

Original

Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica



Andrea Miranda-Mendizábal^a, Ingrid Vargas^{a,*}, Amparo-Susana Mogollón-Pérez^b, Pamela Eguiguren^c, Marina Ferreira de Medeiros Mendes^d, Julieta López^e, Fernando Bertolotto^f, Delia Amarilla^g y María-Luisa Vázquez Navarrete^a, por Equity-LA II

^a Servei d'Estudis i Prospectives en Politiques de Salut, Grup de Recerca en Politiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España

^b Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^c Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

^d Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil

^e Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Veracruz, México

^f Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

^g Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de julio de 2018

Aceptado el 23 de septiembre de 2018

On-line el 19 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Coordinación asistencial

Mecanismos de coordinación clínica

Atención primaria de salud

Prestación integrada de atención de salud

Latinoamérica

R E S U M E N

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento y uso, y las características del uso, de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en redes de servicios de salud de seis países de Latinoamérica. **Método:** Estudio transversal mediante encuesta, usando el cuestionario COORDENA[®], a médicos de atención primaria y especializada (tamaño estimado: 348 médicos/país) de redes sanitarias públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay (mayo-octubre 2015). Variables analizadas: conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la información (hoja de referencia/contrarreferencia-interconsulta [HRCR], informe de alta hospitalaria, teléfono, correo electrónico) y de la gestión clínica (guías de práctica clínica y reuniones conjuntas). Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: El conocimiento de los mecanismos de coordinación de la información es alto en ambos niveles de atención en las redes analizadas, así como también el uso de la HRCR. Existe mayor variabilidad en el envío del informe de alta hospitalaria (del 40,0% en Brasil al 79,4% en México) y, excepto en Argentina, destaca su baja recepción por los médicos de atención primaria (12,3% en Colombia y 55,1% en Uruguay). En cambio, el conocimiento de los mecanismos de coordinación de la gestión clínica es limitado, en especial entre los médicos de atención especializada. Llama la atención la alta adherencia a las guías de práctica clínica (del 83,1% en México al 96,8% en Brasil), mientras que la participación en reuniones conjuntas varía ampliamente (del 23,7% en Chile al 76,2% en Brasil). Las dificultades para la utilización de los mecanismos se refieren a factores estructurales y organizativos.

Conclusiones: El conocimiento y el uso limitados de los mecanismos de coordinación parecen reflejar su escasa difusión e implementación. Son necesarias estrategias que promuevan su uso, interviniendo sobre los factores determinantes.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America

A B S T R A C T

Objective: To analyze the level of knowledge and use, and the characteristics of use, of care coordination mechanisms in public healthcare networks of six Latin America countries.

Method: Cross-sectional study based on a survey using the COORDENA[®] questionnaire with primary and secondary care doctors (348 doctors/country) of public healthcare networks in Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Uruguay (May–October 2015). Analyzed variables: degree of knowledge and use of information coordination (referral/reply letter, discharge report, phone, e-mail) and of clinical management coordination (shared clinical guidelines, joint meetings) mechanisms. Descriptive analyses were conducted.

Results: Knowledge of clinical information coordination mechanisms was high in both care levels and analyzed networks as was the use of referral/reply letter. There was greater variability in the use of discharge reports (from 40.0% in Brazil to 79.4% in Mexico) and, except for Argentina, a low reception

Keywords:

Clinical coordination

Clinical coordination mechanisms

Primary health care

Integrated health care

Latin America

* Autora para correspondència.

Correo electrónico: lvargas@consorci.org (I. Vargas).

reported by primary care doctors stands out (12.3% in Colombia and 55.1% in Uruguay). In contrast, knowledge of clinical management coordination mechanisms was limited, especially among secondary care doctors. It is noteworthy, however, that adherence to clinical guidelines was high (from 83.1% in Mexico to 96.8% in Brazil), while participation in joint meetings varied widely (from 23.7% in Chile to 76.2% in Brazil). The difficulties reported in the use of the mechanisms are related to structural and organizational factors.

Conclusions: The limited knowledge and use of coordination mechanisms shows insufficient diffusion and implementation. Strategies to increase its use are needed, including the related factors.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En Latinoamérica, la fragmentación de los servicios de salud se considera uno de los principales obstáculos para proporcionar una atención de calidad, produciendo también ineficiencias en los sistemas de salud. Esto ha generado una variedad de respuestas: desde la promoción de redes integradas de servicios de salud por gobiernos nacionales y organismos internacionales hasta la implementación de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en el marco de una política nacional o por iniciativa de los servicios de salud¹.

Estos mecanismos se introducen para coordinar las funciones de dirección y apoyo en la red asistencial o el acceso de los pacientes entre niveles (coordinación administrativa), y para compartir información del paciente o asegurar que la atención se provee de forma coherente, complementaria y secuencial (coordinación clínica)². Para mejorar la coordinación clínica se puede optar por mecanismos basados en la programación o de estandarización de habilidades (sesiones clínicas conjuntas), de procesos (guías compartidas de práctica clínica) o de resultados, o por mecanismos basados en la retroalimentación, de comunicación e intercambio de información entre profesionales (hoja de referencia/contrarreferencia-interconsulta [HRCR], informe de alta hospitalaria/epicrisis, teléfono o correo electrónico, entre otros)³. Aunque no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación y su selección depende de las actividades a coordinar y recursos disponibles, su existencia y uso adecuado son fundamentales para mejorar la coordinación clínica entre niveles de atención⁴.

A pesar de tener sistemas de salud diferentes⁵, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay comparten el contar con subsistemas de salud públicos dirigidos a la población de menor renta o sin seguridad social, que promueven una organización de la atención basada en la atención primaria como puerta de entrada y coordinadora de la atención a lo largo del continuo asistencial⁶. Todos, excepto Argentina y Uruguay, han introducido normativas para regular el uso de la HRCR⁷. Algunos han desarrollado políticas nacionales que promueven el uso de guías de práctica clínica, como Brasil⁸, Chile⁹ y México^{10,11} (este último también normas [Normas Oficiales Mexicanas NOM]¹²) y en menor medida estrategias de sistema experto (como el apoyo matricial en Brasil¹³).

Las evaluaciones de los mecanismos de coordinación clínica en Latinoamérica son escasas y suelen centrarse en un mecanismo, generalmente la hoja de referencia⁷ y en ocasiones guías de práctica clínica^{14–16} o sistema experto¹⁷. Los estudios sobre otros mecanismos, como informe de alta, teléfono o reuniones de capacitación conjuntas, son limitados¹⁸. Poco se conoce sobre los elementos relacionados con la utilización, como las barreras percibidas. En contextos donde existe mayor implementación de estas estrategias (países de renta alta)^{19,20}, las evaluaciones sobre su uso por parte de los profesionales, los factores asociados y su contribución a la mejora de la coordinación y la calidad asistencial son también muy escasas. El objetivo del artículo, que parte de un estudio más

amplio^{2,5,7}, es analizar el nivel de conocimiento y uso, y las características de uso, de los mecanismos de coordinación clínica en redes de servicios de salud públicas de seis países de Latinoamérica.

