



URUGUAY

COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN ENTRE NIVELES

RED REGIÓN OESTE-ASSE SALUD

ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE 2014/2016

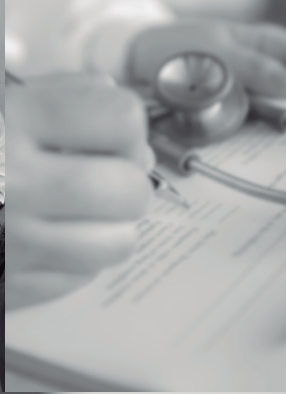
«IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS
DE INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN
EN EL DESEMPEÑO DE LAS REDES
INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
EN AMÉRICA LATINA»



UNIDAD DE
INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY





Integrantes del equipo Equity LA II Uruguay

Investigador Principal

- Mgtr. Fernando Bertolotto

Investigadores Junior

- Lic. Luciana Piccardo
- Lic. Sebastián Gadea
- Lic. Sandro Hernandez
- Lic. Laura Bazan
- Bchr. Camila Estiben
- Lic. Mariela Gras

Integrantes del equipo Equity LA II internacional

- Dr. Mario Rovere
Argentina
- Dr. Mph.PhD Jean P. Unger
Bélgica
- Dra. Isabella Samico
Brasil
- Dra. Pamela Eguiguren
Chile
- PhD. Amparo Mogollón
Colombia
- Dra. Ma. Luisa Vázquez
España
- Mgtr. Angélica Cisneros
México
- Mgtr. Fernando Bertolotto
Uruguay

Encuestadores

Estudiantes avanzados de la Facultad
de Enfermería

- María Gonzalez
- Camila Mesa
- Javier Meneses
- Adriana Dornelles
- Santiago Castrillón
- Cinthya Reyes
- María Fagúndez
- María Estévez
- María Flores
- Agustina Muslera
- Romina Rosso
- Estefani Molina
- Yenifer Malfatto
- Schubert Focco
- Carlos Segundo
- María Roa
- Laura Tortore
- Analía Moreira
- Mary Cáceres

Comité de seguimiento nacional

- Dra. Susana Muñiz
Presidenta de ASSE
- Lic. Mercedes Pérez
Decana Facultad de Enfermería
- Mgtr. Fernando Bertolotto
Investigador principal Equity LA II en Uruguay

Comité Conductor Local

- Dra. Graciela García
Directora Regional Oeste de ASSE
- Lic. Cecilia Acosta
Subdirectora Región Oeste Litoral de ASSE
- Lic. María Noel Ballarini
Subdirectora Región Oeste Centro de ASSE
- Lic. Verónica Reyes
Directora Red de Atención Primaria | Depto de Soriano
- Mgtr. Juan Pablo Apollonia
Director Hospital de Young | Depto de Río Negro
- Dra. Gladys Yanet Sandes
Directora Red de Atención Primaria | Depto de Colonia

Plataforma de profesionales de ASSE

- Dra. M^a Ciappesoni
- Dr. Richard Sosa
- Dr. Pablo Acquistapace
- Dra. Silvia Suhr
- Dra. Susana Riera
- Dra. Milena Vignolo
- Dra. M^a Cuadrado
- Dra. Erika Suarez
- Lic. Cristina Fassi
- Lic. Verónica Trujillo
- Lic. Yoana Callero
- Lic. Rosario Vico
- Lic. Susana Hellbusch
- Lic. Mariella Duarte

Administración del proyecto y apoyo a la investigación

- Cra. Nelly Rossellino
- Lic. Camila Igarzábal
- Aux. Santiago Castrillón
- Ayud. Bibl. Valeria Silveira



Introducción	 9
Características del estudio	 12
La importancia de la coordinación de la atención	 24
La comunicación en la coordinación de la atención: Más allá de la confianza y la colaboración informal	 32
Conocimiento y uso de las herramientas de coordinación de la atención	 40
El intercambio de información para la coordinación de la atención	 48
Coordinación de la gestión clínica: El seguimiento de los pacientes entre niveles de atención	 52
La accesibilidad: Un objetivo de la coordinación entre niveles de atención	 58
Conclusiones	 65

Introducción

La coordinación de la atención que reciben los usuarios de servicios de salud cuando transitan entre sus diferentes servicios y niveles, determina la calidad de la atención que reciben, tanto en lo que refiere a sus aspectos técnicos y reglamentarios, como a sus aspectos éticos y humanos.

Las reformas implementadas en los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina, buscan mejorar la integración de la atención reorganizándose en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como estrategia para reducir la fragmentación y la segmentación de la oferta de servicios.

Equity-LA II es un estudio internacional financiado por la Comisión Europea a través del Programa Marco FP7, cuyo objetivo es evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en las RISS públicas en seis países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, siendo liderado en este último por la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República en asociación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se trata de un estudio complejo de diseño cuasi-experimental controlado, antes - después, que combina

metodologías de estudio cuantitativas -a través de la aplicación de encuestas- con metodologías cualitativas- a través de entrevistas individuales y en grupos-, así como el enfoque de Investigación Acción Participativa.

El estudio se desarrolla entre los años 2013 y 2018 en cuatro fases:

- 1) estudio de línea de base
- 2) intervenciones
- 3) evaluación de impacto de intervenciones
- 4) comparación internacional de resultados.

Es realizado en hospitales, centros auxiliares y policlínicas urbanas de la Red de Atención Primaria de la región Oeste de ASSE (departamentos de Colonia, Soriano, Rio Negro, Durazno, Flores, Florida y San José); involucrando en todas sus fases a gestores/as, técnicos/as, profesionales y administrativos/as, contemplando a su vez la participación de usuarios/as. A nivel local, cuenta con un Comité Conductor Local (CCL) en el que participan directivos de la Red regional, así como también con una Plataforma de Profesionales (PP) encargada de llevar a cabo las intervenciones seleccionadas en base al diagnóstico de las problemáticas identificadas en el estudio de línea de base y un Comité de Seguimiento Nacional (CSN) completa el dispositivo del estudio a nivel nacional, compuesto por representantes institucionales de ASSE, la Facultad de Enfermería, el Ministerio de Salud y la Universidad de la Republica.

El estudio considera la percepción de los principales actores del sistema de salud sobre la coordinación de la atención, analizando por un lado las percepciones de

los profesionales y gestores de los servicios salud -y en particular de los médicos- y por otro lado, la de sus usuarios. La opinión y experiencia de los primeros es caracterizada como “Coordinación de la Atención”, entendida como la “concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud independientemente del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”. La experiencia y opinión de los segundos es caracterizada como “Continuidad de la Atención”, entendida como “la percepción por parte de los usuarios y usuarias, de la coordinación de la atención que reciben”.

A continuación se presentan los resultados del estudio de línea de base sustentados en entrevistas y encuestas a profesionales y usuarios, realizadas entre los meses de febrero de 2014 y mayo de 2016.

Capítulo 1

Características del estudio

El estudio cuenta con un área de intervención y otra de control. Los resultados en la Red Litoral Oeste como área de intervención generaron los insumos para el proceso participativo de relevamiento de problemas y selección de intervenciones con los/las profesionales de la PP para la mejora de la coordinación entre niveles.



Fase cualitativa: Entrevistas semiestructuradas individuales y/o colectivas a profesionales y usuarios



31 entrevistas a gestores, profesionales, médicos, personal técnico-administrativo, llevaban más de tres meses trabajando en su establecimiento actual.



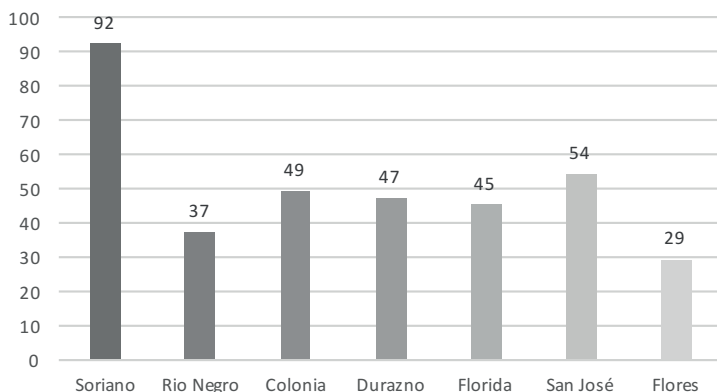
11 entrevistas y 1 Grupo Focal a usuarios mayores de 18 años con patologías crónicas, que consultaron por el mismo motivo en ambos niveles en los últimos seis meses.

Fase cuantitativa: encuestas a médicos y usuarios



353 encuestas a médicos (178 en la red intervención y 175 en la red control) que llevaban más de tres meses trabajando en su establecimiento actual.

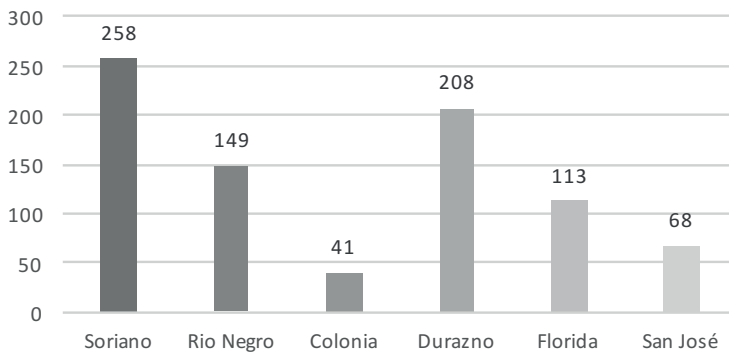
ENCUESTAS MÉDICOS





837 encuestas a usuarios (448 en red intervención y 389 en red control), mayores de 18 años con patologías crónicas, que consultaron por el mismo motivo en ambos niveles en los últimos seis meses.

ENCUESTAS USUARIOS



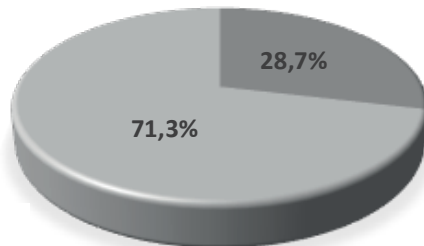
Trabajo de Campo

Caracterización de la muestra de médicos

A continuación se presenta la distribución final de la muestra de médicos de acuerdo al nivel de atención.

