número que los directivos, identifican como barrera a la coordinación. Cuando los criterios de derivación son impuestos, se desconoce la opinión de los otros profesionales y las actividades que éstos podrían realizar llegando a pedir pautas que no podrían cumplirse. *"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". Analiza que es lo que ha pasado, ¿no? a lo mejor lo que tu dijiste es una cosa que no es viable, o a lo mejor lo dijiste de una forma que no era la adecuada, o a lo mejor no*

participaran ellos en el protocolo de esta enfermedad y ellos hacen lo que les da la gana y te lo envían igual que antes” (Profesional de atención especializada)

Desconocer los mecanismos: Uno de los profesionales hace alusión al desconocimiento de la existencia de los mecanismos de coordinación como factor obstaculizador de la misma. *“yo creo que una cosa que la hace difícil, a veces es el desconocimiento, el desconocimiento de los propios profesionales que a lo mejor no sabemos que dispositivos puede haber para facilitarnos esa propia coordinación”. 5:15. (Profesional de atención especializada.)*

Desconocer profesionales y actividad asistencial de otros niveles asistenciales

Algunos de los directivos y profesionales coinciden en que al desconocer la actividad asistencial que se lleva a cabo en los otros niveles asistenciales, se infravalora la actividad y no se prestarían los servicios de atención que podría requerir el paciente. *“Por desconocimiento, por ... yo creo que infravaloran los conocimientos, sobre todo por desconocimientos. Porque hay quien se piensa que aquí, no sé, lavamos vestimos a los enfermos y los tenemos bien posadets, bien arregladets, ¿no? cuando se esta haciendo otra cosa muy diferente... hay muchos de estos pacientes de cirugía, de trauma, de urgencias, que necesitarían una atención sociosanitaria y que esto no se detecta; y en primaria lo mismo, porque sabemos que primaria abarca mucho pero, yo no me puedo creer que sepan absolutamente de todo”(Profesional de atención sociosanitaria)*

También coinciden en considerar que el desconocer a los profesionales de los otros niveles asistenciales afecta la relación entre los profesionales y se hace difícil consensuar con ellos. *“Si yo no conozco a los médicos a los cuales yo les estoy derivando, difícilmente me puedo coordinar con ellos” (Directivo asistencial)*

Condiciones de trabajo

Los informantes están de acuerdo en resaltar problemas del ámbito laboral que podrían repercutir negativamente en la coordinación asistencial. Elementos en que coinciden directivos y profesionales son la diferencia entre convenios y la limitación de recursos, ya sean físicos o humanos.

Diferencias en convenios laborales: La *diferencia entre convenios* laborales al interior de una misma empresa representa que algunos profesionales tengan horarios, salarios e incentivos diferentes, lo cual, según los informantes, crea un ambiente laboral que dificulta la coordinación asistencial. *También existe, hay un problema de índole laboral; es decir, nosotros trabajamos en una organización que tiene un solo NIF ahora ... pero tenemos tres convenios diferentes, tenemos horarios diferentes, cobramos diferente, tenemos un sistema de incentivación diferente ... eso es un problema ... yo pienso que el clima laboral es un tema muy importante ... o sea, cosas que dificultan, ¿no? El clima laboral, en ese caso. (profesional de atención especializada)*

Falta de recursos: Aunque los informantes coinciden en mencionar la falta de recursos físicos, la falta de tiempo y falta de personal sanitario como barreras a la coordinación asistencial, los profesionales además relacionan la falta de tiempo con la presión asistencial.

Directivos y profesionales consideran que la *falta de recursos físicos*, impide que puedan realizarse actividades correspondientes al nivel de atención donde se solicitan. *“que muchas veces se nos pide cosas a la primaria o nosotros le pedimos cosas al hospital, que no hay el recurso para llevarla a término. Por ejemplo, si hiciéramos una derivación a dermatología y dijéramos “no, no. las verrugas de éstas de este género no hay que tratarlas en el especialista, tiene que ser la primaria” nosotros no tenemos el nitrógeno líquido para quemarlo; pues este es un ejemplo, hay un tema de recursos, ... Pero es otro problema que condiciona la coordinación asistencial” (directivo asistencial)*

La *falta de tiempo* de los profesionales impide que se realicen actividades relacionadas con la coordinación entre niveles como reuniones de grupos de trabajo o las sesiones entre especialistas y médicos de atención primaria; este hecho lo justifican los

profesionales con la *presión asistencial*, ya que la mayor parte del horario laboral esta dedicado a la asistencia. *“entonces llega un punto que, que no tienes ese tiempo para poderte comunicar con ... aquello que dices, bueno, tendría que comentar esto con el especialista, o dejo esto para comentar con sanidad, entonces lo vas dejando para última hora y a veces te ves agobiada, para eso es para lo que necesitas tiempo” (profesional de atención primaria)*

Profesionales y directivos consideran también la falta de profesionales asistenciales como uno de los factores que dificultan la coordinación asistencial. De acuerdo con los informantes, debido a la falta de especialistas no se pueden realizar algunas de las sesiones entre profesionales o se dejan de prestar servicios a los usuarios. *“un brutal déficit de profesionales sanitarios para algunas especialidades y esto hace que, le doy un ejemplo clarísimo, estamos buscando un oftalmólogo, desesperadamente, desde hace varios meses y hasta el día de hoy, esperemos que la cosa mejore, pero hasta el día de hoy ha sido imposible, pero imposible, absolutamente; con lo cual, a veces, ni aportando el dinero que lo haría posible, es este momento es posible, por el déficit de especialistas que hay en el mercado. A pesar de todo, ya le he dicho que intentamos favorecerlo (se refiere a las sesiones entre profesionales)” (Directivo asistencial)*