Método

Diseño del estudio

Estudio transversal basado en una encuesta (cuestionario COORDENA[®]) a médicos de atención primaria y especializada de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. El área de estudio en cada país estaba compuesta por dos redes de servicios de salud públicas², seleccionadas aplicando los siguientes criterios: 1) provisión de un continuo de servicios entre atención primaria y atención especializada; 2) población definida; 3) áreas urbanas de nivel socioeconómico bajo-medio bajo; y 4) voluntad de participar.

Población de estudio y muestra

La población de estudio estaba constituida por médicos de atención primaria y especializada cuya práctica diaria conllevara el contacto con médicos del otro nivel (p. ej., a través de la interconsulta) y con antigüedad en la red mayor de 3 meses. Se estimó un tamaño de muestra de 348 médicos por país (174 en cada red de estudio) para asegurar la detección de una diferencia del 15% en el conocimiento y el uso de los mecanismos entre redes. Se calculó para un 80% de potencia estadística y un nivel de confianza del 95%. La selección se hizo a partir de la lista de médicos por centro. La participación de los profesionales en la encuesta fue voluntaria. El porcentaje que rechazó participar osciló entre el 2,65% en Colombia y el 7,6% en Uruguay.

Recogida de datos

Se realizó de mayo a octubre de 2015 (en Uruguay hasta mayo de 2016) mediante la aplicación presencial del cuestionario COORDENA[®] (www.equity-la.eu), previamente adaptado y pilotado en cada país. El cuestionario incluye apartados sobre la percepción general y la experiencia de coordinación clínica entre niveles de atención, sobre conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación clínica, y factores asociados. Se adaptó teniendo en cuenta las características de las redes de estudio, y específicamente los mecanismos de coordinación clínica existentes en cada una (apartados que analiza este artículo). Los detalles sobre el diseño, la estructura, la adaptación y la validación del cuestionario ya han sido publicados previamente^{5,7}.

Variables de estudio

Las variables analizadas fueron el nivel de conocimiento, la frecuencia, la finalidad y las dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación de información clínica (de retroalimentación: HRCR, informe de alta hospitalaria [epicrisis], teléfono y correo

Tabla 1
Descripción de las preguntas del cuestionario COORDENA® utilizadas para evaluar las variables de estudio

Variable/pregunta ^a	Categorías de respuesta ^b
Conocimiento del mecanismo de coordinación	
¿Qué mecanismos o herramientas de coordinación entre niveles de atención existen en su red?	
Hoja de referencia/contrarreferencia	Sí/No
Informe de alta hospitalaria	Sí/No
Normas, guías de práctica clínica compartidas/criterios de derivación	Sí/No
Reuniones conjuntas entre médicos de atención primaria y especializada	Sí/No
Consultorías o consultas conjuntas entre niveles de atención	Sí/No
Teléfono institucional	Sí/No
Correo electrónico institucional	Sí/No
Otro	Especificar
Nivel de uso de mecanismos	
¿Con qué frecuencia utiliza la hoja de referencia (médicos de atención primaria) o contrarreferencia (médicos de atención especializada)?	Siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces, nunca
¿Con qué frecuencia recibe un informe de alta hospitalaria? (médicos de atención primaria)	
¿Con qué frecuencia envía un informe de alta hospitalaria? (médicos de atención especializada)	
¿Sigue las recomendaciones de normas, guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención o criterios de derivación existentes?	
¿Con qué frecuencia participa en las reuniones conjuntas entre médicos de atención primaria y especializada?	
Características de uso	
<i>Informe de alta hospitalaria</i>	
¿Qué información recibe habitualmente en el informe de alta hospitalaria?	Diagnóstico Motivo de hospitalización, indicaciones para el seguimiento, tratamiento farmacológico, resultados de estudios, intervenciones realizadas, ninguna, otra información (especificar)
¿Recibe la información del informe de alta hospitalaria en un tiempo útil para la toma de decisiones sobre la atención del paciente?	Siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces, nunca
<i>Normas/guías de práctica clínica compartidas/criterios de derivación</i>	
¿Cree que se elaboran teniendo en cuenta el punto de vista de los médicos de los distintos niveles de atención?	Siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces, nunca
¿Ha participado alguna vez en una capacitación sobre su uso?	Sí/No
<i>Reuniones de capacitación/consultorías conjuntas entre niveles de atención</i>	
¿Qué le parece el contenido?	Muy adecuado, adecuado, indiferente, poco adecuado, nada adecuado, muy pocas veces, nunca
Finalidad de uso	
¿Para qué los utiliza (mecanismo de coordinación, excepto reuniones conjuntas)?	Respuesta abierta
¿Para qué se utilizan las reuniones conjuntas entre médicos de atención primaria y especializada?	
Dificultades de uso	
¿Detecta dificultades en la utilización de (mecanismo de coordinación)?	Sí/No
¿Qué dificultades?	Respuesta abierta

^a Las preguntas se adaptaron según el lenguaje de cada país.

^b Todas las respuestas cerradas incluyeron la categoría de respuesta «No sabe/no contesta».

electrónico institucionales; los dos primeros, mecanismos de comunicación formal, y los últimos, de comunicación directa [informal]) y de la gestión clínica (de estandarización de procesos: normas, guías de práctica clínica compartidas y criterios de derivación, y estandarización de habilidades, como reuniones de capacitación/consultorías conjuntas entre médicos de atención primaria y especializada) (tabla 1).

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estratificado por país y nivel de atención sobre el conocimiento, el nivel y la finalidad de uso de cada mecanismo de coordinación. En las preguntas abiertas (finalidad y dificultades de uso) se realizó un análisis de contenido para crear los códigos por país. El análisis de las características de uso del formulario de HRCR se ha expuesto ya en una publicación previa²¹. Se utilizó el software STATA v.15.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por los comités éticos de los países participantes. Todos los entrevistados firmaron un consentimiento

informado y podían retirarse del estudio en cualquier momento. Se garantizaron el anonimato, la confidencialidad y la protección de datos.

Resultados

Los nombres de los países se utilizan para referirse a las áreas de estudio, aunque los resultados no se pueden extrapolar al país.