Distribución de la muestra de médicos de acuerdo a nivel de atención

RED INTERVENCIÓN (n= 178)

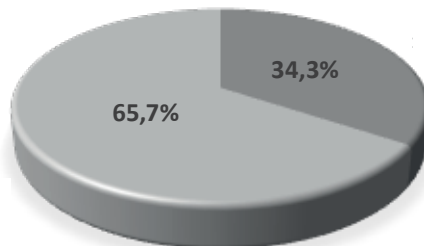


2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares



1º Nivel Policlínicas de la RAP

RED CONTROL (n= 175)



2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares

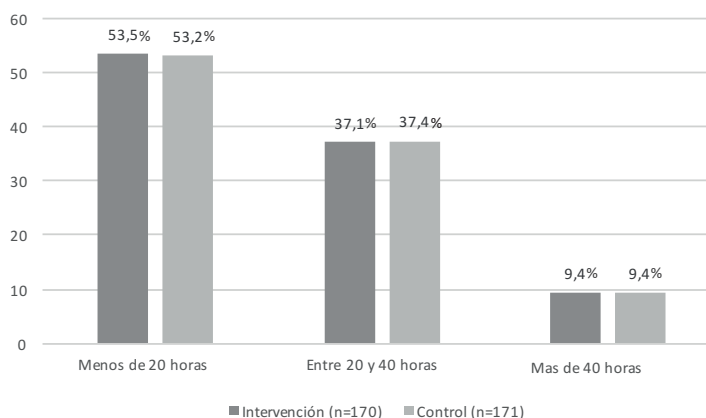


1º Nivel Policlínicas de la RAP

n=cantidad de respuestas a esa pregunta

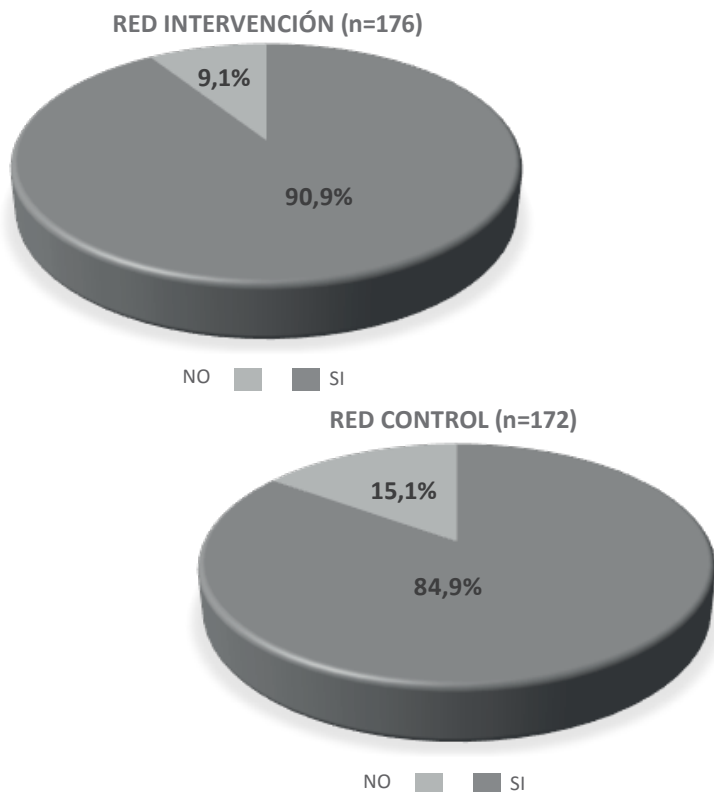
Con respecto a la carga horaria de los médicos de las redes de estudio se observa que la misma es muy baja (en media en ambas redes es de 22h semanales, siendo en la red intervención de 23h y en la red control de 21h), y podría explicar una parte de los problemas de coordinación asistencial observados (alta carga de atención con poca disponibilidad de tiempo para tareas de coordinación).

Carga horaria semanal de los médicos



La actividad de los médicos de las redes de estudio está claramente centrada en el sector privado (87,9% de los médicos encuestados declaran trabajar en este sector, en particular en la red intervención adonde representan 90,9% de las respuestas contra 84,9% en la red control), lo que podría no facilitar la adopción de prácticas profesionales orientadas al desarrollo de un sector público de salud competitivo y de calidad, como la coordinación asistencial.

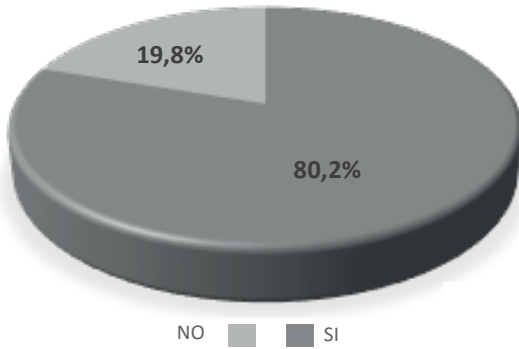
Complementación de trabajo en la red pública con la atención en la red privada



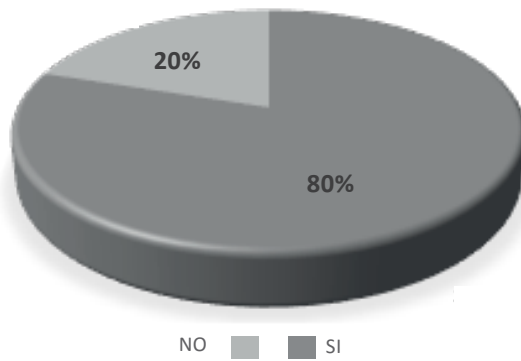
El alto nivel de satisfacción con el trabajo (80,1%) que declaran los médicos encuestados en ambas redes de estudio (76,6% de los médicos del primer nivel y 81,8% de los del segundo nivel), constituye un factor determinante para la definición de cualquier proyecto de transformación institucional que se proponga modificar la organización y la cultura dominante. La estrategia de tipo participativa propuesta por el proyecto Equity LA II para la mejora de la calidad de la atención de las redes de estudio, considera particularmente este tipo de determinante.

Satisfacción de los médicos con su trabajo

RED INTERVENCIÓN (n=177)



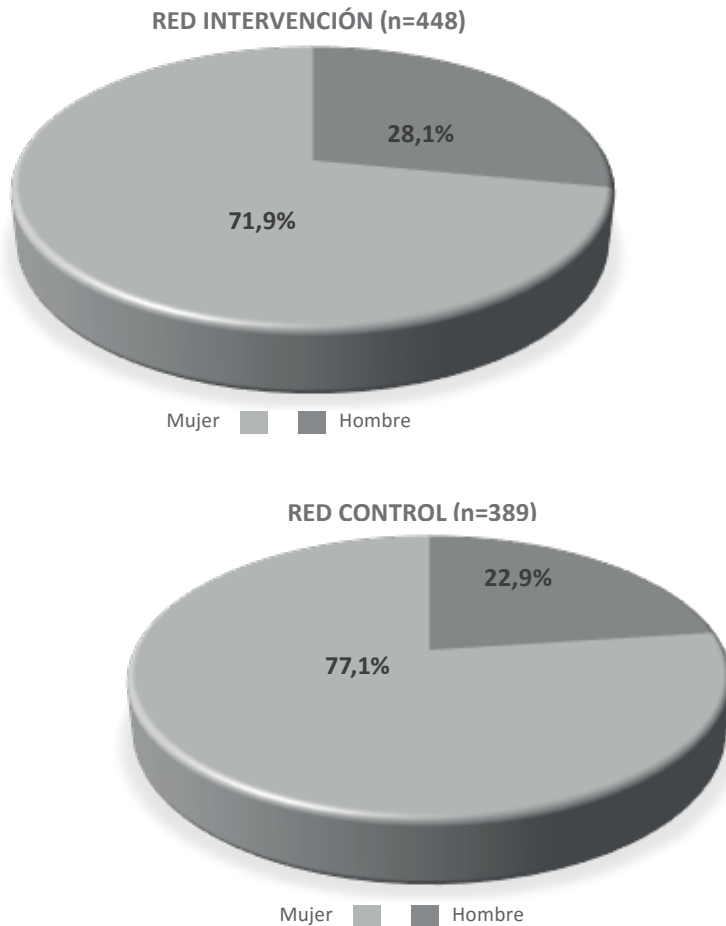
RED CONTROL (n=170)



Caracterización de la muestra de usuarios

Para el caso de la muestra de usuarios ambas redes presentan una población feminizada, siendo la media de edad de 63 años en la Red Intervención y 61 años en la Red Control.

Distribución de la muestra de usuarios y usuarias por sexo



Nivel socioeconómico

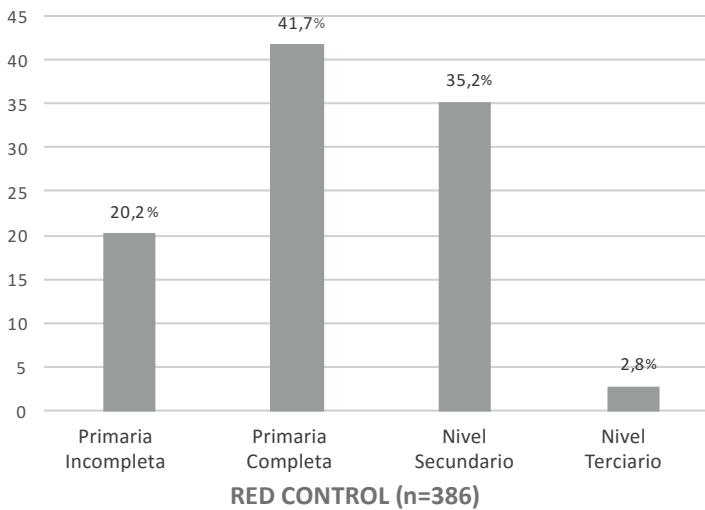
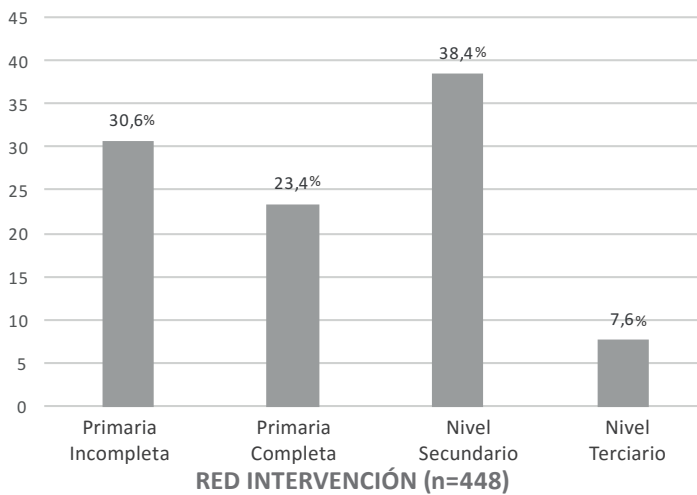
La población de usuarios encuestada se caracteriza por tener un bajo nivel socioeconómico: 39,1% de las personas encuestadas declararon ingresos del hogar de un salario mínimo (valores 2015), y 40,8% entre uno y dos salarios mínimos.

A pesar de ser una población de bajos ingresos que se beneficia de una cobertura pública y total en salud, un porcentaje considerable de los usuarios encuestados (en el entorno del 21% en ambas redes) declaran poseer una cobertura en salud complementaria (esencialmente servicios de emergencia móvil y de acompañamiento), que representa un gasto de bolsillo que puede ser importante.

