Resultados comparativos y cambios en la coordinación y continuidad asistencial entre niveles de atención en dos subredes de Bogotá en 2015 y 2017

Proyecto Equity-LA II - Colombia

www.equity-la.eu

Bogotá, 31 de octubre de 2018

Contenido

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 y 2017
3. Resultados y cambios en la continuidad entre niveles de atención en las redes de intervención y control CCAENA-CO 2015 y 2017
4. Cambios en las subredes que han influido en la coordinación entre niveles de atención en el periodo 2015-2017
5. Diseño, implementación y evaluación de la intervención

Presentación del proyecto Equity LA II

Proyecto EQUITY LA II

Objetivo general

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 **RSS** en distintos sistemas de salud de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay y Colombia).

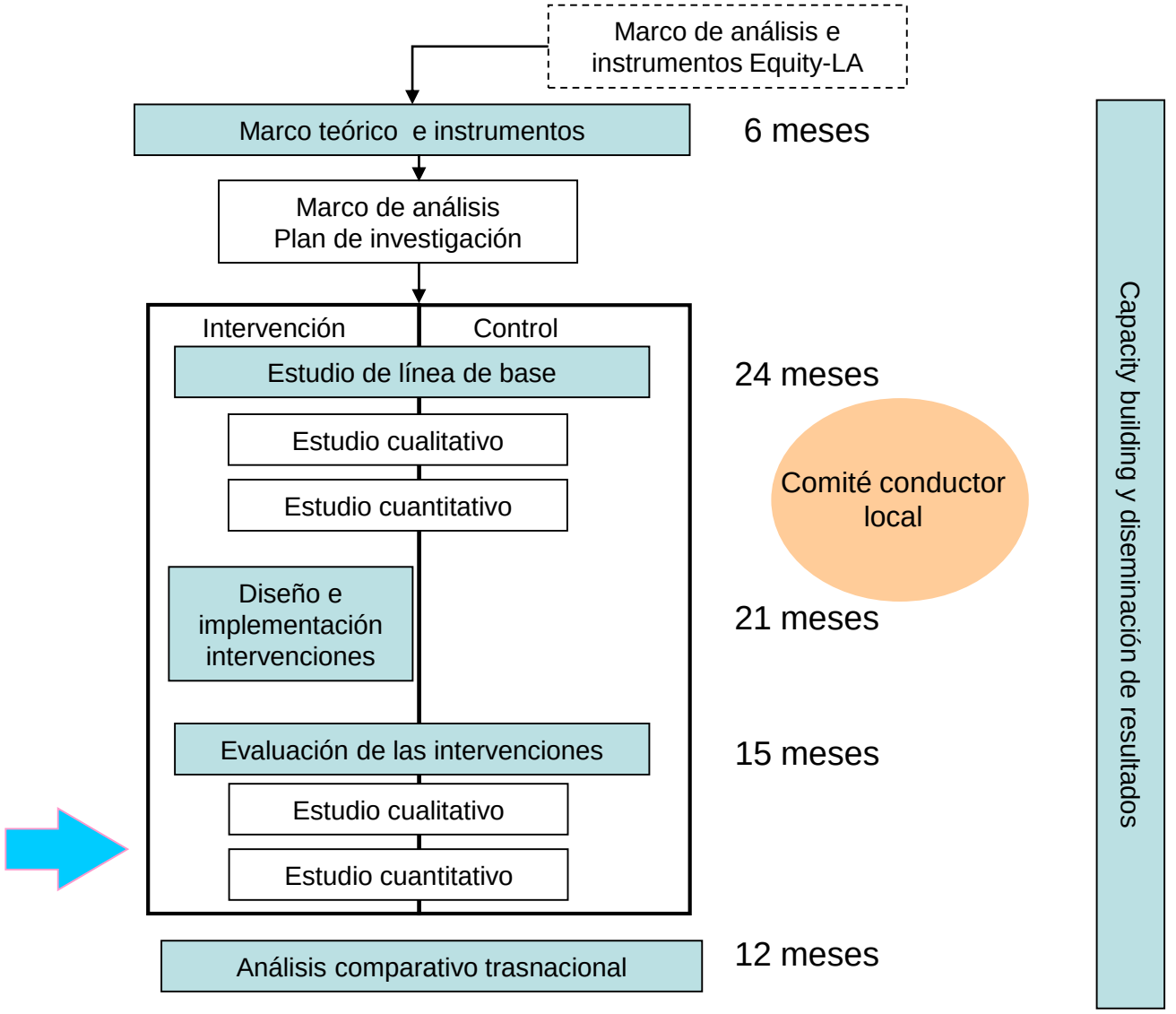
Diseño

- Estudio cuasi-experimental: estudio de intervención con un diseño antes – después
- Con un enfoque de investigación-acción participativa (IAP) y multidisciplinaria

Métodos

- Combinación de métodos de investigación:
  - Cualitativo: entrevistas, grupos focales
  - Cuantitativos: encuesta

Fases de la investigación



Metodología estudio de línea de base y evaluación

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

Resultados y cambios en la coordinación entre niveles de atención en las redes de intervención y control COORDENA-CO 2015 y 2017

