

Introducción y Objetivo

La falta de coordinación entre niveles de atención es uno de los principales obstáculos para conseguir resultados efectivos en la atención en salud en México y en América Latina y como consecuencia disminuye la calidad de la atención, propicia la duplicación y el uso inadecuado de servicios resultando más evidente en el cuidado de pacientes crónicos que requieren la coordinación de múltiples profesionales de la salud y niveles de tratamiento específicos.

La transición demográfica y epidemiológica y el consecuente incremento de estas enfermedades hacen necesario analizar los factores que facilitan y dificultan la coordinación, con el fin de generar evidencia para la formulación de políticas públicas que favorezcan la relación armónica entre los diferentes servicios necesarios para la atención del paciente, garantizando la continuidad del tratamiento sin interrupciones ni conflictos. El objetivo del estudio fue explorar la percepción y experiencias de los

profesionales y directivos de los servicios de salud sobre la coordinación de la atención entre niveles y los factores que influyen en las redes de salud que atienden a población urbana sin seguridad social en Veracruz.

Metodología

Estudio cualitativo, a través de entrevistas individuales semiestructuradas apoyadas en guías previamente diseñadas, lo que permitió abordar los significados que los profesionales y directivos le dan a la coordinación entre niveles de atención. Se realizó una muestra teórica en dos etapas: primero, se seleccionaron dos redes de servicios de salud comparables en el Edo. de Veracruz y las principales unidades médicas que en cada una de ellas se relacionan para brindar atención médica a la población bajo su responsabilidad, tabla 1.

Tabla 1. Unidades médicas seleccionadas en las redes de servicios de salud a población sin seguridad social en el municipio de Xalapa y de Veracruz

Red	Nivel de complejidad	Centros de salud y Hospitales
Xalapa	I nivel	7 Centros de Salud
	Nivel intermedio entre I y II nivel	Unidad de Especialidades Médicas
	II/III nivel	Hospital General Luis F Nachón Centro de Especialidades Médicas
Veracruz	I nivel	15 Centros de Salud
	II/III nivel	Hospital General de Tarimoya Hospital Regional de Veracruz

Fuente: Dirección de Planeación SESVER

En la segunda etapa se seleccionaron los informantes para cada red, los criterios de inclusión fueron: ser personal directivo o de salud en contacto directo con pacientes y/o involucrado en la coordinación de la atención, tener más de seis meses de labores en el cargo, para médicos especialistas atender a pacientes con enfermedades crónicas, como criterios de variedad máxima del discurso fueron la red en la que participaban y el sexo del informante. El total de entrevistas fueron 28 en la Red de Xalapa y 25 en Veracruz, tabla 2.

Tabla 2. Composición de la muestra de informantes para el análisis de la coordinación de la atención entre niveles.

Informantes	Red Xalapa			Red Veracruz			Total		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
Médicos I nivel	7	2	9	3	3	6	10	5	15
Médicos II/III nivel	2	3	5	0	6	6	2	9	11
Mandos intermedios /directivos	3	3	6	4	2	6	7	5	12
Personal administrativo, de enfermería y trabajo social	5	3	8	6	1	7	11	4	15
Total	17	11	28	13	12	25	30	23	53

Fuente: Dirección de Planeación SESVER

Para realizar el análisis de contenido se generaron categorías y subcategorías, a partir de las guías de entrevistas elaboradas, las más significativas fueron:

CATEGORÍA 1. Opinión sobre la coordinación entre niveles de atención

Subcategorías 1. Eficiente, deficiente,

CATEGORÍA 2. Mecanismos de coordinación identificados

Subcategorías 2. Gestión clínica, transferencia de información y administrativa.

CATEGORÍA 3. Factores que facilitan o dificultan la coordinación entre niveles de atención

Subcategorías 3. Factores estructurales del sistema, organizativo y, relacionados con los profesionales.

En la fase de análisis, se clasificó y sistematizó la información, con apoyo del software Atlas-ti, buscando patrones convergentes y se procedió a describir los resultados más significativos que representaron una saturación en el discurso.

Resultados

Los resultados en ambas redes fueron similares, y no se encontró diferencia significativa por la posición de los informantes desde una perspectiva de género, sin embargo, en general se percibe a la coordinación asistencial como deficiente, principalmente por la escasa contrarreferencia y su oportunidad como mecanismo de gestión clínica, los largos tiempos de espera para acceder a la consulta de especialidad, el exceso de "papeles" que deben llenar los médicos generales y la escasa o nula comunicación entre ellos y los médicos especialistas.

