ACTA DE REUNIÓN

Tema: **Proyecto Equity LA II**

Dirección y/o Oficina	Proceso
Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud DAEPDSS	Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud DAEPDSS

Objetivo de la Reunión	
Socialización de resultados y cambios en la coordinación entre niveles de atención en las redes de intervención y control COORDENA – CO 2015-2017 y resultados y cambios en la continuidad entre niveles de atención en las redes de intervención y control CCAENA CO 2015-2017	**Fecha de la reunión:** Octubre 31 de 2018
	Lugar: Universidad El Rosario, sede Quinta de Mutis
	Hora Inicio: 2:00 pm **Hora Fin:** 4:30 pm
	Notas por: Diana Carolina Larrañaga Calvache Profesional Especializada DAEPDSS
	Próxima Reunión: Pendiente por confirmar fecha
	Quien cita: DAEPDSS

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

Con el equipo del proyecto Equity LA II, se da inicio a la reunión en su orden:

1. Presentación del proyecto Equity LA II
2. Resultados y cambios en la coordinación entre niveles de atención en las redes de intervención y control COORDENA –CO 2015-2017
3. Resultados y cambios en la continuidad entre niveles de atención en las redes de intervención y control CCAENA CO 2015-2017
4. Cambios en las Sub Redes que han influido en la coordinación entre niveles de atención en el periodo 2015 – 2017
5. Diseño implementación y evaluación de la intervención

El objetivo del proyecto es evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención redes de servicios de salud de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay y Colombia).

El diseño del estudio es cuasi – experimental, estudio de intervención con enfoque de investigación acción participativa con método cuantitativo y cualitativo.

El estudio de *Coordinación* tiene como objetivo evaluar y explorar experiencias de diferentes actores en relación con la coordinación entre niveles de atención en la red, para las metodologías se contó con participación de profesionales de salud, directivos y administrativos (cualitativo) y médicos generales y médicos especializados (cuantitativo)

El estudio de *Continuidad* tiene como objetivo evaluar y explorar experiencias de los pacientes en relación con la coordinación entre niveles de atención en la red, para las metodologías se contó con participación de pacientes con DM, EPOC y cuidadores (cuantitativo) y pacientes con enfermedad crónica (cualitativo)
Pacientes

En lo que corresponde la metodología del estudio de línea de base y evaluación se dispone de estudio de coordinación y continuidad:

Estudio	**COORDINACIÓN**				**CONTINUIDAD**			
Objetivo	Evaluar y explorar la percepción y experiencias de diferentes actores en relación con la coordinación entre niveles de atención de la red.				Evaluar y explorar la percepción y experiencias de los pacientes con patologías crónicas sobre la continuidad entre niveles de atención de la red.			
Método	***CUALITATIVO***		***CUANTITATIVO***		***CUALITATIVO***		***CUANTITATIVO***	
Técnica recogida de datos	•Entrevistas semiestructuradas •Grupos focales		Cuestionario COORDENA-CO		•Entrevistas semiestructuradas •Grupos focales		Cuestionario CCAENA-CO	
Población de estudio	Profesionales de salud/ directivos/ administrativos		MG y ME con labores asistenciales		Pacientes con DM/ EPOC Cuidadores		Pacientes con enfermedad crónica	
Técnicas de análisis	Análisis temático de contenido		Análisis descriptivo		Análisis temático de contenido		Análisis descriptivo	
Tamaño de muestra	**2015**	**2017**	**2015**	**2017**	**2015**	**2017**	**2015**	**2017**
	RSO: -E: 30 -GF: 1 **RS:** -E: 28 -GF: 1	**RSO:** -E: 13 -GD: 3 **RS:** -E: 11	**RSO:** 181 **RS:** 182	**RSO:** 182 **RS:** 180	**RSO:** -E: 19 -GF: 0 **RS:** -E: 18 -GF: 1	No se realizó	**RSO:** 396 **RS:** 397	**RSO:** 400 **RS:** 402

RSO: red sur occidente; RS: red sur
E: entrevista; GF: grupo focal; GD: grupo discusión

Los resultados y cambios porcentuales en la coordinación entre niveles de atención en las redes de intervención y control COORDENA – CO 2015-2017 se resumen en la tabla adjunta:

Resultados y cambios en la coordinación entre niveles de atención en las redes de intervención y control COORDENA – CO 2015-2017				
Coordinación entre niveles de atención	**Red de Intervención**		**Red Control**	
	2015	**2017**	**2015**	**2017**
Percepción general de coordinación	26%	36%	23%	58%
Información clínica entre niveles	39%	32%	48%	59%
Coordinación de información clínica entre niveles				
La información es necesaria	70,6%	67,1%	71,2%	81,3%
Tiene en cuenta la información transferida	79%	76%	78%	86%
Coordinación de gestión clínica entre niveles de atención				
Repetición de pruebas	35%	27%	31%	23%
Acuerdo en tratamientos	41%	53%	45%	53%
Contraindicaciones y/o duplicaciones en tratamientos	26,70%	19,3%	24,4%	18,9%
Los médicos especialistas envían al paciente al primer nivel	37,1%	28%	32,6%	32,6%

Los médicos especialistas hacen recomendaciones al médico general	32,8%	34,1%	44,80%	53,10%
Médico general hace consultas a médico especialista	39,7%	39,2%	53,8%	59,6%
El paciente espera mucho para la consulta con el especialista	85,9%	83,9%	77,30%	64,90%
El paciente espera mucho tiempo para la consulta con el médico general	27,6%	23,1%	35,9%	24,2%
Mecanismos de coordinación de gestión clínica y de información				
Frecuencia envío referencia a médico general	97,0%	82,3%	88,6%	75,6%
Frecuencia envío contra referencia a médico especialista	74,8%	69,7%	74,0%	62,2%
Frecuencia recibe la contra referencia a médico especialista	40,0%	36,4%	46,90%	46,7%
Frecuencia recibe la contra referencia a médico general	0,0%	0,0%	0,0%	1,90%
Frecuencia envío epicrisis médico especialista	68,10%	79,70%	58,40%	72,10%
Frecuencia recibo epicrisis médico general	8,80%	5,30%	4,10%	5,0%
Factores laborales / actitud / interacción entre profesionales				
La relación con los médicos del otro nivel es buena	37,6%	53,80%	45,20%	62,40%
Los médicos confían en las habilidades clínicas del otro nivel	59,5%	62,1%	54,1%	65,5%
Factores organizativos				
Los directivos de los centros del I nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y especialistas	18,3%	25%	15,3%	33,5%
Los directivos de los hospitales de II y III nivel facilitan la coordinación entre los especialistas y los médicos generales de los centros de I nivel	16,9%	23,8%	19,0%	32,7%
El tiempo durante la consulta para la coordinación clínica es suficiente	12,70%	17,70%	20,90%	28,90%

Resultados y cambios en la continuidad entre niveles de atención en las redes de intervención y control CCAENA– CO 2015-2017

Continuidad de información clínica entre niveles de atención	Red de Intervención		Red Control	
	2015	2017	2015	2017
Médico general conoce Dx, Tto., y recomendaciones del médico especialista	62%	56%	46%	65%
Médico general conoce Dx, Tto, y recomendaciones del médico especialista	54%	49%	39%	54%
Médico especialista conoce Dx, Tto, y recomendaciones del médico general	67%	57%	63%	68%
El especialista conoce el motivo de la derivación antes que el paciente se lo explique	41%	37%	32%	41%
Especialista tiene información de HC con MG	50,50%	50,86%	43,64%	66,12%
Continuidad de gestión clínica entre niveles de atención				
Médico general y médico especialista colaboran entre sí para resolver el problema	48%	51%	32%	58%
Médico general está de acuerdo con Dx, Tto y recomendaciones del médico especialista	82%	79%	77%	86%
Médico especialista está de acuerdo con Dx, Tto y recomendaciones del médico general	79%	74%	71%	84%
El médico general repitió alguna prueba que le había realizado el especialista	20%	12%	16%	15%
El especialista le repitió alguna prueba que le había realizado el médico general	25%	21%	21%	31%
Percepción general de colaboración entre médico general y médico especialista	47,72%	50,94%	31,78%	58,23%
Accesibilidad entre niveles de atención				

Espera mucho tiempo hasta la consulta del médico especialista después de la derivación	65%	71%	68%	71%
Espera mucho tiempo hasta la consulta del médico general después de la consulta con médico especialista	32%	28%	18%	24%
Tiene dificultades para que la EPS le autorice consultas con médico especialista	35%	48%	25%	28%
Tiene dificultades para asistir a citas con médico especialista por lejanía de los centros	44%	51%	35%	36%
Estabilidad con el médico general y especialista				
Atendido por el mismo médico general	60%	65%	78%	74%
Atendido por el mismo médico especialista	50%	40%	46%	32%
Vínculo médico general - paciente				
Confía en la capacidad profesional del médico general	89%	88%	91%	92%
La información que le proporciona el médico general es suficiente	80%	78%	82%	85%
Vínculo médico especialista - paciente				
Confía en la capacidad profesional del médico especialista	87%	86%	87%	84%
La información que le proporciona el médico especialista es suficiente	79%	81%	81%	79%