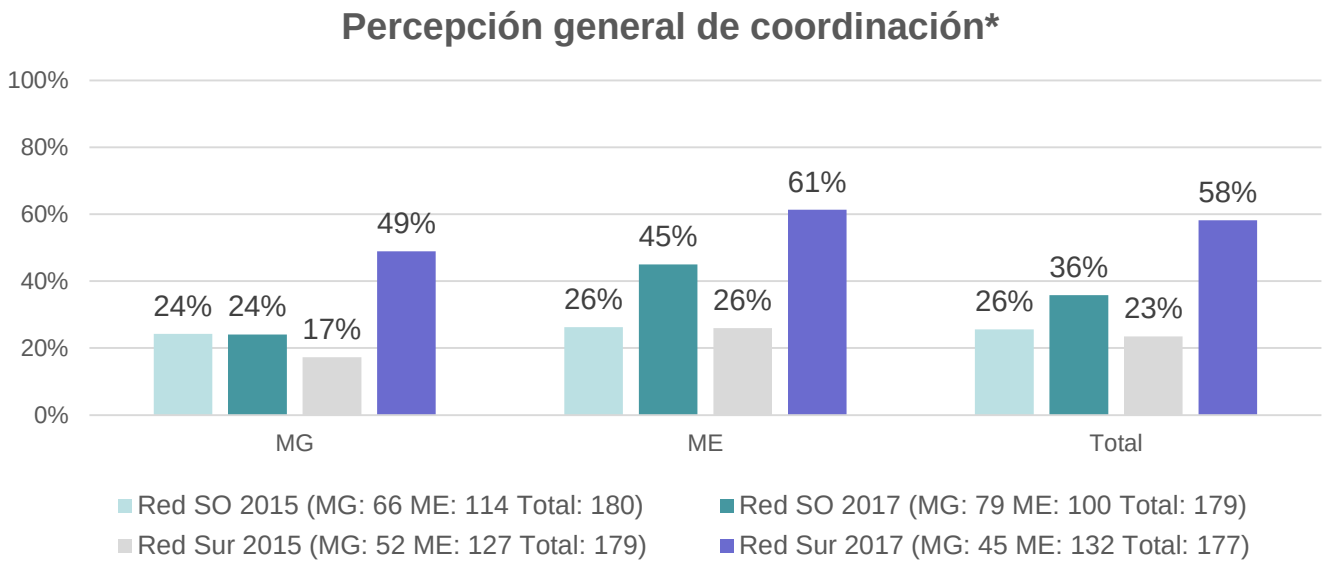
Características de la muestra

		Red Intervención		Red Control	
		2015	2017	2015	2017
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Mujeres	73 (40,3)	58 (31,9)	53 (29,1)	65 (36,1)
Edad *	24- 35 años	101 (55,8)	78 (42,9)	86 (47,8)	84 (46,7)
	36 a 50 años	42 (23,2)	61 (33,5)	53 (29,4)	55 (30,6)
	51 a 77 años	38 (21,0)	43 (23,6)	41 (22,8)	41 (22,8)
Nivel asistencial	Atención primaria (AP)	66 (36,5)	81 (44,5)	52 (28,6)	45 (25,0)
	Atención especializada (AE)	115 (63,5)	101 (55,5)	130 (71,4)	135 (75,0)
Tiempo por paciente					
Atención primaria	15 minutos o menos	4 (6,1)	0 (0,0)	2 (3,8)	1 (2,2)
	más de 15 minutos	62 (93,9)	81 (100,0)	50 (96,2)	44 (97,8)
Atención especializada	15 minutos o menos	42 (36,8)	28 (27,7)	33 (26,0)	34 (25,2)
	más de 15 minutos	72 (63,2)	73 (72,3)	94 (74,0)	101 (74,8)
Experiencia en lugar de trabajo	< 12 meses	65 (35,9)	62 (34,1)	55 (30,2)	58 (32,2)
	De 12 a 36 meses	57 (31,5)	46 (25,3)	41 (22,5)	32 (17,8)
	> 36 meses	59 (32,6)	74 (40,7)	86 (47,3)	90 (50,0)
Horas contratadas por semana	< 20 horas	18 (9,9)	8 (4,4)	13 (7,1)	6 (3,3)
	20-40 horas	53 (29,3)	65 (35,7)	76 (41,8)	67 (37,2)
	> 40 horas	110 (60,8)	109 (59,9)	93 (51,1)	107 (59,4)
Trabaja en el sector privado	Si	68 (37,8)	64 (35,2)	63 (34,8)	63 (35,0)
Satisfacción con el salario	Si	88 (48,9)	93 (51,1)	76 (41,8)	92 (51,1)
Satisfacción con el trabajo	Si	152 (83,9)	148 (81,4)	158 (86,8)	151 (83,9)
Fue encuestado en 2015	Si		42 (23,1)		40 (22,2)