Los aspectos que se ubican como eficientes son la atención de pacientes a través de urgencias y la realización de auxiliares de diagnóstico siempre y cuando el equipo funcione y existan los insumos necesarios para su procesamiento.

El principal mecanismo de coordinación identificado es el de referencia y contrarreferencia (RyCR) y lo ubican como mecanismo de gestión clínica, transferencia de información y coordinación administrativa.

Ante la escasa contrarreferencia, los médicos generales, identificaron al propio paciente como mecanismo de coordinación.

De manera menos clara identifican también a las reuniones de comités RyCR como otro mecanismo de coordinación, pero lo perciben contundentemente como ineficiente.

"... bueno que llegue el paciente con contrarreferencia no..., pasan a la dirección y de ahí nos dicen: -Éste es tu rollo de contrarreferencias, mételas al expediente-"

(IP1-06)

"Desafortunadamente no siempre recibimos la contrarreferencia, muchas veces la información la tenemos del paciente que regresa y ya nos dice qué fue lo que ocurrió en el segundo nivel"

(IP2-10)

"Este tipo de reuniones a veces resultan terapéuticas, más que nada para el personal porque empiezan a quejarse.... Bueno se acabó la reunión fue muy productiva muchas gracias, y eso es todo, no hay una minuta, no hay una toma de acuerdos y si llega a haber una toma de acuerdos es entre las personas que en realidad no participan" (en la atención)

(CP1-05)

"Pues yo creo que lo que le va a decir todo mundo: - Referimos y no nos viene el regreso-, nunca nos mandan las contrarreferencias..., creo que las únicas contrarreferencias que podemos llegar a tener exitosas y eso en un porcentaje son las embarazadas por la situación de muertes maternas y mayor vigilancia, creo que son las únicas que si nos regresan."

(ID-02)

Fueron pocos los factores que se identificaron como facilitadores de la coordinación asistencial, destacando la existencia y conocimiento del procedimiento de RyCR, pero se perciben múltiples factores que la dificultan, entre los que destacan los siguientes:

Factores estructurales del sistema.

- Falta de personal, lo que genera saturación de la demanda principalmente en los hospitales,
- Falta de mantenimiento de equipo y de insumos médicos, lo que interrumpe la continuidad de la atención y condiciona la misma a la capacidad de pago del paciente.

"...¿Y todo eso qué nos dice? Que no están funcionando ¿Por qué? por dos razones principalmente. Uno, falta de personal en todos los niveles que afecta directamente la atención y dos, falta de tecnología o de insumos."

(ID-08)

Factores organizativos.

- Exceso de formatos a llenar por los médicos restando tiempo a la consulta.

"No es suficiente (refiriéndose al tiempo de consulta) por tanta papelería que tenemos, luego nos ponemos a llenar formatos y estamos platicando con el paciente y estamos escribiendo y escribiendo al paciente no lo volteamos ni a ver, sobre todo cuando es ingreso..., 20 minutos para conocerlo y hacer todo su diagnóstico son insuficientes"

(IP1-06)

"Lo que no funciona el exceso de trámite"

(IP1-01)

- Falta de automatización de procesos de registro de datos y obtención de información clínica y administrativa, así como falta de equipo de cómputo.

"Sí, bueno, a mí me pasa algo, yo no tengo computadora en mi consultorio"

(IP1-10)

Factores relacionados con los profesionales.

- Percepción de los médicos generales de una falta de confianza de los especialistas respecto de su capacidad profesional, dificultando la continuidad de la atención, el seguimiento clínico y la transferencia y uso de la información clínica.

"¿Existimos los médicos de primer nivel para ellos?... yo creo que no ¿eh?" (risas)

(IP1-07)

lo que pasa es que el especialista es intocable, o sea es lo máximo, él acepta a quien quiere, para él nuestro diagnóstico no vale."

(CP1-06)

- Referencias de primer nivel deficientemente sustentadas.