La muestra final incluyó 2160 médicos de las redes analizadas en los seis países, la mayoría de atención especializada (63,4%). Destaca la alta proporción de médicos jóvenes (<36 años) en la muestra colombiana (52,1%) y de mayores de 50 años en México (51,5%); en el resto, la muestra se distribuye entre todos los grupos de edad. Asimismo, destaca el predominio de mujeres en Argentina (69,7%) y de hombres en Colombia (71%); la distribución por sexo es más equilibrada en el resto de los países. En Argentina, México y Uruguay, la mayoría había trabajado en sus centros más de 3 años; la mayor proporción de médicos trabajando hasta 1 año se encontraba en Chile y Colombia (33,6% y 33,1%, respectivamente). Colombia presenta el mayor porcentaje de médicos contratados más de 40 horas semanales (55,9%), y Uruguay el de menos de 20 horas

Tabla 2
Características de la muestra de estudio

	Argentina N = 350 n (%)	Brasil N = 381 n (%)	Chile N = 348 n (%)	Colombia N = 363 n (%)	México N = 365 n (%)	Uruguay N = 353 n (%)
Sexo						
Hombre	106 (30,3)	161 (42,3)	182 (52,3)	237 (71)	202 (55,3)	161 (45,6)
Mujer	244 (69,7)	220 (57,7)	166 (47,7)	126 (34,7)	163 (44,7)	191 (54,1)
Edad						
24-35 años	78 (22,3)	104 (27,3)	133 (38,2)	189 (52,1)	38 (10,4)	60 (17,0)
36-50 años	160 (45,7)	155 (40,7)	126 (36,2)	94 (25,9)	139 (38,1)	166 (47,0)
50-80 años	112 (32,0)	118 (31,0)	89 (25,6)	78 (21,5)	188 (51,5)	121 (34,3)
Nivel de atención						
Atención primaria	157 (44,9)	109 (28,6)	141 (40,5)	118 (32,5)	156 (42,7)	109 (30,9)
Atención especializada	193 (55,1)	272 (71,4)	207 (59,5)	245 (67,5)	209 (57,3)	244 (69,1)
Tiempo trabajando en el centro						
1 año	47 (13,4)	73 (19,2)	117 (33,6)	120 (33,1)	27 (7,4)	35 (9,9)
>1-3 años	61 (17,4)	112 (29,4)	61 (17,5)	98 (27,0)	40 (11,0)	54 (15,3)
>3 años	242 (69,1)	196 (51,4)	170 (48,9)	145 (39,9)	298 (81,6)	264 (74,8)
Tipo de contrato						
Estable	267 (77,0)	292 (76,6)	129 (37,7)	73 (20,5)	295 (81,0)	258 (73,1)
Temporal	80 (23,1)	89 (23,4)	213 (62,3)	283 (79,5)	69 (19,0)	83 (23,5)
Horas contratadas por semana						
<20	54 (15,4)	165 (43,3)	34 (9,8)	41 (11,3)	2 (0,6)	203 (57,5)
20-40	279 (79,7)	187 (49,1)	173 (49,7)	119 (32,8)	351 (96,2)	118 (33,4)
>40	17 (4,9)	29 (7,6)	141 (40,5)	203 (55,9)	12 (3,3)	32 (9,1)
Trabaja en el sector privado						
Sí	119 (34,0)	211 (55,4)	200 (57,5)	131 (36,1)	178 (48,8)	306 (86,7)
No	231 (66,0)	170 (44,6)	148 (42,5)	230 (63,4)	186 (51,0)	42 (11,9)
Tiempo por paciente						
Atención primaria:						
15 minutos o menos	68 (43,3)	54 (49,5)	103 (73,1)	6 (5,1)	9 (5,8)	88 (80,7)
Más de 15 minutos	89 (56,7)	55 (50,5)	38 (27,0)	112 (94,9)	145 (94,2)	19 (17,4)
Atención especializada:						
15 minutos o menos	102 (52,8)	215 (79,3)	123 (60,0)	75 (31,1)	37 (19,2)	198 (81,2)
Más de 15 minutos	64 (33,2)	56 (20,7)	82 (40,0)	166 (68,9)	156 (80,8)	46 (18,9)
Suficiente tiempo en consulta para coordinación clínica^a						
Sí	107 (30,6)	139 (36,5)	49 (14,1)	61 (16,8)	95 (26,0)	137 (38,8)
No	234 (66,9)	236 (61,9)	298 (85,6)	302 (83,2)	259 (71,0)	191 (54,1)
Conoce a los médicos del otro nivel^b						
Atención primaria	49 (31,2)	13 (11,9)	14 (9,9)	9 (7,6)	18 (11,5)	69 (63,3)
Atención especializada	65 (33,7)	29 (10,7)	19 (9,2)	17 (6,9)	24 (11,5)	180 (73,8)
Confía en las habilidades de los médicos del otro nivel^b						
Atención primaria	127 (80,9)	74 (67,9)	118 (83,7)	98 (83,0)	123 (78,8)	98 (89,9)
Atención especializada	139 (72,0)	123 (45,2)	64 (30,9)	106 (43,3)	59 (28,2)	191 (78,3)

^a Sí: siempre, muchas veces; No: a veces, muy pocas veces, nunca.

^b Se muestran los resultados del Sí.

semanales (57,5%). En todos los países, los médicos consideraron el tiempo para la coordinación clínica insuficiente, aunque con diferencias (del 54,1% en Uruguay al 85,6% en Chile). La gran mayoría refería no conocer a los médicos del otro nivel, excepto en Uruguay (atención primaria 63,3% y atención especializada 73,8%). No obstante, la mayoría confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel, con importantes diferencias entre países en atención especializada (del 28,2% en México al 78,3% en Uruguay) (tabla 2).

Conocimiento de los mecanismos para la coordinación clínica entre niveles asistenciales

El conocimiento de los mecanismos de coordinación de información clínica varió entre los distintos mecanismos. La gran mayoría de los médicos en las redes analizadas (atención primaria, 78% en Brasil y 100% en Chile y Colombia) conocía la HRCR, excepto los de atención especializada en Brasil y Uruguay (alrededor del 50,0%),

y también, aunque algo menos, el informe de alta hospitalaria, excepto los de atención primaria de Brasil (49%) y los de atención especializada de Uruguay (60,2%). En cambio, el conocimiento de los mecanismos institucionales de comunicación directa (informal), como el teléfono, era menor, excepto en Argentina (atención primaria 85% y atención especializada 88,5%) y Brasil (atención primaria 70,6%), y más bajo aún en el caso del correo electrónico institucional, excepto en atención primaria de Chile (71,6%) (tabla 3).