**** Diferencias significativas entre 2015 y 2017 en la red intervención: Edad (p=0,034)***

TD. Totalmente de acuerdo; D: De acuerdo

Percepción de coordinación entre niveles de atención

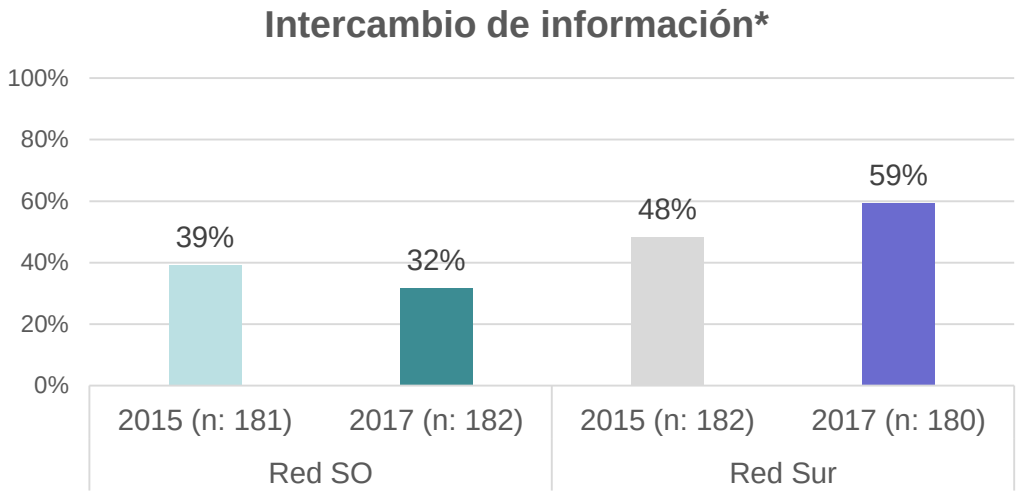


* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación entre niveles de atención						
Percepción general de coordinación entre niveles de atención	46 (25,6)	64 (35,8)	**1,53 (1,11–2,12)**	42 (23,5)	103 (58,2)	**2,40 (1,79–3,22)**

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de información clínica entre niveles

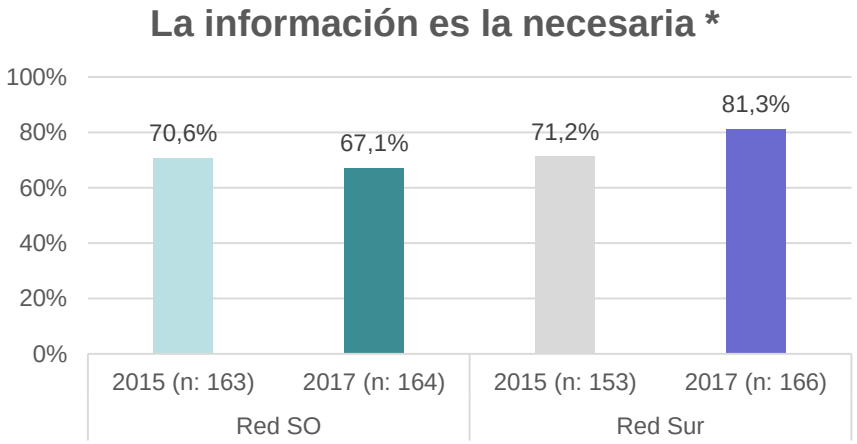


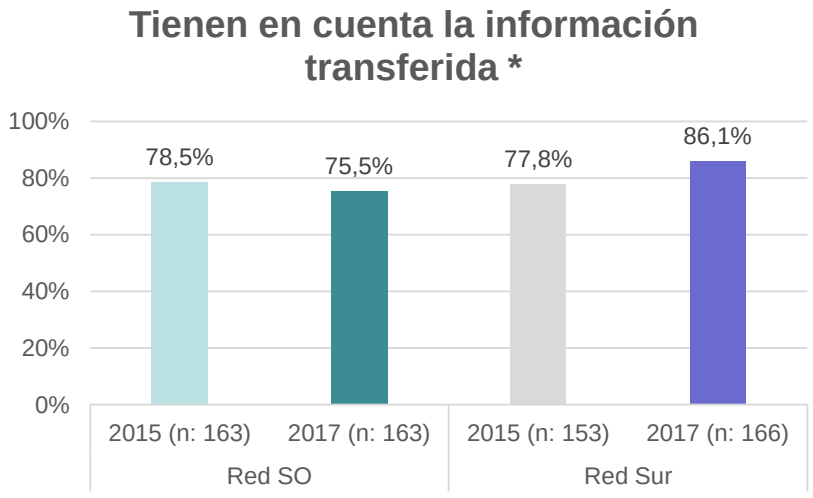
* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de información entre niveles de atención						
Intercambian la información del paciente	71 (39,2)	58 (31,8)	0,96 (0,73 – 1,26)	88 (48,3)	107 (59,4)	1,18 (0,99-1,42)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de información clínica entre niveles