Nivel educativo

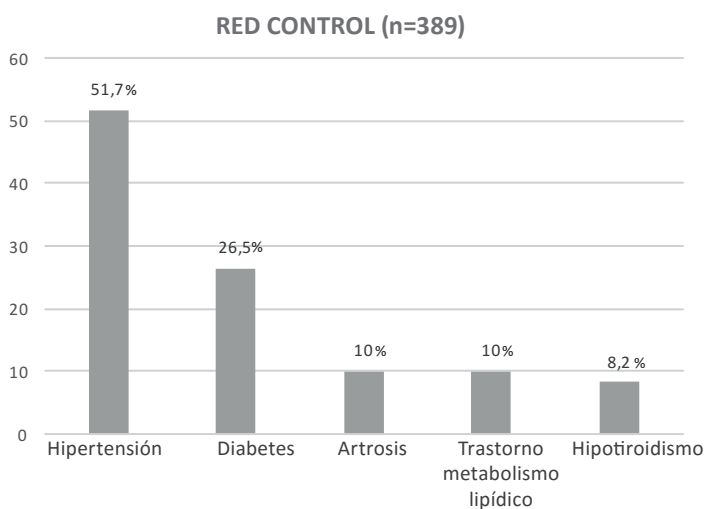
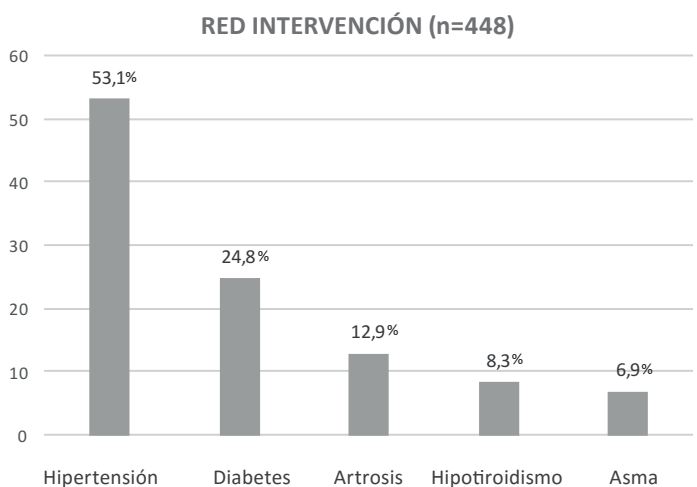
A su vez, el nivel de instrucción también sigue estas características, en la medida en que también tiende a ser bajo: 25,8% declaran haber cursado primaria de manera incompleta, y 31,9% haber solamente completado primaria.

Nivel educativo para ambas redes



Enfermedades prevalentes

Con respecto a las enfermedades crónicas prevalentes declaradas por los usuarios encuestados se observa la siguiente distribución.



Las patologías declaradas por los usuarios encuestados, fueron clasificadas siguiendo Clasificación Internacional de la Atención Primaria del Comité Internacional de Clasificación de la Wonca - CIAP-2 Español



Capítulo 2

La importancia de la coordinación de la atención

Importancia de la colaboración

Al preguntar a los médicos de primer y segundo nivel de atención sobre la importancia de la colaboración entre ellos para poder brindar al paciente la atención que necesita, la inmensa mayoría declara que la misma es necesaria -98,9% en la Red Intervención y 98,2% en la Red Control-. A su vez, los relatos recogidos en las entrevistas ponen en evidencia la complejidad de realizar la coordinación efectivamente:

Entrevistas

La percepción de los médicos:



*“La coordinación es necesaria pero complicada”
(Médico 4/1NA/F/RI)*

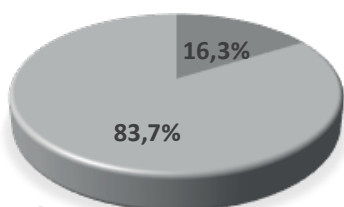
Percepción general de la coordinación profesionales

A pesar de mostrar una actitud que valora la coordinación, la gran mayoría de los médicos encuestados en ambas redes de estudio (en particular aquellos que intervienen en el primer nivel de atención de la red de intervención), confirman que en la práctica, la atención está poco coordinada entre los distintos niveles de atención

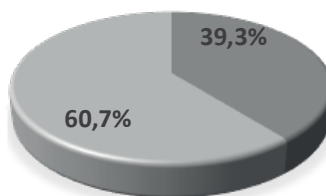
Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Creo que la atención entre médicos del primer nivel y especialistas en la red está coordinada”

RED INTERVENCIÓN

A Veces - Pocas Veces - Nunca   Siempre- Muchas Veces



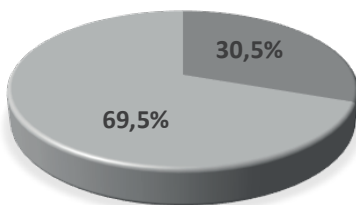
1º Nivel Policlínicas de la RAP (n=49)



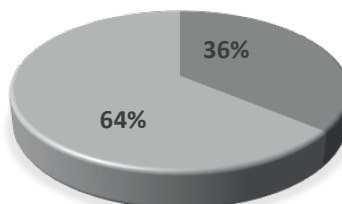
2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares (n=122)

RED CONTROL

A Veces - Pocas Veces - Nunca   Siempre- Muchas Veces



1º Nivel Policlínicas de la RAP (n=59)



2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares (n=111)

Entrevistas

La percepción de los profesionales



“Falta mucho todavía para que sea más fácil la comunicación, lo que es por ejemplo, solicitar turnos para especialistas, que después nos devuelvan a nosotros los especialistas su opinión, esas cosas como que con algunas personas puntuales funciona, pero con otros a veces como uno tiene que andar después recolectando información”

(Médico 8/1NA/F/RI)



“Con respecto a la coordinación específicamente, hay muchas dificultades”

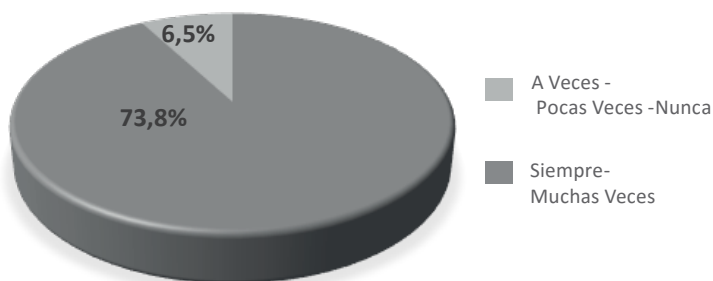
(Gestor 2/2NA/F/RI)

La comunicación entre especialistas y médicos del primer nivel de atención, fue frecuentemente señalada como un problema.

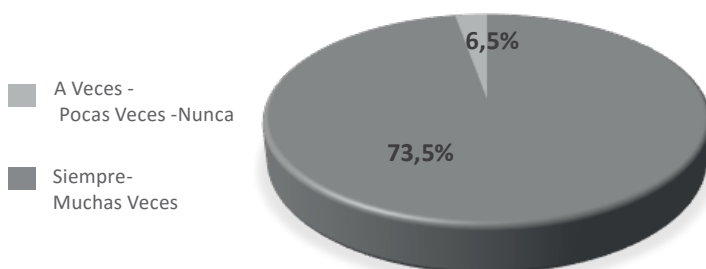
Percepción general de la coordinación de la atención usuarios

En el caso de los usuarios el estudio cuantitativo muestra que los mismos piensan que los médicos colaboran entre sí.

Encuestas usuarios: Respuesta a la pregunta “¿Usted piensa que el médico general y los especialistas colaboran para resolver sus problemas de salud?”



Red Intervención (n=446)



Red Control (n=388)

Valores calculados conservando las categorías de “missing” y “ns/nc” por ser éstas mayores a 5%

Pero al indagar más profundamente en las entrevistas cualitativas sus respuestas evidencian que no observan tan claramente que la coordinación se realice en pos de su mejor atención.

Intercambios en Grupo Focal | Usuarios



“Usuario4: no, por mí no, o sea, que entre ellos no hablan por mí, simplemente me dio el pase... y cada uno hace su trabajo.

Usuario3: no hay conexión



Usuario4: no....”

(GF/U/RI)



Entrevistas: La percepción de los usuarios



“Ah eso si no le se decir (si el médico de la policlínica y el especialista se comunican), yo sé que yo tengo ficha allá... me atendí allá cuando tenía una gripe o algo así, pero ellos si se comunican no sé...”

(M/Diab/RC)

Las respuestas ponen en evidencia el relativo desfase entre “ser” y “deber ser” de la coordinación de la atención. Cuando la gran mayoría de las personas encuestadas en ambas redes de estudio, responden que los médicos que los atienden colaboran “siempre” y “muchas veces” entre ellos, las entrevistas dejan en evidencia que en realidad se trata de una suposición, que no se verifica necesariamente en la experiencia.

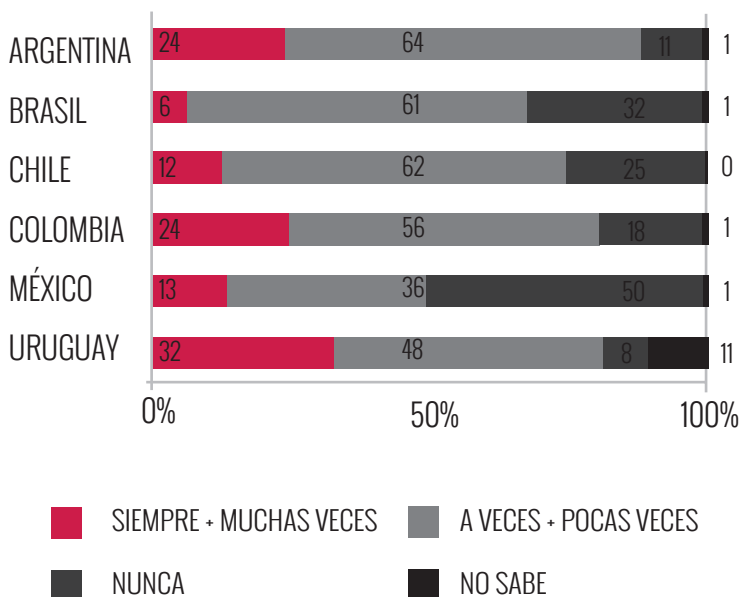
Percepción general de la coordinación

Contexto Internacional

A continuación se comparan resultados nacionales sobre la coordinación, con resultados del resto de los países que forman parte de la investigación.

Encuesta a médicos:

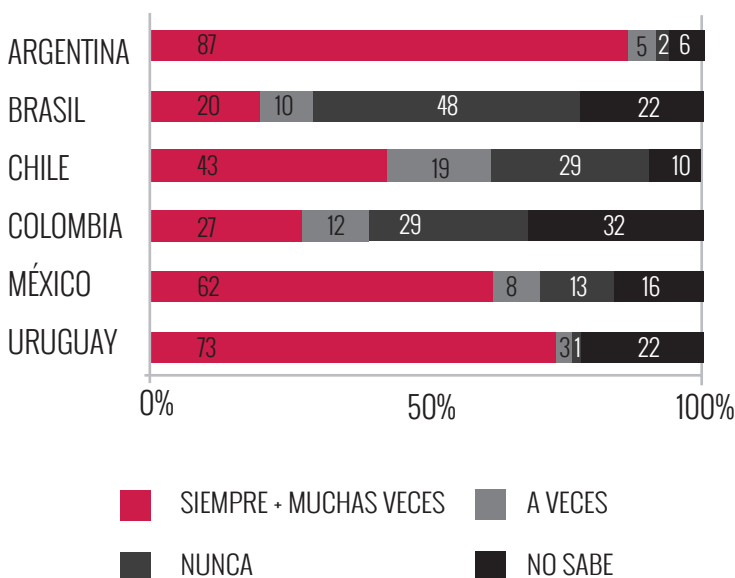
Opinión sobre la frase “Creo que la atención entre médicos del primer nivel y especialistas en la red está coordinada”



Aunque los médicos de la región Oeste de ASSE fueron los más numerosos a estimar que los especialistas y los generalistas coordinan “siempre” y “muchas veces” la atención (32%), la mayoría de los médicos de todos los países del estudio -incluso en Uruguay- coincidieron en reconocer que esto solo sucede “a veces”, “pocas veces” o “nunca”. Como se puede observar, las situaciones menos favorables a la coordinación de la atención fueron señaladas por los médicos de las ciudades de Recife y Caruarú en Brasil (solamente 6% estimaron que la coordinación se hace “siempre” y “muchas veces”), así como de Veracruz y Oaxaca en México (50% estimaron que la coordinación no se realiza “nunca”).

