URUGUAY

COORDINACIÓN ASISTENCIAL:

CLAVES PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Evaluación de resultados de una intervención para la mejora de la Coordinación entre niveles de atención

Región Oeste | ASSE 2016 - 2019

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

asse
Administración de los Servicios de Salud del Estado

Autoría
Fernando Bertolotto
Camila Estiben
Sebastián Gadea

Diseño gráfico
flobrizuela.com

ISBN
978-9974-0-1669-9

Unidad de Investigación, Facultad de Enfermería
Universidad de la República, Uruguay.
598 (2) 4870050 Ext. 118
uinvestigacion@fenf.edu.uy
fenf.edu.uy

Proyecto de Investigación Internacional
«Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes integradas de servicios de salud en América Latina»

Índice

06 | Integrantes del Proyecto y Autoridades

08 | Glosario de términos y referencias

11 | Prólogo

12 | Nota del Ministerio de Salud Pública

14 | Introducción

20 | **Capítulo 1:**
Proceso de Investigación Acción Participativa

28 | **Capítulo 2:**
La intervención y sus orientaciones

36 | **Capítulo 3:**
Proceso de evaluación de la intervención

48 | **Capítulo 4:**
Resultados de la evaluación de la intervención

96 | **Capítulo 5:**
Conclusiones

98 | Para saber más sobre el Proyecto Equity LA II

100 | Referencias Bibliográficas

101 | Publicaciones de resultados internacionales del proyecto Equity LA II

Integrantes del Proyecto y Autoridades

Integrantes del equipo Equity LA II Uruguay

Investigador Principal

· Mgtr. Fernando Bertolotto

Investigadores Junior

· Lic. Luciana Piccardo

· Lic. Sebastián Gadea

· Bchr. Camila Estiben

Plataforma de profesionales de ASSE

· Dra. Mª Ciappesoni

· Dr. Richard Sosa

· Dr. Pablo Acquistapace

· Dra. Silvia Suhr

· Dra. Susana Riera

· Dra. Milena Vignolo

· Dra. Mª Cuadrado

· Dra. Erika Suarez

· Lic. Cristina Fassi

· Lic. Verónica Trujillo

· Lic. Yoana Callero

· Lic. Rosario Vico

· Lic. Susana Hellbusch

· Lic. Mariella Duarte

Comité Conductor Local

Directora Regional Oeste de ASSE

· Dra. Graciela García

· Dra. Alejandra Caputi

Subdirectora Región Oeste Litoral de ASSE

· Mgtr. Cecilia Acosta

Subdirectora Región Oeste Centro de ASSE

· Lic María Noel Ballarini

Depto. de Soriano

Directora Red de Atención Primaria

· Lic. Veronica Reyes

Adjunta de la dirección de la RAP

Lic. Viviana Corona

Director Hospital de Young Depto. de Río Negro

· Mgtr. Juan Pablo Apollonia

Directora Red de Atención Primaria Depto. de Colonia

· Dra. Gladys Yanet Sandes

Comité de Seguimiento Nacional

Directora General de Coordinación del MSP

· Dra. Adriana Brescia

Gerencia Asistencial de ASSE

· Dra. Gabriela Medina

Decana Facultad de Enfermería

· Lic. Mercedes Pérez

Investigador Principal Equity LA II Uruguay

· Mgtr. Fernando Bertolotto

Administración del proyecto y apoyo a la investigación

· Cra. Nelly Rossellino

· Ayud. Fernanda Revelese

· Ayud. Bibl. Valeria Silveira

Encuestadores

· Bruno Fonseca

· Mathías Llabrés

· Lucía Suárez

· Ana Martínez

· María Márquez

· Jimena Veloso

· Maite Rubira

· Maximiliano Sala

· Dimara Curvelo

· Aramís Ribero

· Florencia Ihlenfeld

· Florencia Vecino

Integrantes del equipo Equity LA II Internacional

España

· Dra. Ma. Luisa Vázquez

· Dra. Ingrid Vargas

· Dr. Pierre De Paepe

Argentina

· Dr. Mario Rovere

· Prof. Delia Amarilla

Bélgica

· Dr. Bruno Marchal

· Dr. Maurice Coenegrachts

Brasil

· Dra. Isabella Samico

Chile

· Dra. Pamela Eguiguren

Colombia

· PhD. Amparo Mogollón

México

· Mgtr. Edit Rodríguez Romero

· Mag. Julieta Lopez

Uruguay

· Mgtr. Fernando Bertolotto

Glosario de términos y referencias

AE | Atención Especializada
AP | Atención Primaria
APS | Enfoque de Atención Primaria en Salud
ASSE | Administración de Servicios de Salud del Estado
CA | Coordinación asistencial
CAD | Cargos de Alta Dedicación
CCAENA UR | Cuestionario de Continuidad de la Atención entre Niveles Asistenciales – Uruguay
CCL | Comité Conductor Local
CI | Comisión Investigadora
COORDENA UR | Cuestionario de Coordinación de la Atención entre Niveles Asistenciales – Uruguay
CR | Contrarreferencia
CSN | Comité de Seguimiento Nacional
EI | Equipo de Investigación
ELB | Estudio de Línea de Base
FEMI | Federación de Médicos del Interior
FEnf | Facultad de Enfermería
FONASA | Fondo Nacional de Salud
HCE | Historia Clínica Electrónica
HR/CR | Hoja de Referencia y Contrarreferencia
IAP | Investigación Acción Participativa
INE | Instituto Nacional de Estadística
ME | Médico Especialista
MG | Médico General
MSP | Ministerio de Salud Pública
NA | Nivel Asistencial

NC | No contesta
NS | No sabe
PP | Plataforma de Profesionales
R | Referencia
RAP | Red de Atención Primaria
RC | Red Control
RI | Red Intervención
RIn | Respuesta Inadecuada
RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud
RN | Red Norte
RO | Red Oeste
RRHH | Recursos Humanos
SD | Sin dato
SM | Salario Mínimo
SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud
TIC | Tecnologías de la Información y Comunicación
UA | Unidad Asistencial
UdelaR | Universidad de la República

Red Intervención

Red Control

Número de encuestados para Red Intervención

Número de encuestados para Red Control

Fuente: *unsplash.com*

Prólogo

El Sistema Nacional Integrado de Salud se encuentra a sus 12 años de creación, en una etapa de profundización de los cambios. Tanto es así, que, los pilares de la financiación y gestión han ido desarrollándose con logros significativos y ahora es el tiempo del cambio del modelo de atención. En este sentido la Administración de Servicios de Salud (ASSE) como prestador integral público se ha propuesto en su Plan de acción, mejorar la calidad de la atención potenciando, entre otros elementos estructurales y funcionales de la organización, la coordinación y continuidad asistencial. La academia a través de la Facultad de Enfermería de la UdelaR y ASSE en el año 2013 inician esta investigación Equity LA II, con el objetivo de conocer algunas características de la coordinación y continuidad asistencial, reconociendo la importancia de generar conocimiento y evidencia sobre estos temas tan importantes para la calidad de la atención. La metodología utilizada, la investigación acción participativa, movilizó a los profesionales de salud y en particular a los médicos en la identificación activa de los principales obstáculos y facilitadores del proceso asistencial entre el Primer y el Segundo Nivel de atención. De este modo, se logró implementar una herramienta de coordinación, la hoja de referencia-contrareferencia, permitiendo obtener resultados con cambios en la esfera del accionar de los profesionales que favorecen la coordinación asistencial. Esta investigación arroja información consistente y una experiencia acumulada para continuar avanzando hacia el logro de los objetivos estratégicos de ASSE, entre ellos la Unidad de Enlace y la mejora de la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Dra Alejandra Caputi | Directora Región Oeste

Mag. Cecilia Acosta | Subdirectora Subregión Oeste Litoral

Lic. Maria Noel Balarini | Subdirectora Subregión Oeste Centro

Nota del Ministerio de Salud Pública

Uruguay llegó al año 2005 con una situación de deterioro creciente de los efectores de salud públicos y privados caracterizada por diversas inequidades en el financiamiento, alta conflictividad gremial, elevado porcentaje de población sin cobertura asistencial integral, un prestador público desbordado y una fragmentación y segmentación evidentes en el sistema de salud. Administrar esta crisis fue un desafío que requirió transitar, a partir de 2005, una transformación tan profunda como necesaria en el sector salud para superar los claros perjuicios a todos los sectores de la población.

Una de las principales expresiones de esta transformación es la aprobación de un sólido marco normativo. Destaca en él la ley n.° 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y que rige desde enero de 2008. Entre sus principios rectores principales destacan la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud; cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; participación social y solidaridad en el financiamiento general.

Es sabido que todas las reformas del sector salud requieren de un proceso de acumulación política, social, institucional, gremial, académica y comunicacional que produzca las condiciones necesarias para su consolidación, superación permanente y sustentabilidad.

En este sentido el Ministerio de Salud Pública realiza, promueve, participa, difunde o apoya las actividades en materia de investigación en salud entendida esta como una herramienta indispensable

para la generación de nuevos conocimientos que contribuyan a la solución de los problemas de salud de nuestra población.

Destacamos la importancia del estudio internacional Equity-LA II, cuyo objetivo es evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en las redes integradas de servicios de salud a nivel regional, que aplica a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso Uruguay, principal prestador público de servicios de salud que atiende casi la mitad de la población del país. A la vez se destaca la consistencia con los objetivos estratégicos de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020 definidos por el Ministerio de Salud Pública en consulta con un amplio espectro de actores sociales.

Reconocemos y valoramos que la investigación fue desarrollada con una metodología de investigación acción participativa que incorpora a los actores del territorio en el proceso reflexivo de investigación y promueve la generación y apoderamiento de conocimiento colectivo con base en la experiencia de los diversos actores. Esto implica una apuesta -política- a la participación social en salud, uno de los principales principios rectores del SNIS.

Desde el Ministerio de Salud Pública saludamos este tipo de proyectos cuya información contribuye tanto a la mejora de los procesos asistenciales como a la calidad asistencial.

Dra. Adriana Brescia | Directora

Dirección General de Coordinación | Ministerio de Salud Pública

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 reducir la fragmentación y la segmentación de la oferta de servicios, desarrollando una estrategia de integración basada en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), y de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Equity-LA II[1] 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.

En Uruguay el estudio fue liderado por la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, y realizado a través de un Convenio institucional con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en las redes de atención de la región Oeste del país; compuesta por la subred Oeste Litoral de los departamentos de Colonia, Soriano y Río Negro; y la subred Oeste Centro de los departamentos de San José, Florida, Durazno y Flores.

---

1 | equity-la.eu/es/

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 (IAP) para la fase de intervención.

La investigación se inició a nivel internacional en agosto de 2013, y se desarrolló a nivel nacional a partir del año 2014, en cuatro fases :

1. Lanzamiento institucional de la investigación (2014) y estudio de línea de base (2015/2016)

2. Diseño e implementación de la intervención (2016/2017)

3. Evaluación de la intervención (2017/2018)

4. Comparación internacional y presentación final de resultados (2019)

El estudio considera la evolución de la percepción de la coordinación de la atención de los principales actores del sistema de salud, analizando por un lado las percepciones de los profesionales y gestores de los servicios salud -en particular de los médicos-; y por otro lado, la de sus usuarios.

La opinión y experiencia de los profesionales es llamada “Coordinación de la Atención”, y se define 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 usuarios es llamada "Continuidad de la Atención", definida como "la percepción por parte de los usuarios y usuarias, de la coordinación de la atención que reciben".

La investigación dispuso de un dispositivo externo de monitoreo, control de calidad y capitalización de resultados para las políticas públicas, organizado en dos niveles: un Comité Científico Internacional constituido por expertos reconocidos en la temática; y un Comité de Seguimiento Nacional, que en Uruguay estuvo compuesto por representantes institucionales de la ASSE, del Ministerio de Salud Pública, de la Facultad de Enfermería y de la Universidad de la República. El dispositivo operacional de la investigación también estuvo organizado en dos niveles. Uno internacional, animado por el equipo de coordinación general para asegurar la calidad y coherencia de las actividades de terreno, el seguimiento del cronograma de trabajo y la planificación colectiva de los avances del proyecto, que fue realizado a través de reuniones virtuales mensuales y encuentros presenciales en talleres internacionales semestrales, organizados en cada país participante. A nivel nacional, el dispositivo se organizó en dos instancias: por un lado, un Comité Conductor Local (CCL) que tenía por misión la facilitación, monitoreo y seguimiento político, técnico y logístico del proceso y los resultados de la investigación. Por otro lado, una Plataforma de Profesionales (PP), participantes del proceso de diseño e implementación de la intervención en el marco de la IAP.

Las encuestas y entrevistas de diagnóstico y evaluación fueron realizadas en hospitales, centros auxiliares y policlínicas urbanas de la Red Oeste de la ASSE; y la intervención solamente en la subred Oeste Litoral considerada como Red de

Intervención (RI), siendo la subred Oeste Centro considerada como red de control (RC).

A inicios del año 2017, se publicó un primer fascículo de divulgación de resultados del Estudio de Línea de Base (ELB), destinado en primera instancia a profesionales y usuarios de la ASSE[2].

Durante el año 2017, los profesionales del CCL y de la PP, acompañados por el equipo de Investigación (EI), analizaron los resultados del ELB e identificaron tres intervenciones prioritarias para la mejora de la coordinación asistencial entre niveles a realizar en esta subred Oeste Litoral, considerada como Red de Intervención (RI). Teniendo en cuenta las condiciones necesarias a la realización de estas acciones (determinadas por las exigencias del proyecto de investigación internacional, así como por la realidad del funcionamiento institucional nacional y local de la red de intervención), el CCL decidió diseñar e implementar una de las tres acciones prioritarias en el marco del proyecto Equity, considerando que las otras dos dependían de la realización de la primera, y deberían ser diseñadas e implementadas posteriormente por los equipos de la ASSE, fuera del marco de la investigación, en el marco de sus actividades ordinarias. La intervención así seleccionada consistió en la implantación y promoción de la utilización de formularios de referencia y contrarreferencia. La misma fue considerada una acción estratégica y determinante para la realización de los otros dos objetivos, porque podía demostrar, a través de un dispositivo relativamente sencillo y concreto respaldado por la evidencia científica, por un lado,

2 | fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/WEB_final_equity_unidad_investigacion.pdf

la adhesión efectiva de los actores de la red a un proceso de cambio del modo de hacer habitual (modificación de las disposiciones de los actores al cambio de modelo de atención); y por otro lado, la posibilidad de mejorar concretamente la calidad de la atención a través de una acción centrada en la coordinación asistencial entre niveles de atención (CA/NA).

En este segundo documento de vulgarización de resultados del proyecto Equity LA II en Uruguay, presentaremos una síntesis de los principales resultados de la evaluación de la intervención, considerando tanto el proceso de trabajo realizado de manera participativa, como los resultados obtenidos. El análisis considera conocimientos generados a través de la repetición de los estudios de línea de base (encuestas y entrevistas individuales y colectivas) en la totalidad de la red Oeste, enfocados ahora en la evaluación de la intervención, con el fin de poner en evidencia, por un lado, eventuales modificaciones en la CA/NA percibidas por los usuarios y profesionales de la RI relacionadas con las actividades realizadas en torno a la implantación de la HR/CR. Y por otro lado, contrastando los resultados observados en la RI, con aquellos que pudieran observarse en la RC que pudieran ocurrir por razones ajenas a la intervención. Por fin y para comprender la influencia de los elementos de contexto ambiental (en el período en la región de la RI se registró un tornado), político y social (en el período se registró una fuerte presión de control crítico de la gestión de la red de la ASSE por el Parlamento y la prensa), en el proceso de IAP, se realizó un estudio de línea de tiempo, analizando publicaciones de tres medios de prensa escrita nacional y tres de nivel local; la comunicación institucional vía la página Web de la ASSE; así como observaciones y notas del Equipo de Investigación (EI) discutidas y validadas por los equipos

implicados (actas de reuniones y síntesis de instancias de reflexión e intercambios elaboradas durante el proceso de IAP).

El documento está destinado prioritariamente (y su lenguaje y modo de presentación adaptado en consecuencia), a los profesionales y usuarios de la ASSE, con la doble finalidad de, por un lado, restituir y divulgar los resultados de la investigación a los actores que participaron directa o indirectamente en ella (estimamos que al momento de la redacción de este documento, representan unas 3000 personas); y por otro lado, constituir un soporte de diálogo entre esas categorías de actores, para seguir trabajando en la perspectiva de la mejora de la calidad de la atención, más allá del propio proyecto de investigación.