Para los cambios en las subredes que han influido en la coordinación entre niveles de atención en el periodo 2015-2017, los resultados son:

CATEGORÍA	RED INTERVENCIÓN (SUR OCCIDENTE)	RED CONTROL (SUR)
Cambios en las características del sistema de salud y sus políticas	**Política de Atención Integral en Salud (PAIS)** **Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)**	
	Promovió especialización de centros en manejo de algunas patologías: implementación parcial	Promovió reuniones para discusión conjunta entre ME y MG sobre GPC (Ministerio)
	Privilegió patologías para articular procesos extramurales con intramural (Ej. materno perinatal)	Promovió reuniones para discusión conjunta entre ME y MG sobre GPC (Ministerio)
Cambios estructurales y organizativos de las redes		
Implementación Modelo en Red Distrital	**Creación de direcciones de servicios (ambulatorios, urgencias, etc.)**	
	Cumplimiento funciones administrativas	Comunicación entre profesionales
		Capacitación médicos
		Trabajo en equipo
		Unificación y uso GPC
	Integración de servicios de AP y AE (CAPS)	
	Mayor oportunidad a MG	Mejora oportunidad a ME
	Disminución barreras acceso geográfico M	Disminución barreras acceso geográfico ME
	Mejora comunicación entre MG y ME	Mejora capacidad resolutiva MG
	Persiste congestión de agendas y demoras (UMHES)	Mejor seguimiento del pacientes y la continuidad de la atención al interior de la subred
	Creación de unidades especializadas	
	Favoreció contratación especialistas, pero déficit de insumos (pruebas diagnósticas) à retrasa dx y tto	Optimización de recursos humanos
	Dificultades de acceso geográfico	Reducción de complicaciones e reingresos hospitalarios