Percepción general de la coordinación Contexto Internacional

Encuesta a usuarios: Respuesta a la pregunta “¿Piensa que médicos generales y especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?”



La percepción que pueden tener los usuarios de los sistemas de salud de los seis países estudiados respecto del grado de coordinación de la atención entre médicos especialistas y generalistas, varía de manera significativa según los países. Como se puede observar, cuando la mayoría de los usuarios de las redes de salud estudiadas en Argentina (87%), Uruguay (73%) y México (62%) estiman que los médicos coordinan “siempre” o “muchas veces”; solamente 20% de los de Brasil, 27% de los de Colombia y 43% de los de Chile coinciden con esa percepción.

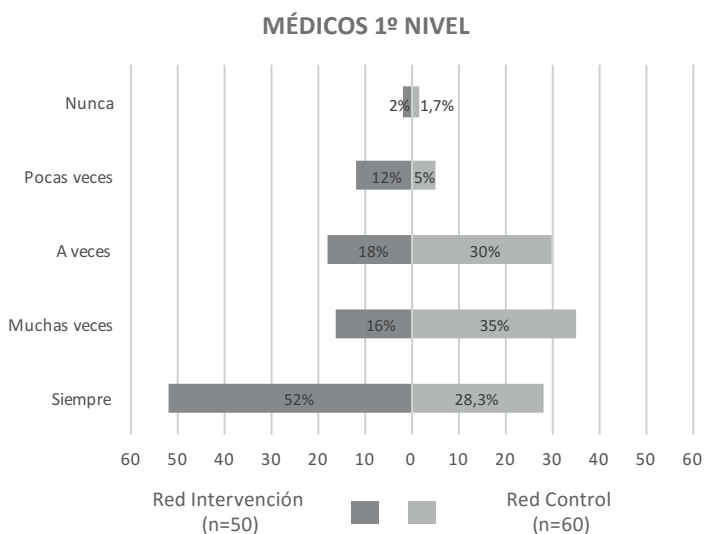
Capítulo 3

La comunicación en la coordinación de la atención: más allá de la confianza y la colaboración informal

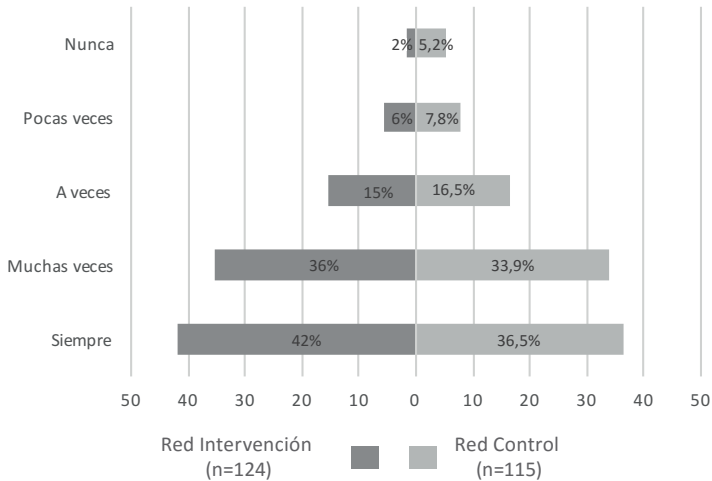
Percepción de los médicos

Ambas redes de estudio son pequeñas, lo cual permite que los médicos se conozcan entre sí. Esto facilita que, para los casos clínicos en los que la comunicación efectiva entre los niveles se vuelve necesaria, los médicos desplieguen fácilmente mecanismos por fuera de las pautas de referencia para comunicarse y coordinar.

Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a los pacientes que yo trato”



MÉDICOS 2º NIVEL



Entrevistas: La Percepción de los médicos



*“Somos pocos y nos conocemos todos, entonces es mejor para coordinar”
(Médico 8/1NA/F/RI)*



*“Con una llamada ya estamos en contacto”
(Médico 7/1NA/M/RI)*

Que la coordinación sea percibida como complicada no implica un mal relacionamiento entre los médicos de atención primaria y los especialistas: no se perciben choques o disputas entre los médicos de los distintos niveles. El problema principal radica en la ausencia de una comunicación fluida.

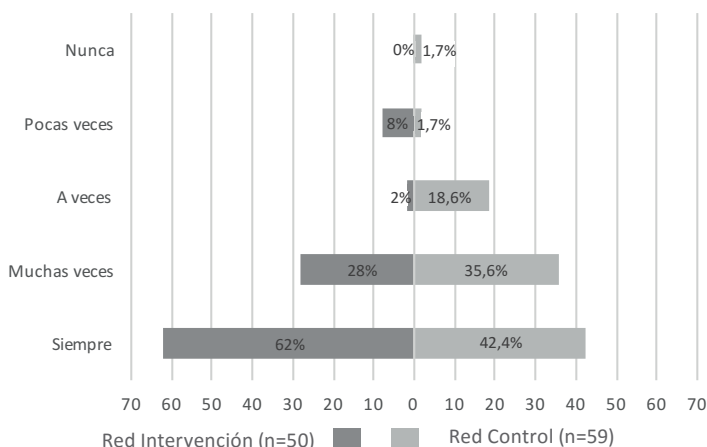
Entrevistas: La Percepción de los profesionales



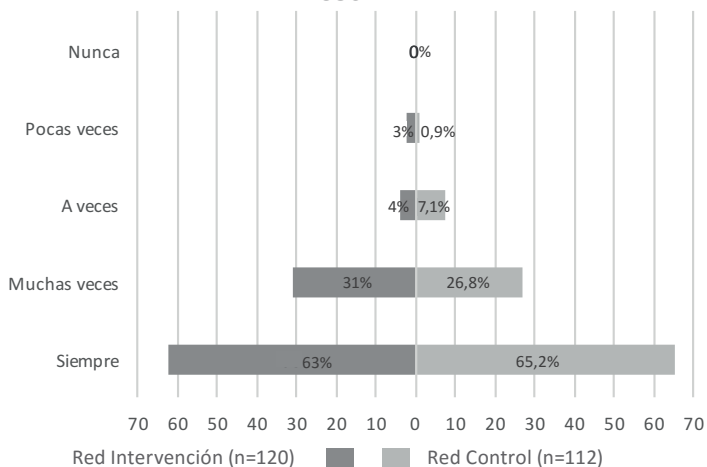
*“No hay mal, yo creo que no hay mal relacionamiento, quizás deberíamos estar más en contacto, sí”
(Administrativo 1/1NA/F/RI)*

Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Mi relación con los médicos del otro nivel es buena”

MÉDICOS 1º NIVEL

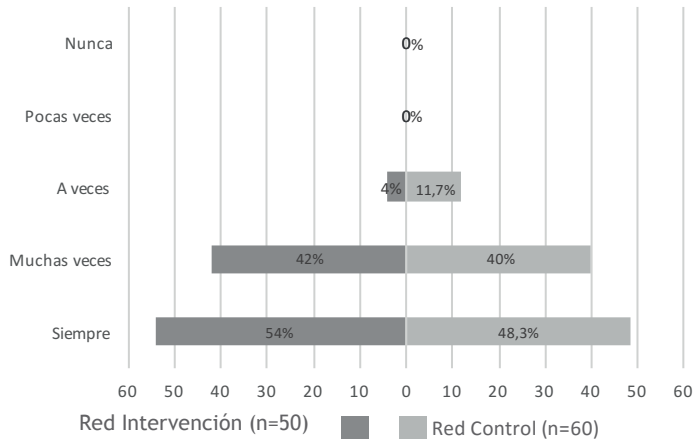


MÉDICOS 2º NIVEL

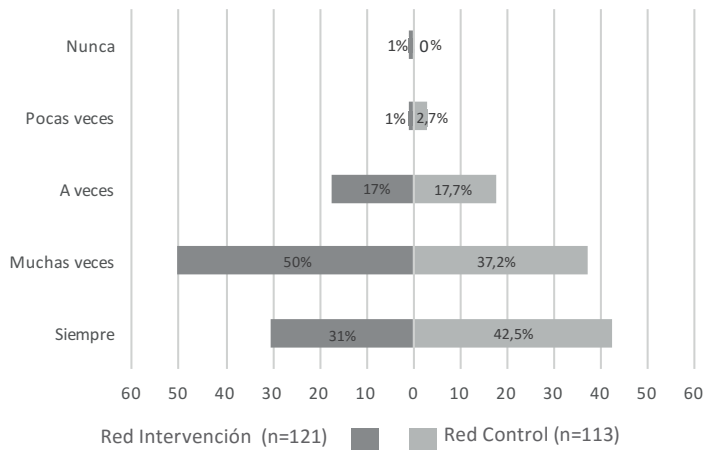


Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a los pacientes que yo trato”

MÉDICOS 1º NIVEL



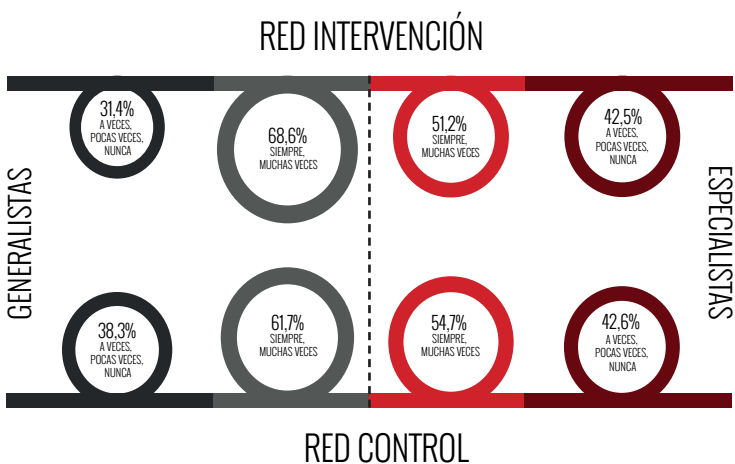
MÉDICOS 2º NIVEL



En cuanto a la confianza en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel, la mayoría (83,9%) coincidieron en declarar que confían “siempre” o “muchas veces”, aunque se observan algunos matices significativos entre médicos del 1NA y 2NA: los especialistas tienden a confiar un poco menos en los médicos de atención primaria (79% contra 96%).

En base a esos niveles de confianza se observan las consultas por dudas por parte de los médicos de primer nivel a los especialistas.

Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Los médicos generales consultan a los especialistas las dudas que tienen sobre el seguimiento de los pacientes.”