Las referencias técnicas y conceptuales que sostienen esta presentación, vienen siendo presentadas desde una perspectiva académica a través de comunicaciones científicas en espacios especializados (informes, revistas arbitradas, congresos, formaciones), tanto a nivel nacional como internacional; las referencias de las mismas se encuentran al final de este documento.

El equipo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería, responsable de esta publicación, está a disposición de los lectores para responder a cualquier duda o pregunta en los siguientes mails:

✉ uinvestigacion@fenf.edu.uy | ✉ equitylaii@gmail.com

Capítulo 1: Proceso de Investigación Acción Participativa

A lo largo de las distintas fases de la investigación fue desarrollada una metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), con el objetivo de incorporar a los actores del terreno en el proceso reflexivo de investigación. La IAP es una metodología de investigación para el cambio social, llevada a cabo por personas de una comunidad con el apoyo de investigadores, con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y las de su entorno. La IAP se basa en tres principios organizadores (Zapata et al, 2016):

Investigación: creencia en el valor y el poder del conocimiento y el respeto hacia sus distintas expresiones y maneras de producirlo

Participación: enfatizando los valores democráticos y el derecho a que las personas controlen sus propias situaciones y destacando la importancia de una relación horizontal entre los investigadores y los miembros de una comunidad

Acción: como búsqueda de un cambio que mejore la situación de la comunidad involucrada (Greenwood y Levin, 1998)

Cuando se desarrolla en medio institucional, la IAP requiere de un cuarto principio organizador: **la responsabilidad**, que supone la inclusión de la acción en el proyecto institucional, mediante la formalización del marco de intervención y la participación activa de sus autoridades en el proceso de cambio.

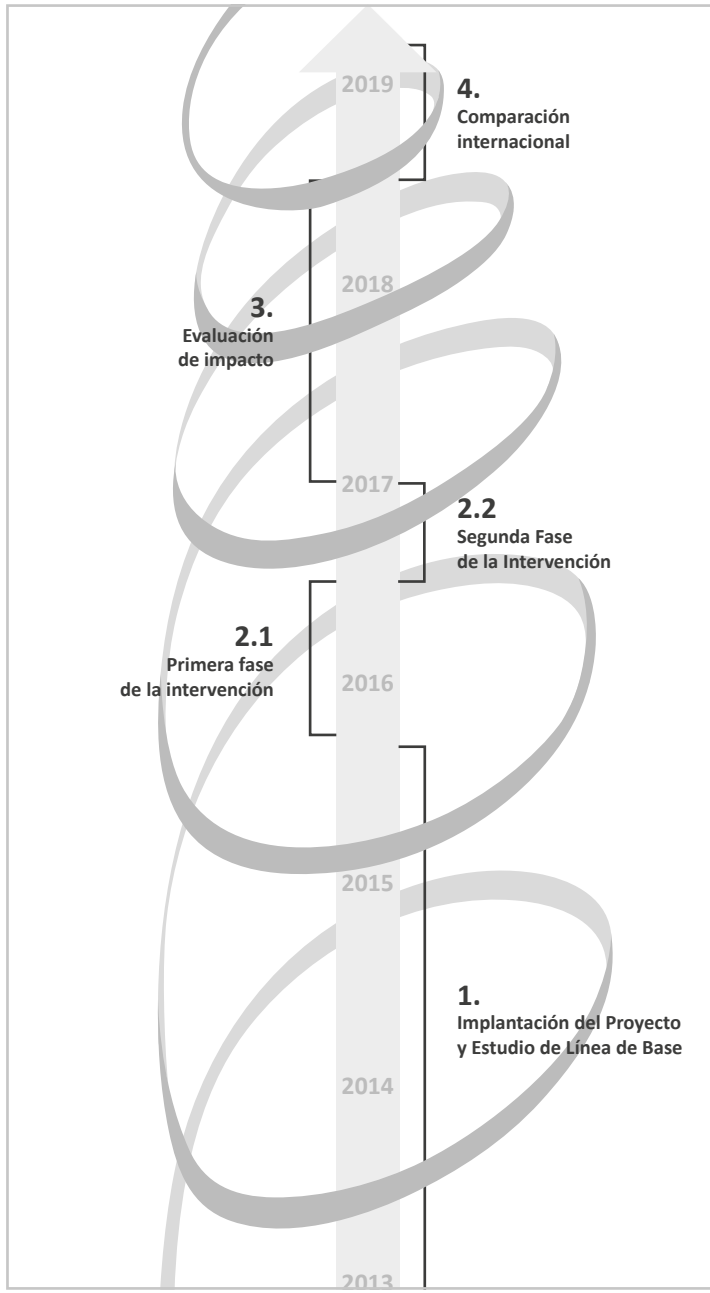
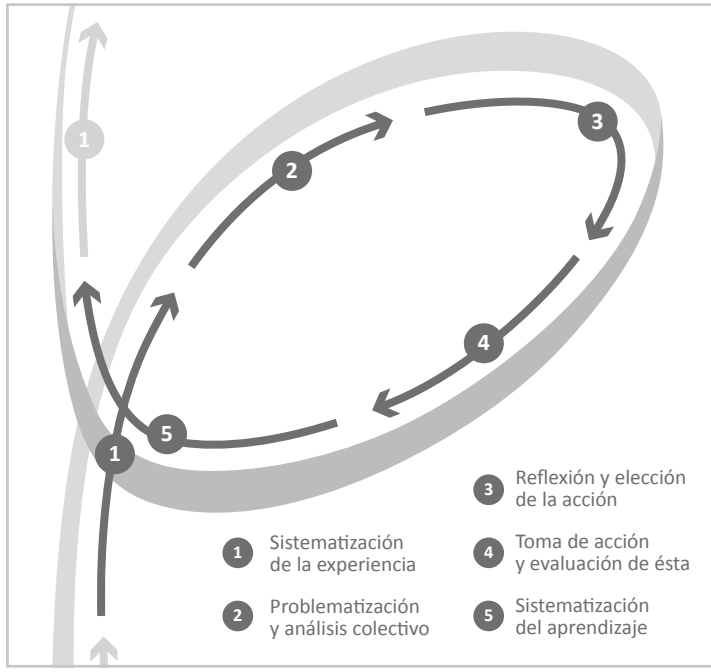


Figura 1
Ciclos de la IAP

La IAP se desarrolla en ciclos que se repiten a lo largo del proceso de investigación de forma espiral. En la figura 1 se visualiza la articulación entre los procesos de investigación y los ciclos de la IAP.

Estas 5 etapas se desarrollan tomando distintas características a lo largo de todo el proceso, y cada vez que se completan se da inicio a un nuevo ciclo (figura 2). A continuación se procederá a detallar la forma en que se desarrollaron estas etapas a lo largo del proyecto, haciendo énfasis en las actividades implicadas en la segunda y tercera fase de la investigación, correspondientes a los ciclos dos, tres y cuatro de la IAP, entendiendo que la fase previa ya fue abordada en el primer librillo.

Figura 2
Etapas de la IAP



Fase de implantación del proyecto y estudio de línea de base
Primer y segundo ciclo de la IAP

Durante esta primera fase de la investigación se cumplieron dos ciclos de la IAP. En un primer momento el proyecto fue implantado a nivel institucional a través de la presentación en la ASSE, la elaboración de los convenios de colaboración y la definición de los territorios de estudio. Luego de presentar y planificar el trabajo en el territorio, se desarrolló el segundo ciclo, a través del Estudio de Línea de Base, donde se aplicaron encuestas y entrevistas a médicos y usuarios de la red con el fin de aportar un diagnóstico de la coordinación asistencial en la Red, que serviría como insumo para el trabajo a desarrollar posteriormente.

Fase de intervención
Tercer, cuarto y quinto ciclo de la IAP

Durante esta fase se desarrollaron tres ciclos de la IAP. En el primero se conformaron dos grupos de trabajo, que fueron capacitados a través de talleres de metodología participativa y coordinación asistencial, llevados a cabo por el Equipo de Investigación. Durante este ciclo ambos grupos trabajaron de forma articulada con el Equipo de Investigación en el análisis y problematización de los resultados del Estudio de Línea de Base, que evidenciaban un sistema en pleno proceso de transformación de su modelo de atención con una necesidad de mejorar las condiciones de producción de los servicios, lo que devino en la elaboración de una intervención que permitiera optimizar la CA/NA.

Figura 3
Diagrama
de actores

Comité Conductor Local: integrado por 5 gestores de la subred intervención. Este grupo fue el responsable de la validación del proceso de diseño e implementación de la intervención y de brindar el apoyo institucional necesario. Estuvieron encargados de designar a un grupo de profesionales que conformarían la Plataforma de Profesionales y seleccionar las Unidades Asistenciales donde se aplicaría la intervención.

Plataforma de Profesionales: integrada por 18 profesionales, tanto médicos como licenciados en enfermería y representantes de otras profesiones implicadas en el sistema de salud. A través de la aplicación de métodos participativos trabajaron sobre las problemáticas diagnosticadas en el estudio de línea de base, identificaron sus causas, consecuencias y posibles soluciones y luego priorizaron y seleccionaron aquellas a tratar a través de la elaboración de una intervención. Estuvieron encargados de diseñar e implementar, así como también monitorizar, la intervención.

Equipo de Investigación: integrado por 4 investigadores con distintos perfiles profesionales, que oficiaron de coordinadores y articuladores de todo el proceso. Capacitaron a los otros dos grupos, y aportaron el marco teórico para el trabajo a realizar.

Luego de culminado este proceso de elaboración de la intervención y sus protocolos de implementación, el cuarto ciclo se destinó al desarrollo de la misma. Se llevaron a cabo actividades de difusión y capacitación de los profesionales participantes, a cargo de los integrantes de la PP, y luego de tres meses de aplicada se realizó una evaluación de la misma que permitió realizar ajustes y dar paso al quinto ciclo de la IAP, en el cual se aplicó por tres meses más la intervención ajustada.

Fase de Evaluación de la intervención
Sexto ciclo de la IAP

Respetando la temporalidad del proyecto internacional, se debió proceder a la evaluación de la intervención al cumplirse seis meses de su implementación, reiterando en ambas redes las encuestas a médicos y usuarios, así como entrevistas individuales y colectivas a actores clave del proceso. Para la RI se agregó a los cuestionarios un apartado específico referido a la visualización de la intervención aplicada, con el objetivo de evaluar el impacto de las actividades realizadas en la percepción de coordinación en la red. Por otro lado, el componente cualitativo de la evaluación tuvo como objetivo la evaluación del proceso y los resultados de la intervención en la RI ; mientras que para la RC se focalizó en los cambios en las percepciones de los profesionales respecto de la coordinación asistencial. Esta fase será abordada con mayor profundidad en capítulos siguientes.

Fase de Comparación Internacional y divulgación de resultados | Séptimo ciclo de la IAP

En el séptimo ciclo el objetivo es realizar un análisis comparado internacional de las experiencias de intervención de cada uno de los países participantes, con el fin de identificar aprendizajes y buenas prácticas recomendables a decisores políticos y actores del campo de la salud.

Por otro lado, a nivel nacional e internacional, también se desarrollan actividades de publicación de resultados en espacios académicos, así como devoluciones de resultados y reflexión en las redes estudiadas, para pensar las perspectivas futuras de las experiencias desarrolladas, incluyendo su eventual institucionalización.

Fuente: *freepik.com*

Capítulo 2: Descripción de la Intervención y sus orientaciones

La intervención

Para diseñar la intervención, los tres grupos elaboraron y aplicaron una grilla de selección y clasificación por orden de prioridad (a través de un score), de los problemas a tratar para mejorar, a corto plazo y de manera medible, la CA/NA. Los criterios de selección utilizados fueron la importancia relativa del problema en la baja coordinación (*relevancia*), la existencia de soluciones (*accesibilidad*), aplicables en los servicios por sus profesionales (*viabilidad*), capaces de contribuir al cambio de modelo de atención (*valor social*). Mediante esta metodología de trabajo participativa, se seleccionaron una intervención principal y dos otras orientaciones de intervenciones a realizar a futuro, según los resultados obtenidos al realizar la primera.

Asi, en base a la falta de comunicación formal constatada entre los niveles de atención y de sus consecuencias directas sobre la calidad de la atención, se propuso generar una intervención que promoviera una nueva cultura y organización de la atención entre el primer y segundo nivel asistencial. Se auditaron historias clínicas y se observaron problemas en los procesos de referencia y contrarreferencia. Se observó que el marco legal previsto en la ley de creación del SNIS para la aseguración de los mecanismos de referencia y contrarreferencia[3], aún no había sido reglamentado; tampoco en la ASSE existía una nor-

3 | Artículo 35 de la Ley 18.211 de creación del SNIS (2007)

ma interna que impusiera la herramienta, dejando a cada Unidad Asistencial la libre interpretación y aplicación de la misma.

De esta forma se elaboró una hoja de referencia y contrarreferencia unificada para las 18 unidades asistenciales que aceptaron participar en la intervención (ver Tabla 1). La PP elaboró, junto con la estrategia de implementación y monitorización de la misma, un manual para su utilización y una carpeta con materiales bibliográficos que respaldan el trabajo realizado y aportan un marco teórico básico a los profesionales respecto de la importancia de la coordinación asistencial. Estos materiales fueron entregados en cada UA al realizar las actividades de difusión y capacitación de los profesionales que las integraban.

Objetivos y funcionamiento de la intervención

Objetivos definidos por la PP y el CCL para la intervención:

1. Promover la mejor utilización de los formularios de referencia y contrarreferencia en la coordinación Asistencial entre niveles de Atención a partir de la adopción e incorporación formal de una hoja de referencia y contrarreferencia, abordando componentes actitudinales, organizativos y de disponibilidad de recursos en la red

2. Promover el desarrollo de una cultura de colaboración coordinada entre equipos de 1NA y 2NA a través de un dispositivo de interconsultas y análisis clínico compartido de casos complejos

3. Creación de una figura de enlace en los equipos para la gestión de la CA entre NA

Para la implementación de la hoja de referencia y contrarreferencia, se procedió a la elaboración de un formulario en papel autocopiante de tres vías, con el objetivo de poder trazar el tránsito del usuario en el servicio de salud, considerando las posibilidades materiales y organizativas de los servicios.

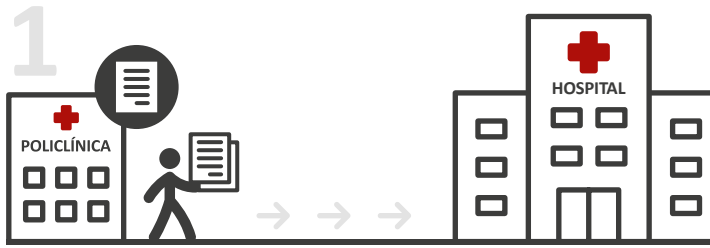


Figura 4
Circuito previsto de la HR/CR

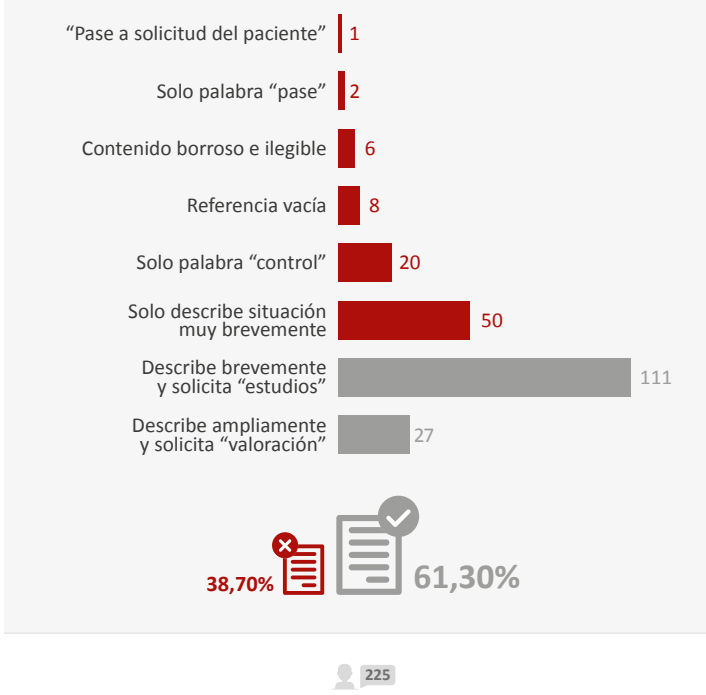
Al ser referido a un especialista tras la consulta con el médico general, el usuario se debe dirigir a consulta programada en el hospital para coordinar la consulta con el especialista. Allí debe presentar la hoja de referencia para poder agendar la consulta. Una copia de la hoja queda en la historia clínica de la policlínica y el usuario presenta las dos vías restantes en el hospital.

