



CONGRESO DISTRITAL
DE INVESTIGACIONES Y
SALUD

"Investigación para la salud y el desarrollo local"



**31 de julio y
1 de agosto de 2014**

BOGOTÁ, D. C.



Coordinación asistencial en cuatro redes integradas de servicios de salud en Bogotá y Soacha

Amparo Susana Mogollón^[1], Virginia García^[1], Heisel Leon¹, Ingrid Vargas^[3], Pierre de Paepe^[2], Jean Pierre Unger², María Rejane Ferreira^[4], María Luisa Vázquez³

Bogotá, julio 31 de 2014



^[1] Universidad del Rosario - Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

^[2] Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo

^[3] Consorcio de Salud y Social de Cataluña

^[4] Universidad de Pernambuco

Contenidos

Introducción

Objetivos del estudio

Metodología

Resultados

Opinión sobre la coordinación asistencial en las redes

Factores que inciden en la coordinación asistencial

- Relacionados con las características del sistema de salud
- Factores organizativos
- Factores relacionados con los profesionales

Existencia y uso de mecanismos de coordinación

Consideraciones

Recomendaciones

Antecedentes

La introducción de modelos de mercado en los sistemas de salud han sido ampliamente cuestionados (Vargas y cols, 2013; Montenegro y cols, 2011; PAHO, 2010; Homedes & Ugalde, 2005; Almeida, 2002), encontrando como principales consecuencias:

- Barreras de acceso a los servicios
- pérdida de la continuidad de la atención
- Ineficiencia en el uso de recursos escasos
- Fragmentación de la atención: ausencia de coordinación entre niveles de atención

La coordinación asistencial ha sido definida como la concertación de las actividades requeridas para la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial, independientemente del lugar donde le sea proporcionado, -atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria- de manera que se sincronicen y se logre un objetivo común (Terraza y cols, 2006; Starfield, 2002; Haggerty, 2002).

Tipos de Coordinación

Tipos	Dimensiones	Atributos
Coordinación de información	- Transferencia de la información clínica y biopsicosocial	- Disponibilidad de mecanismos adecuados para la transferencia de información - Existencia de mecanismos - Acceso ágil y oportuno a la información - Contenidos de la información adecuados
	- Utilización de la información	Registro adecuado de la información por los profesionales Consulta de la información transferida Incorporación en la práctica clínica
Coordinación de gestión clínica	- Seguimiento adecuado del paciente	Existencia de un responsable clínico del seguimiento Evidencia de comunicación oportuna con el responsable de que se va a producir la transferencia Consulta de seguimiento oportuna tras la transferencia
	- Accesibilidad entre niveles	Provisión de la atención sin interrupciones
	-Coherencia de la atención	Existencia de objetivos clínicos, pruebas y tratamientos compartidos
		Reconciliación de tratamientos Adecuación clínica de la transferencia del paciente
Coordinación administrativa	Circuitos administrativos establecidos	Inexistencia de duplicación de pruebas, consultas, medicamentos - Existencia de mecanismos para la coordinación administrativa
	Ordenación del acceso	- Referencia administrativa del paciente a la unidad adecuada - Programación previa de la consulta, prueba, etc.

1. Objetivos

Objetivo general del macroproyecto

Analizar el impacto de diferentes RISS sobre a) el acceso a la atención en salud, b) **la coordinación**, c) la continuidad asistencial y d) la eficiencia en la provisión de los servicios de salud, en Colombia y Brasil.

Objetivo específico

Establecer la opinión de los actores clave (gestores, personal de salud y administrativos) sobre la coordinación entre niveles asistenciales en cuatro redes de servicios de salud en Bogotá y Soacha.

2. Metodología

- **Diseño del estudio:** Cualitativo, tipo exploratorio
- **Área de estudio:** Bogotá, Soacha/Cundinamarca
- **Técnica de recolección de datos:** Entrevistas individuales semiestructuradas
- **Análisis de información:** Análisis narrativo de contenido por grupos de informantes. Generación de categorías mixtas
- **Muestra:** 142 informantes clave (gestores IPS y EPS, profesionales de salud de todos los niveles de atención y personal administrativo)
- **Redes analizadas:** 2 EPS-S y 2 EPS-C

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
Soacha	Bogotá	Bogotá	Soacha
I y II nivel: ESE municipal y Departamental de Soacha	I y II nivel: ESE distritales y algunos privados .	I y II nivel: redes ambulatorias propias y externas privadas	I y II nivel: red ambulatoria externa en Soacha
III nivel: ESE departamental, ESE distritales y prestadores privados en Bogotá	III nivel: ESE distritales y prestadores privados en Bogotá.	III nivel: IPS hospitalarias con prestadores externos Privados en Bogotá	III nivel: IPS hospitalarias con prestadores externos Privados en Bogotá