Resulta interesante destacar que la proporción de médicos de atención primaria que declara consultar a los especialistas sobre el seguimiento de los pacientes, es mayor que la proporción de médicos especialistas que declaran ser efectivamente consultados.

Los altos niveles de confianza se manifiestan no sólo en la relación entre médicos sino también en la relación médico/paciente. En ambas redes los usuarios declaran confiar ampliamente en las capacidades del profesional que los atiende, aunque se registran ligeras diferencias entre las redes. En la Red Intervención los usuarios declaran confiar un poco más en los médicos de atención primaria que en los especialistas (98,2% contra 97%), y en la Red Control la situación se da de forma inversa pues confían más en los especialistas que en los médicos de atención primaria (99,5% contra 98,9%). De todas formas, los niveles de confianza registrados hacia los médicos de ambos niveles son muy altos en los dos casos. Nuevamente las características de las redes en cuanto a su tamaño permiten que los usuarios generen vínculos estrechos con los médicos.

Entrevistas: La Percepción de los Usuarios



*“Ah, bien, son muy bien, la cardióloga excelente, medicina general excelente (...)
nos explican muy bien, como usuaria lo digo”
(M/EPOC/RI)*

Intercambio en Grupo focal | Usuarios



*“Ya hay como una amistad, porque yo integré un grupo que él formó, de que salíamos a caminar, que hacíamos ejercicios, después se fueron borrando, borrando, borrando, quedamosdos (...) y paró la cosa, estuvimos como cerca de dos años”
(Usuario4/GF/F/Diab/RI)*

En un contexto social en el que “todos se conocen” y en el que los recursos humanos de salud son limitados, la estrechez del vínculo de los usuarios con sus médicos es casi obligatoria y muchas veces paradójica: los usuarios no siempre manifiestan sus disconformidades por temor a deteriorar su relación con el único servicio al que pueden acceder.

Intercambio en Grupo Focal | Usuarios



“Y yo no quiero tener problemas con nadie, porque si no, es lo único que tengo es esto, y si yo me hago problemas ¿dónde voy?, si voy allí los agarro a ellos otra vez también, caemos en un lado, nos metemos en el pozo..., pero eso sería lindo para plantearlo en Montevideo, pero con los grandes médicos, ¿no? no sé si habrá grandes médicos ahora”
(Usuario1/GF/M/Diab/RI)

Se indagó sobre el acuerdo entre los médicos generales y especialistas, y a su vez cómo éste es percibido por parte de los usuarios.

Aunque los resultados de las encuestas indican un alto grado de cooperación entre médicos del primer y segundo nivel de atención (marcado por la informalidad de los procedimientos), las representaciones y prácticas que emergen de las entrevistas a profesionales y usuarios de la red, revelan que las mismas se desarrollan en un contexto fuertemente determinado por el modelo de atención clásico. De esta forma se observa la persistencia de una fuerte tensión entre la medicina de primer nivel y la medicina especializada, que no facilita la coordinación de la atención.

Entrevistas: La percepción de los médicos



“No se culpa al médico general de las policlínicas periféricas que supongo deben estar saturados, es más fácil escuchar síntomas, los identifican y los derivan pero ni los estadifican, no hacen diagnóstico”

(Médico 1/2NA/M/RI)



“Se los derivo al endocrinólogo, porque él es muy celoso del paciente, entonces lo quiere seguir él, y con la parte asmático y EPOC y eso, es lo mismo, hay dos neumólogos, que lo siguen celosamente a los pacientes y prácticamente no tenemos contacto con ellos”

(Médico 5/1NA/M/RI)

Esa persistencia del modelo de atención clásico también es percibida por parte de los usuarios, relativizando los acuerdos declarados entre los niveles.

Intercambio en Grupo Focal | Usuarios



“Lo miró así, ah, bueno dice, vos te operaste allá, yo no te puedo tocar, tomate unas gotas, y te vas, porque si ellos te operaron, yo acá no te voy a tocar”

(Usuario3/GF/F/Diab/RI)



“A veces las opiniones difieren”

(Usuario1/GF/F/Diab/RI)

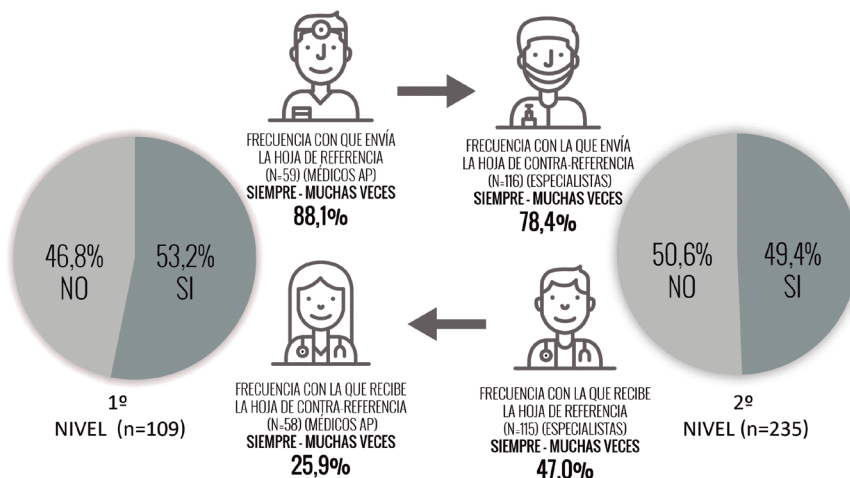
Capítulo 4

Conocimiento y uso de las herramientas de coordinación de la atención

La trazabilidad y la sistematicidad de las intervenciones asistenciales son factores de calidad de la coordinación de la atención, que deben ser garantizadas a través de herramientas confirmadas y procedimientos rigurosos. ¿Cómo se expresa esta dimensión de la coordinación en las redes de estudio?

Herramienta de referencia/contra-referencia

Conocimiento y uso de la hoja de Referencia y Contra Referencia.



El bajo conocimiento y uso de la Hoja de referencia (HR) y contra-referencia (HCR) en tanto mecanismo de coordinación entre niveles de atención, aparece como un factor determinante de la calidad de la atención en las redes estudiadas: solamente 49,4% de los médicos

del 2NA y 53,2% del 1NA declaran conocer y/o utilizar esta herramienta. Cuando esta herramienta es utilizada, aparece también una fuerte distorsión comunicacional, marcada por diferencias significativas entre la proporción de médicos que declaran enviar la HR o HCR y la proporción de los que declaran recibirlas.

Entrevistas

La percepción de los profesionales:



“Son muy poquitos los especialistas que se dedican a escribirle a un paciente de decir: bueno colega, he visto al paciente con tal diagnóstico, tal tratamiento y se mantiene o se varía de este tratamiento... son muy poquitos los que vuelven para atrás con una contra-referencia”
(Gestor 1/1NA/F/RI)



“La contra referencia no viene, muy poco. Ahí tenemos un problema, después que ve el especialista, no sé por qué, los especialistas tienen un problema de poder registrar de devolver al médico de familia la consulta, la contra-referencia, prácticamente es muy poca, la gran mayoría”
(Licenciada 1/1NA/F/RI)



“Con el especialista la comunicación es por escrito y por teléfono cuando a mí me interesa algún motivo del paciente, pero es poco frecuente, al no estar en la red”
(Médico 7/1NA/M/RI)



“Los formularios no son apropiados, es una hoja grande llena de escrituras que en realidad es poco lo que puedes expresar en la contra-referencia sobre todo”
(Médico 9/2NA/M/RI)

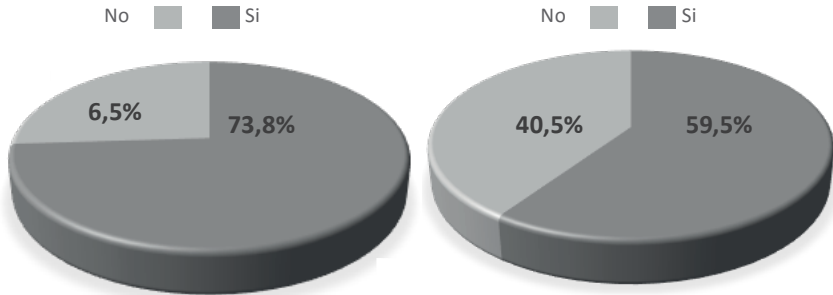
Informe de Alta Hospitalaria, Normas de Referencia y Reuniones Conjuntas

A excepción del informe de Alta Hospitalaria, las gráficas siguientes confirman los resultados ya observados respecto de la Hoja de Referencia y Contra-referencia: la gran mayoría de los médicos encuestados (más del 80%) declaran desconocer y por lo tanto no utilizar los mecanismos básicos de coordinación entre niveles de atención.

Aunque en ambas redes de estudio la mayoría de los médicos encuestados de los dos niveles de atención declaran conocer el Informe de Alta Hospitalaria, se puede observar que una proporción significativa de ellos (superior a 26% de ellos), declara no conocer la herramienta, particularmente los profesionales del segundo nivel de atención (40,5% en la red intervención y 35,7% en la red control); revelando uno de los mecanismo que dificultan el desarrollo de prácticas de coordinación asistencial entre niveles de atención.

Conocimiento y uso de Informe de Alta Hospitalaria

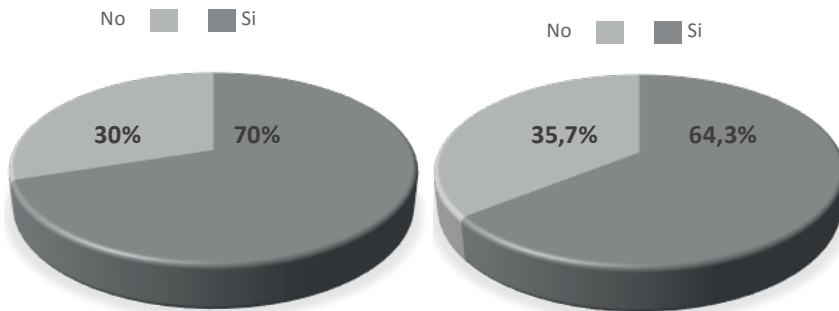
RED INTERVENCIÓN



1º Nivel Policlínicas de la RAP
(n=50)

2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares
(n=121)

RED CONTROL



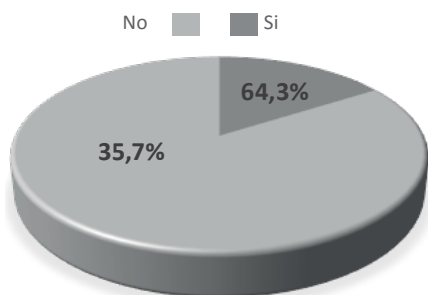
1º Nivel Policlínicas de la RAP
(n=60)

2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares
(n=115)

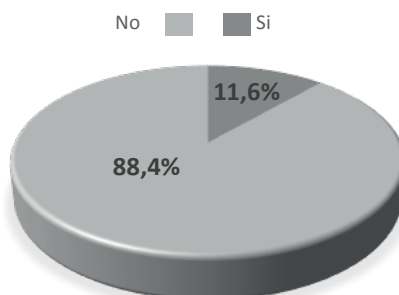
Conocimiento y uso de Normas de referencia

El desconocimiento de normas de referencia y contra referencia y guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención (83,3% de los médicos encuestados respondieron no conocerlas, en particular en la red control), es un factor que no facilita el desarrollo de la coordinación asistencial ni contribuye a la calidad de la atención.