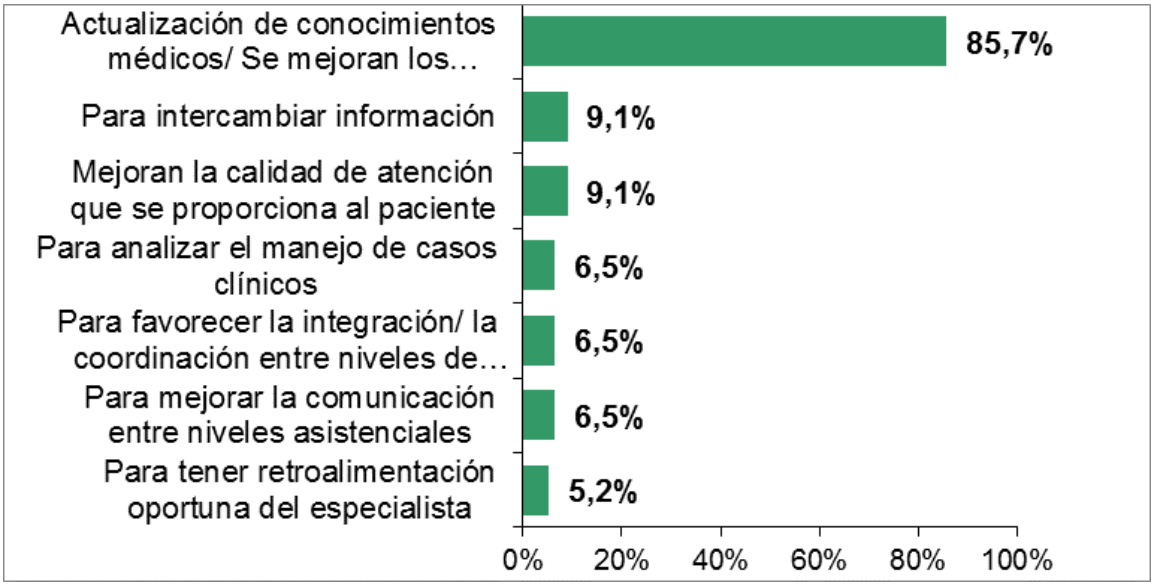
		Cierre unidades de servicios: Incremento en los tiempos de espera AE; Saturación CAPS
Cambios en el modelo de pago de servicios (Pago Global Prospectivo)		
Implementación Modelo en Red Distrital	Facilidad para garantizar el traslado de los pacientes dentro de la subred	Racionalización del gasto (sostenibilidad financiera): acciones de demanda inducida, fortalecimiento de comunicación para evitar sanciones económicas
	Eliminación autorización solo especialidades básicas CAPS : barreras de acceso a la atención en otras subespecialidades	Provisión integral de servicios: accesibilidad y continuidad de la atención
		Eliminación trámites autorización: acceso a AE, descongestión de las salas de espera
		Eliminación autorización solo especialidades básicas CAPS : barreras de acceso a la atención en otras subespecialidades
Mecanismos de coordinación de gestión clínica		
Cambios o adopción de nuevos mecanismos de coordinación de gestión clínica en la subred	**Unificación Sistema de información clínico electrónico**	
	Implementación a partir de Sept/2017	Pioneros en el Distrito en su adopción (2016)
	Conocimiento de HC previa de diferentes servicios	Promueve calidad de información registrada
	Eliminación de problemas de calidad en el registro manual	Elaboración de fórmulas médicas
	Retroalimentación de ME	Favorece seguimiento adecuado, toma de decisiones y no duplicación de pruebas
	Fallas del sistema	Evita que el paciente sea responsable de la transferencia
	Solo opera en consulta externa	Fallas del sistema
	Software poco práctico	Fallas al inicio de la implementación
	Déficit registro información ME	No disponibilidad de algunos formatos electrónicos
	Implementación solo para evitar sanciones de auditoria	Persisten registros incompletos e inconsistentes
	Fallas de conectividad à Paciente continua como portador	
Mecanismos de coordinación administrativa		
Cambios o adopción de nuevos mecanismos de coordinación administrativa en la subred	**Central de agendamiento de citas**	
	Reduce tiempos de espera citas prioritarias	Responsables del manejo a nivel distrital
	En proceso de implementación con fallas en su operación	Reduce trámites a usuarios
	Dificultades en el uso por parte de los pacientes	Cruce con agendas manuales: asignación citas innecesarias
	Sistema referencia y contra-referencia	
		Favorece comunicación entre MG y ME (radioperador)
		Reduce barreras de acceso a ME dentro de subred (uso derivación fuera de la subred)
		Congestión de servicios en CAPS por baja capacidad instalada
	Unificación reuniones de gestión	
	Integración médicos diferentes USS	Revisión temas administrativos y académicos a necesidad
	Poca participación de especialistas	Participación de MG y ME
	Acceso geográfico lejano	Actualización médica, mejora resolutividad de MG
	Predominan temáticas administrativas	Predominan temáticas administrativas

La U. Rosario desarrollo el Diseño, implementación y evaluación de reuniones conjuntas basada en métodos reflexivos, entre médicos generales y especialistas con el objetivo de mejorar la coordinación de la gestión clínica entre médicos generales y especialistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

La realización de las reuniones conjuntas mensuales con la plataforma de profesionales (personas encargadas de la atención de usuarios con patología crónica) crearon espacios de análisis de casos clínicos de patologías crónicas (4 horas mensuales), capacitación médica (4 horas mensuales). Se realizaron sesiones de réplica bimensuales (2 horas) donde se dan a conocer la síntesis actividades de plataforma en distintas Unidades de Servicios de Salud a otros médicos de la Sub Red.

La realización de las reuniones conjuntas mensuales con la plataforma de profesionales (personas encargadas de la atención de usuarios con patología crónica) crearon espacios de análisis de casos clínicos de patologías crónicas (4 horas mensuales), capacitación médica (4 horas mensuales). Se realizaron sesiones de réplica bimensuales (2 horas) donde se dan a conocer la síntesis actividades de plataforma en distintas Unidades de Servicios de Salud a otros médicos de la Sub Red.

Esta es la utilidad de las reuniones conjuntas proyecto Equity LA II: (Intervención 2017 n: 182, Control n: 180)



El equipo investigador presente, da a conocer que una vez obtenidos los resultados ya descritos, se proyecta continuar los espacios académicos*, mesas de trabajo,* para la generación de: Guía de buenas prácticas (recomendaciones) y Guía para toma de decisiones (políticas, recomendaciones), y manifiestan el interés colaborativo por parte de subredes intervención y control, para la intervención de los profesionales y/o administrativos participantes en la investigación. Se finaliza así la intervención de la U. Rosario y se generan compromisos.

COMPROMISOS*

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
Gestionar espacio de socialización de resultados en comité técnico de crónicas SDS	Diana Carolina Larrañaga Calvache Profesional Especializada DAEPDSS	Noviembre 2018