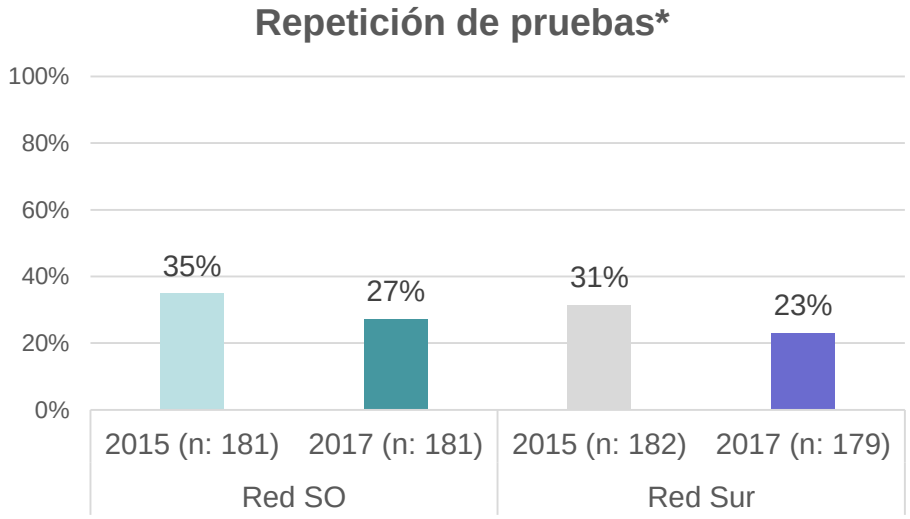


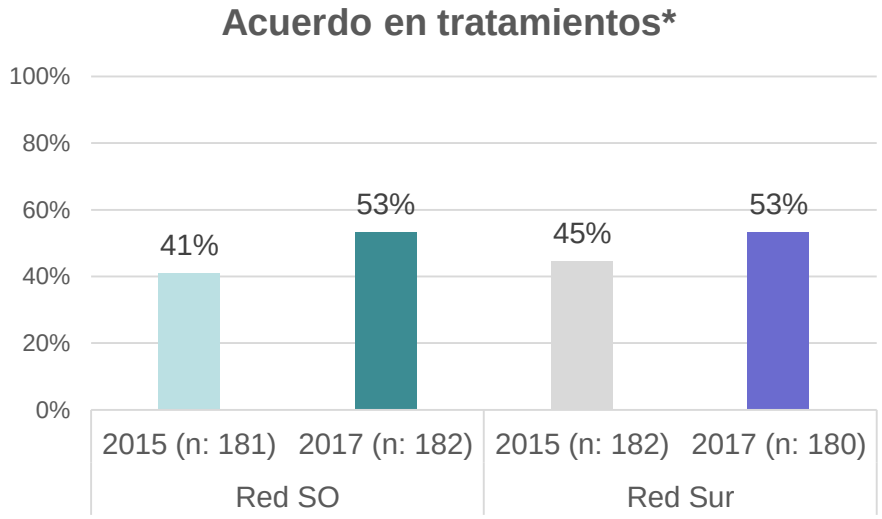
* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de información entre niveles de atención						
La información es la necesaria	115 (70,5)	110 (67,1)	0,99 (0,85 – 1,16)	109 (71,2)	135 (81,3)	**1,15 (1,01-1,31)**
Tienen en cuenta la información transferida	128 (78,5)	123 (75,5)	1,01 (0,89 – 1,14)	119 (77,8)	143 (86,1)	**1,11 (1,01-1,23)**

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de gestión clínica entre niveles de atención