Luego de consultar con el especialista, éste debe escribir una contrarreferencia para que el usuario vuelva al primer nivel. Queda una copia de la hoja con la referencia y contrarreferencia en el hospital y el usuario se dirige nuevamente a la policlínica con la vía original restante.

Indicadores del proceso de intervención

Durante el proceso que se desarrolló entre los meses de mayo a diciembre de 2017, se movilizaron aproximadamente 100 profesionales de ambos niveles de atención, de los cuales al menos 50 eran médicos. Se realizaron 776 referencias y 184 contrarreferencias.

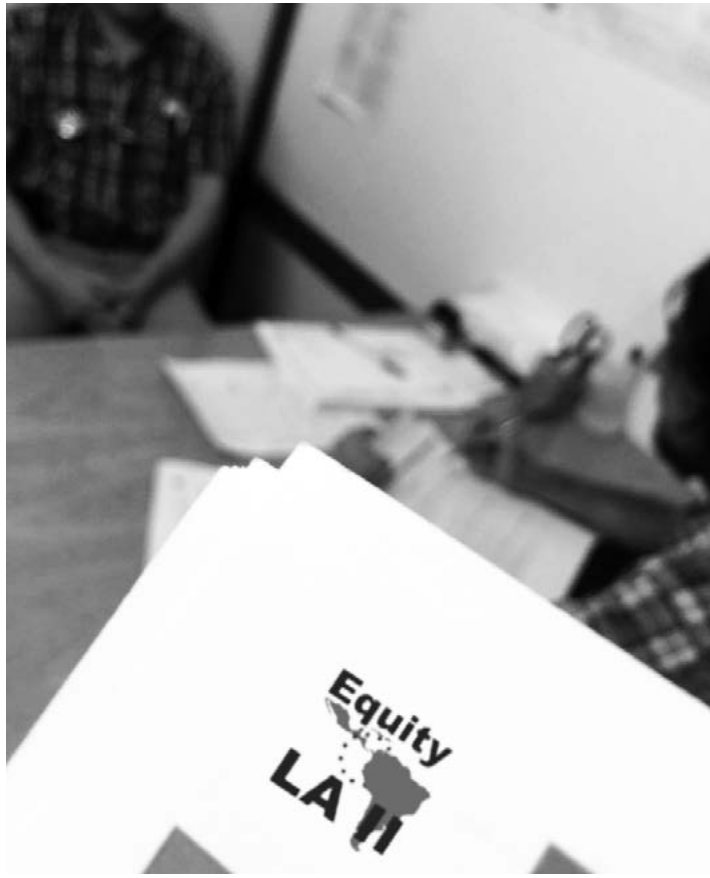
Tras el primer corte evaluativo, se auditaron 225 hojas de referencia y contrarreferencia constatándose que aunque la mayoría (61,3%) contenía informaciones útiles a la coordinación, el 38,7% no permitían establecer una comunicación para la coordinación de la atención.



Gráfica 1
Análisis de **contenidos** de HR/CR

Tabla 1
Unidades asistenciales donde se llevó a cabo la intervención

Localidad	Unidad asistencial
Fray Bentos	Hospital Dr. Ángel Maximiliano Cuervo
	Policlínica Las Canteras
	Policlínica Anglo
	Policlínica Cobena
Young	Centro Auxiliar de Young
	Policlínica MEVIR
	Policlínica Guerra
	Policlínica ADEOM
Mercedes	Hospital Zoilo A. Chelle
	Policlínica Paul Harris
	Policlínica Grito de Asencio
	Policlínica Bario Treinta y Tres
	Poiclínica Gota de Leche
	Policlínica El túnel
Carmelo	Centro Auxiliar José Artigas
	Policlínica Cerro
	Policlínica Centeranio
Nueva Palmira	Centro Auxiliar Nueva Palmira



Encuesta COORDENA -UR 2017

Comparación internacional

Tabla 2
Listado de problemáticas e intervenciones seleccionadas por todos los países del proyecto

	ARGENTINA	BRASIL
Problema seleccionado		
		Falta de comunicación entre MG y ME
	Limitado intercambio de información entre niveles de atención	Limitado intercambio de información entre niveles de atención
		Desacuerdos en la atención del paciente
Intervención seleccionada		
Reuniones conjuntas		Conferencias conjuntas de casos clínicos (SM) y Educación Continua (SM, DM)
Consultas en línea		Correo electrónico, formato estandarizado (DM, SM)
Guías de práctica clínica y caminos	Construcción e implementación (HT); (DM)	Construcción e implementación (DM)
Intervención multicomponente para mejorar el uso de la referencia y contrarreferencia		
Programa de inducción desde la perspectiva de red		

Esta tabla muestra comparativamente las problemáticas abordadas en los diferentes países participantes al proyecto Equity LA II, así como las intervenciones seleccionadas.

CHILE	COLOMBIA	MÉXICO	URUGUAY
Problema seleccionado			
Falta de comunicación entre MG y ME Falta de una visión compartida de la red	Falta de comunicación entre MG y ME	Limitado intercambio de información entre niveles de atención Desacuerdos en la atención del paciente	Falta de comunicación formal entre MG y ME
Intervención seleccionada			
Conferencias conjuntas de casos clínicos, criterios de referencia (Videoconferencia)	Conferencias conjuntas de casos clínicos (EC). Educación continua	Educación continua (CMP)	
		Plataforma TIC, formato estandarizado (EC)	
			Formulario estandarizado, diagrama de flujo y uso de normas
Visitas entre niveles (en ambas direcciones). Material escrito y audiovisual			

Referencias:

SD: Salud Mental

DM: Diabetes Mellitus

CMP: Cuidado Materno y Perinatal

EC: Enfermedades Crónicas

HT: Hipertensión

Capítulo 3: Proceso de evaluación de la Intervención

La evaluación de la intervención tuvo dos componentes, uno cuantitativo y otro cualitativo

Componente cuantitativo

Objetivo: evaluar la efectividad de la intervención en relación a la coordinación y continuidad entre niveles de atención.

Se realizan nuevamente las encuestas en las dos subredes de estudio a través de la aplicación presencial de los cuestionarios estructurados de estudio de la coordinación COORDENA UR © (destinado a médicos de la red), y de la continuidad CCAENA UR © (destinado a usuarios de la red), para luego comparar los resultados obtenidos en 2017 entre las redes y en relación a las primeras encuestas COORDENA UR © y CCAENA UR © de 2015.

Componente cualitativo

Objetivo: en la Red Intervención evaluar el proceso de diseño, planificación e implementación de la intervención, así como también indagar en los factores que influyeron en el mismo y en los resultados y cambios obtenidos, desde la percepción de los actores involucrados. En la Red Control se indaga en la evolución de las percepciones de profesionales sobre la coordinación asistencial en el período.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales y colectivas a las distintas categorías de profesionales implicados en el proceso.

Componente cuantitativo

Muestra cuantitativa | encuestas a médicos y usuarios 2017

351 ENCUESTAS A MÉDICOS

(176 en RI y 175 en RC)

Que llevaban más de tres meses trabajando en su establecimiento actual

793 ENCUESTAS A USUARIOS

(397 en RI y 396 en RC)

Mayores de 18 años con patologías crónicas, que consultaron en ambos niveles en los últimos seis meses

Médicos y usuarios por departamento

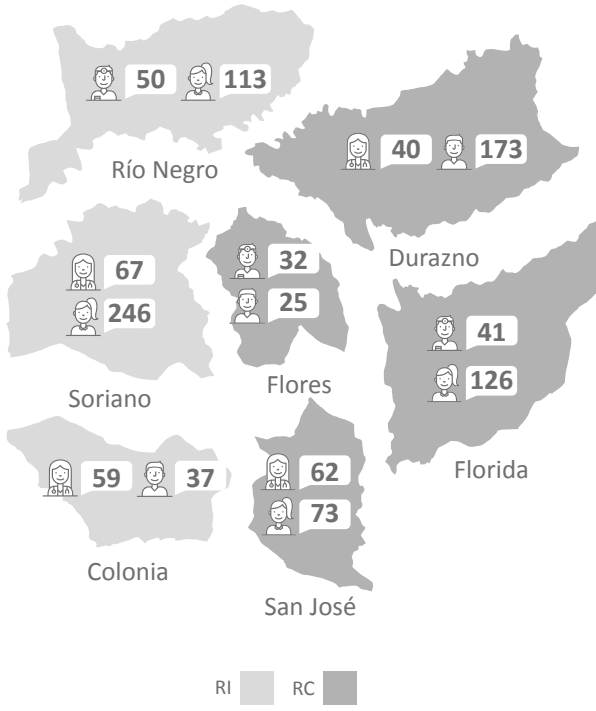
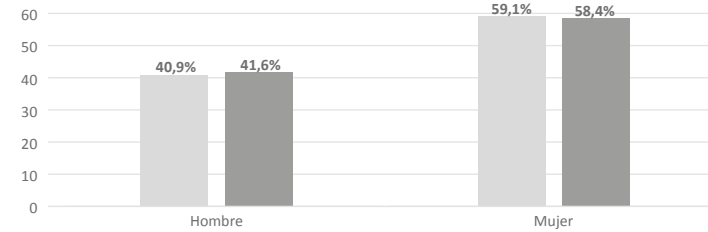


Figura 5
Distribución territorial
de las muestras

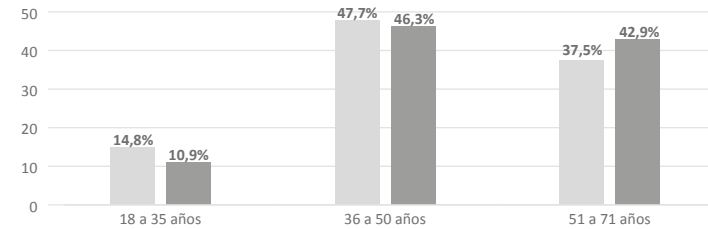
Caracterización de la muestra de médicos 2017

Perfil sociodemográfico

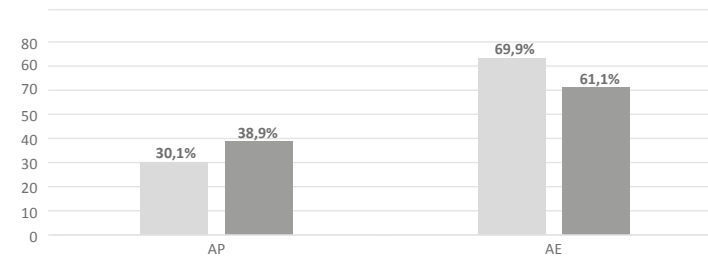
Gráfica 2 Médicos según **sexo**



Gráfica 3 Médicos de acuerdo a la **edad**



Gráfica 4 Médicos de acuerdo al **nivel de atención**

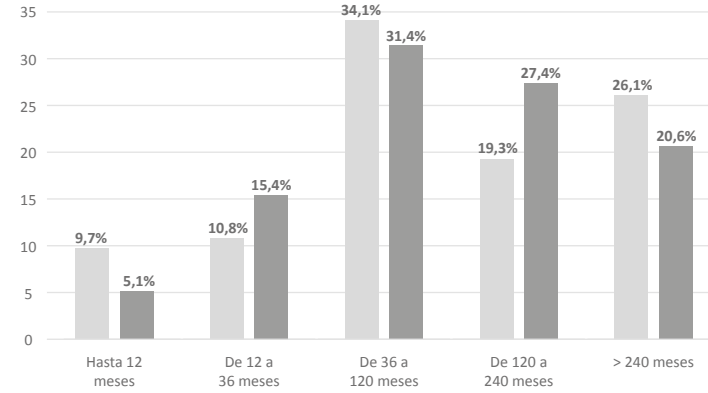


176 175

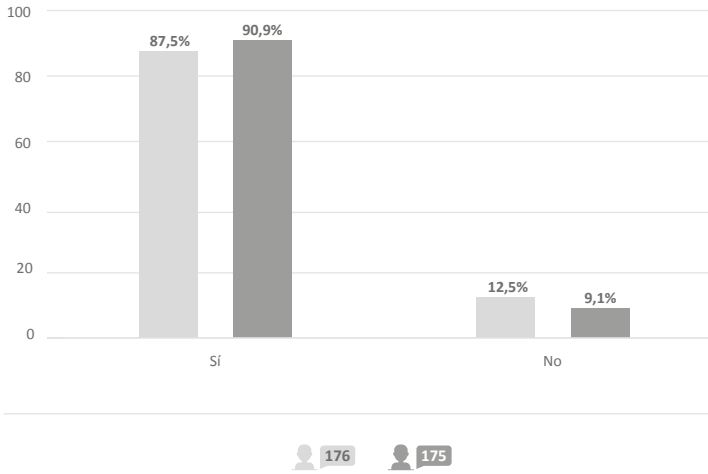
45-48 años

Se observa mayor presencia de mujeres y de médicos especialistas; el promedio de edad es de 45 años en la Red Intervención y 48 años en la Red Control.

Condiciones de empleo

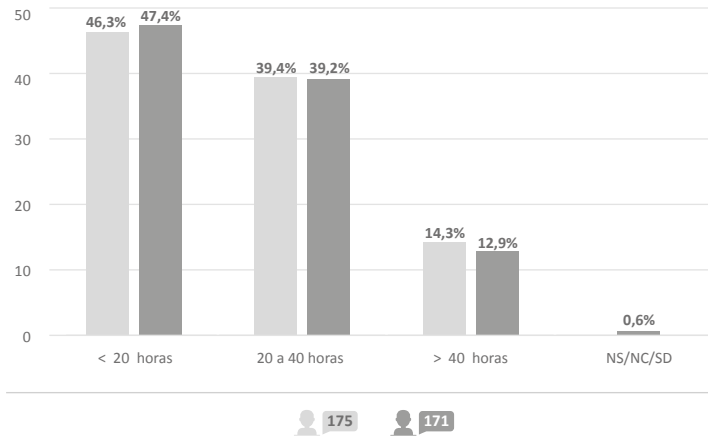


Gráfica 5
Experiencia en el lugar de trabajo

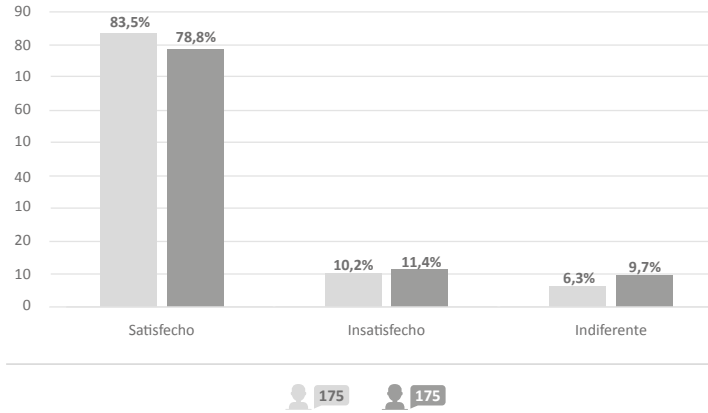


Gráfica 6
Trabajo adicional en los servicios privados

Gráfica 7
Horas en el centro

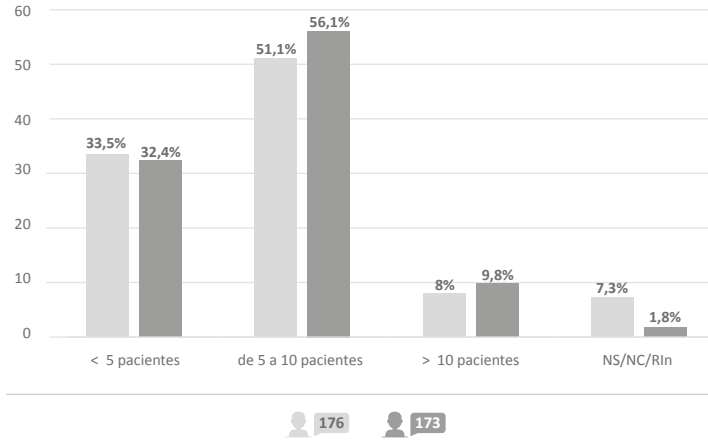


Gráfica 8
Satisfacción laboral

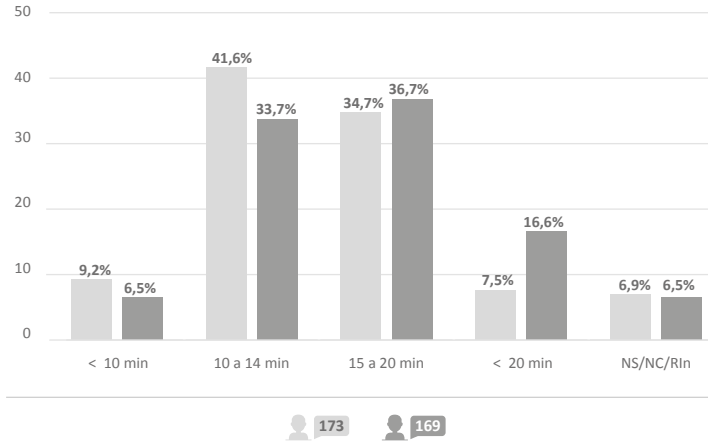


Con una antigüedad promedio de 9 años para la RI y 10 años para la RC, la mayoría de los médicos manifiesta estar satisfecho con su trabajo, describiendo condiciones de empleo marcadas por altos porcentajes de quienes declaran asumir simultáneamente actividades de baja carga horaria en los centros de la ASSE (menor a 20 horas semanales), y trabajar también en el sector privado.