Resistencia al cambio

Directivos y profesionales coinciden en afirmar que la gente es resistente a los cambios cuando cambia considerablemente la manera de trabajar ya que prefieren realizar la atención asistencial como la han realizado hasta el momento. *“Las cosas no se pueden hacer de un día por otro, cuando en realidad ... o sea, la forma natural de trabajar de la mayoría de los profesionales es en base a lo que han aprendido, no en base a aprender a hacerlo de otra manera. La mayoría de gente intenta resolver las cosas tal como las aprendió, o tal como se lo enseñaron a hacerlas o tal como se han hecho toda la vida.” (Directivo asistencial).* La resistencia a los cambios, en muchas ocasiones, ha generado que la atención a los pacientes sea fragmentada dado que cada profesional se ocupa de resolver lo que le corresponde sin hablar con los otros niveles o interesarse por lo que sería mejor para el otro. Esta fragmentación dificulta la relación, la comunicación entre los niveles y establece luchas de poder sobre el paciente. *“a ver, primero, la resistencia de las personas a cambios. Aquí, en el hospital,*

en primaria... la cosa que te parece de que lo tuyo es lo bueno, ¿no? Desde primaria parece que el control del paciente sea de ellos, desde el hospital, según que especialidades, parece que sean como superiores a atención primaria; un poco, estas actitudes, ¿no?, de los profesionales, de que uno le parece que tiene el control, uno le parece que el paciente es suyo, otro le parece que sabe mas ... cambios que hay que hacer, que nos cuestan a todos." (profesional de atención socisanitaria)

Exceso de directivos

Uno de los directivos comenta como el tener muchos jefes confunde a los profesionales por no saber a quien dirigirse, llegando finalmente a obstaculizar la coordinación entre los profesionales. *"Es decir, hay muchas cabezas, entonces dificulta que la gente se posicione, " a ver, esto hacia donde?, esto a quien compete?" porque ya sabemos que todo compete a todos pero al final, al final del hilo quien esta, ¿no?"* (Directivo no asistencial)

Algunos de los directivos también comentan que directivos con diferentes cargos no diferencian entre sus funciones llegando a mezclar las actividades que debe desarrollar en uno o en otro cargo. *"compaginar jefes de servicio y jefe de ámbito, en algunos momentos esto, ha dado un... como no saber ...a ver. No saber muy bien definir que papel, ¿no? Sí que tenías muy claro que hablas proceso pero, a veces se mezclaba."* (Directivo asistencial)

Distancia geográfica entre centros

Los informantes coinciden en afirmar que la distancia geográfica entre los centros dificulta la coordinación asistencial, básicamente, por el tiempo que ocupan los profesionales en desplazarse de un centro a otro para realizar reuniones o encuentros entre ellos. *"organizar una reunión, con una dispersión geográfica tan grande, y esto a veces resulta complicado".* (Profesional de atención primaria)

Tabla 10. Ejemplos de discurso de la categoría "elementos del ámbito interno que dificultan la coordinación asistencial"

Elementos del ámbito interno que dificultan la coordinación	Grupos de informantes	
	Directivos	Profesionales
Problemas con los mecanismos de coordinación	<p>No compartir el sistema de información <i>"y sobre todo el problema que yo creo que hay es que los sistemas de información son muy heterogéneos o inexistentes y entonces has de crear muchísima infraestructura y has de saltar muchísimos obstáculos ... Pero claro, si no tienes un mismo sistema de información, tu tampoco puedes enviar información de un paciente a otro profesional por correo electrónico, por la confidencialidad"</i>(Directivo asistencial)</p>	<p>No compartir el sistema de información <i>"A veces hay pacientes que están ingresados, que tomas decisiones importantes y no tienes toda la información aquí. Mas que nada, el problema yo lo veo de tener la información clínica, la historia clínica y la información que tiene uno o que tiene otro que decir, no haya una facilidad de acceso"</i> (profesional de atención especializada)</p>
	<p>Imponer criterios de derivación <i>"Muchas veces cada uno miramos nuestra parcela y decimos "pues a mi me interesaría que el paciente me viniera con esto, con esto y con esto y cuando te lo mando te lo mandaré con esto" pero, a veces no preguntamos a la caja de abajo o la de arriba, ¿no? según donde estemos en la cadena"</i> (directivo asistencial)</p>	<p>Imponer criterios de derivación <i>"quiero decir, que a veces no es un consenso sino que viene una de las partes y te explica lo que hay que hacer, ¿no? pero la otra parte también tendría que poder decirlo, ¿no?"</i> (profesional de atención primaria)</p>
	<p>Desconocer a los profesionales y actividad asistencial de los otros niveles <i>que no sepamos en un sitio, qué son o qué es lo que nos ofrecen los otros a nosotros, ¿no? y, que si yo no sé que oferta tengo del hospital de agudos, o no sé que oferta tengo de atención primaria, o ellos no saben la oferta que tienen del centro sociosanitario, ¡pues hombre! esto obviamente, dificulta el que nos</i></p>	<p>Desconocer a los profesionales y actividad asistencial de los otros niveles <i>"Y supongo que otras veces, también puede ser que sea desconocimiento, ¿no? puede ocurrir que una persona no sepa exactamente cual es labor de atención primaria, podría ocurrir"</i> (profesional de atención primaria)</p>