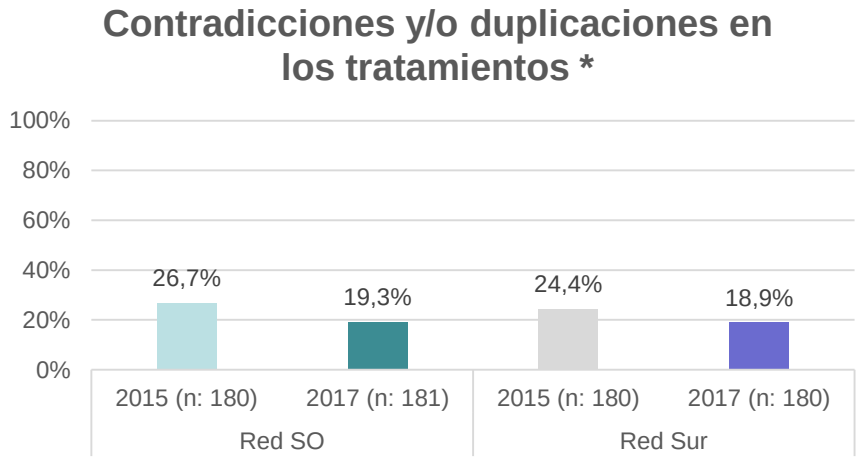


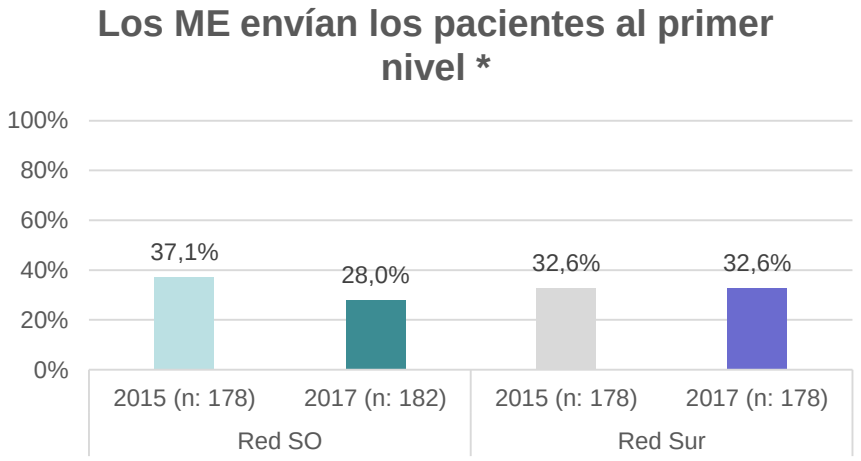
* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención						
Repetición de pruebas realizadas en el otro nivel	63 (34,8)	49 (27,1)	0,75 (0,53–1,04)	57 (31,3)	41 (22,9)	**0,70 (0,50–0,97)**
Acuerdo con los tratamientos prescritos en el otro nivel	74 (40,9)	97 (53,3)	1,19 (0,95–1,48)	81 (44,5)	96 (53,3)	1,20 (0,98–1,47)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de gestión clínica entre niveles de atención



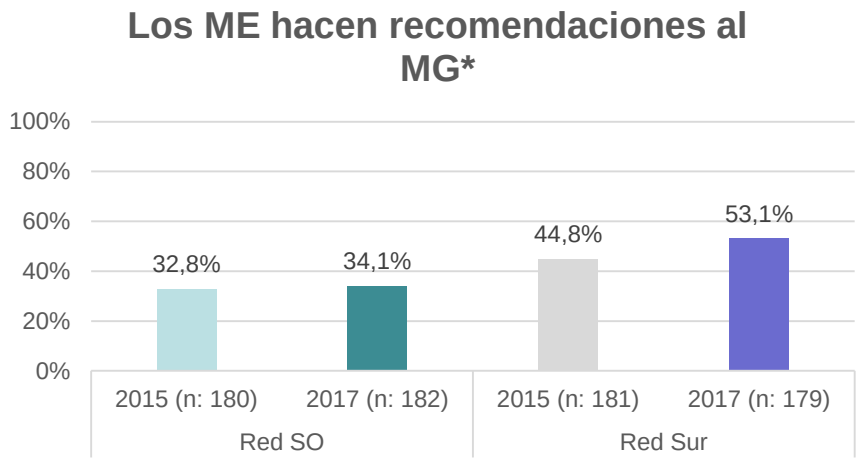


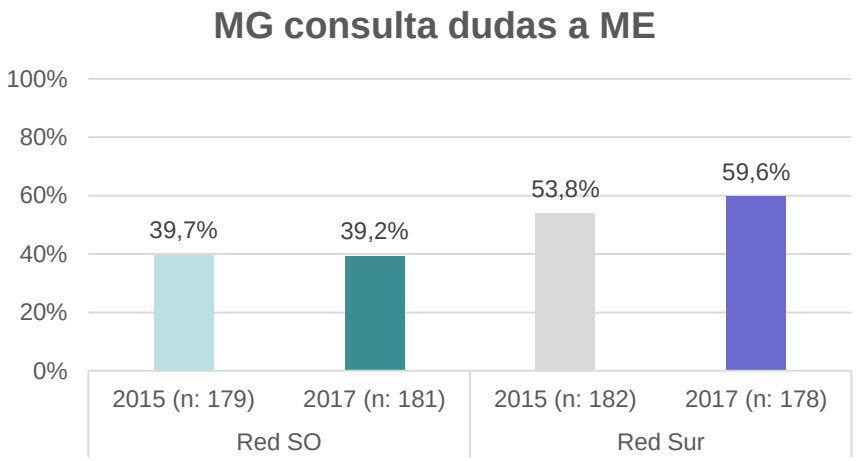
* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención						
Contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos prescritos en los distintos niveles	48 (26,7)	35 (19,3)	0,66 (0,43–1,01)	44 (24,4)	34 (18,9)	0,82 (0,55–1,23)
Los ME envían los pacientes al primer nivel para su seguimiento	66 (37,1)	51 (28,0)	**0,71 (0,52–0,96)**	58 (32,6)	58 (32,6)	1,00 (0,75-1,34)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de gestión clínica entre niveles de atención