Factores organizativos de la atención

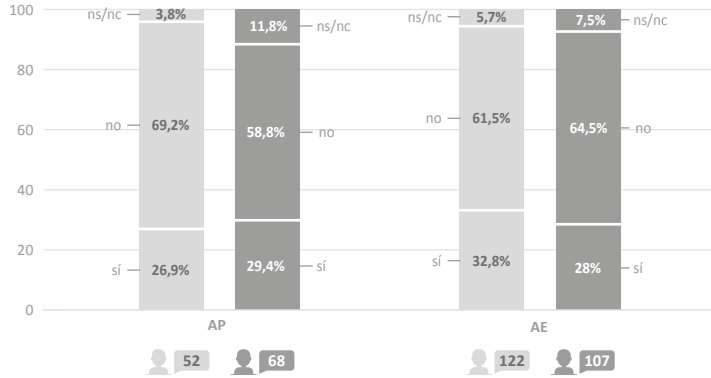


Gráfica 9
Cantidad de pacientes atendidos por hora contratada

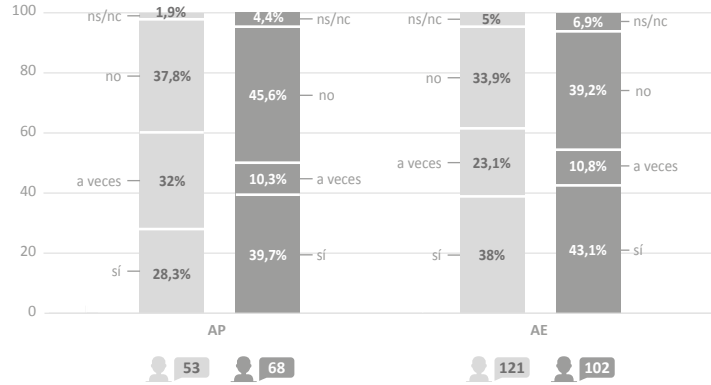


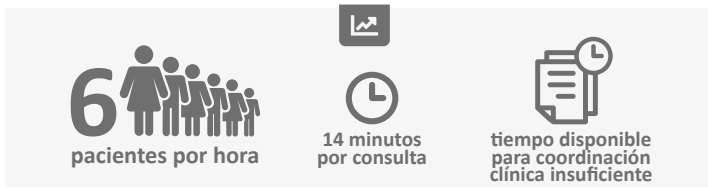
Gráfica 10
Tiempo que disponen por consulta

Gráfica 11
Supervisión o evaluación regular de la actividad clínica



Gráfica 12
Dispone de tiempo suficiente para la coordinación clínica

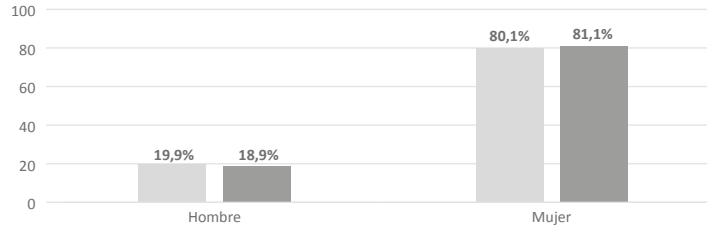




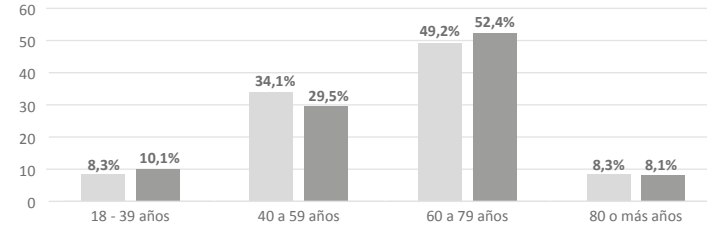
La mayoría de los médicos declara que no tiene supervisión o evaluación regular de su actividad clínica. Aunque la mayoría declara atender un promedio de 6 pacientes por hora contratada, también son mayoría quienes declaran dedicar a cada paciente 14 minutos en promedio (lo que corresponde a 4 pacientes por hora), y no disponer de suficiente tiempo para la coordinación clínica (*rellenar hojas de interconsulta o contrarreferencia, revisar guías de práctica clínica en caso de duda*).

Caracterización de la muestra de usuarios 2017

Perfil sociodemográfico



Gráfica 13
Usuarios según **sexo**



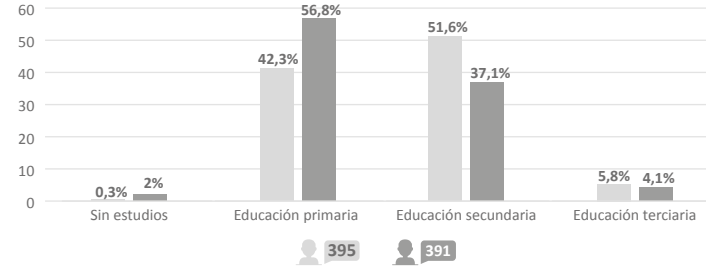
Gráfica 14
Usuarios según **edad**

396 397

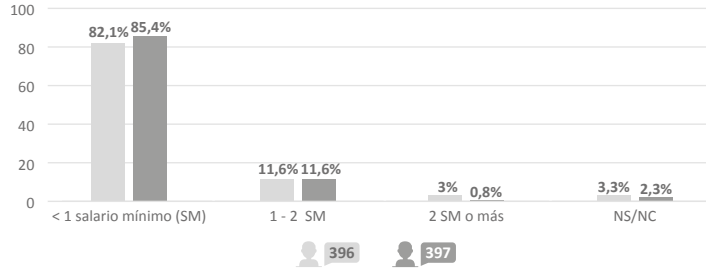
61-62 años

Para el caso de la muestra de usuarios, ambas redes presentan una población feminizada, con una media de edad de 61 años en la Red Intervención y 62 años en la Red Control.

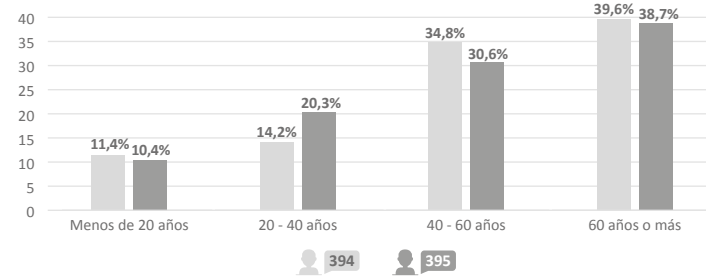
Gráfica 15
Nivel educativo
del encuestado

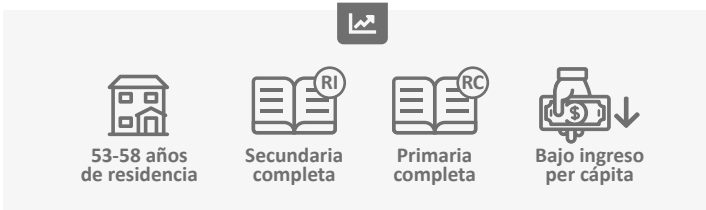


Gráfica 16
Ingreso
per cápita
por hogares



Gráfica 17
Tiempo de
residencia
en la ciudad

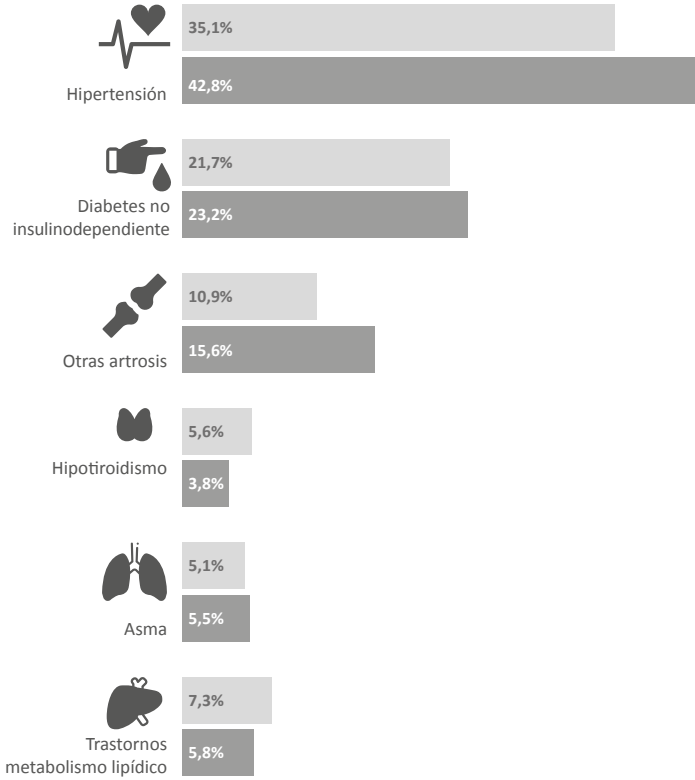




La mayoría de los usuarios de ambas redes declararon un largo tiempo promedio de residencia en la ciudad (58 años para la Red Intervención y 53 años para la red Control); y un bajo nivel de ingreso per cápita (la mayoría declararon ingresos inferiores a un salario mínimo nacional de 2017, correspondiente a $U12.265 / US$ 425). Existe sin embargo un contraste en el nivel educativo entre usuarios de ambas redes: cuando la mayoría de los usuarios de la RI (62,2%) declaran haber alcanzado un nivel de secundaria (55,9%) o terciaria (6,3%), en la RC la mayoría solo alcanza el nivel primario (56,3%).

Morbilidad

A continuación se presentan las enfermedades crónicas más frecuentemente declaradas por los usuarios.



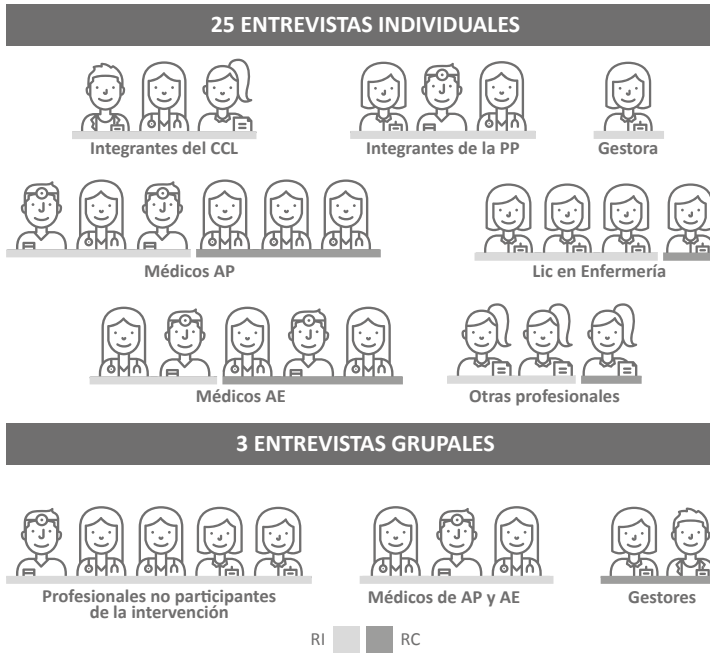
Gráfica 18 | Las patologías fueron clasificadas siguiendo la **Clasificación Internacional de la Atención Primaria del Comité Internacional de Clasificación de la Wonca** – CIAP – 2 Español.

Componente cualitativo

Muestra cualitativa | 2017

Se seleccionaron los informantes aplicando una muestra por criterio, para contar con todas las variantes discursivas sobre el proceso, seleccionando a profesionales que llevaban más de 3 meses trabajando en su establecimiento actual. En la Red Intervención se entrevistaron profesionales que estuvieron directamente implicados en el proceso de diseño e implementación de la intervención, y a profesionales que utilizaron la herramienta en su práctica diaria.

Composición final de la muestra



Cuestionarios CCAENA-UR 2017

Capítulo 4: Resultados de la evaluación de la Intervención

Muestras 2015 - 2017

Muestras de médico/as

En lo que refiere a la evolución de las características de la muestra de médico/as entre períodos, los pocos cambios que se observaron en 2017 respecto a 2015 (mayor proporción mujeres y de médicos generales especialmente en la RC; y un leve aumento de la cantidad de horas trabajadas en la red de la ASSE), no demostraron significación estadística.

Muestras de usuarios/as

En el perfil de usuarios encuestados, se observan cambios significativos en las características de ambas redes, aumentando la proporción de usuarios jóvenes (en la RC también aumentan los mayores a 80 años); los usuarios afiliados por FONASA y también aquellos que declararon haber padecido una enfermedad aguda en los últimos seis meses.

En la muestra 2017 de la RI, se observa en particular un aumento relevante de mujeres y un aumento de las personas que declaran tener educación secundaria como máximo nivel de estudio alcanzado. En cambio en la RC, se observa una mayor proporción de usuarios que contratan seguros privados y una degradación de la autopercepción de su estado de salud.

MUESTRAS DE MÉDICO/AS

Sexo

6 DE CADA 10 médicos son mujeres

Edad

48 AÑOS en promedio

Nivel de atención

7 de cada 10 son especialistas

6 de cada 10 son especialistas

Antigüedad laboral

10 AÑOS de antigüedad en promedio

Adiciona con privado

9 de cada 10 trabaja también en sector privado

Horas de trabajo

2015 → 52% < de 20 horas por semana

2017 → 46% < de 20 horas por semana

Satisfacción laboral

80% está satisfecho con su trabajo

Pacientes atendidos

La mayoría atiende de **5 a 10 pacientes** por hora

Supervisión clínica

60% declara no tener supervisión

Coordinación clínica

56% declara que el tiempo **no es suficiente**

MUESTRAS DE USUARIOS/AS

Sexo

8 DE CADA 10 usuarios son mujeres

Edad

62 AÑOS en promedio

Nivel de estudios

más de la mitad **secundaria completa en RI**

más de la mitad **primaria completa en RC**

Ingreso

8 de cada 10 con ingreso per cápita menor a 1 SM

Percepción de su salud

AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA

43% 2015 **52%** 2017

Enfermedad

22,7 % declara haber tenido **una enfermedad aguda**

Servicio de salud compl.

(compra servicios fuera de ASSE)

25% declara tener seguro de salud

Estatuto en ASSE

2015 → 29%

2017 → 44%

Tiempo residencia

53 AÑOS en promedio

Enfermedades crónicas

Hipertensión, Diabetes, Artrosis
Aumentan las cardiovasculares

Hospital Departmental de Soriano, Mercedes | Zoilo A. Chelle | ASSE

Análisis del proceso de implementación de la intervención | Enfoque cualitativo

Opiniones sobre el proceso de diseño y planificación de la intervención

Las entrevistas pusieron en evidencia una lectura globalmente positiva de la experiencia: la mayoría de los entrevistados valoraron ampliamente los espacios de discusión generados, manifestando que el proyecto les proporcionó un lugar que anteriormente no poseían para repensar sus prácticas diarias en conjunto e interdisciplinariamente. La experiencia fue calificada de motivadora y enriquecedora, siendo particularmente apreciada la posibilidad que generó gracias a su enfoque participativo, de mejorar el involucramiento y la articulación entre los actores participantes. Para los profesionales de salud, participar de un proceso de investigación acción participativa, implicó moverse de su lugar común para poder incorporar el marco teórico propuesto.