RED INTERVENCIÓN

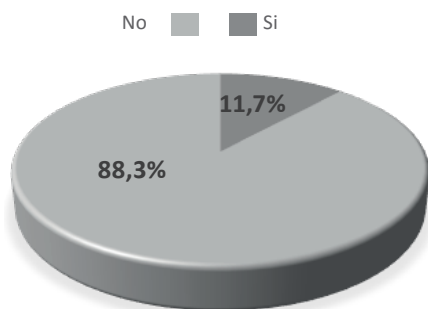


1º Nivel Policlínicas de la RAP
(n=50)

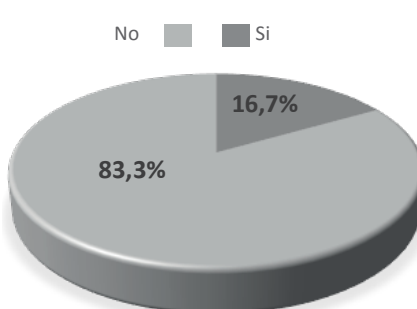


2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares
(n=115)

RED CONTROL



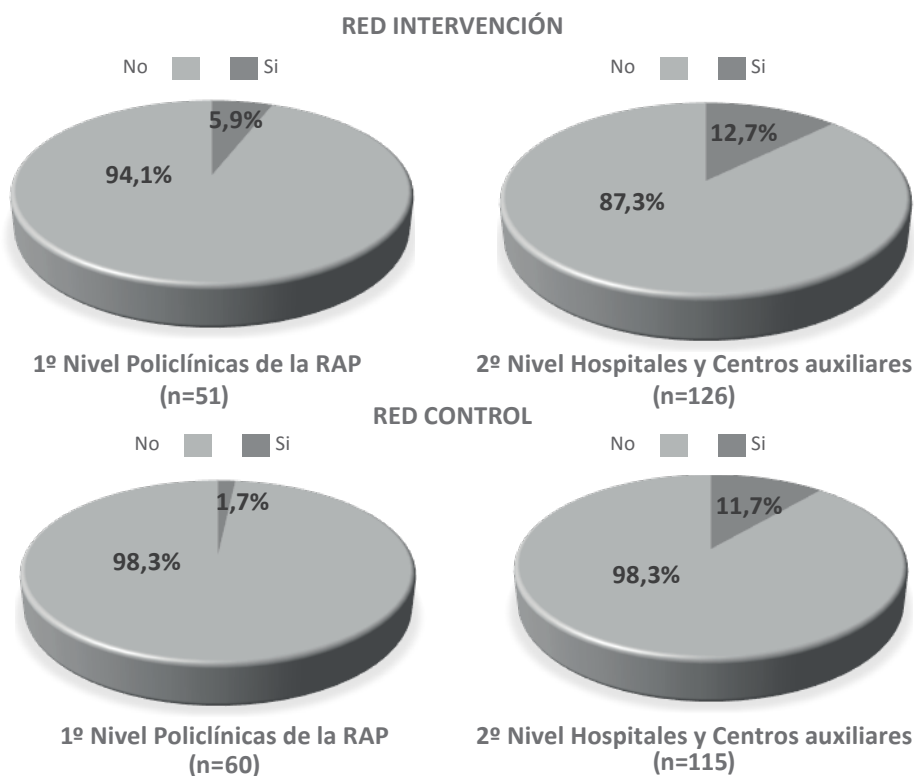
1º Nivel Policlínicas de la RAP
(n=60)



2º Nivel Hospitales y Centros auxiliares
(n=114)

La participación a reuniones de coordinación asistencial entre profesionales se revela casi inexistente en ambas redes de estudio (más del 87% de los encuestados en ambas redes responden negativamente), con una incidencia particular en el primer nivel de atención (94,1% en la red intervención y 98,3% en la red control). La experiencia de los actores muestra también, que la organización de estos espacios de intercambio y coordinación es difícil de instituir por razones diversas, entre las que pesan particularmente aquellas que caracterizan el modo de organización y funcionamiento de las redes, particularmente marcado por la falta de recursos médicos locales y la baja carga horaria de los mismos.

Conocimiento y uso de las Reuniones conjuntas



Entrevistas

La percepción de los profesionales:



“P: No, ese espacio (hablar y/o reunirse con otros colegas, hacer planteos a autoridades) no, a mí por lo menos no se me ha dado”
(Médico 5/1NA/M/RI)

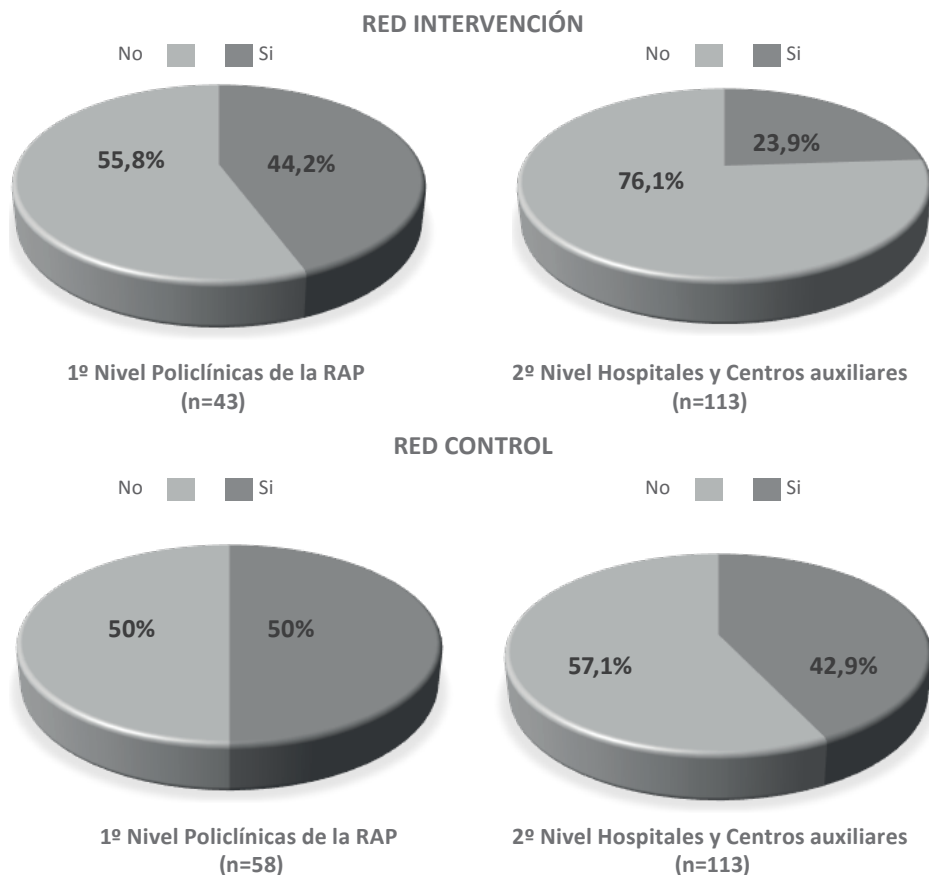


“Es muy difícil reunirlos (...), una por el multiempleo, otro porque no son de la localidad, los médicos de la emergencia no son de la localidad, viajan, cada vez que queremos tener alguna instancia, o de reunión simplemente para visualizar algunas dificultades no logramos reunir la mayoría de los médicos”
(Gestor 2/2NA/F/RI)

Supervisión

La proporción significativa de médicos encuestados (83,3%) que respondieron no beneficiarse de supervisión o evaluación regular de su actividad clínica (en particular en la red intervención), no facilita el desarrollo de prácticas de coordinación asistencial ni contribuye a la calidad de la atención.

Encuesta a médicos: Respuesta a la pregunta “¿Su institución supervisa o evalúa de manera regular su actividad clínica?”

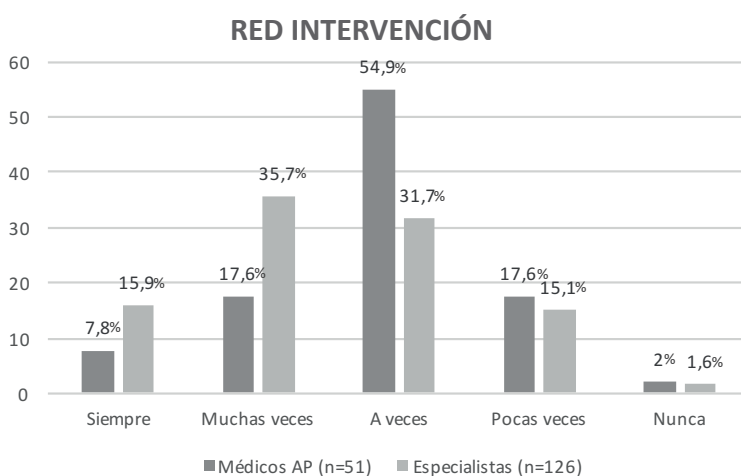


Capítulo 5

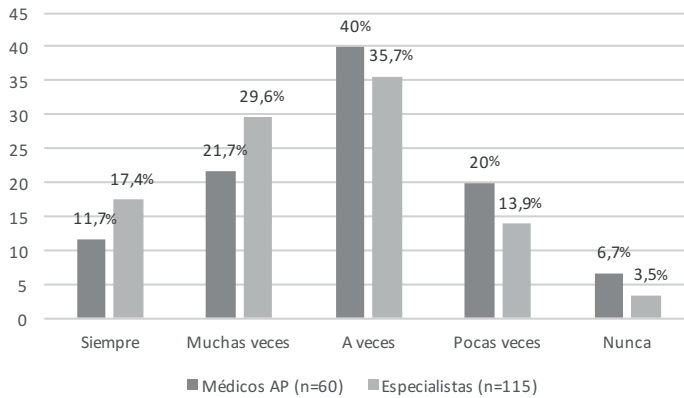
El intercambio de información para la coordinación de la atención

En coherencia con el bajo conocimiento y utilización de los mecanismos y herramientas de la coordinación de la atención, el intercambio de información clínica entre los niveles de atención también se realiza de manera limitada.

Encuesta a médicos: Opinión sobre la frase “Los médicos de APS y los médicos de nivel secundario intercambiamos información sobre la atención (diagnósticos, exámenes, tratamientos) de los pacientes que atendemos”.