Los mecanismos de coordinación de la gestión clínica eran menos conocidos, excepto en las redes de México, en las que la mayoría conocían las guías de práctica clínica (85,2-91,7%), así como los médicos de atención primaria en Chile (86,5%), que además conocían las reuniones de capacitación conjunta y las consultorías entre niveles (83,7%). En general, el conocimiento de estos mecanismos era menor en atención especializada, excepto en Uruguay, donde era bajo en ambos niveles (12,8% y 3,7%) (tabla 4).

Tabla 3
Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la información según nivel de atención en redes de servicios de salud públicas de Latinoamérica

	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	AP N = 157 n (%)	AE N = 193 n (%)	AP N = 109 n (%)	AE N = 272 n (%)	AP N = 141 n (%)	AE N = 207 n (%)	AP N = 118 n (%)	AE N = 245 n (%)	AP N = 156 n (%)	AE N = 209 n (%)	AP N = 109 n (%)	AE N = 244 n (%)
<i>Referencia y contrarreferencia</i>												
Conoce el mecanismo	154 (98,1)	171 (88,6)	85 (78)	149 (54,8)	141 (100)	207 (100)	118 (100)	245 (100)	155 (99,4)	206 (98,6)	55 (50,5)	119 (48,8)
Uso frecuente ^a referencia (AP) /contrarreferencia (AE) ^b	138 (89,6)	137 (80,1)	73 (85,9)	101 (67,8)	134 (95,0)	122 (59,0)	115 (97,5)	205 (83,7)	143 (92,3)	119 (57,8)	49 (89,1)	94 (79,0)
<i>Finalidad de uso de la referencia (AP)/contra referencia (AE)^{c,d}</i>												
Enviar información al otro nivel	115 (63,2)	123 (63,1)	53 (53,5)	74 (48,1)	65 (34,9)	41 (19,6)	80 (54,4)	134 (46,5)	35 (19,9)	91 (31,0)	20 (31,3)	37 (32,5)
Derivar al otro nivel	48 (26,4)	28 (14,4)	26 (26,3)	40 (26,0)	67 (36,0)	22 (10,5)	36 (24,5)	84 (29,2)	132 (75,0)	86 (29,3)	23 (35,9)	35 (30,7)
Decidir la conducta a seguir	18 (9,9)		8 (8,1)		3 (1,6)		6 (4,1)		9 (5,1)		20 (31,3)	
Informar qué espera del especialista/solicitar exámenes	1 (0,5)				14 (7,5)							
Dar indicaciones de seguimiento		44 (22,6)		24 (15,6)		118 (56,5)		19 (6,6)		116 (39,5)		33 (28,9)
Conocer/confirmar diagnóstico			2 (2,0)	9 (5,8)	24 (12,9)	6 (2,9)						
Proceso administrativo/respaldo legal			7 (7,1)	4 (2,6)	13 (7,0)	17 (8,1)	25 (17,0)	51 (17,7)		1 (0,3)	1 (1,6)	9 (7,9)
Otros ^e			3 (3,0)	3 (1,9)		5 (2,4)						
<i>Informe de alta hospitalaria</i>												
Conoce el mecanismo	147 (93,6)	167 (86,5)	54 (49,5)	155 (57)	138 (97,9)	200 (96,6)	106 (89,8)	242 (98,8)	116 (74,4)	194 (92,8)	78 (71,6)	147 (60,2)
Uso frecuente ^{a,b,f}	103 (70,1)	70 (42,0)	28 (51,8)	62 (40,0)	53 (38,4)	130 (65,0)	13 (12,3)	162 (66,9)	40 (34,5)	154 (79,4)	43 (55,1)	63 (42,8)
<i>Finalidad de uso^{c,d}</i>												
Enviar/recibir información del otro nivel	138 (78,0)	140 (67,6)	44 (60,3)	120 (65,9)	123 (52,8)	146 (51,0)	83 (58,9)	169 (50,8)	82 (52,9)	133 (39,8)	34 (37,0)	87 (50,3)
Enviar/recibir recomendaciones seguimiento	34 (19,2)	43 (20,8)	24 (32,9)	46 (25,3)	86 (36,9)	64 (22,4)	17 (12,1)	27 (8,1)	68 (43,9)	116 (34,7)	45 (48,9)	46 (26,6)
Derivar al otro nivel/dar el alta	3 (1,7)	13 (6,3)			3 (1,3)	23 (8,0)	17 (12,1)	53 (15,9)		9 (2,7)	1 (1,1)	1 (0,6)
Dar información al paciente	2 (1,1)	11 (5,3)	5 (6,8)	11 (6,0)	2 (0,9)	26 (9,1)	7 (5,0)	36 (10,8)		58 (17,4)	3 (3,3)	7 (4,0)
Continuidad del tratamiento				4 (2,2)	14 (6,0)	10 (3,5)						
Proceso administrativo/respaldo legal				1 (0,5)	1 (0,4)	5 (1,7)	14 (9,9)	43 (12,9)	1 (0,6)	16 (4,8)	3 (3,3)	15 (8,7)
Otros ^e					4 (1,7)	12 (4,2)			4 (2,6)	2 (0,6)	4 (4,3)	15 (8,7)
<i>Teléfono</i>												
Conoce el teléfono institucional	139 (88,5)	164 (85)	77 (70,6)	144 (52,9)	96 (68,1)	132 (63,8)	75 (63,6)	160 (65,3)	69 (44,2)	114 (54,5)	69 (63,3)	154 (63,1)
Uso frecuente ^a (teléfono institucional o personal)	68 (43,3)	105 (54,4)	19 (17,4)	61 (22,4)	11 (7,8)	26 (12,6)	8 (6,8)	21 (8,6)	7 (4,5)	26 (12,4)	57 (52,3)	164 (67,2)
<i>Correo electrónico institucional</i>												
Conoce el mecanismo	76 (48,4)	49 (25,4)	g	g	101 (71,6)	110 (53,1)	78 (66,1)	159 (64,9)	33 (21,2)	42 (20,1)	24 (22,0)	47 (19,3)

AE: atención especializada; AP: atención primaria.

^a Frecuente: siempre + muchas veces.

^b Porcentaje calculado basándose en quienes conocen el mecanismo en cada nivel de atención.

^c Categorías ordenadas de acuerdo con los porcentajes de Argentina.

^d Porcentajes calculados basándose en el total de respuestas; múltiples respuestas posibles.

^e Referencia/contrarreferencia: aumenta la resolutivez, retroalimentar derivaciones. Informe de alta: mantener actualizada la ficha clínica, evaluar la atención del paciente, saber la frecuencia del paciente, no tiene utilidad.

^f AP: uso corresponde a recepción del informe de alta; AE: uso corresponde a envío del informe de alta.

^g No se preguntó esta información.