Entre los factores que incidieron negativamente en el desarrollo del proceso de la intervención, se observó la importancia del impacto generado por el complejo contexto institucional por el que atravesó ASSE durante ese período, que generó inestabilidad y comprometió la participación y el involucramiento de algunos actores. También la distancia entre el Equipo de Investigación y los equipos y territorios de intervención, fue observada como un factor que incidió negativamente en su proceso, por las dificultades que esta situación generaba para la coordinación de los encuentros (cabe destacar que, en conformidad con los objetivos estratégicos de la IAP, los profesionales consultados también

reconocieron la virtud “liberadora” de esta situación, en la medida que facilita la autonomía de los actores de terreno, limitando una eventual dependencia excesiva del equipo de investigación). Por fin, la poca disponibilidad de tiempo de los profesionales para este tipo de ejercicios y la cultura de trabajo focalizada en la práctica individualizada (más que en la reflexión colectiva), también fueron señalados como factores que incidieron negativamente en el desarrollo de las actividades participativas.

Siempre es bueno participar de estos proyectos, motivan a seguir creciendo, porque te sacan de la cuestión diaria y tenés un camino a donde mirar para trabajar mejor”

Integrante de la PP

“Muchas veces era una dificultad coordinar una fecha de reunión, y eso hacía que los tiempos se espaciaran bastante”

Integrante del CCL

“Me parece que animó a las unidades, tenemos respaldo teórico, académico-formativo, metodológico para poder hacerlo y eso fortalece a la unidad“

Gestor de la Red

Opiniones sobre el rol de los actores promotores y apoyo institucional

En relación al rol e implicación de los actores promotores de la IAP, todos los entrevistados se mostraron conformes con el desempeño colectivo y las construcciones alcanzadas, destacando el carácter voluntario de la participación en tanto factor clave para la movilización de los profesionales.

La elaboración de la problemática con el apoyo del EI, puso en evidencia su particular complejidad y la necesidad, para lograr los cambios culturales esperados, que los profesionales de la red implicados en la IAP lograran niveles de implicación en los procesos generados, que les permitieran empoderarse y ser líderes de los mismos. A pesar de la disposición de los gestores de la RI y el claro apoyo institucional al proceso asegurado por el CCL, las personas entrevistadas señalaron dificultades para desarrollar este tipo de capacidades. Las causas señaladas aparecen relacionadas, por un lado, con la insuficiente disponibilidad de horas que pudieron ser dedicadas exclusivamente al proyecto; y por otro lado, por la incertidumbre sobre las perspectivas de institucionalización e impacto a largo plazo del proyecto, que pudieron generar las dificultades políticas vividas por la red en el periodo. Estas observaciones ponen en evidencia que el desarrollo de los roles y el apoyo institucional dependen tanto de factores de contexto externo, como interno.

"Dificultades que tuvieron que ver fundamentalmente con la situación institucional de la ASSE, con variados problemas en la práctica diaria, que hace que los miembros del CCL no siempre estuvieran totalmente disponibles"

Integrante del CCL

"Tiene que ver con la dinámica de la institución, la cantidad de cosas que implica el funcionamiento de la institución. Porque valoramos, nos interesa mucho, nos parece que es una gran oportunidad, pero a veces después poder dedicar tiempo real a esas cosas en medio de la dinámica institucional es difícil"

Lic. en Enfermería

"Creo que se sostuvo porque la Facultad estuvo, venía, nos obligaba, porque la Facultad nos responsabilizaba, ¿no? En eso del seguimiento, porque si hubiera sido por nosotros viste que no, siempre nos falta tiempo, porque la realidad siempre es la reina"

Gestor

"Todos los que participamos en esto participamos como una tarea más de todas las millones de tareas que tenemos que hacer, no tenemos disponibilidad, exclusividad para esto, y eso complejiza las cosas"

Integrante de la PP

Actividades de difusión y capacitación

Las actividades de difusión, que estuvieron a cargo de los profesionales de la PP, fueron desarrolladas en base a microformaciones realizadas a partir de un documento de apoyo a la inducción de la intervención en la red, elaborado entre todos y validado por el CCL, cuya utilización efectiva determinó el éxito de las actividades desarrolladas y la posterior adhesión de los profesionales de la red al proyecto. Efectivamente, cuando las actividades siguieron las pautas y alcanzaron a la mayoría de los profesionales, fueron estimulantes y favorecieron el involucramiento; cuando se desarrollaron con dificultades y no pudieron adaptarse a las pautas (debido a las dinámicas de trabajo y/o actitudes resistentes de los profesionales), los niveles de sensibilización y compromiso logrados fueron bajos y los implicados tendieron a ver el proyecto como algo impuesto.

"La formación y la participación de alguna gente en encuentros fue muy estimulante y de entendimiento, de favorecer y sentirse más reconocidos también"

Gestor

"Hubo buena aceptación de los médicos que se capacitaron, los capacitó la Jefa de Enfermería y una doctora de la PP y tuvieron buena receptividad"

Lic. en Enfermería

"Todas las capacitaciones son dificultosas, primero por la dispersión del trabajo y la dinámica de la gente. Entonces fue más que nada de persona a persona que se pasó la información, hacer una capacitación general es muy difícil"

Integrante del CCL

"La Licenciada jamás apareció a explicarme nada, fue la enfermera que está conmigo. Me pusieron un block en el escritorio y me dijeron: tenés que usar esto."

Médico AE

Factores que influyeron en el proceso (facilitadores y barreras)

Los factores que influyeron en el desarrollo del proceso de la intervención, tanto positivamente como negativamente, refirieron al contexto externo e interno a la red, a su organización y a las disposiciones de los profesionales.

a) Contexto externo: factores relacionados con el sistema de salud y sus políticas

Entre los factores de contexto externo a las redes estudiadas, que facilitaron la implementación de la intervención, se encuentran aquellos relacionados con las evoluciones en curso en el sistema de salud, generadas por la reforma iniciada en 2007 con la creación del SNIS. En particular cuando, por un lado, la intervención se amparaba el marco legal previsto para asegurar la continuidad asistencial e invitaba a aplicarlo (aunque el Art. N°35 de la Ley N°18.211 de creación del SNIS prevé que *"La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá*

y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención", al momento de la implementación de la intervención esto no había sido reglamentado, y tampoco se encontró una reglamentación interna a la propia ASSE en la materia); y por otro lado, cuando la propuesta de instituir la HR/CR se inscribía de manera concreta en la realización del objetivo estratégico de la reforma de cambiar el modelo de atención.

Aún así, existieron otros elementos relacionados con dicha transición que oficiaron como barreras al trabajo hacia el cambio del modelo que se propone con la intervención en cuestión. Los profesionales manifestaron que el cambio del modelo de atención se ha dado de forma lenta, en principio por la falta de información y conocimiento respecto de las pautas esperadas, que genera desorganización y dificulta el desarrollo de las actividades en los servicios. En este sentido, se mantienen lógicas de funcionamiento del modelo anterior que ofician como barreras pues entran en conflicto con las nuevas.

La inestabilidad institucional del período, que implicó varios cambios en las estructuras políticas a nivel nacional y regional, también fue considerada una dificultad. Aunque la ASSE garantizó desde el comienzo del proyecto recursos necesarios a la participación de los profesionales designados al CCL y a la PP (disponibilidad de locales de trabajo, vehículos para el traslado de los equipos al centro de reunión, sobre la base de una estimación inicial asignación de horas remuneradas para cada profesional designado como participante formal del proyecto, etc.), los profesionales interrogados estimaron que el apoyo fue insuficiente, faltando en particular la asignación de carácter prioritario al proyecto, necesario al mejor compromiso y presencia de los directivos durante la intervención.

b) Contexto interno: factores relacionados con los procesos de transformación cultural y organizativos de la red

El proceso y los resultados de la intervención fueron claramente influenciados por la dinámica interna de la red, marcada en ese momento por el impacto de las transformaciones culturales y organizativas impuestas por la reforma, que en algunos casos provocaron efectos paradójicos inesperados, percibidos como desorganizadores y desintegradores del sistema local de atención; generadores de estrategias contraproductivas, que no facilitaron el desarrollo de las actividades de intervención. A modo de ejemplo, en una de las ciudades que participaron del proyecto, los actores manifestaron que antes de la reforma se había logrado un alto nivel de integración entre servicios de 1NA y 2NA; la separación y centralización de los primeros en una estructura departamental (RAP) y las desiguales capacidades de las Unidades Asistenciales (UA), favorecieron el desarrollo de lógicas de competición interna, calificadas de individualistas, que no facilitaron la adopción de estrategias de (re)integración como la propuesta por la intervención (en esas UA se registraron las mayores dificultades de aplicación del protocolo de adopción de la HR/CR). La incertidumbre generada por las dificultades de gestión conocidas en la red, también fue señalada como un factor determinante de la continuidad de la atención, que limitó el alcance de la intervención.

"Vinculado a aspectos que no tienen que ver con el proyecto y su diseño, sino con dificultades que tiene nuestra organización a su interna. Creo que eso fue uno de los determinantes más importantes de los resultados no fueran mejores"

Integrante del CCL

"La realidad se privilegia más que otras cosas, y no es sólo por la planificación, es el sentarte a mirar, porque la vorágine te lleva a ese lugar"

Gestor

"Sigue siendo una línea de trabajo para ASSE, que nos cuesta muchísimo porque tendemos al individualismo de cada unidad, se transforma en una querencia casi individual. La cantidad de posibilidades difieren en cada una de las unidades por las características de cada unidad"

Gestor

"Desde que la RAP pasó a la parte externa hubo como un quiebre, el estar cruzando el pasillo en el hospital te une mucho. Y me parece que ahora el segundo nivel no tiene ni idea del trabajo del primer nivel. Falta comunicación"

Integrante del CCL

"Son unidades diferentes, son parecidas pero son diferentes. De la misma madre, el mismo padre, pero diferentes. Tanto las RAP como los centros departamentales son diferentes"

Integrante del CCL

"Hubo dificultades con personas que ocupan lugares de responsabilidad. Todos estos meses vivimos una transición. Esa situación conspiró notablemente para que pudiéramos realizar coordinaciones"

Integrante del CCL

El contexto de práctica local, que en este estudio se caracteriza como "concentrado" (configurado por pequeños grupos de profesionales que se frecuentan permanentemente tanto en el sector público como privado, sirviendo a poblaciones poco numerosas concentradas en medio urbano), apareció como otro factor interno determinante de la intervención. Si bien la práctica de cercanía entre los médicos de la red por un lado facilitó la inducción de la intervención, por otro lado la intensidad de los vínculos personales que éstos mantienen entre ellos, así como con los usuarios, favorecen la persistencia de mecanismos de comunicación informales que la intervención trataba de erradicar.

"Acá es medio chico, en el interior. De repente si estás muy interesado en un paciente y te querés comunicar y querés saber enseguida llamás"

Médico AP

"Hay comunicación informal, voluntaria desde los técnicos y profesionales. Ellos tienen ese código, son médicos de muchos años, entonces ellos van adelantando camino para cuando les llega al otro especialista"

Lic. en Enfermería AP

"Es un lugar chico, tenemos el vínculo directo, que nos conocemos, que vemos y podemos actuar rápidamente, tenemos la cercanía y el acceso fácil a los profesionales"

Médico AE

c) Factores actitudinales: disposiciones de los profesionales de la red

Las disposiciones de los profesionales y usuarios de la red a adoptar la propuesta de intervención, aparecieron claramente determinadas por el modelo de atención que se pretende cambiar, conformando una cultura compartida entre usuarios y profesionales de salud, adquirida tanto en el sistema de formación como en la experiencia concreta en un sistema de atención.

"Los trabajadores de salud todavía están muy centrados en el segundo nivel de atención. Pero hay que trabajar a nivel de los usuarios también, para que entiendan las ventajas de un sistema de salud organizado con base en el primer nivel, y borren de su imaginario todo eso que se les vendió durante el S. XX de que los mejores servicios están en los hospitales"

Gestor

"Trabajar en una organización por niveles de atención implica un cambio cultural tanto de los usuarios como de los trabajadores, y ese cambio yo creo que todavía está por darse, que todavía es una pelea"

Integrante del CCL

"Todo parte de la desinformación, incluso desde ASSE central mismo, falta muchísima comunicación, que quede claro qué es el primer y el segundo nivel"

Gestor

En lo que refiere a la actitud facilitadora de la intervención de profesionales, se observó a las Licenciadas en Enfermería como una categoría de actores particularmente capacitadas para funciones de CA/NA, en relación con una formación orientada al desarrollo de las habilidades necesarias para el trabajo en equipo, lo cual jugó un papel clave en su participación en la intervención. Al contrario, las dificultades persistentes observadas en los médicos para comprender los procesos de la intervención, fueron relacionadas con una formación aún muy orientada a la práctica individualizada.

"Creo que es como la carrera de medicina en sí está instaurada, en la focalidad de la persona, en las poli-especialidades, la formación que tenemos te hace trabajar así, de a poco con el nuevo sistema de priorizar el primer nivel y no tanto los especialistas la focal va a ir cambiando. Hoy en día cambió la carrera, está más orientada al primer nivel, entonces creo que de a poco las generaciones que vienen van a ir cambiando un poco eso"

Integrante de la PP

"Creo que tiene que ver con la visión de un equipo, y el médico está acostumbrado a trabajar solo. A ver que él es el que trabaja. Creo que eso pasa bastante. Y los otros técnicos, profesionales, tienen otra visión de lo que es el trabajo en la institución, ya sea en la policlínica o en el hospital"

Lic. en Enfermería AP

El NA en el que se desempeñan los médicos de las redes estudiadas, también determinaron diferentes actitudes respecto de la intervención. Así, los médicos formados en el modelo APS demostraron una mayor disposición a trabajar en la intervención, siendo en su mayoría médicos que se desempeñan en el 1NA. La adhesión de los especialistas dependió esencialmente del éxito de las actividades de capacitación a la intervención realizadas por sus pares de la PP: cuando estos lograron realizarlas y transmitir la importancia de formalizar el proceso de referenciación, así como los aportes de la intervención, los ME participaron más y mejor en la intervención. Mientras que donde estas instancias de inducción a la intervención no pudieron realizarse satisfactoriamente; los ME que vivieron la experiencia negativamente fueron más numerosos. Aquellos que declararon haber vivido la intervención como algo impuesto y se mostraron más reticentes a aplicarla, revelaron también una relación compleja con la institución, marcada por el desencanto, la desmotivación y un bajo compromiso con los programas institucionales. En todos los casos, la falta de información fue señalada como un factor que determina la falta de adhesión y compromisos.

"Generar esa hoja con sus copias respectivas y explicarle al paciente, todo eso lleva tiempo, tenés que tener ganas de hacerlo. Tenes que entender para qué. Si entendés, bárbaro. Ahora, si el otro, quien está del otro lado no tiene idea, o no le interesa, corta el tema"

Médico AP

"La importancia que le fue dando la gente, el personal, fue paulatino, que no se entendió de primera, como que se entiende la herramienta una vez que la vas usando y que la vas poniendo en ejercicio"

Gestor

d) Otros factores

En la etapa de conformación de la Plataforma de Profesionales (abril 2016) tuvo lugar un tornado en el departamento de Soriano, que afectó gravemente a las ciudades de Dolores y Cardona, situadas en la RI. Dicho evento climático significó que todos los recursos del departamento, incluso de departamentos vecinos, se orientaran a subsanar los problemas de dicha localidad, en particular para respaldar la atención en salud. Este evento provocó una ruptura en el proceso de la intervención que llevó al cuestionamiento de su continuidad, que concluyó tres meses después con la decisión de los equipos locales de retomar el proceso en 18 de las 23 UA participantes, retirando a las cinco UA de las ciudades de Dolores y Cardona.

El proyecto en su contexto

Para analizar el impacto del contexto externo durante el desarrollo de la intervención, se elaboró la línea de tiempo presentada a continuación, en la cual se visualizan los principales eventos que influyeron en el desarrollo de la investigación. La misma fue elaborada tomando como referencia hechos que marcaron el funcionamiento de las redes de salud estudiadas, citados por tres periódicos nacionales de tendencias diversas (La Diaria, El País y El Observador), el principal periódico de las ciudades participantes y la página web oficial de la ASSE.