RED CONTROL



Entrevistas

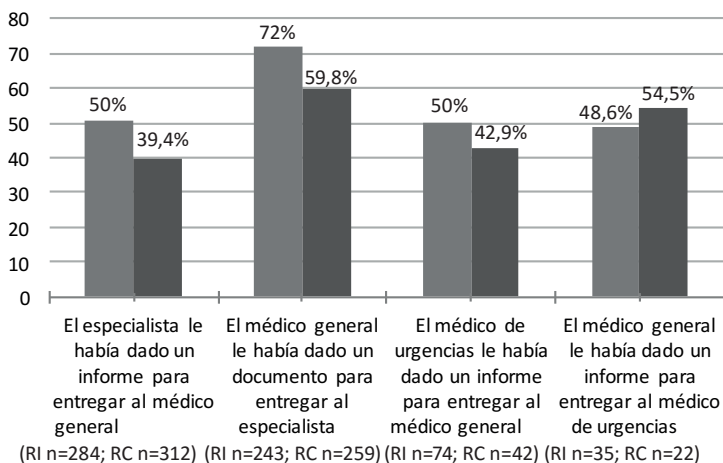
La perspectiva de los profesionales:



*“Eh, poco, no hay mucho (comunicación entre los médicos de segundo y primer nivel), no se llaman, no llaman particularmente por algo (...), pero casi nunca se da”
(Licenciada 2/1NA/F/RI)*

La circulación de la información por canales formales que permitan garantizar la continuidad asistencial, así como la coherencia y pertinencia de las intervenciones desarrolladas en los diferentes niveles de la red, es una condición de la calidad de la atención. El examen de las condiciones en que estos estándares son considerados en las redes de estudio revela una situación particular, en la que la cercanía entre actores genera un contexto favorable a una buena continuidad de atención apreciada y reconocida por los usuarios, que adolece sin embargo de un grado de informalidad reconocido por los profesionales -y en particular los médicos- como un problema que debe ser solucionado para mejorar la calidad de la atención.

Encuesta a usuarios: Opinión sobre la frase “El/ la médico/a da un informe al usuario/a para el/la médico/a del otro nivel de atención”



RED INTERVENCIÓN ■ ■ RED CONTROL

Se observan las respuestas agrupadas para las categorías “Siempre” y “Muchas veces”

La gran mayoría de los usuarios de las redes de estudio perciben una buena continuidad asistencial, que se expresa en la permanencia de los médicos generalistas y especialistas que aseguran su seguimiento.

Intercambio en Grupo Focal | Usuarios



*“Son los mismos que están siempre, a no ser que pase un accidente grave”
(Usuario2/GF/F/HTA/RI)*

La continuidad asistencial también se expresa a través de otros indicadores explorados en la encuesta relativos al intercambio y uso de informaciones para su atención:

- 84% de los usuarios de la Red Intervención y 91% de los de la Red Control, declararon que tanto el generalista como el especialista conocían el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los médicos del otro nivel le habían dado, antes de que ellos se lo explicaran;
- 85% de los usuarios de la Red Intervención y 93% de los de la Red Control, declararon no percibir grandes desacuerdos entre médicos generalistas y especialistas en lo que refiere al diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del otro nivel ha realizado.

Capítulo 6

Coordinación de la gestión clínica: el seguimiento de los pacientes entre niveles de atención

Contexto Internacional

La colaboración entre los médicos de los diferentes niveles de los sistemas de salud, aparece como un tema de trabajo necesario para la mejora de la atención en todos los países del estudio. En Uruguay la situación no es fundamentalmente diferente.

COORDINACIÓN: ENCUESTA A MÉDICO/AS

	AR (n= 350)	BR (n= 381)	CH (n= 348)	CO (n= 363)	MX (n= 365)	UR (n= 353)
Los especialistas envían los pacientes al médico general para su seguimiento	19%	37%	43%	64%	43%	53%
Los especialistas hacen recomendaciones al médico general sobre el seguimiento	47%	72%	57%	61%	52%	50%
Los médicos generales consultan dudas a los especialistas sobre el seguimiento.	49%	84%	88%	53%	90%	42%

% A veces, muy pocas veces, nunca

CONTINUIDAD: ENCUESTA A USUARIO/AS

	AR (n= 777)	BR (n= 768)	CH (n= 828)	CO (n= 775)	MX (n= 767)	UR (n= 818)
El médico general pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas.	10%	42%	54%	35%	27%	16%

% pocas veces, nunca

A excepción de la calidad de la colaboración declarada en la dirección médicos generales hacia especialistas en Uruguay, donde la mayoría de los encuestados (58%) reconocen consultar “siempre” o “muchas veces” dudas a los especialistas sobre el seguimiento de los pacientes (solamente 42% coinciden con la opinión presentada en las tablas, indicando que esta relación solo se establece “a veces”, “pocas veces” o “nunca”); en general inclusive en Uruguay, se observan relaciones mejorables en la dirección especialistas hacia médicos generales.

El análisis de la continuidad asistencial a partir de la frase “el médico general pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas”, permite apreciar la colaboración entre médicos desde la perspectiva de los usuarios encuestados en los seis países del proyecto Equity. Como se puede observar, a excepción de los usuarios de Chile que manifestaron mayoritariamente que esta situación se da “pocas veces” o “nunca” (54%), en el resto de los países la mayoría de ellos consideraron que los médicos generales lo hacen “muchas veces” o “siempre”, en particular en Argentina (90% de las respuestas) y en Uruguay (84% de las respuestas).

Acuerdos de orientaciones clínicas entre niveles de atención

El examen del grado de coincidencia clínica entre médicos de diferentes niveles, desde la perspectiva de los propios médicos, revela una vez más matices internos específicos a cada una de las redes de estudio, que no siempre son visibles para los usuarios.

Así:

- Cuando menos de la mitad de los médicos de la red Intervención (49% de los generalistas y 42% de los especialistas), declaran estar de acuerdo con el tratamiento indicado por el otro;
- En la red Control se observa una situación más polarizada, en la que si la mayoría de los generalistas (54%) dicen estar de acuerdo con los tratamientos propuestos por los especialistas; solo una proporción relativamente baja de especialistas (39%) coinciden con esa percepción.

Encuesta a médicos

OPINIONES COINCIDENTES CON LA FRASE:	RED INTERVENCIÓN	RED CONTROL
Los médicos generales estamos de acuerdo con los tratamientos indicados por médicos del segundo nivel de atención	49%	54%
Los médicos especialistas estamos de acuerdo con los tratamientos indicados por médicos del primer nivel de atención	42%	39%

En lo que refiere al grado de acuerdo que los médicos generalistas y especialistas logran habitualmente en materia de diagnóstico, tratamiento y recomendaciones, las percepciones de los médicos y usuarios encuestados en los 6 países de estudio difieren, observándose una visión más crítica en los profesionales. Esta situación aparece particularmente contrastada en Uruguay.

Contexto Internacional:

COORDINACIÓN: ENCUESTA A MEDICOS/AS

	AR (n= 350)	BR (n= 381)	CH (n= 348)	CO (n= 363)	MX (n= 365)	UR (n= 353)
Los médicos estamos de acuerdo con los tratamientos prescritos o indicados por médicos de otros niveles de atención.	46%	54%	50%	57%	64%	56%

% A veces, muy pocas veces, nunca

Como en la casi totalidad de los países de estudio, en Uruguay también la mayoría de los médicos encuestados (56%) declaran que solo están de acuerdo “a veces”, “pocas veces” o “nunca” con los diagnósticos, tratamientos y recomendaciones de los médicos del otro nivel de atención.

CONTINUIDAD: ENCUESTA A USUARIO/AS

	AR (n= 760)	BR (n= 692)	CH (n= 746)	CO (n= 737)	MX (n= 714)	UR (n= 763)
Médico general está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento, y recomendaciones que los especialistas le dan.	5%	17%	27%	20%	13%	5%
Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general da.	7%	20%	40%	25%	19%	5%

% pocas veces, nunca

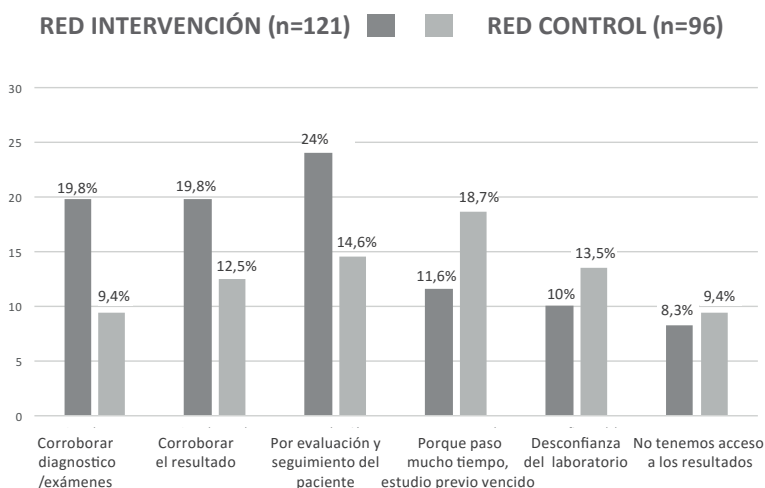
La percepción de los usuarios difiere de la de los médicos, en particular en Uruguay, donde la gran mayoría de ellos (95%), consideran que habitualmente los médicos generales y los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones propuestos por el médico de otro nivel de atención “siempre” y “muchas veces” (solamente 5% de ellos perciben que ese acuerdo se logra “a veces”, “pocas veces” o “nunca”).

La repetición de exámenes

La “consistencia de la atención” es un componente central de coordinación de la gestión clínica, que implica la existencia de abordajes y objetivos de tratamiento similares para los diferentes profesionales de atención primaria y especializada que proveen atención al mismo paciente.

Aunque entre las razones dadas por los médicos encuestados en ambas redes de estudio para justificar la repetición de exámenes realizados en el otro nivel de atención, se encuentren naturalmente la evaluación y seguimiento del paciente y la necesidad de actualizar los resultados de los exámenes previos; las otras razones mencionadas revelan un cierto grado de desconfianza en los datos comunicados así como dificultades de acceso a los resultados, que indican zonas de trabajo para la mejora de la calidad de la atención a través de una mejor coordinación entre niveles de la red.

Encuesta a médicos: Respuesta a la pregunta “¿Por qué repiten los exámenes que previamente han realizado los médicos del otro nivel?”



La comunicación, un problema clave para la mejora de la coordinación de la atención

Como se mencionó anteriormente, la información llega en su mayoría por mecanismos informales de comunicación desarrollados por los médicos, lo cual impide que haya una regulación del flujo y la calidad de información que se transmite.

Entrevistas: La percepción de los médicos



*“Tengo contacto personal, telefónico, la comunicación es más clara pero es menor con policlínicas periféricas”
(Médico 3/1NA/M/RI)*



*“No hay posibilidades de comunicación, cuando el paciente está internado tampoco, salvo ya te digo que yo busque la información en forma telefónica”
(Médico 7/1NA/M/RI)*

Capítulo 7

La accesibilidad: Un objetivo de la coordinación entre niveles de atención

Si en general los actores consultados expresan claramente, en sus percepciones del funcionamiento de las redes estudiadas, que la reforma del sistema de salud mejoró sensiblemente la accesibilidad a los servicios de atención; también es un hecho percibido claramente que el acceso a la medicina especializada sigue siendo complejo y frecuentemente correlacionado con problemas de coordinación entre niveles.

La accesibilidad según los médicos

En lo que refiere a las dificultades y problemas de acceso a las consultas de especialistas, las representaciones de los médicos entrevistados aparecen focalizadas en la problemática de la coordinación y sus múltiples facetas, relativamente diferenciadas según que el médico sea generalista o especialista.

Las entrevistas a médicos del primer nivel de atención aparecen más frecuentemente centradas en aquellas facetas que refieren a actitudes personales de los colegas especialistas, más o menos proclives a establecer los vínculos de colaboración utilizando -o no- las herramientas de coordinación asistencial, y en aquellas que dependen del modo de organización y funcionamiento de la red de atención.