	<i>podamos, nos podemos coordinar" (directivo asistencial)</i>	
Condiciones de trabajo	<i>"Es decir, conviven aún, tres convenios diferentes, laborales, ¿no? entonces, esto, a veces, para los profesionales de a pie, les cuesta entender que somos una única empresa, cuando el trato laboral es distinto, ¿no? entonces, esto a veces, es una dificultad, ¿no?" (directivo asistencial)</i>	<i>"Parece mentira, pero probablemente para hacer un cambio de éstas características, necesitas tener un clima laboral bueno, porque yo creo que el clima laboral dificulta bastante la integración" (profesional de atención especializada)</i>
Falta de recursos	<i>"la mayoría de los médicos, sobre todo los especialistas, no tienen recursos suficientes para hacerse cargo del proceso asistencial en su totalidad" (directivo asistencial)</i>	<i>"necesitaríamos muchas mas camas de sociosanitario, hay muchos enfermos que están esperando el recurso, ¿no?" (profesional de atención sociosanitaria)</i>
Resistencia al cambio	<i>"Aún hay un estamento muy importante de cirujanos que no lo comprenden así pero, ¡vamos!, ya estamos haciendo, es trabajo un poco de educación, porque creemos que realmente es lo que la hace mas rentable para el enfermo" (directivo asistencial)</i>	<i>Muchas veces sobre todo esto, con personas mas mayores: "ahora a mi que me van a decir, de trabajar así en equipo y comentarlo todo. Venga, venga". Esto es una forma de pensar que todavía hay bastante gente que lo piensa" (profesional de atención primaria)</i>

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN

En cuanto a las estrategias para mejorar la coordinación, directivos y profesionales coinciden en tres de las estrategias: la formación del personal de salud, el aumento de recursos humanos y algunos mecanismos de coordinación. Luego se encuentra variedad en las propuestas de uno y otro grupo de informantes. Los directivos, por su parte, proponen mejorar la difusión de la información al interior de las organizaciones. De otro lado, los profesionales consideran la creación de una ventana única para la atención de los usuario y un sistema de calidad total. Tabla 10 y 11

Tabla. 11 Estrategias para mejorar la coordinación asistencial

Estrategias para mejorar la coordinación	Grupo de informantes	
	Directivos	profesionales
Introducción de mecanismos de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información <ul style="list-style-type: none"> ○ Informatización de la historia clínica ○ HC única para todos los niveles ▪ Directivo integrador ▪ Sistema experto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de información <ul style="list-style-type: none"> ○ Alertas sobre el proceso del paciente ▪ Profesional de enlace ▪ Sistema experto ▪ GPC y protocolos
Aumento de personal médico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para disponer de mas tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para disponer de mas tiempo
Continuar con las estrategias implantadas y mejorarlas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica informatizada ▪ Objetivos transversales 	
Formación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a los profesionales frente a las ventajas de la coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en equipo y habilidades de comunicación
Información oportuna y clara para los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información oportuna y clara para todos los profesionales 	
Ventanilla única		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventanilla única de atención al paciente - usuario
Modelo de calidad		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de calidad (FQM)

Introducción de mecanismos de coordinación

Directivos y profesionales proponen diferentes instrumentos de la base de adaptación mutua, normalización de proceso y habilidades del trabajador.

Dispositivos de enlace: Algunos de los informantes proponen dispositivos de enlace como estrategias para mejorar la coordinación asistencial. Mientras los directivos plantean la introducción de un *directivo integrador* que dirija todos los aspectos relacionados con coordinación asistencial en la organización, *“Yo creo que sí, que 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" (Directivo asistencial); los profesionales manifiestan la necesidad de un profesional de enlace que sirva de interlocutor y facilite la comunicación entre los niveles asistenciales "si no te puedes conocer todos, probablemente tiene que haber de cada servicio o de cada unidad o de cada ... pues debería haber como alguien que ejerciese un poco de maestro de ceremonias o de enlace con los otros servicios"(profesional de atención especializada de agudos);

Sistema de información: En cuanto a los sistemas de información, profesionales y directivos también tienen diferencias en el tipo de instrumento que consideran necesario para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Los directivos proponen la *informatización de la historia clínica* y otros añaden el que dicha historia sea única para todos los niveles asistenciales *"Yo creo que esto, con la historia informatizada y compartida desde primaria, hospital sociosanitario, facilitaría, facilitaría mucho."* (Directivo asistencial). Por su parte, algunos de los profesionales proponen desarrollar en la historia clínica informatizada un sistema de alertas en el que el médico de cabecera o la enfermera reciban información sobre el proceso del paciente. *"sería sencillo que el de cabecera o la enfermera, sabe que ese enfermo ha sido dado de alta, entra dentro de la aplicación informática que esta toda la información del enfermo, siempre y cuando salvaguardando la intimidad, esto mediante procesos que aseguren y salven la intimidad y la confidencialidad del enfermo, pero que sea rápido, un acceso rápido"* (Profesional de atención especializada)