3. Resultados

1. Opinión sobre la coordinación asistencial en las redes

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
Inexistencia de procesos de coordinación entre niveles asistenciales			
<ul style="list-style-type: none">•Falta de comunicación y desconocimiento entre profesionales e instituciones de diferentes niveles•Se reconoce como una problemática general en el sistema de salud colombiano•<i>No existe articulación”, “no hay comunicación”, “no se comparte información”, “cada nivel trabaja por su lado”, “no hay integración o enlace”, “hay desagregación de los servicios”.</i>			
		Existencia de procesos de coordinación en IPS ambulatorias (médico general y especialistas) con otros especialistas adscritos	



3.2. Factores que influyen en la coordinación asistencial

Factores relacionados con las características del sistema



actores relacionados con aspectos organizativos: Condiciones de trabajo

RED 1-S

RED 2-S

RED 4-C

Tipo y duración de contratos (prestación de servicios)

Bajos salarios e irregularidad en pagos

Énfasis en productividad

Consecuencias

- Rotación de profesionales
 - Desmotivación
- No hay sentido de pertenencia ni identidad institucional
- Baja adherencia a guías y protocolos de manejo clínico
- Poco tiempo disponible para la coordinación asistencial

RED 3-C

Profesionales de salud de red propia: mejores condiciones laborales

Impacto

- Buena disposición para el trabajo en equipo
- Mayor estabilidad laboral
- Mejora comunicación entre profesionales
- Facilita procesos de inducción y re inducción

Factores organizativos

RED 3-C

RED 4-C

Ubicación de profesionales de atención básica y especializada en el mismo centro (IPS ambulatorias)

Ventajas

- Favorece la comunicación informal entre los profesionales
- Promueve el conocimiento mutuo y el establecimiento de relaciones interpersonales

Factores relacionados con los profesionales

RED 1-S

RED 2-S

RED 3-C

RED 4-C

Valores y actitudes de los profesionales de salud

- Baja colaboración entre profesionales (especialistas con médicos generales)

Causas

- Desconocimiento de la atención básica como coordinadora de la atención
- Desconfianza en su capacidad técnica y medios disponibles para el manejo de pacientes

Formación de los profesionales de salud

- Fallas en la formación académica (médico general)

Consecuencias

- Baja resolutivez clínica del I nivel/atención ambulatoria
- Incrementa el uso de los servicios especializados y de urgencias

3.3. Existencia y uso mecanismos de coordinación asistencial

- a. Mecanismos de programación
- b. Mecanismos de retroalimentación
 - a. Mecanismos administrativos

a. Mecanismos de programación: estándares de practica

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
Inexistencia de estándares de práctica clínica compartidos entre niveles asistenciales			
<ul style="list-style-type: none">• GPC: contratos entre EPS e IPS• Desarrollo de guías y protocolos de manejo clínico: independientes en cada IPS• Desconocimiento y baja difusión de las GPC a profesionales			

RED 2-S
GPC compartidas en eventos considerados de interés en salud pública, lineamientos del ente territorial

RED 3-C	RED 4-C
Estándares de práctica clínica compartidos SOLO en red propia (IPS ambulatoria) y algunos especialistas adscritos.	

a. Mecanismo de programación: educación médica continuada

RED 3-C

RED 4-C

SOLO en la red propia

- **Sistema experto** (capacitación médicos generales por especialistas adscritos) (*“staff”* o *“grupos primarios”*)
- Capacitación virtual a profesionales en IPS ambulatoria propia

RED 2-S

Existencia de algunos grupos de capacitación por área de servicio, apoyado por médicos especialistas

Priorización productividad sobre procesos de capacitación y actualización de los profesionales de salud

b. Mecanismo de retroalimentación: Puestos de enlace

RED 3-C	RED 4-C
<p data-bbox="86 357 927 471">Enfermeras: gestoras de casos en enfermedades crónicas y gestantes</p> <p data-bbox="86 542 318 592">Funciones</p> <ul data-bbox="86 671 927 1042" style="list-style-type: none"><li data-bbox="86 671 927 849">•Facilitar la comunicación entre profesionales de la IPS ambulatoria y especialistas adscritos<li data-bbox="86 928 927 1042">•Programación de citas y exámenes de control en los diferentes niveles	<p data-bbox="966 357 1825 471">Médico de la EPS en servicios de urgencias de IPS hospitalarias</p> <p data-bbox="966 606 1197 656">Funciones</p> <ul data-bbox="966 735 1825 1228" style="list-style-type: none"><li data-bbox="966 735 1825 849">•Transferencia de información entre niveles<li data-bbox="966 928 1825 1042">•Facilita la derivación de usuarios a IPS de primer nivel<li data-bbox="966 1120 1825 1228">•Remisión censo hospitalario a IPS ambulatorias

b. Mecanismo de retroalimentación: Sistemas de información vertical

• Sistema de referencia y contrarreferencia

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
<p>Aunque se reconoce la importancia del mecanismo, se identifican múltiples problemáticas</p> <ul style="list-style-type: none">• Solo funciona la referencia• Fallas en la contrarreferencia• Registro insuficiente de información clínica• Falta de tiempo y compromiso de los especialistas en su diligenciamiento• No hay unificación de criterios para su diligenciamiento <p>Consecuencias</p> <ul style="list-style-type: none">• No hay comunicación entre niveles• Retraso en el inicio de tratamientos• Duplicación de pruebas diagnósticas• No hay retroalimentación entre niveles			
		Cuentan con sistemas de información sistematizados (IPS ambulatorias) lo que facilita el seguimiento de las recomendaciones dadas entre profesionales	

b. Mecanismo de retroalimentación: Sistemas de información vertical

•Sistema de referencia y contrarreferencia

RED 2-S

Personal de enfermería como apoyo a los especialistas para el diligenciamiento de la contrarreferencia en paciente con SIDA, gestantes y patologías crónicas.