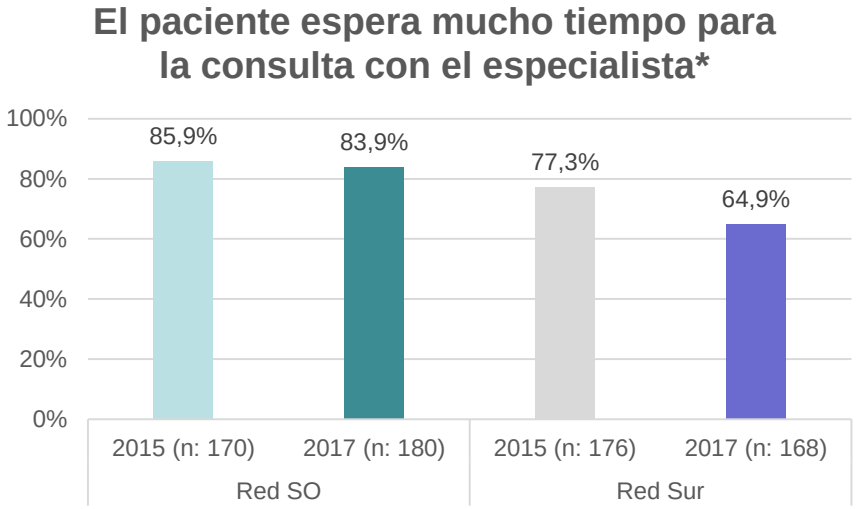


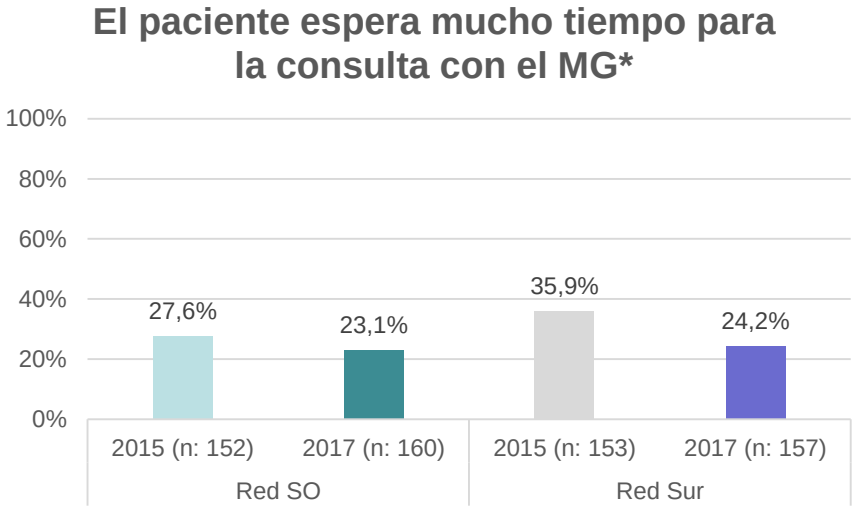
* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención						
Los ME hacen recomendaciones al MG sobre el seguimiento	59 (32,8)	62 (34,1)	1,19 (0,90–1,57)	81 (44,8)	95 (53,1)	1,12 (0,92–1,37)
Los MG consultan dudas a los especialistas sobre el seguimiento	71 (39,7)	71 (39,2)	1,22 (0,97–1,55)	98 (53,8)	106 (59,6)	1,08 (0,91–1,28)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