Guías de práctica clínica y protocolos: Algunos de los profesionales proponen la implementación de *vías clínicas o protocolos* para que cada profesional tenga claro su papel en cada patología *"yo creo que los protocolos; sobre todo trabajar las patologías a nivel de protocolo y tener claro en todas las patologías, los pasos que hay a seguir. Los protocolos"* (Profesional de atención primaria)

Sistema experto: Algunos de los directivos y uno de los profesionales están de acuerdo en mencionar el *sistema experto* o sesiones clínicas entre profesionales de atención primaria y atención especializada como mecanismo para mejorar la coordinación. *"yo pienso que es sentarse el médico de atención primaria y especialista y si hay varios especialistas, ... con los del hospital y decir "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. Y garantizar que en un periodo equis de tiempo pues este solucionado el tema del paciente". (Directivo asistencial). El sistema experto, algunos de los informantes lo plantean, además, como estrategia para conocer a los profesionales y servicios de los otros niveles asistenciales con el fin de conocer otras realidades y mejorar las derivaciones entre niveles. "Pues lo mismo se me ocurre pues, el circuito de, ... yo que sé, pues el circuito a urgencias, de conocer que médicos están en urgencias porque si los conoces personalmente, si ellos saben nuestra realidad pues puedes entender que les lleves un enfermo, a lo mejor de 84 años." (Profesional de atención sociosanitaria)

Difusión de los mecanismos de coordinación: Dar a conocer los mecanismos nuevos y recordar los ya implementados con el fin de aumentar su uso entre los profesionales, es otra de las estrategias planteadas por uno de los profesionales "yo creo que es importante que los profesionales conozcan esos dispositivos de coordinación que ya existen y que posiblemente pueden existir otros" (Profesional de atención especializada)

Aumento de profesionales

Directivos y profesionales coinciden en que se requiere del aumento de personal sanitario, principalmente médicos, para mejorar la coordinación, ya que con el aumento de personal dispondrían de mas tiempo para la actividades que implican la coordinación. "Mas gente ... Si hubiera mas gente, dispondríamos de mas tiempo, podríamos hacer mas sesiones, mas trabajos, coordinarnos mas, hacer mas ... es que el tiempo y la presión asistencial es importante" (Profesional de atención primaria)

Mejorar las estrategias implantadas

Algunos de los directivos sugieren continuar con las estrategias que ya se han implementado en la organización e imprimirles pequeños cambios para mejorarlas. Las estrategias destacadas por ellos son, la historia clínica única y compartida entre niveles asistenciales de la organización y el uso de nuevas tecnologías. "Yo creo que las estrategias que se han seguido aquí con una puesta muy fuerte en lo que es las nuevas tecnologías y en facilitar en que haya un dossier clínico único, compartido y

utilizable y consultable por todos los agentes del sistema entiendo que es un elemento claro en la historia y que necesita, digamos continuar, ¿no?” (Directivo asistencial). Uno de ellos, habla de la integración de servicios y el tener objetivos transversales para toda la organización. *“Nosotros creemos que para llegar a una buena coordinación, has de hacer integración, romper la idea de que son dos ámbitos distintos, buscar un marco mas grande de manera que, todos seamos lo mismo, ¿no? y eso es la estrategia” (Directivo asistencial)*

Formación

Profesionales y directivos están de acuerdo en proponer la formación como estrategia para mejorar la coordinación, aunque presentan diferencias en los temas que proponen. Los directivos consideran que la formación debe realizarse enfocada hacia la sensibilización de los profesionales frente a las ventajas para el paciente de una atención coordinada y sobre la puesta en marcha de nuevos mecanismos de coordinación. *“capacitados, mas que el saber coordinarse ... 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, pa' arriba, pa' bajo, pa' un lado, pa' otro” (directivo asistencial).* Los profesionales sugieren formar al personal en trabajo en equipo y habilidades de comunicación con los pacientes y con los otros profesionales. *“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?”(profesional de atención especializada).*

Difusión de la información

Algunos de los directivos también resaltan la necesidad de garantizar que todo tipo de información generada al interior de la organización llegue de forma oportuna y clara a cada uno de los profesionales de la misma. *“ Yo creo que lo fundamental, es garantizar esto, intentar que la información, llegue absolutamente a todos los profesionales, independientemente donde estén.” (Directivo asistencial)*

Ventanilla única

Uno de los profesionales propone la creación de una ventanilla única a través de la cual se facilite al paciente la solicitud de visitas y pruebas complementarias. *“sería, yo para mí, sería tener el paciente tiene un problema, pues entra en esa puerta, en esa puerta que le den, visita para una cosa, visita para otra, visita para otra y que no tuviera que ir peregrinando por todo el hospital”*(Profesional de atención especializada de agudos)

Implementar modelo de calidad

Otra de las estrategias propuestas por uno de los profesionales, es la implementación del modelo de calidad total en el que, según el informante, encajaría mejor la coordinación asistencial por su orientación hacia una cultura de liderazgo y los resultados. *“el FQM, o bueno, la cultura de calidad total, es una cultura que esta orientada hacia a, a varios parámetros, ¿no? Entonces, entre estos parámetros esta pues, cultura de liderazgo, ... bueno, una serie de cosas, una cultura de hacia unos resultados, si los resultados son, resultados en las personas, es decir, en el cliente externo, los resultados en el cliente externo, que serian los trabajadores, resultados en la sociedad y resultados clave”*. (Profesional de atención primaria)