"De las referencias que llegan a este hospital 4 se justifican y 6 no, eso da sobre saturación en este nivel y prolongación de los diferimientos"

(ID-08)

"O sea diagnósticos sin revisar el paciente y yo sí les contestaba: pónganse a estudiar, revisen al paciente, lo primordial hay que revisar al paciente"

(CP2-02)

Como propuestas de mejora de la coordinación, diversos informantes reconocen que debe haber un mayor reconocimiento mutuo entre los profesionales de los distintos niveles de atención sobre el trabajo de unos y otros y que se deben realizar estrategias de capacitación donde se permita el fortalecimiento de los vínculos entre ellos. Se considera necesario incrementar la infraestructura y el personal.

"...yo creo que se resumen en dos cosas, en comunicación y recursos."

(CD-06)

"Si, hay muchas estrategias que se podrían implementar, una de ellas es darle al médico los recursos, segundo la capacitación, hacerle ver al médico que la información también es importante, no solo el tratamiento."

(CD-06)

- Retención de pacientes por los especialistas debido a la facilidad que les genera la atención a pacientes en citas subsecuentes comparadas con las de primera vez, lo que agrava la saturación de servicios hospitalarios.

"...te vas a revisar los pacientes que están agendados y muchos son subsecuentes..., nosotros al hacer una referencia, también pedimos una contra referencia, cuando el paciente está dado de alta lo pueden contra referir y regresarlo a su centro de salud y ya no llenar la consulta del especialista de puras citas subsecuentes, para que le den un medicamento que va a tomarlo de por vida."

(ID-05)



"...Pues sería conveniente valorar si la cantidad de especialistas son los que realmente cubren"

(IP1-07)

"... Que los mismos médicos de los hospitales nos capaciten a los médicos de los Centros de Salud que es lo que ellos necesitan para considerar a una buena referencia, porque para cada patología pues debemos tocar diferentes puntos en la referencia...."

(IP1-01)

"Considero que es más bien la cantidad de personal que no podemos cubrir las necesidades de la población. Analizar un poquito más lo que son los diferimientos de consulta, por los tiempos prolongados que se están teniendo y también la parte de los insumos."

(IP1-01)

Conclusiones

El principal mecanismo de coordinación entre los niveles de atención es la RyCR, sin que se reconozcan otros mecanismos de coordinación como: reuniones de comités RyCR, enlaces de unidades y Jurisdicción Sanitaria, capacitaciones, Guía de práctica clínica, Norma Oficial Mexicana, Catálogo Universal de Servicios de Salud, supervisión de directivos o equipos zonales, Manual de RyCR, circuitos definidos por la regionalización entre centro de salud y hospitales, mecanismos informales basados en los vínculos entre profesionales y, finalmente, a los pacientes, quienes son usados como mecanismo de coordinación. Existe sensibilidad entre profesionales de la salud y directivos sobre la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles de atención, lo que genera las condiciones para diseñar políticas públicas que favorezcan la relación armónica entre los diferentes servicios. Se pueden destacar propuestas para avanzar en una política de coordinación entre niveles de atención realizadas por los profesionales como: el mejoramiento de la planificación a nivel estatal, correlacionando la demanda real de servicios, aumentada por el Seguro Popular; mejorar la eficacia de las reuniones de RyCR democratizándolas, enfocarse en la solución de problemas y no en quien cometió el error, y divulgar mejor sus conclusiones; crear estrategias para que los médicos de distintos niveles se conozcan, identifiquen sus realidades y puedan reconciliar su terapéutica; las capacitaciones deberían fortalecerse, formalizarse y planearse mejor, dirigirse más a temas prácticos, donde los especialistas y médicos generales aprendan mutuamente y donde las patologías crónico-degenerativas sean centrales; y, finalmente, fortalecer la supervisión.

Bibliografía

- Henao D, Vázquez M, Vargas I, Coderch J, Colomès L, Valls J, et al. Opinión de directivos y profesionales sobre los mecanismos de coordinación de las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña. GacSanit. 2009; 21(Supl 2): 34.
- Starfield B. Coordinación asistencial en salud. In: Starfield B, editor. Atención primaria. --- Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
- Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. [Coordination among healthcare levels: systematization of tools and measures]. Gac Sanit. 2006; 20(6): 485-95.
- Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. [Implementation of coordination of care mechanisms in Integrated Health care Networks (IHN)]. Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), editor. 2011.
- Young G, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Handerson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. Health Serv Res. 1998; 33: 1211-36.