Coordinación de gestión clínica entre niveles de atención



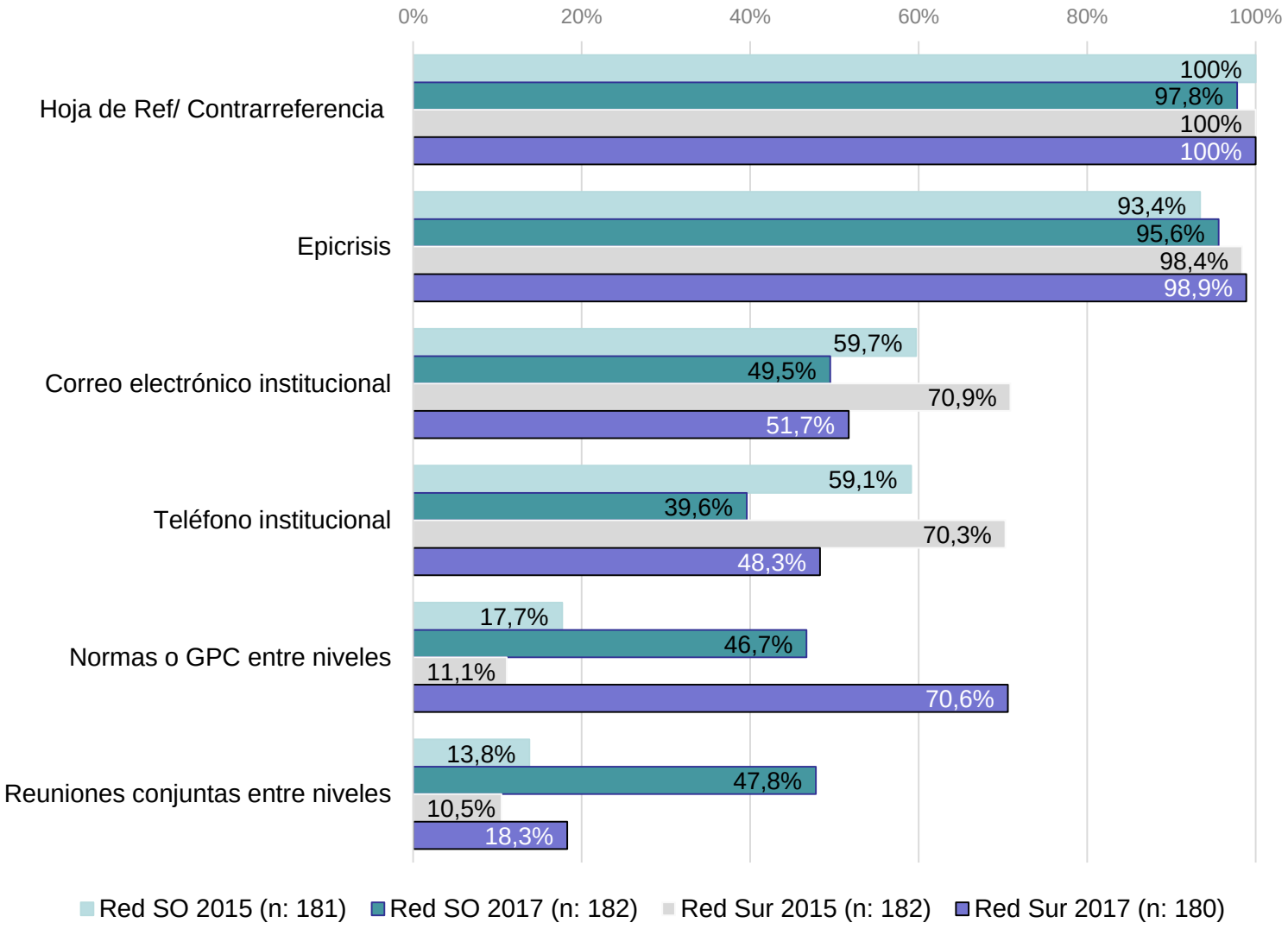


* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

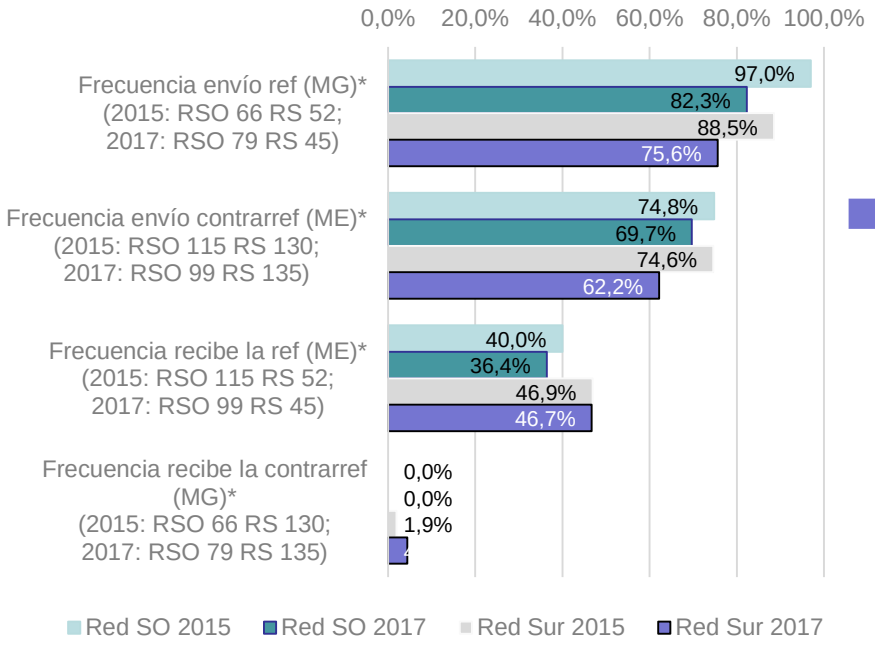
	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención						
El paciente espera mucho tiempo para la consulta con el especialista	146 (85,8)	151 (83,9)	0,97 (0,89–1,06)	136 (77,3)	109 (64,8)	**0,84 (0,73-0,96)**
El paciente espera mucho tiempo para la consulta con el MG	42 (27,6)	37 (23,1)	**0,89 (0,61–0,32)**	55 (35,9)	38 (24,2)	**0,66 (0,46-0,93)**