Tabla 4
Conocimiento, uso y finalidad de uso de mecanismos de coordinación del manejo clínico entre médicos de atención primaria y especializada en redes de atención sanitaria públicas de seis países de Latinoamérica

	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE
	N = 157 n (%)	N = 193 n (%)	N = 109 n (%)	N = 272 n (%)	N = 141 n (%)	N = 207 n (%)	N = 118 n (%)	N = 245 n (%)	N = 156 n (%)	N = 209 n (%)	N = 109 n (%)	N = 244 n (%)
<i>Normas, guías compartidas de práctica clínica/criterios de derivación</i>												
Conoce el mecanismo	64 (40,8)	45 (23,3)	63 (57,8)	63 (23,2)	122 (86,5)	104 (50,2)	26 (22,0)	26 (10,6)	143 (91,7)	178 (85,2)	14 (12,8)	33 (13,5)
Uso frecuente ^{a,b}	58 (90,6)	39 (86,7)	61 (96,8)	55 (87,3)	113 (92,6)	89 (85,6)	^e	^e	128 (89,5)	148 (83,1)	13 (92,9)	26 (78,8)
<i>Finalidad de uso^{c,d}</i>												
Unificar criterios de atención	40 (62,5)	22 (48,9)	26 (41,3)	33 (52,4)	44 (36,1)	46 (44,2)			104 (72,7)	141 (79,2)	3 (21,4)	10 (30,3)
Mejorar la atención al paciente	17 (26,6)	12 (26,7)	16 (25,4)	8 (12,7)	42 (34,4)	14 (13,5)			40 (28,0)	45 (25,3)	6 (42,9)	13 (39,4)
Definir criterios de derivación entre niveles	8 (12,5)	6 (13,3)	10 (15,9)	4 (6,3)	62 (50,8)	28 (26,9)			17 (11,9)	11 (6,2)		
Guía en el diagnóstico y tratamiento	7 (10,9)	7 (15,6)	19 (30,2)	19 (30,2)	16 (13,1)	15 (14,4)			8 (5,6)	3 (1,7)	1 (7,1)	3 (9,1)
Actualizar manejo clínico	6 (9,4)	1 (2,2)			6 (4,9)	3 (2,9)			6 (4,2)	8 (4,5)	1 (7,1)	1 (3,0)
Indicaciones de atención en cada nivel	2 (3,1)	2 (4,4)			12 (9,8)	14 (13,5)			1 (0,7)	5 (2,8)	2 (14,3)	4 (12,1)
Indicaciones para llenado de documentos/directrices normativas			3 (4,8)	6 (9,5)					1 (0,7)	11 (6,2)		
<i>Reuniones de capacitación conjuntas/Consultorías conjuntas entre niveles de atención</i>												
Conoce el mecanismo	64 (40,8)	54 (28)	21 (19,3)	12 (4,4)	118 (83,7)	64 (30,9)	32 (27,1)	12 (4,9)	25 (16)	29 (13,9)	4 (3,7)	29 (11,9)
Participa frecuentemente ^{a,b}	21 (32,8)	31 (57,4)	16 (76,2)	6 (50)	28 (23,7)	27 (42,2)	^e	^e	^e	^e	1 (25)	13 (44,8)
<i>Finalidad de uso^{c,d}</i>												
Alcanzar acuerdos generales de atención	37 (44,0)	23 (35,4)			8 (4,7)	7 (8,0)					2 (50,0)	18 (60,0)
Discutir casos clínicos concretos/complejos	17 (20,2)	31 (47,7)	8 (33,3)	10 (45,5)	28 (16,6)	7 (8,0)					1 (25,0)	3 (10,0)
Estandarizar criterios de derivación	9 (10,7)	2 (3,1)	2 (8,3)	1 (4,5)	36 (21,3)	28 (32,2)						
Actualización y capacitación	6 (7,1)	2 (3,1)	12 (50,0)	6 (27,3)	8 (4,7)	4 (4,6)					1 (25,0)	8 (26,7)
Manifiestar problemas o necesidades	5 (6,0)				3 (1,8)	1 (1,1)						
Resolver dudas de pacientes entre niveles	4 (4,8)	5 (7,7)	2 (8,3)	5 (22,7)	29 (17,2)	4 (4,6)						
Mejorar la calidad de la atención	4 (4,8)	2 (3,1)			50 (29,6)	33 (37,9)						1 (3,3)
Mejorar resolutiveidad					7 (4,1)	3 (3,4)						

AE: atención especializada; AP: atención primaria.

^a Frecuente: siempre + muchas veces.

^b Porcentaje calculado basándose en quienes conocen el mecanismo en cada nivel de atención.

^c Categorías ordenadas de acuerdo con los porcentajes de Argentina.

^d Porcentajes calculados basándose en el total de respuestas; múltiples respuestas posibles.

^e No se preguntó esta información.

Nivel y características de uso de los mecanismos de coordinación clínica

En relación con los mecanismos de coordinación de la información, la gran mayoría de los médicos de atención primaria que la conocían refirieron el uso frecuente de la hoja de referencia (del 85,9% en Brasil al 97,5% en Colombia), y algo menos los médicos de atención especializada respecto a la HRCR, especialmente en Brasil (67,8%), Chile (59,0%) y México (57,8%). Asimismo, el porcentaje de médicos de atención especializada que refirió enviar con frecuencia el informe de alta hospitalaria era algo menor, y solo superó el 60% en Chile (65%), Colombia (66,9%) y México (79,4%). A excepción de Argentina, su recepción frecuente en atención primaria fue bastante baja, sobre todo en Colombia (12,3%). En cuanto a la finalidad de su uso, las respuestas más frecuentes fueron «enviar información al otro nivel» para ambos mecanismos, seguida de «derivación de pacientes al otro nivel» para la HRCR y «enviar/recibir recomendaciones de seguimiento del paciente» para el informe de alta (tabla 3). Sobre su contenido, las informaciones que refirieron recibir con menor frecuencia fueron el motivo de hospitalización en Brasil, Chile y México, indicaciones para seguimiento en Brasil y Colombia, y resultados de estudios en Brasil y Chile. En Argentina, todas mostraron porcentajes elevados. Cabe mencionar que la mayoría de los médicos de atención primaria que recibían el informe alguna vez (entre el 23,3% en Colombia y el 45,9% en Argentina) consideraron que era en tiempo adecuado para tomar decisiones (tabla 5).