PP trabajando en ejercicio de priorización de problemas para la intervención

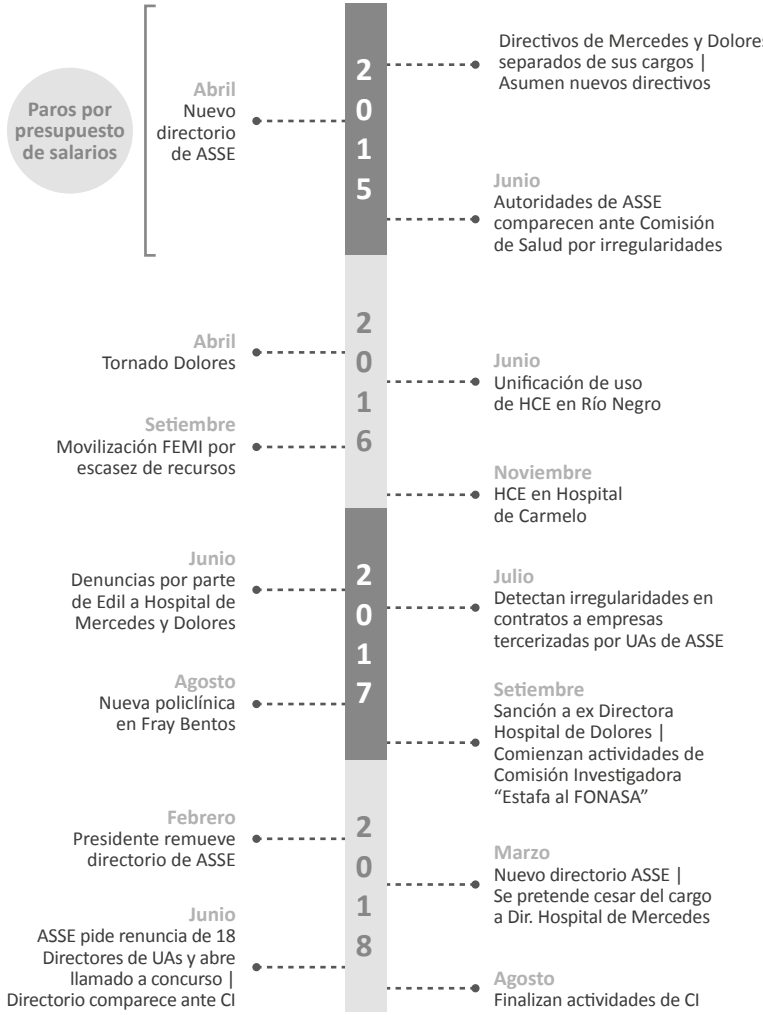


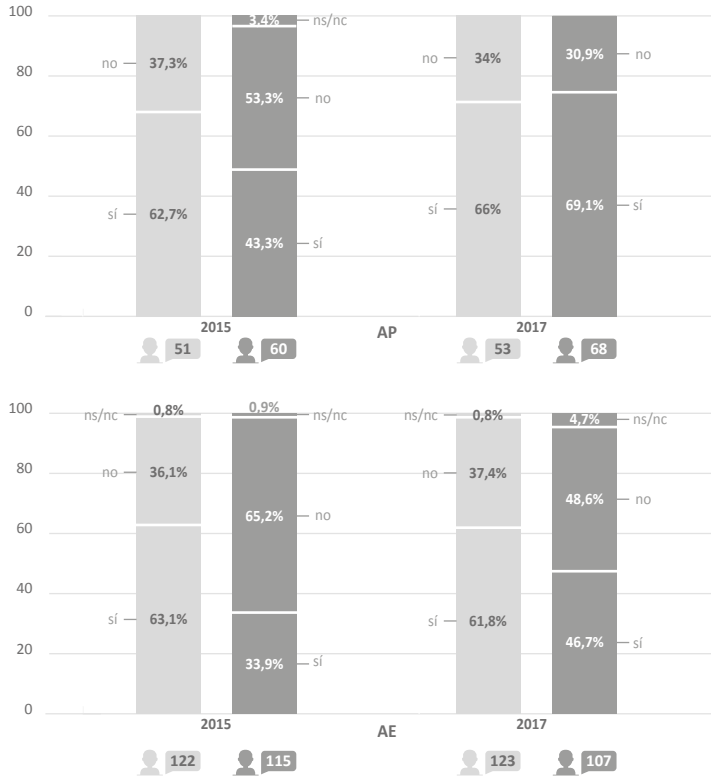
Figura 6 | Línea de tiempo

Conocimiento de la existencia de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención en la red de intervención y control

Encuesta médicos 2015 y 2017

Se observa que en ambas redes de estudio hay un alto porcentaje de médicos, tanto generalistas como especialistas, que no conocen una herramienta básica de CA/NA como lo es la hoja de referencia y contrarreferencia. La Red Intervención mantiene los porcentajes observados en el año 2015, mientras que en la Red Control existe un aumento significativo de médicos, particularmente especialistas, que declaran conocer la hoja de referencia y contrarreferencia.

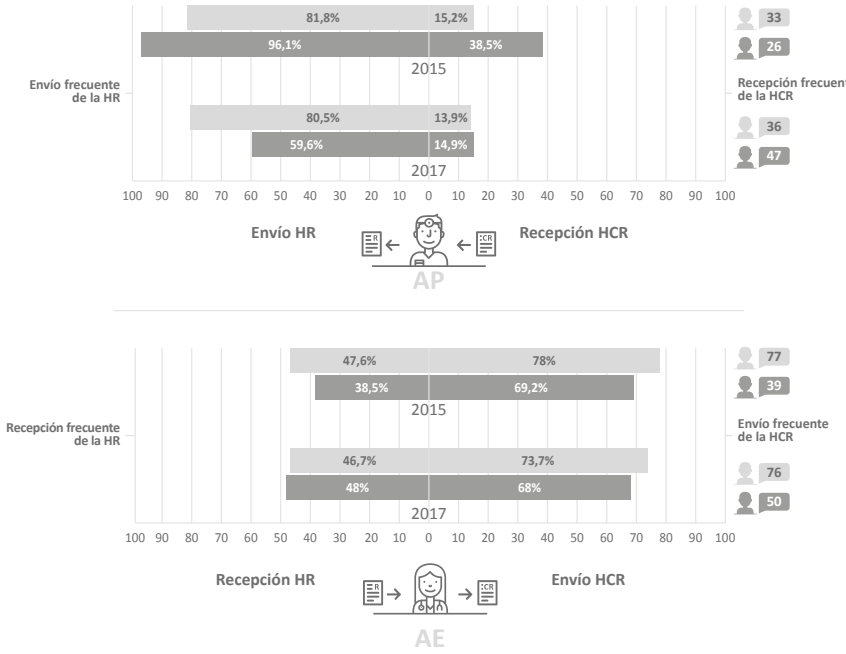
Gráfica 19
Conocimiento
HR/CR



Uso de la hoja de referencia/contrarreferencia en la red de intervención y control

Encuesta médicos 2015 y 2017

En cuanto al envío y recepción frecuente de la hoja de referencia y contrarreferencia, se puede observar que mientras en la red intervención la proporción de médicos que declaran utilizarla se mantiene entre las dos encuestas; en la red control decae significativamente la utilización de la herramienta por parte de los médico generales, tanto en el envío como en la recepción de la misma.



Frecuente = siempre + muchas veces

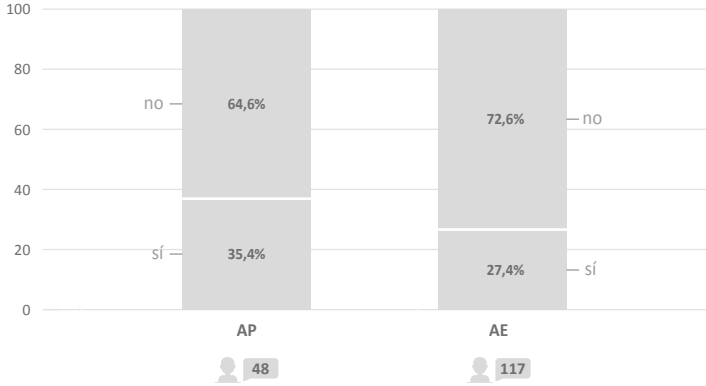
Gráfica 20
Uso de la HR/CR
en ambas redes

Conocimiento y uso de la Hoja de referencia y contrarreferencia del Proyecto Equity en la red de intervención

Encuesta médicos 2017

Al ser consultados sobre la hoja de referencia y contrarreferencia particular utilizada en la intervención del proyecto Equity LA II, se puede observar que el 28,2% del total de médicos encuestados – 174 - declaró conocerla, lo que representa un resultado importante (en particular al considerar que debido a la necesidad de respetar la temporalidad del proyecto internacional, el corte evaluativo debió ser realizado a los seis meses del inicio de la intervención).

Gráfica 21
Uso de la HR/CR



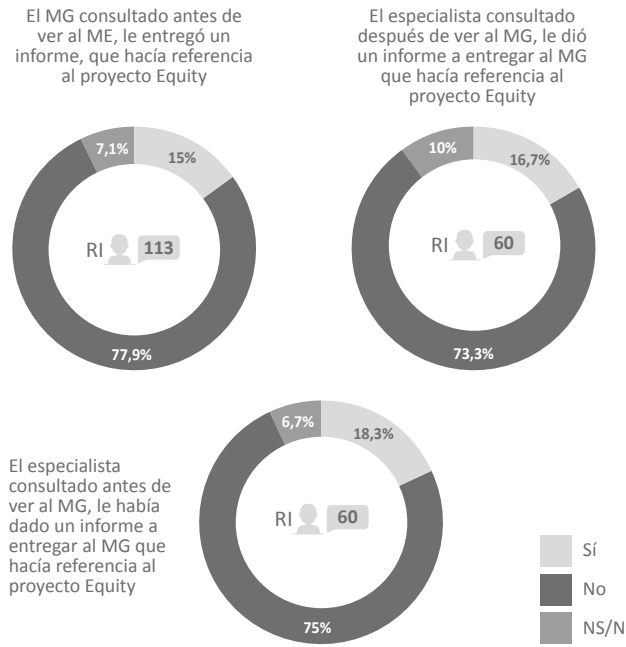
De los médicos del primer nivel de atención que conocían la hoja, 48,5% declararon utilizarla en su práctica diaria para referenciar pacientes, y 36,0% declararon recibir una hoja de contrarreferencia, enviada por el médico del segundo nivel.

De la misma manera, 40,8% los médicos del segundo nivel que conocían la hoja declararon utilizarla en su práctica diaria para contrarreferenciar pacientes al primer nivel, y 40,0% declararon recibir una hoja de referencia del proyecto de colegas del primer nivel de atención

Conocimiento de la Hoja de referencia y contrarreferencia del Proyecto Equity en la Red de Intervención

Encuesta usuarios 2017

Los usuarios también fueron consultados sobre si en su experiencia en las distintas transferencias de niveles en los servicios de salud de la red intervención reconocieron en algún momento que el documento de referencia o contrarreferencia, utilizado por el médico, era la hoja del proyecto Equity:



Gráfica 22
Conocimiento de la intervención por los usuarios de la RI

Los resultados obtenidos en el corte evaluativo a 6 meses de comenzada la intervención muestran que la misma aparece en los servicios y es reconocida por los usuarios.

Características del uso del documento de referencia en la red de intervención y control

Encuesta médicos 2015-2017

Las tablas siguientes presentan la evolución de los datos observados por los médicos en las hojas de Referencia y Contrarreferencia de las redes estudiadas. Como se puede apreciar las percepciones de los médicos encuestados en la RI difieren de las de los médicos de la RC, en coincidencia con los efectos esperados de la intervención: cuando en la RC se observa una disminución general de datos comunicados tanto en las Referencias como en las Contrarreferencias, en la RI mejoran las informaciones pertinentes para las Referencias (aumento de antecedentes y motivos de referencia), así como para las Contrarreferencias (aumento de diagnóstico y pruebas).

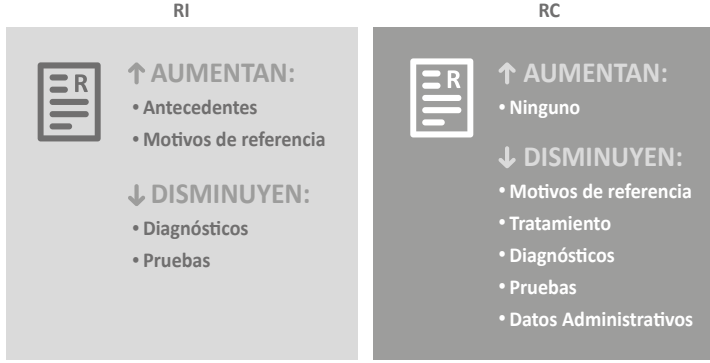


Figura 7 | Cambios en el contenido recibido en la Hoja de Referencia

Características del uso del documento de contra-referencia en la red de intervención y control

Encuesta médicos 2015-2017

Figura 8 | Cambios en el contenido recibido en la Hoja de Contrarreferencia

Opiniones sobre la implementación de la intervención

Opiniones sobre la adecuación de los contenidos de la intervención y disposición de recursos

Todos los actores manifestaron que la herramienta generada representa una vía de comunicación útil entre la RAP y el Hospital, en la medida en que aporta información importante sobre el paciente y resuelve carencias históricas del sistema. La hoja de referencia y contrarreferencia mejora la organización de los servicios al formalizar el trabajo de referencia y contrarreferencia y hace más eficiente el tránsito de los usuarios en el sistema. La mayoría consideró que se trató de una intervención enriquecedora y necesaria.

"Cuando nos empezaron a hablar de este proyecto lo vimos como algo muy bueno porque conocíamos esa carencia. Tener por escrito la evaluación y cómo debe continuar el paciente es muy importante y antes no lo teníamos"

Médico AP

"Creo que la idea en sí es lo que más motiva, porque es algo que vemos y que luchamos cotidianamente. Eso creo que fue como el mayor impulso, decir: bueno, qué bueno, al final se está haciendo algo por esto que estamos viendo"

Profesional de la salud AE

"Nosotros la recibimos como una herramienta que nos parecía de verdad práctica y valiosa, independientemente de lo que era después contagiar a los demás esa convicción"

Lic. en Enfermería AP

En lo que refiere a los recursos que se dispusieron para la intervención, no se encontraron mayores dificultades en torno a la disposición de los materiales necesarios, es decir, los blocks de hojas autocopiantes. Las dificultades en cuanto a los recursos estuvieron orientadas a la disposición de RRHH y tiempo. Los actores entendieron que el hecho de no contar con tiempo disponible para dedicar exclusivamente a la intervención fue una dificultad en la implementación, así como la falta de algunas especialidades en la red que impactan sobre los tiempos de espera del sistema y como consecuencia sobre los resultados obtenidos en el período de evaluación de la intervención.

"La participación local está determinada por los recursos locales asignados, horas disponibles, no económicas, pero tener gente asignada beneficiaría a cualquier proyecto"

Integrante de la PP

"Las dificultades más bien estuvieron ligadas a la oferta de servicios en el primer nivel de atención, que es muy escasa"

Integrante del CCL

"Tenemos médicos que no son locales, no son del lugar, sino que viajan a trabajar"

Integrante del CCL

Adhesión de los actores del sistema a la intervención

Como se ha mencionado antes, uno de los factores que determinó la adhesión de los actores fue el éxito y alcance de las actividades de difusión y capacitación realizadas por los integrantes de la PP.

A su vez, se entiende que durante el proceso de intervención faltó generar mayor empoderamiento de los actores involucrados, para ello los entrevistados manifiestan que hubiera sido oportuno generar encuentros con los profesionales implicados para realizar un seguimiento de las actividades realizadas y de esa forma promover un mayor involucramiento, ya que la adhesión fue buena en sus inicios pero fue decayendo con el transcurrir de los meses, generando distintos grados de compromiso entre los actores.

Los distintos grados de compromiso generados presentaron una dificultad, pues mientras algunos cumplían con su parte del trabajo, otros no, lo cual provocó un desestímulo en los participantes.