Tabla 12. Ejemplos de discurso de la categoría “Estrategias para mejorar la coordinación”

Estrategias para mejorar la coordinación asistencial	Grupos de informantes	
	Directivos	Profesionales
Introducir mecanismos de coordinación	<i>“que dentro de unos años, posiblemente ésta analítica del hospital, ... se ha de integrar directamente en nuestra historia clínica”</i> (directivo asistencial)	<i>“si por ejemplo, yo estoy rellenando un protocolo de un paciente, y quiero que ese protocolo lo conozca otro médico o enfermero de otro centro, que se pudiera transmitir la información, ...de tal manera que saliera el informe casi hecho al final”</i> (profesional de atención primaria)
Aumento de personal médico - mas tiempo	<i>“hemos hecho inversión en la plantilla facultativos, mas de los que necesitamos, porque</i>	<i>“Quizás disponer de más tiempo libre y no tanta presión asistencial, facilitaría la</i>

	<i>incorporamos un mes de rotatorio de todos los médicos de primaria y del hospital" (directivo no asistencial)</i>	<i>coordinación, o facilitaria que quieras comentar pacientes" (profesional de atención primaria)</i>
Continuar con las estrategias implantadas y mejorarlas	<i>bueno, seguramente, tendríamos que imprimir mas calidad a las que ya estamos haciendo. Es decir, tampoco te puedes inventar allí hacer cosas muy distintas, solamente deberíamos, ya te digo, imprimir más calidad, ¿no? (Directivo no asistencial)</i>	
Formación	<i>"Pues seguramente si tuviéramos la capacidad de montar pues ... un outdoor training durante tres días en el que pudiéramos meter ... allí se generarían, estoy segurísima, cantidad de... sinergias que seguro, revierten clarísimamente en el ámbito profesional, luego ya tienes ahí, claro, un eslabón puesto entre las personas que esto es básico" (directivo asistencial)</i>	<i>"Es importante que las personas sepan también como comunicarse. Hay actitudes que son propias pero, hay que se aprenden, ¿no? Un poco de cómo comunicarse con los pacientes pero también, con el resto de profesionales. Técnicas de comunicación, técnicas de relación" (profesional de atención socio sanitaria)</i>

Discusión

En las organizaciones analizadas, los resultados muestran la opinión de directivos y profesionales sobre diferentes aspectos de la coordinación asistencial. Como se expone en el marco teórico, en las organizaciones sanitarias integradas, la coordinación asistencial es el objetivo intermedio a través del cual se busca la eficiencia global en la provisión y la continuidad en la atención(70).

A lo largo del análisis de los resultados puede observarse como la comunicación y el acceso a la información son elementos que aparecen de manera implícita en algunas de las categorías como elementos facilitadores de la coordinación, elementos que la dificultan y estrategias para mejorar la coordinación asistencial. Según Longest y Joung(18) la coordinación y la comunicación son estrategias estrechamente relacionadas, a través de las cuales los directivos conectan varias personas y diferentes unidades dentro de la organización. Si los vínculos no son efectivos, las unidades que unen los mecanismos pueden ser aisladas y fragmentar la asistencia.

Concepto de coordinación asistencial

En la definición sobre coordinación asistencial que hacen directivos y profesionales, existen coincidencias en los elementos utilizados para definir este concepto y diferencias en el tipo de discurso utilizado por cada grupo: mientras los profesionales definen coordinación con una teoría mas elaborada, los directivos lo hacen basándose en la práctica profesional. También se encuentran elementos de la definición de coordinación asistencial dada por directivos y profesionales que son destacados por Starfield(13), como es la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial, aspecto denominado por los informantes *acuerdo entre profesionales o niveles asistenciales*.

Otro de los elementos utilizados por los directivos para definir la coordinación asistencial es *asegurar la atención del paciente en el lugar adecuado*. Gillies et.al. al hablar de integración hace una clasificación en la que contempla la integración clínica, la cual define como el punto en el cual los servicios de atención al paciente están coordinados a través de varias funciones, actividades y unidades operativas de un sistema(71). Este tipo de integración es considerada como la mas importante puesto

que significa que la organización esta en capacidad de proveer atención efectiva de calidad, centrada en el paciente. Estas características de efectividad y eficiencia son justamente las que resaltan los directivos en su definición; los profesionales por su parte, hacen el énfasis en la importancia de centrar la atención en las necesidades del paciente.

- Definición de starfield sobre longitudinalidad

Opinión sobre coordinación asistencial

En cuanto a la opinión de directivos y profesionales sobre la coordinación asistencial, también se encuentran algunas coincidencias, principalmente, en los ítems de mayor citación entre los informantes; uno de ellos es la diferencia de criterios dadas las condiciones de médicos y enfermeras de los diferentes niveles asistenciales. Sobre este mismo aspecto Alfaro et al.(72) añade a la dificultad que supone el entendimiento de dos niveles de atención, con gestiones distintas del paciente, el considerar que en sólo uno de los niveles es donde realmente se encuentra la ciencia. Las organizaciones integradas, por requerir algún grado de coordinación a lo largo de las funciones y procesos, ineludiblemente debe plantear el trabajo de grupos interdisciplinarios e interniveles, comunicación y coordinación entre otras estrategias(73) lo cual implica el entendimiento entre los niveles asistenciales, salvando prejuicios sobre las diferencias entre niveles asistenciales.