En relación con los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, llama la atención que la mayoría de quienes los conocía refirieron usar frecuentemente las guías de práctica clínica, aunque algo más en atención primaria (del 89,5% en México al 96,8% en Brasil). Sobre la finalidad de su uso, las respuestas más frecuentes, con diferencias entre países, fueron unificar criterios de atención, diagnóstico y tratamiento del paciente (del 41,3% en Brasil al 79,2% en México), y específicamente en atención primaria de Chile, definir criterios de derivación (50,8%). En cambio, la actualización del manejo clínico fue poco mencionada (del 2,2% en especializada al 9,4% en primaria en Argentina) (tabla 4). La mayoría consideró que las guías de práctica clínica fueron elaboradas teniendo en cuenta el criterio de los médicos de todos los niveles (del 55% en Chile al 71,4% en Brasil), pero la participación en capacitaciones para su uso varió entre países (del 38,3% en Uruguay al 63,3% en Argentina) (tabla 5).

En cambio, la participación frecuente en las reuniones de capacitación o consultorías conjuntas entre quienes las conocían fue menor, excepto en atención especializada de Argentina (57,4%) y atención primaria de Brasil (76,2%). La finalidad más frecuente de las reuniones o consultorías era alcanzar acuerdos en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes, y la discusión de casos clínicos concretos o complejos en Argentina, y mejorar la calidad de la atención y estandarizar criterios de derivación en Chile (tabla 4). La mayoría consideran adecuado el contenido de estas reuniones, pero hay diferencias en la disponibilidad de tiempo para asistir (del 37,7% en Chile al 87,3% en Argentina) (tabla 5).

Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación clínica

En todos los países señalaron que había dificultades en el uso del informe de alta hospitalaria, oscilando entre el 17,7% en México y el 32,7% en Colombia. Las dificultades más referidas variaron entre países: no elaboración o no envío en Argentina y Uruguay, información incompleta o imprecisa en el resto de los países, problemas con el sistema o formato en México, y letra ilegible en Chile y Colombia.

Un mayor porcentaje refirieron dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, con diferencias entre los países. Para las guías de práctica clínica osciló entre el 21,4% en Brasil y el 50% en Chile, y para reuniones y consultorías conjuntas entre el 30,3% en Uruguay y el 66,5% en Chile. Las dificultades más frecuentes para el uso de la guías de práctica clínica fueron que las recomendaciones no pueden aplicarse en Argentina y Chile, la infraestructura deficiente y la desactualización en Brasil, y el tiempo insuficiente para consultarlas y no ser accesibles en México y Chile. Para las reuniones/consultorías conjuntas, las dificultades más frecuentes fueron la falta de tiempo para asistir en Argentina y Chile, problemas para acordar horarios en Brasil, diferencias de criterios clínicos en Argentina, poca participación en Brasil y falta de periodicidad en Chile (tabla 5).

Discusión

Este estudio contribuye a mejorar el conocimiento sobre la implementación de los mecanismos de coordinación clínica en redes de servicios de salud en Latinoamérica, sobre los que existe limitado número de estudios a pesar de ser considerados clave para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y, finalmente, la calidad de la atención. A diferencia de otros estudios, el análisis abarca los distintos tipos de mecanismos existentes, se centra en aspectos básicos para comprender su potencial contribución a la coordinación y lo hace desde el punto de vista de los usuarios finales, que son los/las médicos/as de atención primaria y especializada.

Limitada implementación de mecanismos de coordinación clínica en las redes estudiadas

El resultado más destacado es el limitado desarrollo y la poca implantación de los mecanismos de coordinación entre niveles en las redes estudiadas de todos los países, que se puso ya de manifiesto en la adaptación del cuestionario a cada contexto, con la inclusión de los pocos mecanismos existentes. En ninguna de las redes se identificó la implantación generalizada de mecanismos basados en las nuevas tecnologías, como la historia clínica compartida o las consultorías virtuales, cada vez más extendidos en otros contextos, posiblemente en relación con la gran inversión que requeriría. Más relevante resulta la baja implementación de intervenciones que requieren menos recursos, pero que son efectivas en la mejora de la coordinación, como son las sesiones de capacitación conjuntas, la discusión de casos o los mecanismos de comunicación directa (informal)²¹.

El conocimiento de los mecanismos de coordinación de la información era alto entre los médicos, sobre todo de los basados en la comunicación formal (excepto en Brasil y Uruguay) y menos de los de comunicación informal, en todas las redes analizadas. Esto parece reflejar que mientras los primeros están recogidos en las normativas de casi todos los países, mostrando su prioridad en la implementación, los segundos dependen de la voluntad de la red o del centro, a pesar de que la comunicación directa entre los médicos es más adecuada en situaciones de incertidumbre²².

Aunque con diferencias entre países, el conocimiento de los mecanismos de coordinación de la gestión clínica es más limitado, confirmando los resultados de estudios cualitativos realizados en Colombia y Brasil sobre su insuficiente implementación¹⁸. Su ausencia podría explicar la experiencia de los médicos, en casi todas las redes estudiadas, de una limitada coordinación clínica (contradicciones en tratamientos, repetición de pruebas, etc.)⁵. El conocimiento algo mayor de las guías de práctica clínica en algunos países (México y Chile) podría deberse a su carácter normativo^{8–12}, mientras que el conocimiento limitado en Colombia puede reflejar

Tabla 5

Características de uso de los mecanismos de coordinación de la información y del manejo clínico en redes de atención sanitaria públicas de seis países de Latinoamérica