"En el resultado final influyeron varios factores, seguramente habría que haber logrado empoderar más a los profesionales que están en el territorio de la herramienta"

Integrante del CCL

"Capaz tendríamos que haber insistido un poco, porque nos pasó de ir y explicar médico por médico y a los meses como que se estaba viendo que no había buena adherencia, recorrimos y te encontrabas con médicos que les habías explicado personalmente y sin embargo no sabían"

Integrante de la PP

"Este proyecto es también una política de salud, de la continuidad asistencial. Creo que los médicos entienden la importancia, pero algunos no logran usarla, pienso que no se involucran cuando no se sienten parte de ese proceso"

Profesional de la salud AE

"Yo creo no se usó todo lo que se debería haber usado. El problema era que la mayoría de las veces no vuelve nada, y en mi caso la desestimulación para seguir usándola fue que yo no tuve devolución"

Médico AP

"Lo que llama la atención en la conducta del personal, es la gente que todos los días lo hace y que cuando no hay quien coordine no lo hace. Llama la atención porque no es una iniciativa impuesta"

Gestor

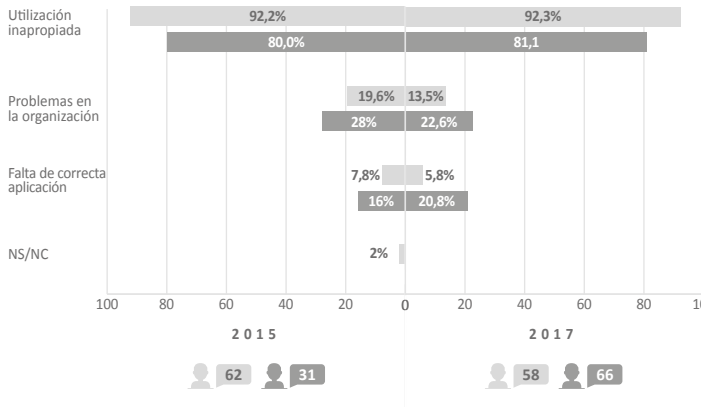
Existencia de dificultades en el uso referencia/contrareferencia

	Nivel de atención	2015	2017
RI		57,6%	52,8%
		41,5%	42,7%
RC		42,3%	66,0%
		35,9%	43,8%

Tabla 3
Existencia de dificultades

En lo que refiere a dificutades en uso de la HR/CR, mientras que en la RI en las encuestas de 2017 se observa un leve descenso de las percepciones de los médicos del 1NA respecto a la de 2015, y que las percepciones de los médicos del 2NA no varian, manteniéndose por debajo del 50%; en la RC se observa un fuerte aumento de los que reportan dificultades tanto entre médicos del 1NA (pasan de 42,3 % en 2015 a 66% en 2017), como del 2NA (pasan de 35,9 % en 2015 a 43,8% en 2017).

Tipo de dificultades en el uso referencia/contrareferencia



Gráfica 23
Tipo de dificultades

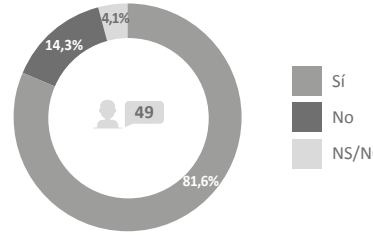
Pregunta de Respuesta Múltiple.

Al ser consultados por el tipo de dificultades, en ambas redes los médicos declaran que la principal dificultad refiere a la utilización inapropiada de la herramienta.

Utilidad de la Hoja de referencia/contrarreferencia del Proyecto Equity

Gráfica 24
Utilidad de la hoja

¿Cree que la hoja de R/CR del Proyecto Equity es útil?



El 81,6% de los médicos que declararon conocer la hoja del proyecto Equity, la consideraron útil.

¿Por qué?

81,6%

"El médico se plantea algo y tiene respuesta en la misma hoja"

"La utilidad depende del llenado"

"Facilita la asistencia del paciente"

"Vía de comunicación efectiva"

"Ejercita a los médicos a realizar la contrarreferencia"

"Mejor que la común, esá bien detallada, mejor control y registro"

"Es la única contrarreferencia que ha recibido, debe ser por algo"

"Es más útil que una receta, es clara"

"Mejora la coordinación entre niveles"

14,3%

"No sabía que se había abierto para todas las especialidades"

"Tal vez le sirve más al especialista que a mi, no me ha vuelto"

"No aporta ni más ni menos datos, ni mejor atención al paciente, es más trabajo, no hay carbónico, es más papel y más burocracia, la tercer vía por lo general no se lee, nunca explicaron para qué era y cómo se utiliza"

"Tiene más items de llenado, más amplitud de información sobre el paciente y tiene 3 vías"

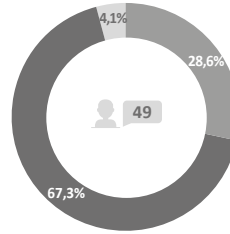
"No encuentro diferencia con la hoja común ni con la receta"

"No me es útil"

"En su momento fue útil, pero ahora se informatizó todo"

Dificultades en la utilización de la Hoja de referencia/contrarreferencia del Proyecto Equity

¿Detecta dificultades en el funcionamiento de la HRyCref del Proyecto Equity?



Gráfica 25
Dificultad en la utilización de la hoja

67,3% de los médicos que declararon conocer la hoja del proyecto Equity, declararon no tener dificultades de utilización de la herramienta.

Los principales motivos de dificultades observadas en el uso de la hoja de R/CR del Equity, fueron la utilización inapropiada, la falta de información y el formato.

Implicancias y limitaciones de la intervención

Al formalizar y unificar, en las unidades asistenciales participantes, un nuevo formato de referencia y contrarreferencia (R/CR), diferente de los ya existentes, se indujo un cambio en la forma de realizar las coordinaciones entre los niveles de atención que a pesar de ser una dificultad para los actores de la red, representó una oportunidad de mejorar los procesos de atención.

Aunque los profesionales de la RI visualizaron rápidamente el interés de participar en la intervención, varios factores generaron un retraso en el proceso de implementación. Una de las principales dificultades de comprensión y aceptación de la intervención, basada en una herramienta de CA/NA propuesta en formato papel, fue la de su superposición con el proceso de informatización iniciado en la Red por la ASSE, que debía naturalmente asumir esa función. La explicación de las razones que fundaban las opciones tomadas en el dispositivo experimental (utilizar el formato papel, para reducir las grandes diferencias de equipamiento y funcionalidad de la historia clínica electrónica existentes entre las unidades asistenciales participantes al momento de la implementación de la intervención) y la comprensión del valor agregado que este podía aportar a la historia clínica electrónica (optimización de la sección prevista para la R/CR, aportando un formato de informaciones validado por la experiencia de los actores involucrados en su utilización), extendió el proceso de aceptación de la intervención así como de aplicación de las pautas previstas para su implementación. Otro factor que alargó los procesos de atención y no facilitó la evaluación del

impacto de la intervención en el segundo NA (contrarreferencias), fueron los tiempos de espera (muchas veces importantes) de consulta del ME. Los retrasos así registrados en la adopción e implementación del protocolo experimental, combinados a la necesidad de respetar los tiempos del proyecto internacional; impactaron en la profundidad de la evaluación de los resultados de la intervención.

"Era como que no era ágil... Con la hoja de referencia tratamos de ser un poco más ágiles y recabar información tanto para un lado como para el otro"

Integrante del CCL

"Nos sumamos igual porque a nivel de los profesionales no hay mucha conducta de hacer ese trabajo, de escribir eso. De hecho, en el escritorio electrónico también va a servir porque no existe un ítem para plantear la referencia. Entonces si lo ve otro profesional tiene que ver toda la historia. En ese sentido creemos que también fue importante"

Integrante de la PP

"Yo creo que la dificultad es el tiempo que se pudo aplicar esto. No dieron los tiempos para que volvieran las hojas de referencia por la cantidad de demanda en espera para especialistas. Entonces como que los tiempos del sistema no eran los tiempos del proyecto"

Lic. en Enfermería AE

"Tener dos formularios en lo operativo no fue bueno, e hizo que no se usaran de forma correcta"

Gestor

Actividades de monitorización realizadas

Los profesionales referentes implicados en la implementación de la intervención, desarrollaron distintas actividades para monitorizar el trabajo realizado y poder aplicar ajustes, que en general estuvieron más centradas (por razones de tiempo destinado a la función), en el proceso del dispositivo (control de la disponibilidad de hojas de R/CR, la utilización de estas por los médicos, la colecta y transferencia de las mismas al equipo de investigación para su sistematización) que en el análisis de sus resultados. Aún así, las monitorizaciones resultaron vitales para el desarrollo de la intervención, ya que implicaron un recordatorio continuo de la misma, oficiando como una actividad que facilitó la incorporación de la hoja en la práctica diaria de los profesionales.

En general fueron las Licenciadas en Enfermería (por su formación y el lugar estratégico de articuladores en el proceso de atención), las que asumieron dichas actividades, aunque en algunas UA también participaron médicos de la red (en particular del primer NA). El hecho de que la intervención no se aplicara en todas las unidades de la red, ni fuera obligatoria, generó incertidumbre entre los profesionales menos informados o sensibles a la misma, aumentando la dependencia de su realización de los profesionales referentes: cuando estos no realizaron un seguimiento estricto del proceso, la implementación fue menos exitosa.

"Si, acá se estaba haciendo, semanal o quincenalmente, una licenciada y un médico de familia, pero pasa eso (...) más allá de todo son pocos datos"

Integrante del CCL

"Nosotros organizamos con la licenciada, semanalmente o cada quince días, se revisan las planillas de consulta del médico y se ve si hicieron referencias, porque ellos a su vez hacían una planilla que tildaban si habían referenciado a alguien. Revisamos la historia y lo mandamos por mail al equipo de investigación"

Integrante de la PP

"Donde dejes de hacer el seguimiento, de si vuelve la hoja y si el médico emite la hoja de referencia, lo dejan de hacer"

Lic. en Enfermería AE

Opiniones sobre aspectos a mantener de la intervención y sugerencias de mejora

Aunque el tiempo de experimentación fue corto y la atención de los actores involucrados estuvo esencialmente centrada en la implementación, de los intercambios evaluativos de la experiencia surgen varios elementos de valoración positivos que validan tanto la IAP como estrategia capaz de impactar en la cultura de los actores, como la HR/CR como herramienta pertinente para la mejora de la CA/NA.

"Para mí la metodología participativa es fundamental, es la única forma en que se puede lograr cambiar los servicios"

Integrante del CCL

"El instrumento de la hoja de referencia y contrarreferencia, eso yo creo que se debe mantener"

Integrante de la PP

Varias recomendaciones de buenas prácticas surgen de estos intercambios, partiendo de la experiencia y capital acumulado (informaciones detalladas sobre mecanismos determinantes de la CA/NA, análisis de las HR/CR, RRHH formados a la IAP, estudios robustos de evaluación y líneas de base, etc.) orientados a un futuro desarrollo institucional de la experiencia en otras redes; en una perspectiva que trasciende el proyecto de investigación internacional:

Realizar una delimitación clara de los territorios a incluir previa al inicio

Contar con RRHH locales con tiempo disponible y disposición personal para impulsar el proyecto

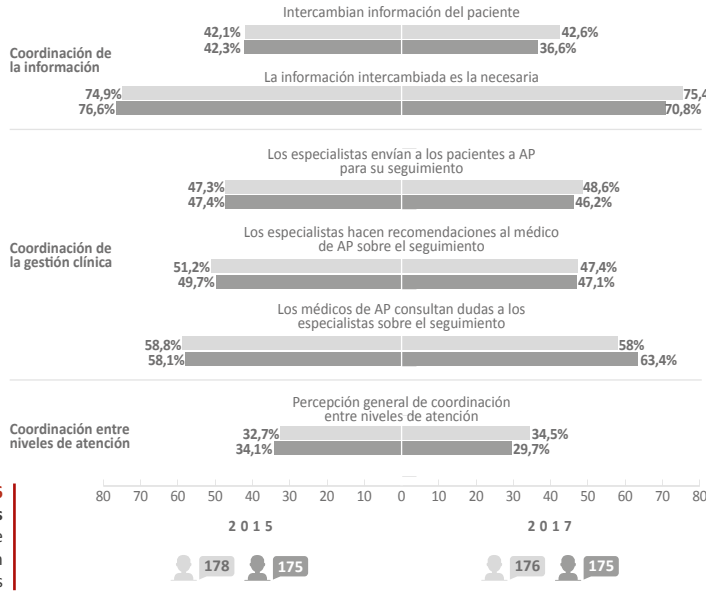
Realizar talleres de intercambio sobre la CA entre equipos de diferentes NA

Trabajar al desarrollo de una figura de enlace para la CA

Incorporar la HR/CR experimentada y validada, a la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria

Cambios en la percepción general y experiencias de coordinación
Encuestas a médicos 2015-2017

En el siguiente gráfico se presentan la evolución entre períodos (2015-2017) de los ítems seleccionados para medir el impacto de la intervención para la mejora de la CA/NA.



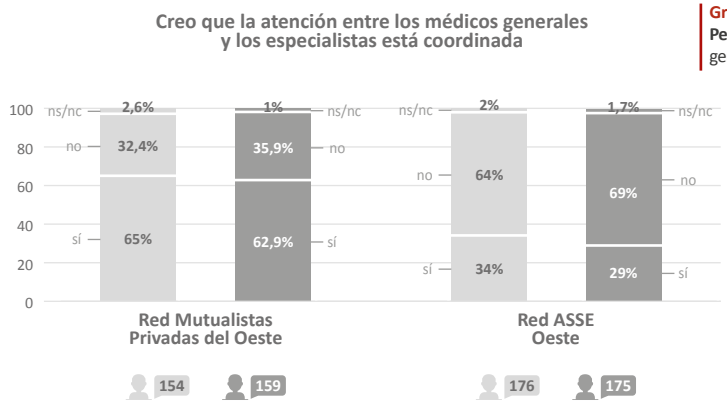
Gráfica 26
Resultados finales de la intervención - médicos

La comparación de las variables seleccionadas para medir resultados finales de la intervención a partir de la percepción de los médicos encuestados, pone en evidencia diferencias claras en la evolución percibida entre redes estudiadas. Se observa una clara deterioración de la percepción de la CA/NA en la RC, contra una leve mejora de la percepción en la RI, confirmada en particular por el indicador de percepción general, que decae significativamente en la RC.

Percepción general de coordinación entre niveles – 2017

Habiendo constatado en la encuesta de 2015 que un alto porcentaje (aprox. 86%) de médicos también trabajaban en el sector privado, en la encuesta del año 2017 se incluyó una nueva pregunta, con el fin de indagar si la percepción de la CA/NA en el sector privado era diferente. Como se puede observar en la Gráfica N°27 siguiente, en ambas redes la gran mayoría de ellos respondieron que en la red de mutualistas privadas la CA/NA es mejor que en la red de la ASSE.

Gráfica 27
Percepción general



Sí = siempre + muchas veces + a veces | **No =** a veces + pocas veces + nunca | **NS/NC =** No sabe/No responde

Motivos que explican la percepción de la coordinación en el sector privado de la región Oeste manifestados por los encuestados - 2017

La siguiente tabla completa lo anterior, presentando una síntesis de las principales razones avanzadas por los médicos para explicar la diferencia de percepciones de la CA/NA en la red de servicios privados.

Motivos manifestados que explican la percepción de la coordinación en el sector privado de la región Oeste		% respuestas agrupadas
Motivos positivos 278	Mejor aplicación de pautas de trabajo y control de calidad de la atención	32.5
	Mejores mecanismos administrativos. Más recursos. Más ordenado	23.6
	La Coordinación se hace, por las mismas razones que en ASSE	20.5
	Lógica diferente propia a la medicina privada	2.6
Motivos negativos 73	La Coordinación NO se hace, por las mismas razones que en ASSE	14.8
	Funcionamiento diferente a ASSE	3.4
	Otras razones	2.6

Tabla 4
Prcepción de la coordinación en la región Oeste

Opiniones sobre contribuciones y cambios generados por la intervención

A continuación se presentan los cambios percibidos sobre la CA/NA, considerando las **tres dimensiones exploradas en el proyecto Equity LA II: coordinación de la información** (entendida como la transferencia y uso de la información clínica del paciente necesaria para la coordinación de las actividades entre los proveedores); **coordinación de la gestión clínica** (es la provisión de atención en forma secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención en salud compartido por los diferentes servicios y NA involucrados); y **coordinación administrativa** (coordinación del acceso de los pacientes al continuo de servicios ofrecidos por la red, de acuerdo a sus necesidades).