Ventajas

- Adecuado registro de la información clínica
- Favorece la transferencia de la información clínica entre niveles

b. Mecanismo de retroalimentación: Sistemas de información vertical

•Informe de alta

RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
<ul style="list-style-type: none">•No es enviado desde las IPS hospitalarias•Se entrega a usuarios junto con pruebas diagnósticas•Es usado por las IPS hospitalarias como instrumento administrativo para procesos de facturación con aseguradoras		

b. Mecanismo de retroalimentación: Sistemas de información vertical

•Historia clínica

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
INEXISTENCIA de un sistema único de información compartido entre TODOS los niveles de atención			
Consecuencias			
<ul style="list-style-type: none">• No se comparte información clínica• No hay disponibilidad de información para la toma de decisiones clínicas• Genera retrasos para el acceso a los servicios de salud• Pérdida de la continuidad y calidad de la atención			

RED 3-C	RED 4-C
Se comparte historia clínica sistematizada entre profesionales de la atención básica y especializada en IPS AMBULATORIAS Y ALGUNOS ESPECIALISTAS ADSCRITOS	
Ventajas	
<ul style="list-style-type: none">• Consulta permanente de la información clínica de los usuarios• Facilita la toma de decisiones clínicas• Mejora comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo	

C. Mecanismos de coordinación administrativa

•Puestos de enlace

RED 1-S	RED 2-S	RED 3-C	RED 4-C
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)			Central de referencia y contrarreferencia/Línea de atención al prestador
Línea 24 horas			
Funciones			Funciones
Asesora a IPS: atención de urgencias, emergencias y desastres			<ul style="list-style-type: none">•Agiliza autorizaciones•Identifica centros de remisión•Evalúa disponibilidad de camas•Coordina servicios de ambulancia
Canaliza usuarios a centros asistenciales acorde con disponibilidad de recursos y localización			
Desventajas			Ventajas
Fallas formación personal responsable de la remisión			<ul style="list-style-type: none">•Reduce tiempos de espera en remisiones•Apoyo transferencia de información entre niveles

Consideraciones finales

Los informantes de las cuatro redes señalaron que la **coordinación asistencial es limitada**, excepto en los proveedores ambulatorios de las redes contributivas. Aunque emergen problemas en la **transferencia de información clínica**, aparecen con más intensidad debilidades en la coordinación **administrativa y clínica**, asociados con la baja capacidad resolutoria del I NA.

Consideraciones finales

Los obstáculos a la coordinación que emergen con más intensidad en los discursos son los relacionados con la **existencia de desincentivos económicos y políticos** de los actores institucionales (aseguradoras, proveedores, y gobierno), las **condiciones de trabajo inadecuadas**, la **limitada implementación de mecanismos de coordinación** y **formación inadecuada** de profesionales de los distintos niveles asistenciales.

Consideraciones finales

Estos obstáculos, crean **condiciones poco favorables** para la coordinación, disminuyen la **predisposición de los profesionales** a la colaboración con otros niveles, **no los capacita** para ello, y **dificulta el uso** de los mecanismos que se tratan de implementar.

La excepción parecen ser los **proveedores ambulatorios** de las redes contributivas, pero hay que valorar riesgos como la disminución de la eficiencia y del acceso y calidad, por el empleo de límites a la práctica clínica de las aseguradoras con sus proveedores propios.

Recomendaciones

De los resultados se derivan la necesidad de dos tipos de **reformas**:

- **a nivel de sector salud y otros sectores:** eliminar incentivos a la competencia, mejorar la formación universitaria de los profesionales y regular el mercado laboral.
- **a nivel de redes:** mejorar las condiciones y motivación de profesionales, implementar mecanismos de coordinación basados en la adaptación mutua y sistema experto, y reducir carga de trabajo.

Se señala la necesidad de mejorar la generación y uso de la información clínica de los pacientes, mediante su registro adecuado en la historia clínica y el fomento de intercambio de información entre niveles.

Reflexión final

- Estos hallazgos muestran una limitada implementación de estrategias de integración entre las redes de servicios de salud, así como la necesidad de una mejora importante de la calidad de la atención.
- Sería necesario la implementación de intervenciones de diferente naturaleza, entre otras, parecen evidentes las oportunidades para su mejora, mediante actuaciones conjuntas con los profesionales de la salud.



GRACIAS