

4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5): 46-64.
 5. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2007.
 6. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71: 83-96.
 7. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona (Bogotá) 1999.
 8. 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): 447-466.
-

Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: Un estudio de caso en Colombia

Factors that difficult coordination among care levels: A case study in Colombia

Ana María Barragán¹, Amparo Mogollón¹, Sandra Liliana López¹, Sandra Carolina Valencia¹, Natalia Morales¹,
Mónica Pinilla¹, Virginia García¹, Luis Fernando Rodríguez¹, Ingrid Vargas², María Rejane Ferreira³,
Jean Pierre Unger⁴, Pierre de Paepe⁴, María Luisa Vázquez²

RESUMEN

La coordinación asistencial es la concertación de diferentes actividades que son requeridas para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial. Se desarrolló un estudio cualitativo para identificar los principales factores que dificultan la coordinación asistencial. Se realizó análisis narrativo del contenido de 32 entrevistas semiestructuradas, desarrolladas a informantes clave de una Empresa Promotora de Salud del régimen Subsidiado. A nivel interno surgen como barreras, las fallas en la comunicación y bajo nivel de colaboración entre profesionales, inadecuadas condiciones de trabajo y problemas para implementar mecanismos de programación. A nivel externo, se destacan fallas en las políticas de regulación de los procesos de contratación asegurador-prestador, de los mecanismos de coordinación y una pobre visión de la atención integral en salud. La existencia de estas barreras desarrollan pérdida de continuidad en la prestación de servicios de salud, requiriéndose la implementación efectiva de mecanismos de coordinación entre los niveles asistenciales. *Salud UIS* 2011; 43(1): 77-79

Palabras clave: Prestación integrada de atención de salud, investigación sobre servicios de salud, niveles de atención de salud, investigación cualitativa

1. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

2. Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud, Consorcio de Salud y Social de Cataluña, Barcelona, España.

3. Universidade de Pernambuco (UPE) y el Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Brasil.

4. Unidad de Gestión y Política Pública, Departamento de Salud Pública, Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica.

Correspondencia: Amparo Mogollón, Fisioterapeuta, PhD. Salud Pública, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario, Carrera 24 N° 63 C-69, Bogotá, Colombia, Teléfono: 3474570 Extensión 394, E-mail: amparo.mogollon@urosario.edu.co

Recibido: 1 de mayo de 2010 - **Aceptado:** 30 de junio de 2010

ABSTRACT

Care coordination is the agreement of diverse activities requested to attend a patient along care continuum. A narrative analysis of contentment was developed to 32 semi-structured interviews, applied to key informants intentional Selected from a subsidized HCN. Internally arises as barriers, failures in communication and lack of collaboration among professionals, inadequate work conditions and deficiencies in programming mechanisms implementation. External barriers were related with deficient national politics to regulate care provider-insurer contracting, coordination mechanisms and poor view of integrated health. These barriers break the continuity in health care provision. Effective implementation of care coordination is requested among different levels of care. *Salud UIS 2011; 43(1): 77-79*

Keyword: Delivery of health care, integrated, health services research, health care levels, qualitative research

INTRODUCCIÓN

La coordinación asistencial es la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial¹. La coordinación asistencial entre niveles asistenciales se clasifica en dos categorías para su comprensión y estudio la coordinación de información y la coordinación de gestión². La primera categoría hace referencia a la transferencia y utilización de la información clínica en la atención de un paciente, mientras que la segunda, propende por el seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro, encontrándose asociado a la existencia de objetivos de tratamiento similares entre los profesionales de atención básica y especializada.

Para que exista coordinación debe darse una interdependencia a nivel interno (intra-organizacional), como a nivel externo (inter-organizacional)². Las deficiencias en alguna de éstas áreas, permite la generación de barreras para la coordinación que se traducen en fallas en la atención del paciente.

Aunque la coordinación ha sido poco evaluada, la mayoría de los instrumentos desarrollados se dirigen a identificar solo alguna de sus dimensiones de forma cuantitativa³ y se describen pocas aproximaciones cualitativas⁴, requiriéndose el desarrollo de proyectos de

investigación que aborden la visión de distintos actores involucrados en la prestación de servicios de salud frente a su problemática. El objetivo del estudio fue identificar las barreras internas y externas de una red de prestadores de servicios de salud que dificultan la coordinación asistencial.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa descriptiva, que a partir de un estudio de caso^{5,6}, recolectó información para proveer entendimiento de la visión multidimensional de los actores de una red integrada de servicios de salud de una Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado. Se realizó un muestreo teórico⁷ de informantes diferenciados en: gestores de aseguradora (n = 4), gestores de los proveedores (n = 3), profesionales de salud (n = 19), personal administrativo (n = 6). Se hizo un análisis narrativo de contenido con generación de categorías y segmentación por temas de las entrevistas individuales semiestructuradas⁸, es decir con el uso de una guía de entrevista. Ésta exploró conceptos y opiniones sobre la coordinación asistencial, factores que la facilitan o la dificultan, propuestas de mejora y opiniones sobre la coordinación con otros proveedores de salud del territorio. Además, se exploraron los mecanismos de coordinación utilizados en la organización⁹.

Resúmenes del Congreso

RESULTADOS

Los resultados de las opiniones de los actores, muestran la existencia de barreras internas y externas para la coordinación asistencial. Dentro de los factores internos se destacan (I) fallas en la comunicación entre profesionales relacionadas con deficientes sistemas de transmisión de la información clínica entre niveles, (II) inadecuadas condiciones de trabajo, que conllevan a sobrecarga laboral y falta de continuidad en los contratos laborales, (III) ausencia de valores hacia la colaboración entre los profesionales de la salud y (IV) falta de adherencia a los principales mecanismos de programación establecidos tales como guías de práctica clínica y circuitos de contrarreferencia. Dentro de los determinantes externos de la coordinación, fueron identificadas (I) fallas en la implementación de políticas gubernamentales que regulen los procesos de contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, (II) ausencia de una política de atención integral no fragmentada para los usuarios y (III) carencia de mecanismos regulatorios frente al uso de guías de práctica clínica a nivel nacional.

CONCLUSIÓN

Consistente con hallazgos internacionales, la existencia de estas barreras se refleja en una pérdida de la continuidad en la prestación de los servicios de salud. De allí que el reconocimiento de estas fallas y la introducción de estrategias de seguimiento en las políticas del sector salud, así como la implementación efectiva de los mecanismos de coordinación a nivel institucional, favorecerá la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por el Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea. Grant Agreement N° 223123.

CONFLICTO DE INTERES

Declaramos que no existen conflictos de interés en el presente estudio.

REFERENCIAS

1. Starfield BH. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield BH, editor. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2002: pp. 233-65.
2. Longest, B. B. & Young G.J. 2006, "Coordination and communication," en Health care management, 5th ed, S. M. Shortell & A. D. Kaluzny, eds., Delmar, NY, pp. 237-275.
3. Reid RJ., Haggerty J, & McKendry R 2002, Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare, Final Report, Canadian Health Services Research Foundation.
4. Bell, R. 1996, "Continuity of care: were we providing continuity of care for our clients?," Perspectives., Vol. 20, N°. 4, pp. 17-20.
5. Depoy E, Gitlin L. Introduction to research. Multiple strategies for Health and Human Services. London: Mosby; 1994.
6. Yin RK. Case study research. Design and methods. Second Edition ed. London: SAGE; 1994.
7. Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fdez. Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
8. Patton Q. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.
9. Henao D. La coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas. Tesina. Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.