Pese a la existencia de diferentes mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en cada una de las organizaciones analizadas,

Existe mucha coincidencia en las opiniones de profesionales y directivos sobre la coordinación asistencial y los elementos que la facilitan y la dificultan.

Los informantes consideran necesaria la coordinación fundamentalmente porque contribuye a mejorar el acceso y la eficiencia global. Llama la atención que no se refieran a la mejora de la continuidad asistencial y de la calidad.

Opinión sobre los mecanismos de coordinación

- Directivos y profesionales reconocen la importancia de la utilización de diferentes mecanismos e instrumentos para la coordinación asistencial. Destacan principalmente los mecanismos basados en la adaptación mutua: comunicación entre niveles, el sistema de información, e-mail. Y señalan las guías en la medida que aportan elementos de consenso entre niveles y profesionales en la atención a los pacientes.
- La falta de utilización, la baja difusión y conocimiento de los mecanismos de coordinación, señalada por los informantes, y la percepción de “imposición” por parte de los profesionales, cuestiona la forma cómo se implementaron.

Elementos que facilitan la coordinación asistencial

Es frecuente en los últimos años la elaboración de protocolos de carácter internivel, con participación de colectivos profesionales pertenecientes a diferentes niveles asistenciales y categorías. Sin embargo, su traslado a la práctica clínica suele ser escasa, poco homogénea y dispersa.(74)

- Sistema de información compartido

Igualmente, la incorporación de las tecnologías de la información pueden hacer posible cuestiones de una obviedad meridiana como es la necesidad de contar con información que pueda ser compartida entre las diferentes personas que intervienen en la asistencia a un ciudadano(74).

Con la normalización se alcanza la coordinación especificando de antemano los procesos de trabajo, los resultados o las habilidades requeridas para realizar el trabajo. Mientras que en la adaptación mutua se consigue la coordinación del trabajo a través de la comunicación informal entre quienes realizan las acciones, que además ejercen el control de las mismas(70). En las organizaciones también se han implementado mecanismos de coordinación de unidades y de actividades como son la normalización y la adaptación mutua los cuales han citado tanto como facilitadores, barreras de la coordinación, como estrategias para la mejora de la misma

La retroalimentación de la información sobre la calidad de la atención produce efectos diversos en función de la edad del médico (los médicos en formación son más receptivos), del canal de comunicación (la comunicación personal es más efectiva), del transmisor de la información (un líder de opinión respetado por los profesionales) y de la credibilidad de la información (información basada en la evidencia)(48;49).

Uno de los factores facilitadores de la coordinación asistencial, según los directivos, es el tamaño de la empresa puesto que cuando la empresa es pequeña se favorece su manejo y la coordinación asistencial en ella. De acuerdo con Mintzber(75) el incremento del tamaño de las empresas introduce problemas de integración de actividades, como consecuencia de las divisiones del trabajo y la especialización, siendo necesario el uso de mecanismos de coordinación mas formalizados.

Estructura organizativa como uno de los elementos facilitadores de la coordinación, aspecto que resaltan principalmente los directivos

De los elementos internos que facilitan la coordinación, aparte de los mecanismos de coordinación, los actores destacan especialmente los objetivos comunes, la cultura, y la estructura organizativa. Pero, en relación a esta, mientras los directivos señalan la gestión integrada e integración en una sola empresa como facilitador, los profesionales sólo mencionan el directivo de enlace.

- Es básico conocer lo que ofertan los otros niveles asistenciales, el desconocimiento crea barreras en la coordinación

The managers we interviewed wanted to find ways for the NP to fit into the team. They observed that positive working relationship were developed between physicians and Nurse Practitioner (NPs) and these resulted in good coordination in accomplishing work(76)

Elementos que dificultan la coordinación asistencial

Uno de los elementos del entorno que dificulta la coordinación asistencial, según los entrevistados, es el sistema de pago utilizado actualmente, ya que el sistema de pago incentiva la productividad en atención especializada. Los sistemas de pago

tradicionales que se aplican de manera independiente para cada nivel asistencial -pago por acto, por actividad o presupuesto- desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales(70).

- Exceso de directivos como barrera a la coordinación y confusión de roles
- El sistema sanitario catalán no favorece la coordinación entre atención primaria y hospital = opinión contraria al discurso
- La cultura organizativa, segmentada por niveles asistenciales, y el bajo nivel de mecanismos efectivamente implantados parecen ser las principales barreras internas de la coordinación, según los entrevistados. Destacan la presión asistencial y la falta de recursos como un factor que dificulta la utilización de mecanismos de coordinación.

La diversidad en la titularidad en la provisión, entre los elementos externos que los directivos señalan como dificultadores de la coordinación. Sugiere la necesidad de plantearse la coordinación como un proceso territorial, más allá del ámbito interno de la institución.