	Argentina n (%)	Brasil n (%)	Chile n (%)	Colombia n (%)	México n (%)	Uruguay n (%)
Informe de alta hospitalaria^a	314	209	338	348	310	225
<i>Recibe el informe de alta^b</i>	144 (45,9)	51 (24,4)	136 (40,2)	81 (23,3)	110 (35,5)	71 (31,6)
<i>Información que usualmente recibe^{c,d}</i>						
Motivo de hospitalización	134 (93,1)	27 (52,9)	61 (44,9)	53 (65,4)	47 (42,7)	57 (80,3)
Diagnóstico del paciente	130 (90,3)	39 (76,5)	117 (86,0)	70 (86,4)	91 (82,7)	60 (84,5)
Tratamiento farmacológico	130 (90,3)	38 (74,5)	103 (75,7)	67 (82,7)	93 (84,5)	60 (84,5)
Indicaciones para el seguimiento	120 (83,3)	20 (39,2)	108 (79,4)	38 (46,9)	66 (60,0)	53 (74,6)
Procedimientos realizados	120 (83,8)	31 (60,8)	65 (47,8)	54 (66,7)	62 (56,4)	48 (67,6)
Resultados de estudios	119 (82,6)	23 (45,1)	52 (38,2)	50 (61,7)	35 (31,8)	51 (71,8)
Otros ^e	8 (5,6)	5 (9,8)	36 (26,5)	9 (11,1)	26 (23,6)	31 (43,7)
<i>Recibe el informe de alta en tiempo adecuado para la toma de decisiones^d</i>	142 (98,6)	49 (96,1)	133 (97,8)	71 (87,7)	103 (93,6)	61 (85,9)
<i>Indica que hay dificultades en el uso^{c,f}</i>	72 (22,9)	41 (19,6)	103 (30,5)	114 (32,7)	55 (17,7)	45 (20,0)
No se hace/no se envía	29 (31,9)	2 (3,9)	19 (14,4)	24 (16,2)	7 (14,3)	24 (42,9)
Información incompleta/imprecisa	23 (25,3)	28 (54,9)	33 (25,0)	36 (24,3)	11 (22,4)	3 (5,4)
Paciente no lo entrega/paciente no vuelve	20 (22,0)	4 (7,8)	22 (16,7)	8 (5,4)	8 (16,3)	9 (16,1)
Entrega tardía	5 (5,5)		9 (6,8)	5 (3,4)	4 (8,2)	
Tiempo insuficiente para realizarlo	5 (5,5)		4 (3,0)	8 (5,4)		1 (1,8)
Letra ilegible	4 (4,4)	9 (17,6)	30 (22,7)	30 (20,3)	2 (4,1)	9 (16,1)
Desacuerdo en los criterios clínicos	3 (3,3)		3 (2,3)			
Dificultades con el sistema informático/formato	1 (1,1)	3 (5,9)		20 (13,5)	11 (22,4)	3 (5,4)
Falta de informatización		3 (5,9)	8 (6,1)	7 (4,7)		3 (5,4)
Uso administrativo		1 (2,0)	2 (1,5)	8 (5,4)		
Otros ^g		1 (2,0)	2 (1,5)	2 (1,4)	5 (10,2)	3 (5,4)
Normas, guías compartidas de práctica clínica/criterios de derivación^a	109	126	226	54	321	47
<i>Se elaboran teniendo en cuenta el punto de vista de los médicos de todos los niveles</i>	69 (63,3)	90 (71,4)	124 (54,9)	^h	199 (62,0)	29 (61,7)
<i>Participa en capacitación sobre su uso</i>	69 (63,3)	72 (57,1)	96 (42,5)	^h	164 (51,1)	18 (38,3)
<i>Indica que hay dificultades en el uso^{c,f}</i>	37 (33,9)	27 (21,4)	113 (50,0)		112 (34,9)	13 (27,5)
Recomendaciones que no se pueden aplicar	16 (41,0)	2 (4,2)	44 (38,6)		16 (12,8)	3 (33,3)
No se utilizan/no se cumplen	10 (25,6)	2 (4,2)				3 (33,3)
Diferentes criterios/no son consensuadas	9 (23,1)	2 (4,2)	2 (1,8)		13 (10,4)	
No son accesibles	3 (7,7)	6 (12,5)	30 (26,3)		28 (22,4)	
Difíciles de manejar o entender	1 (2,6)	6 (12,5)	11 (9,6)		12 (9,6)	1 (11,1)
Desactualizadas/información errónea		11 (22,9)	21 (18,4)			2 (22,2)
Alta rotación de médicos en atención primaria		2 (4,2)	4 (3,5)		26 (20,8)	
Tiempo insuficiente para consultarlas		1 (2,1)	2 (1,8)		30 (24,0)	
Infraestructura deficiente		16 (33,3)				
Reuniones de capacitación conjuntas/consultorías conjuntas entre niveles de atención^a	118	33	182 ⁱ	44	54	33
<i>Contenido adecuado</i>	103 (87,3)	29 (87,9)	129 (70,9) ^j	^h	^h	27 (81,8)
<i>Disponibilidad de tiempo para asistir</i>						
Siempre	78 (66,1)	29 (87,9)	68 (37,7)	^h	^h	14 (42,4)
A veces	29 (24,6)	2 (6,1)	83 (45,6)			1 (3,0)
<i>Dificultades en el uso^{c,f}</i>	53 (44,9)	15 (45,4)	121 (66,5)			10 (30,3)
Falta de tiempo para asistir	15 (18,8)	1 (6,3)	58 (37,4)			5 (50,0)
Diferentes criterios clínicos	15 (18,8)		1 (0,65)			
Desinterés de los médicos	11 (13,8)		7 (4,5)			
Dificultad para acordar horarios	10 (12,5)	9 (56,3)	1 (0,65)			
Innecesarias/no cumplen las expectativas	10 (12,5)		2 (1,3)			
Poca participación	9 (11,3)	5 (31,3)	38 (24,5)			5 (50,0)
Falta de periodicidad	8 (10,0)		39 (25,2)			
Organización inadecuada	2 (2,5)	1 (6,3)	9 (5,8)			

^a Siempre + muchas veces + a veces + pocas veces.^b Participantes que conocen el mecanismo.^c Categorías ordenadas de acuerdo con los porcentajes de Argentina.^d Calculado sobre quienes indican recibir el informe de alta.^e Próxima consulta, estudios pendientes, duración del ingreso hospitalario, evolución, pronóstico, datos administrativos, exploración física, condiciones al alta, antecedentes, complicaciones.^f Calculados sobre el total de respuestas; múltiple respuesta posible.^g No se da importancia a la información, la elaboran médicos que no conocen al paciente.^h No se preguntó esta información.ⁱ Conocimiento de reuniones de capacitación o consultorías conjuntas.^j Adecuación de contenido solo de reuniones de capacitación conjuntas.

una elaboración únicamente para cumplir requisitos de acreditación sin una implementación efectiva²³. El conocimiento aún menor de las reuniones de capacitación o consultoría conjuntas, en especial de los médicos de atención especializada, posiblemente refleja una implementación limitada a algunas especialidades o su realización de forma irregular. Sin embargo, este tipo de mecanismos contribuye a la coordinación no solo por sus contenidos clínicos, que permiten definir y estandarizar criterios sobre el manejo del paciente, resolver dudas²⁴, reducir derivaciones y tiempos de espera²¹, sino que también influye sobre dos factores: el conocimiento mutuo y la confianza entre los médicos.

Uso con deficiencias entre quienes conocen los mecanismos

Excepto en las redes de Argentina, los resultados muestran deficiencias importantes respecto a la utilización del informe de alta hospitalaria, mecanismo esencial para el seguimiento adecuado del paciente en su derivación a niveles de menor complejidad y para evitar reingresos hospitalarios²⁵. Se señala un nivel bajo de recepción, que en Colombia podría explicarse por un uso administrativo del informe para el cobro de los servicios a las aseguradoras²⁶. Las dificultades referidas, como el envío del formato a través de los usuarios, el tiempo insuficiente para realizarlas o los límites en el sistema informático o de formato, indican la necesidad de llevar a cabo cambios organizativos que podrían ser efectivos sin requerir una gran inversión.