Entrevistas: La percepción de los médicos de primer nivel de atención



“Falta mucho todavía para que sea más fácil la comunicación, lo que es por ejemplo, solicitar turnos para especialistas, que después nos devuelvan a nosotros los especialistas su opinión, esas cosas como que con algunas personas puntuales funciona, pero con otras a veces uno tiene que andar después recolectando información”
(Médico 8/1NA/F/RI)



“Hemos tenido mucho problema de la gente, sobre todo muy lejos, que ha venido, se ha encontrado que viene, o no pudo dar con el médico (...) se ha encontrado que faltó el endocrinólogo, no hubo fecha, le erraron en el día y no vienen más, o es muy difícil hacerlo venir otra vez por eso”
(Médico 12/1NA/M/RC)



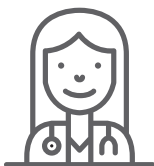
“Les doy el pase, el tema es que si yo no lo veo ese paciente puede quedar dos o tres meses sin nadie, porque las consultas con los especialistas no son fáciles”
(Médico 6/1NA/M/RI)

Las entrevistas a médicos del segundo nivel de atención revelan percepciones más frecuentemente focalizadas en aspectos que hacen a la calidad de las orientaciones, revelando un déficit de matriz clínica de referencia suficientemente compartida con los médicos del primer nivel de atención.

Entrevistas: La percepción de los médicos de segundo nivel de atención



“Hacen derivación sin diagnóstico de diabetes (...) Los diabéticos podrían ser controlados bien en policlínica periférica y evitar la paraclínica básica en 2do y 3er nivel”
(Médico 1/2NA/M/RI)

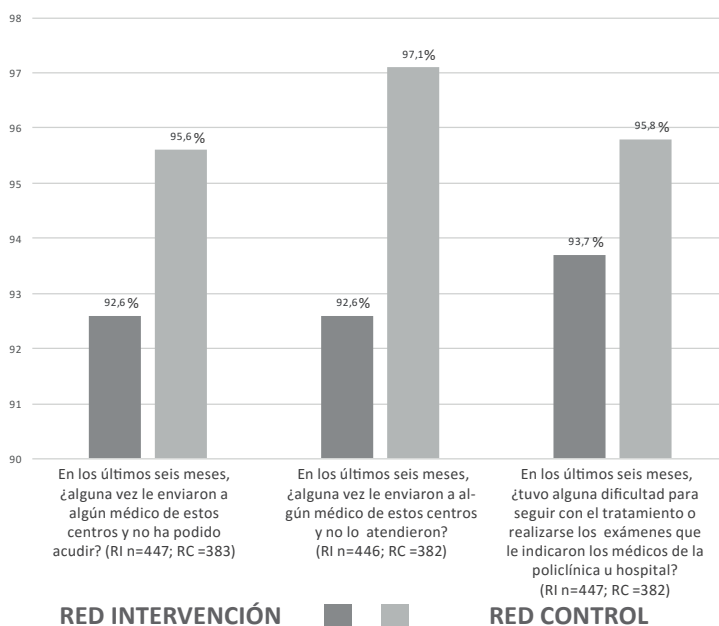


“Muchas veces la mayor limitante está en el conseguir la consulta, porque te vienen referencias de hace tres meses, se pierde, se pierde la cosa del momento, el por qué consulta el paciente en ese momento”
(Médico 9/2NA/M/RI)

La accesibilidad según los usuarios

La percepción global de los usuarios en cuanto a la accesibilidad a los servicios de la red es contundente: más del 90% de los encuestados reconocen tener un buen acceso a los médicos de la red así como a tratamientos o exámenes que estos indiquen.

Accesibilidad entre niveles de atención

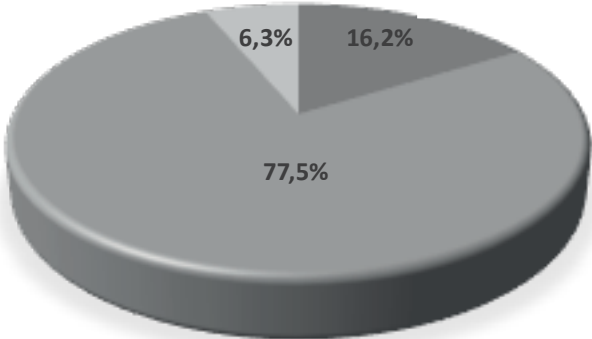


Se consideran solamente las respuestas "No"

Cuando se consideran las razones del pequeño grupo de usuarios (inferior a 10%) que señaló problemas o dificultades de acceso, se puede observar dos tipos de situaciones: aquellas que dependen del propio usuario (impedimentos personales, dificultades económicas), y aquellos que dependen del sistema (falta de turnos, largos tiempos de espera, ausencia del médico a la consulta programada, falta de medicamentos).

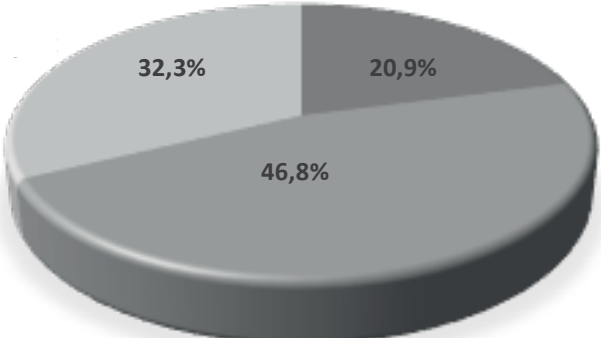
Encuesta: Opinión sobre la frase “Tras la consulta con el especialista, cuando el paciente solicita una cita con el médico general, espera mucho tiempo hasta el día de la consulta”

MÉDICOS 1º Nivel (n=111)

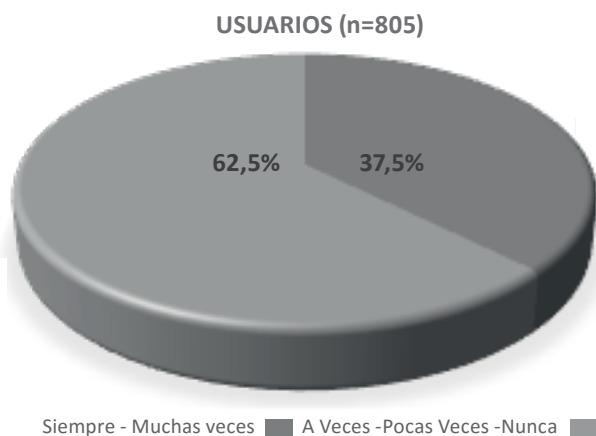


Siempre - Muchas veces ■ A Veces - Pocas Veces - Nunca ■ NS/NC ■

MÉDICOS 2º Nivel (n=235)



Siempre - Muchas veces ■ A Veces - Pocas Veces - Nunca ■ NS/NC ■



Las entrevistas a usuarios revelan sin embargo una visión más crítica del sistema, en el que la calidad de la atención aparece como un déficit, y el acceso a la medicina especializada como un problema muy serio (en el que puede estar en juego la vida del usuario), presente en el espacio público.

Intercambios en Grupo Focal | Usuarios



“Yo estoy contenta con la policlínica, con el hospital también, porque cada vez que vengo me atienden, pero hace poquito cuando vine ahí me atendieron mal, hay que decir también”
(Usuaría 3/GF/F/Diab/RI)



“En general se quejan de los plazos largos, porque como el otro día, un señor llamó a la radio que tenía atención con el cardiólogo y que le habían dado un turno a tres meses, y si, dentro de tres meses yo puedo estar muerto, y tampoco es un resfrío, tengo turno con un cardiólogo”
(Usuaría 1/GF/F/Diab/RI)

Entrevistas: La percepción de los usuarios



“Cuando le dicen venga dentro de tres meses, uno va a pedir dentro de tres meses y no consigue turno para dentro de tres meses, a veces dan dos o tres meses más”

(Usuario/H/Diab/RI)

Accesibilidad entre niveles

Contexto Internacional

COORDINACIÓN: ENCUESTA A MÉDICO/AS

	AR (n= 350)	BR (n= 38)	CH (n= 348)	CO (n= 363)	MX (n= 365)	UR (n= 353)
El paciente espera mucho tiempo para consulta con el especialista, tras la derivación	28%	15%	18%	18%	34%	36%
El paciente espera mucho tiempo para consulta con médico AP, tras la AE	70%	48%	58%	58%	56%	75%

% A veces, muy pocas veces, nunca

La comparación de los resultados internacionales en relación a los tiempos de espera, confirma que Uruguay se sitúa entre los países en los que se registra más tiempo de espera para acceder al especialista (64% de los médicos encuestados reconocen este problema, contra los 36% presentados en la tabla que consideran que el problema se presenta “a veces”, “muy pocas veces” o “nunca”); y entre los que se registra menos tiempo de espera para acceder al médico del primer nivel de atención: 75% de los médicos y 62% de los usuarios consideran que esto sucede “a veces”, “muy pocas veces” o “nunca”.

Conclusiones

Los resultados del Estudio de Línea de Base aquí presentados, dejan en evidencia unas redes de servicios de salud en plena transformación, en las que el “cambio de modelo de atención”, hacia un sistema integrado y basado en los principios de la APS, aparece como un objetivo en curso de realización, que exige transformaciones estructurales, a nivel de la cultura de sus actores, tanto profesionales como usuarios.

El estudio muestra la necesidad claramente identificada y compartida por todas las categorías de actores consultados, de mejorar las condiciones de producción de servicios de calidad, optimizando la “coordinación de la atención entre niveles”.

La adopción de herramientas específicas que permitan mejorar la comunicación y la colaboración formal y sistematizada, basada en evidencias científicas, entre profesionales del primer y segundo nivel de atención, en particular entre sus médicos; aparece como una clara opción de mejora de la calidad de los servicios que hoy son brindados de manera accesible a sus usuarios.

El alto grado de interés y compromiso para el desarrollo de estas mejoras en el funcionamiento de las redes, encontrados en el trabajo de investigación tanto a nivel de los usuarios como de los profesionales y responsables institucionales de las redes estudiadas, señala la importancia de la fase siguiente del proyecto Equity LA II, que elaborará e implementará -en el marco de un enfoque de tipo Investigación Acción Participativa- acciones específicas de mejora de la coordinación entre niveles de atención.

Montevideo, marzo de 2017

Para saber más del proyecto Equity LA II

Enlace al site del consorcio de investigación internacional:
www.equity-la.eu/es/

Enlace a la presentación del Proyecto de investigación internacional Equity LAII - Uruguay:
www.youtube.com/watch?v=VQnHKxEN4ns

Protocolo de la investigación Equity LA II:

Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. 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.

Comparación internacional de resultados de encuestas del proyecto Equity LA II. La experiencia de los médicos de redes públicas de salud de seis países de América Latina, sobre la Coordinación Asistencial y sus factores asociados:

Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Bertolotto F. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine* 182, 10-19, June 2017.

Autoría y participación:

Redacción: Fernando Bertolotto, Camila Estiben, Sebastián Gadea, Luciana Piccardo - Diseño gráfico: Natalia Igarzábal