Estrategias para mejorar la coordinación

Debe avanzarse hacia el establecimiento de un sistema que permita a los facultativos responsables de la atención de un paciente, en cualquiera de los niveles asistenciales, el acceso a las pruebas diagnósticas ya realizadas, evitando la duplicación innecesaria de las exploraciones y técnicas de estudio clínico

La falta de información clínica sobre un paciente que esta siendo coatendido por diferentes facultativos supone, sobre todo, merma en la calidad asistencial, pero también uso inadecuado de recursos, de molestias para el paciente y desmotivación para los profesionales

- Algunas de las estrategias que proponen unas OSIs, ya ha sido implementadas en otras.
- Los directivos proponen continuar con las estrategias ya implementadas y mejorarlas

Bibliografía

- (1) Saltman RB, Figueres J. Analyzing the evidence on european health care reforms. *Health Affairs* 1998;17(2):85-108.
- (2) WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- (3) Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria* 2002;29(8):502-6.
- (4) Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 349-57.
- (5) Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializa: el reto permanente. *Cuadernos de gestión* 2002;8(4):159-66.
- (6) Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. In: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier; 2003. p. 169-90.
- (7) Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev* 1994;19(3):7-20.
- (8) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
- (9) Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine* 1994;39(10):1405-12.
- (10) Mayolas E, Vargas I. *La Sanitat en Catalunya: situació actual i perspectives de futur*. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona; 2003. p. 279-95.
- (11) Vázquez ML, Vargás I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitaria integradas. Una guía para el análisis. *Rev Esp salud Pública* 2005;79:633-43.
- (12) Vázquez ML, Vargás I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2007.
- (13) Starfield B.H. Coordinación de la Atención de Salud. *Atención Primaria* 2002;233-65.
- (14) Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2002;327(7425):1219-21.

- (15) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erikson D, Mitchell J. Remaking health care in America. Building organized delivery systems. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 2000.
- (16) Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract* 2002 Jul;52(480):545-8.
- (17) Reid RJ., Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare, Final Report. Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- (18) Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny AD, editors. Health care management. Organization design and behavior. 4 ed. Albany, NY: Delmar; 2000. p. 210-43.
- (19) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Management Review* 1999;26(2):401-10.
- (20) Morell Bernabé JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. 2003.
- (21) Afaro Latorre M, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria.; 2002. p. 240-60.
- (22) Agúndez Basterra, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre 2000.
- (23) Alonso Fernández M, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002.
- (24) Alonso Pérez de Agreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(2):122-30.
- (25) Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Atención Primaria* 1996;17(4):239-40.
- (26) Contel Segura JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria* 2002;29(8):502-6.
- (27) Ortún Rubio V. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson; 1998. p. 349-57.
- (28) Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud* 2002;44:1-2.

- (29) Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria 2002;8(4):159-66.
- (30) Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. Tesina para optar al título de mÁster en Salud Pública. 2004.
- (31) Kreling B, Carmel M. Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide the development of measures. U S Department of Health and Human Services 2000.
- (32) Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. Cuadernos de Gestión 2001;7(2):59-64.
- (33) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hosp Health Serv Adm 1993;38(4):447-66.
- (34) Gillies RR, Shortell SM, ADA, MJB, & Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration 38[4], 467-489. 1993.
- (35) Simoes S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. 1999.
- (36) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. Hosp Health Netw 1996 Mar 20;70(6):43-4, 46, 48.
- (37) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. Med Care Rev 1998;45:177-214.
- (38) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? Health Aff (Millwood) 1996;15(1):100-3.
- (39) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. Health Care Manage Rev 1990;15(4):9-22.
- (40) Galbraith J. Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
- (41) Lorenz AD, Mauksch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. Primary Care 1999;26(2):401-10.
- (42) Starfield B. Coordinación de la atención en salud. Atención Primaria.Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
- (43) Mickan S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. Aust Health Rev 2000;22(3):201-8.
- (44) Hickman M, Drummond N, Grimshaw JM. A taxonomy of shared care for chronic disease. J PublHealth Med 1994;16(4):447-54.

- (45) Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell S.M., Kaluzny A., editors. Health care management. 4^a ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
- (46) Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1988.
- (47) Terraza R, Vasgas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit 2006;20(6):485-95.
- (48) Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank Quarterly 1996;74(4).
- (49) Grol R. Improving the quality of medical care. JAMA 2004;286(20):2578-85.
- (50) Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió; 2002.
- (51) Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior. Medical Care 2001;39(8 (Supplement 2)):II-2-II-45.
- (52) Johnston M.E, Langton K.B, Haynes R.B, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome. A critical appraisal of research. Ann Intern Med 1994;120:135-42.
- (53) Plocher DW, Wilson WL, Lutz JA, Huston A. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers; 2001.
- (54) Smith JE. Case Management: A Literature Review. Canadian Journal of Nursing Administration 1998;May-June:93-109.
- (55) Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. Family practice 1996;13(3):264-79.
- (56) Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A. 2002. Barcelona, CHC Consultoria i Gestió.
- (57) Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarsen: Elsevier; 2003. p. 169-90.
- (58) Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000 Feb 26;320(7234):569-72.
- (59) Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. BMJ 1998;317:122-5.
- (60) Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. J Mental Health Policy Econ 2000;3:69-75.