Respecto al principal mecanismo de comunicación directa, el teléfono, su mayor uso en Uruguay podría relacionarse con el menor tamaño y la localización semirural de las redes de estudio en ese país, lo que estimula el contacto entre los profesionales²² y la utilización de medios quizás más ágiles para la resolución de dudas clínicas.

Finalmente, llama la atención el elevado uso de las guías de práctica clínica, a pesar de que estudios anteriores muestran una baja adherencia¹⁴⁻¹⁶, lo que puede deberse a una medida diferente (uso entre los que las conocen). No obstante, se identifican dificultades que señalan deficiencias en la posibilidad de su aplicación según el contexto y los recursos disponibles, coincidiendo con algún estudio previo²⁷. Los resultados indican, en cambio, una limitada participación en las reuniones de capacitación o consultoría conjuntas entre los pocos profesionales que las conocen, lo que podría atribuirse a la orientación de los servicios de salud a la productividad, restringiendo el tiempo disponible de los profesionales para el desarrollo de actividades de coordinación²⁴.

Limitaciones

No se realizaron análisis que permitan establecer asociaciones estadísticas con factores organizativos. Sin embargo, el análisis exhaustivo de las finalidades y las dificultades de uso de los mecanismos de coordinación clínica aporta información relevante para identificar las áreas donde habría que intervenir. Asimismo, se requieren más estudios que permitan comparar los resultados obtenidos, incluyendo otras fuentes de información complementarias.

Conclusiones

Este estudio revela diferencias en el conocimiento y el uso de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en las redes analizadas, siendo relativamente mejores para los mecanismos de coordinación de la información formales, y más limitados en el caso de los mecanismos de la gestión clínica. Así, los resultados indican la necesidad de una implementación sistemática y mantenida de mecanismos que contribuyan a la coordinación clínica entre niveles, que los diversifique e incluya estrategias organizativas que promuevan su uso, interviniendo sobre los factores y las barreras

que lo determinan (falta de tiempo, uso del paciente en su envío, desmotivación de los profesionales, etc.). Además, es necesaria la diseminación de los mecanismos existentes a través de estrategias efectivas, como por ejemplo intervenciones educativas específicas, así como cambios en la forma de elaboración, más participativa y adaptada al contexto local. Finalmente, son necesarios más estudios que permitan identificar si el conocimiento y el uso de los mecanismos por parte de los/las profesionales de la salud se asocian con factores de tipo organizativo e individual, así como con las características de la población atendida.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La fragmentación de los servicios de salud genera deficiencias en la coordinación y la calidad de la atención, y ocasiona barreras en el acceso. Los mecanismos de coordinación clínica se introducen como una estrategia para evitar la descoordinación entre niveles de atención. La evaluación de su implantación es inexistente en Latinoamérica.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Es la primera encuesta que evalúa el conocimiento y el uso de los mecanismos de coordinación clínica por los médicos de atención primaria y especializada en las redes de servicios de salud pública de seis países de Latinoamérica. Se identifica una limitada implantación de mecanismos de coordinación clínica y la necesidad de promover estrategias organizativas que promuevan su uso, interviniendo en las barreras que lo determinan.

Editora responsable del artículo

Clara Bermúdez-Tamayo.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

A.E Miranda-Mendizábal ejecutó el análisis estadístico de los datos, y junto con M.L. Vázquez e I. Vargas interpretó los resultados y redactó la primera versión del manuscrito. M.L. Vázquez e I. Vargas son las responsables del proyecto, diseñaron el estudio, supervisaron todas las etapas de su desarrollo, y contribuyeron a la interpretación de los resultados y a la redacción del manuscrito. A.S Mogollón-Pérez, P. Eguiguren, I. Samico, J. López, D. Amarilla y F. Bertolotto coordinaron el trabajo de campo y la creación de las bases de datos, revisaron los resultados, aportaron ideas para la interpretación y contribuyeron a la introducción y la discusión de los resultados. Todas las personas firmantes revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

A los/las médicos/as e instituciones que participaron en el estudio, que generosamente compartieron su tiempo y opiniones con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la atención. A la Comisión Europea, Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013), la financiación que ha permitido la realización del estudio (no. 305197).

Financiación

Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea (FP7/2007–2013), GA. 305197.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- PAHO. Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington DC; 2010.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e007037.
- Longest B, Young G. Coordination and communication. En: Shortell S, Kaluzny K, editores. *Health care management*. New York: Delmar; 2000. p. 210–43.
- Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015;69:1257–67.
- Vázquez ML, Vargas I, García-Subirats I, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10–9.
- Giovanella L, De Almeida P, Romero R, et al. Overview of primary health care in South America: conceptions, components and challenges. *Saude em Debate*. 2015;39:301–22.
- Vargas I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez A-S, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan*. 2018;33:494–504.
- Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS no 4.279, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (30 de dezembro de 2010).
- Letelier LM, Bedregal P. Health reform in Chile. *Lancet*. 2006;368:2197–8.
- Secretaría de Salud. Programa Acción Específico 2007–2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. México DF: Secretaría de Salud; 2012.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Plan Estratégico Sectorial para la Difusión, Capacitación y Seguimiento de las GPC. México DF: Secretaría de Salud; 2011.
- Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas. México DF: Secretaría de Salud; 2015.
- Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Muñoz-Venturelli P, Sacks C, Madrid E, et al. Long-term adherence to national guidelines for secondary prevention of ischemic stroke: a prospective cohort study in a public hospital in Chile. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23:490–5.
- Gutiérrez-Alba G, González-Block MA, Reyes-Morales H. Challenges in the implementation of clinical practice guidelines in major public health institutions in Mexico: a multiple case study. *Salud Pública de México*. 2015;57:547–54.
- Lemos Lima SM, Crisóstomo Portela M, Koster I, et al. Use of clinical guidelines and the results in primary healthcare for hypertension. *Cad Saúde Pública*. 2001;25:2001–11.
- Campos R, Gama C, Ferrer A, et al. Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. *Cien Saude Colet*. 2011;16:4643–52.
- Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:213.
- Vázquez M, Vargas I, Nuño R, et al., Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. *SESPAS Report*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):94–101.
- Pla de salut de Catalunya 2016–2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016.
- Aller M, Vargas I, Coderch J, et al., Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:842.
- Terraza Núñez R, Vargas I, Vázquez M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485–95.
- Vázquez M, Vargas I, Mogollón A, et al. Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario; 2017.
- Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, et al. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J*. 1998;184:343–7.
- Williams H, Edwards A, Hibbert P, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *Br J Gen Pract*. 2015;65:e829–37.
- Resolución 3374 por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. *Diario Oficial No 44.276*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- Múner H, Piedrahita M. Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Medellín: Universidad de Antioquia. 2008:1–49.