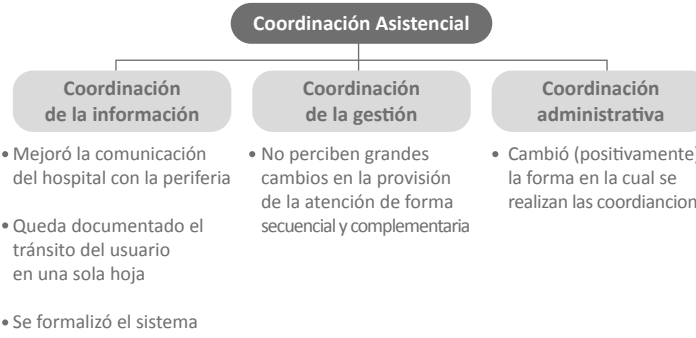


Figura 9 | Contribuciones y cambios generados por la intervención

Para los actores consultados, el principal éxito del proyecto coincide con el objetivo estratégico de la intervención, que buscaba incidir prioritariamente en las prácticas de CA/NA: como se puede observar, los mismos valoran particularmente los logros obtenidos en el proceso transitado, por lo que permitió visualizar y reflexionar sobre una problemática vivenciada cotidianamente, pero raramente elaborada.

Generó un equipo de trabajo de profesionales formados en IAP y coordinación (referentes en el tema)

Movilizó, cortó rutinas

Generó mayor concientización respecto de la importancia de la CA y de la referencia y contrarreferencia como herramienta para la calidad asistencial

No son tan visibles los cambios a nivel institucional pero SÍ a nivel de los actores

Impacto positivo en el usuario:

Cambió su utilización de los servicios

Más conscientes de los procesos de comunicación

Cambios en la red control
Período 2015 - 2017

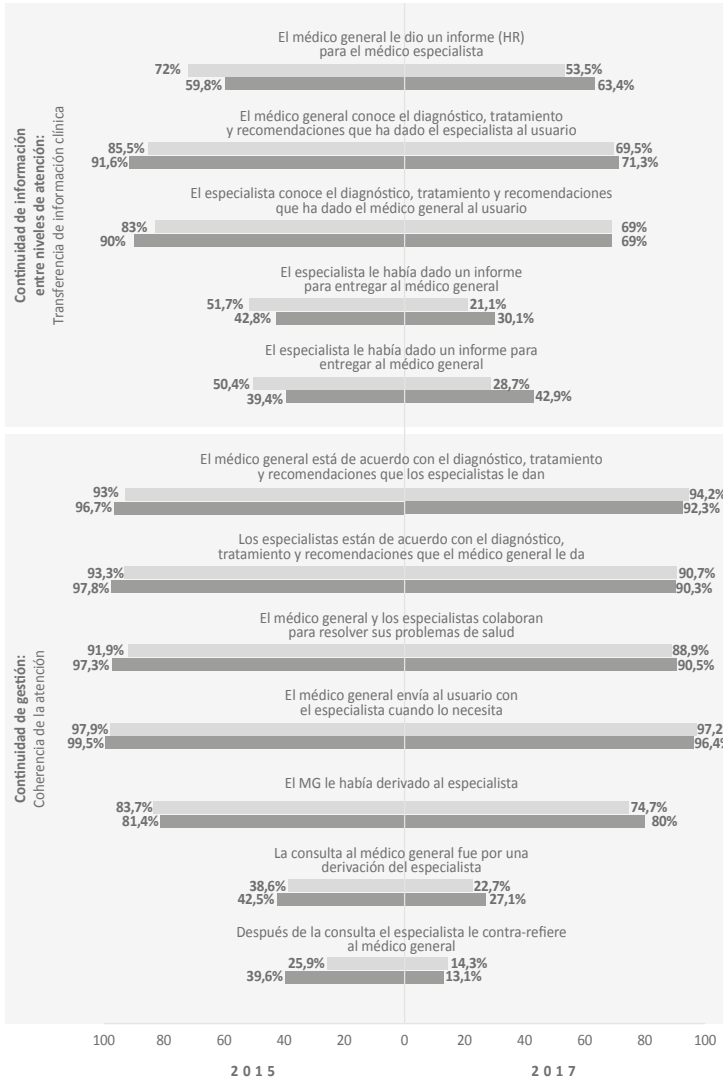
Durante el proceso de intervención, la Red Oeste Centro sufrió ciertos cambios que influyeron en la evolución de las percepciones sobre la CA/NA, que conviene considerar para apreciar las diferencias observadas con la RI. A continuación se presenta un resumen de los principales cambios señalados por los actores consultados en la RC:

Tabla 5
Principales cambios en la RC

Relacionados con el sistema de salud y sus políticas	• Cambio de la geografía de la Red: abrupto y sin información, de carácter administrativo, no hay coordinación de servicios con la RN como sí había con la RO • Separación física y administrativa de los niveles asistenciales sin previsión de instrumentos de coordinación generó resistencias • Cambios en las direcciones de ASSE central generan inestabilidad, falta de rectoría, los gestores de la red declaran que se sienten solos (falta de contención política)
Relacionados con las redes	• Avance del procesode informatización: cambian las formas de trabajo y de atención • Disfuncionamientode la red que se manifiesta en un crecimiento del sector privado
Relacionados con los profesionales	• Aumentode salarios • Creaciónde CAD • Pago por pacientereferido • Mismas funciones con salarios distintos • Se amplia la brecha entre quienes ganan menos y quienes ganan más • No hay control sobre los CAD ↓ **Mal rendimiento por insatisfacción y generación de lógicas más competitivas** • Presencia de médicos extranjeros con formación en AP

> **“La coordinación tiene idas y vueltas porque no hay un estatuto general de cómo se deben hacer las cosas”**
>
> Médico AP

Cambios en la percepción de continuidad
Encuestas 2015 - 2017



Gráfica 28
Resultados finales de la intervención - usuarios

El gráfico relativo a la percepción de la CA/NA por los usuarios (considerada en este caso como continuidad de la atención), refleja en buena medida las percepciones dominantes de los médicos, poniendo en evidencia una deterioración global de la percepción, en particular en lo que refiere a la transferencia de información clínica entre NA. Efectivamente, como se puede observar, en la encuesta de 2017 decaen, en ambas redes, los ítems que marcan el acuerdo con las aseveraciones:

- *"El MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que ha dado el ME al usuario"*

- *"El ME conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que ha dado el MG al usuario"*

- *"El ME le había dado un informe para entregar al MG"*

Cabe destacar que los cambios negativos observados por los usuarios entrevistados en materia de coherencia de la atención, son también más fuertes en la RC, en particular en lo que refiere a la colaboración entre el médico general y el especialista para resolver sus problemas de salud: como se puede observar, cuando en la RI la variación en la proporción de personas que declararon que los médicos colaboran pasa de 91,9% en 2015 al 88,9% en 2017; en la RC la proporción varía de 97,3% en 2015 a 90,5% en 2017.

Capítulo 5: Conclusiones

A pesar de que la evaluación de la utilización efectiva de la HR/CR debió realizarse a los seis cortos meses de ser implementada, puso en evidencia cambios significativos en las percepciones de los actores de la RI, en coincidencia con los objetivos estratégicos de la intervención, que refieren al impacto del proceso desarrollado a nivel de la cultura de los actores involucrados en la CA/NA. Cabe destacar que los resultados observados favorables en la RI, se generan en un contexto político crítico, identificado en el estudio de línea de tiempo del proyecto, que si bien afectó negativamente el funcionamiento general de ambas redes durante todo el periodo de la intervención, debería haber impactado mucho más fuertemente en la RI que en la RC.

Así, un primer conjunto de resultados destacables coinciden en señalar la importancia de la evidencia generada, que permitió el mejor conocimiento del problema de la CA/NA en toda la red Oeste, y en la RI el reconocimiento de la posibilidad de desarrollar una acción colectiva para mejorar la calidad de la atención. El trabajo realizado permitió así analizar en profundidad la amplitud del problema (poniendo en evidencia que la baja CA/NA correspondía en realidad a una praxis ampliamente compartida, fundada en la informalidad y bajo control de calidad de los procesos asistenciales); y los mecanismos que lo determinan (un contexto de práctica médica concentrada, solitaria, poco informada en cuanto a pautas de atención y poco comprometida con el proyecto de la red pública; marcado por la persistencia de un modelo de atención fragmentado, centrado en la especialidad; un sistema de atención insuficientemente organizado; y usuarios de condición social modesta, con comportamientos funcionales al sistema imperante...).

El segundo conjunto de resultados observados, refiere a la experimentación y validación a través de una experiencia personal y resultados medibles, de una estrategia de intervención en instituciones de salud basada en el método de investigación, capaz de impactar en la cultura de los actores que la componen, contribuyendo así al cambio de modelo de atención. La implementación de la intervención desde la perspectiva de la IAP fue particularmente valorado por las personas participantes, que encontraron en su proceso la oportunidad de analizar su práctica y buscar, voluntariamente, respuestas a problemas conocidos pero difícilmente solucionables, fuera de un proceso de elaboración que implique y modifique la disposición del sujeto al cambio. La IAP demostró así un alto valor agregado en el proceso de cambio de modelo de atención, aportando por su estrategia ascendente (*bottom up*), un complemento determinante al éxito de las clásicas y no menos necesarias estrategias descendentes (*top down*) habitualmente utilizadas en las instituciones de salud.

El tercer conjunto de resultados que surgen de la intervención refiere al potencial de desarrollo para la red, que representan la experiencia y el capital de conocimientos acumulados por el estudio, tanto a nivel nacional como internacional. Los actores participantes estimaron posible y recomendable utilizar este capital generado colectivamente, para extender la experiencia sobre CA/NA a otros sectores de la red (en particular a la RC, considerando los resultados de los estudios de línea de base y de evaluación, como puntos de referencia para diseñar e implementar una intervención); desarrollar en la RI las otras dos acciones priorizadas (instancias de formación y consultas conjuntas entre equipos de diferentes NA, figura de enlace); o sostener nuevos proyectos de la organización (unidades de enlace, corredores asistenciales).

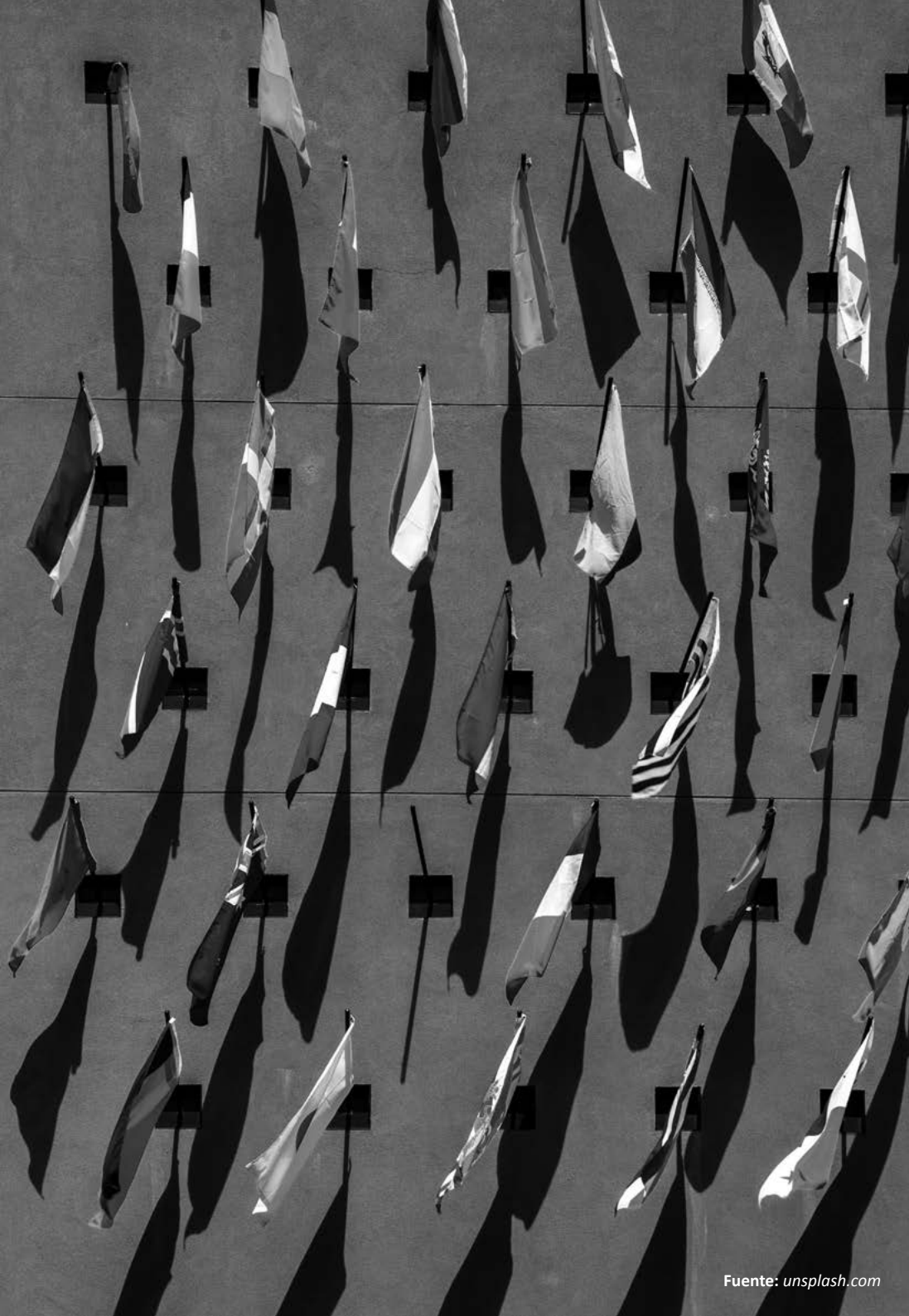
Para saber más del proyecto Equity LA II

Consorcio de Investigación Internacional
equity-la.eu/es/

Primer libro del Proyecto Equity LA II - Uruguay, 2017
fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/WEB_final_equity_unidad_investigacion.pdf

Video presentación del proyecto - YouTube: Proyecto de investigación internacional Equity LA II - Uruguay
youtube.com/watch?v=VQnHKxEN4ns

El proyecto Equity-LA II está en Twitter
Para conocer las novedades del proyecto (publicaciones científicas, divulgaciones de resultados, entre otras actividades), seguí la cuenta **@EquityLAII**



Fuente: *unsplash.com*

Referencias bibliográficas del informe

Investigación acción participativa en sistemas de salud. Training and Research Support Centre Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa.
Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D 'ambruoso L, Shroff Z, Guía U, et al. 2014. 122 p.

La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009.
González T, Olesker D. 2009

La Investigación Acción Participativa: Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña.
Zapata, Florencia y Rondán, Vidal. 2016. Lima: Instituto de Montaña

Parlamento. Ley No 18.211 SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD 2007.
www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=

Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Vol. 4, La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas.
Montenegro H, Levcovitz E, Holder R, Ruales J, Suárez J.
Washington DC; 2011 May.

Una sociología sentipensante para América Latina.
Fals Borda, Orlando. Bogotá : Siglo del Hombre Editores y CLACSO, 2009

Publicaciones de resultados internacionales del proyecto Equity LA II

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

Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, López J, Bertolotto F, Amarilla D, Vázquez ML. Gaceta Sanitaria

Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries.

Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Eguiguren P, Cisneros AI, Huerta A, Muruaga MC, Bertolotto. Soc Sci Med. 2017;182:10-19

Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol.

Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. BMJ Open 2015

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.

Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Bertolotto F, Vázquez ML. Health Policy and Plan. 2018; 33(4):494-504

La Unidad de Investigación de la **Facultad de Enfermería** de la Universidad de la República presenta, en este segundo fascículo, los resultados finales del proyecto Equity LA II en Uruguay.

Este proyecto internacional, financiado por la Unión Europea y coordinado por equipos académicos de España y Bélgica, fue realizado entre el año 2013 y el 2019 con el objetivo de **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 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) públicas, de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

Se presentan los resultados de la evaluación de la intervención, realizada en nuestro país en el marco de una **Investigación Acción Participativa**; con equipos de unidades asistenciales (UA) de la región Oeste litoral de ASSE, en los departamentos de Colonia, Soriano y Río Negro (Red Intervención).

Para la evaluación, se realizaron 35 entrevistas a profesionales, y encuestas que recogieron las **percepciones de la continuidad** de la atención de 797 usuarios, y **de la coordinación asistencial** de 351 médicos, de UA de las sub regiones Oeste litoral y Oeste Centro (Red de Control, en los departamentos de Durazno, Flores Florida y San José).

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

ISBN: 978-9974-0-1669-9