- (61) Jones A. Managed care strategy for mental health services. *Br J Nurs* 1997;6(10):564-8.
- (62) Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev* 2000;23(1):179-92.
- (63) Liberman RP, Hilty DM, Drake RE, Tsang HWH. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services* 2001;52:1331-42.
- (64) McClaran J, Lam Z, Snell L, Franco E. The importance of the case management approach: perceptions of multidisciplinary team members. *J Case Manag* 1998;7(3):117-26.
- (65) Heno D, Coderch J. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. In: Vázquez ML, Vagdas I, editors. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de caso*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2007.
- (66) Heno D, Llopart JR. Badalona Serveis Assistencials. In: Vázquez ML, Vagdas I, editors. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de caso*. Barcelona: Consorci hospitalari de Catalunya CHC; 2007.
- (67) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs Winter*, 46-64. 1994.
- (68) Kilbridge PM. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Healthc Financ Manage* 1998 Jun;52(6):31-3.
- (69) Vázquez ML (coord.), Ferreira MR, Mogollón AS, Fernández MJ, Delgado ME, Vagdas I. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. 2006. Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona. Cursos GRAAL.
- (70) Vázquez ML, Vagdas I, Terraza R, Pizarro V. Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). In: Vázquez ML, Vagdas I, editors. *Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña*. Barcelona: 2006.
- (71) Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration* 1993;38(4):467-89.
- (72) Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. V. *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.
- (73) Shortell SM, Kaluzny AD. Organization theory and health services management. In: Shortell SM, Kaluzny AD, editors. *Health Care management*. Albany, N.Y.: Delmar; 2000. p. 4-33.

- (74) Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:232-3.
- (75) Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel; 1988.
- (76) Reay T, Golden-Bliddle K, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management* 2003;11:396-403.

ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA: DIRECTIVOS DE LAS OSI

Fecha:	Lugar de la entrevista:
Hora de inicio de la entrevista:	Hora de finalización:
Nombre:	
Edad:	Profesión:
Cargo:	Tiempo en el cargo:
Tiempo trabajando en la OSI	

Coordinación asistencial

Concepto y opinión sobre coordinación asistencial
Elementos que facilitan y dificultan la coordinación asistencial
Coordinación asistencial en la OSI
Opinión sobre la coordinación de la atención al paciente entre servicios y entre niveles
Opinión sobre actuación de los niveles asistenciales en la atención de los pacientes
Transmisión de la información clínica entre niveles
Opinión sobre la comunicación con los profesionales de otros niveles
Trabajo en equipo: cómo se desarrolla y opinión
Colaboración en los grupos de trabajo
Estrategias para mejorar la coordinación
Integración de los centros – coordinación asistencial
Coordinación con otros proveedores de salud de la zona
Actividades de formación

Cultura de la OSI y sus unidades operativas

Proceso de definición de la misión, objetivos y estrategias de la OSI (participantes)
Opinión sobre el proceso
Proceso de divulgación y opinión sobre el proceso
Conocimiento sobre misión, objetivos y estrategias de la OSI
Opinión sobre lo que debería ser la misión, objetivos y estrategias de la OSI
Cambios a la misión, visión y objetivos de la OSI
Medidas para corregir desviaciones en la OSI

Opinión sobre objetivos de las UO y objetivos de los profesionales

Criterios para medir resultados de las UO

Opinión sobre el sistema de incentivos

¿dónde trabaja? ¿con cuál entidad se siente mas identificad@?

GUÍA DE ENTREVISTA: PERSONAL DE SALUD Y PROFESIONALES DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS

Fecha:	Lugar de la entrevista:
Hora de inicio de la entrevista:	Hora de finalización:
Nombre:	
Edad:	Profesión:
Cargo:	Tiempo en el cargo:
Tiempo trabajando en la OSI	

Coordinación asistencial

Concepto y opinión sobre coordinación asistencial

Elementos que facilitan y dificultan la coordinación asistencial

Coordinación asistencial en la OSI

¿cómo se coordinan los niveles asistenciales que intervienen en el proceso?

Opinión sobre la coordinación de la atención al paciente entre servicios y entre niveles

Opinión sobre actuación de los niveles asistenciales en la atención de los pacientes

Transmisión de la información clínica entre niveles

Opinión sobre la comunicación con los profesionales de otros niveles

¿cómo es la comunicación entre los profesionales que intervienen en este proceso?

Trabajo en equipo: cómo se desarrolla y opinión

Colaboración en los grupos de trabajo

Estrategias para mejorar la coordinación

Integración de los centros – coordinación asistencial

Coordinación con otros proveedores de salud de la zona

Actividades de formación

Mecanismos de coordinación

Conocimiento y opinión sobre los mecanismos para coordinar la atención en la OSI

Opinión sobre como contribuyen los mecanismo a la coordinación de la atención

Elementos que facilitan y dificultan la utilización de estos mecanismos

¿qué elementos facilitan la coordinación en el proceso?

Mejoras a los mecanismos de coordinación asistencial

Cultura de la OSI y sus unidades operativas

Proceso de divulgación y opinión sobre el proceso

Conocimiento sobre misión, objetivos y estrategias de la OSI

Opinión sobre lo que debería ser la misión, objetivos y estrategias de la OSI

Cambios a la misión, visión y objetivos de la OSI

Medidas para corregir desviaciones en la OSI

Opinión sobre objetivos de las UO y objetivos de los profesionales

Criterios para medir resultados de las UO

Opinión sobre el sistema de incentivos

¿dónde trabaja? ¿con cuál entidad se siente mas identificad@?