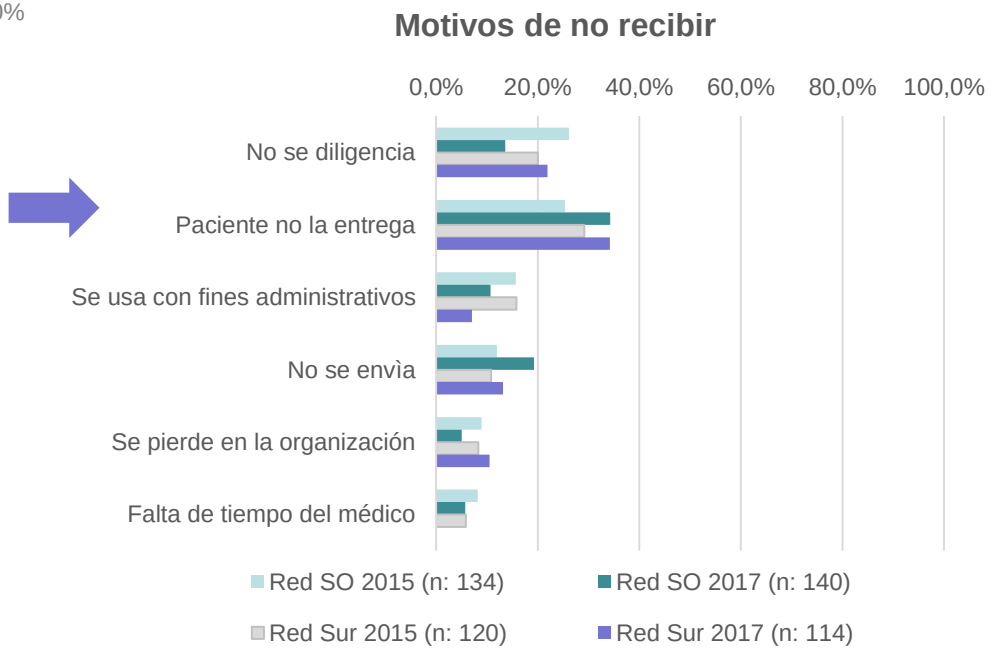
Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación*

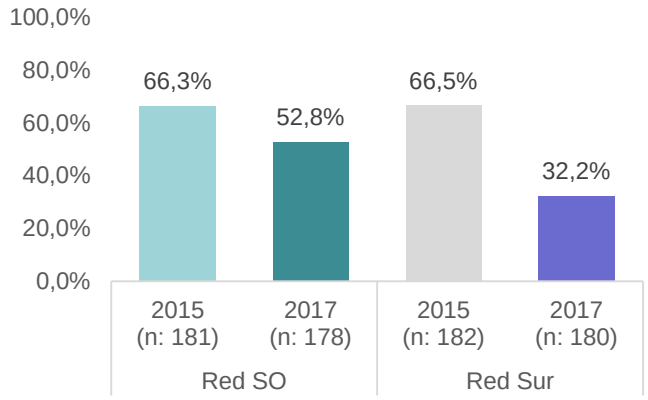
Conocimiento mecanismos coordinación gestión clínica y de información

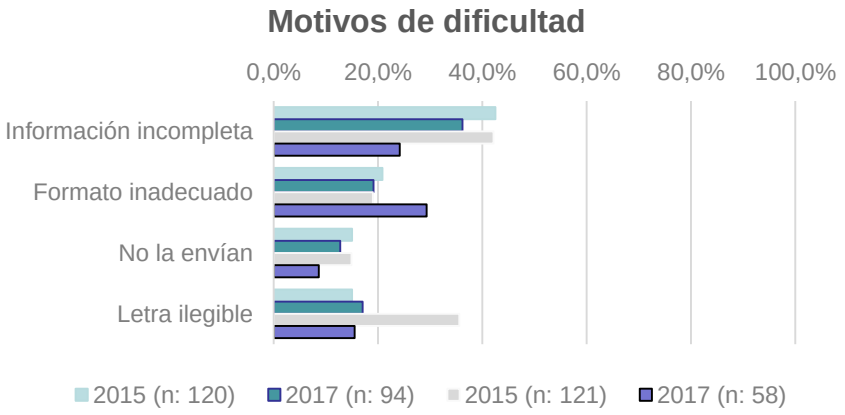


Uso de la Ref/ Contrarreferencia



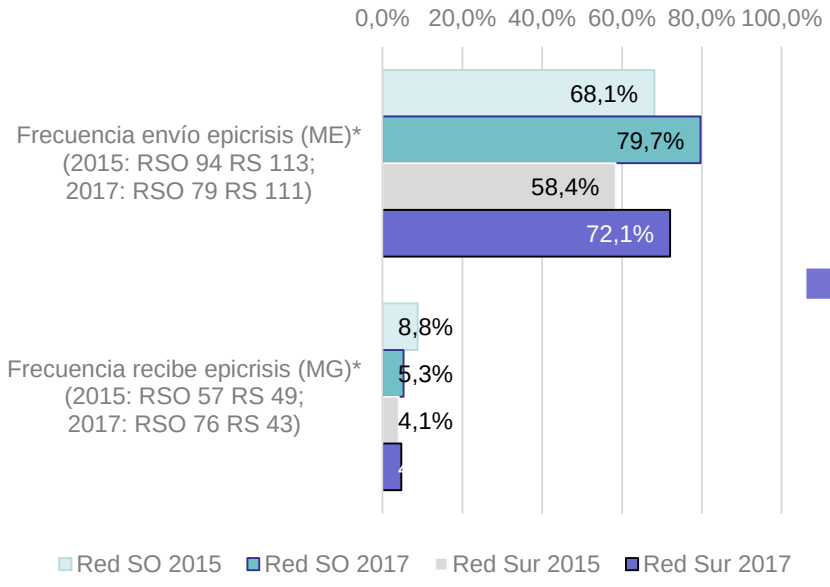




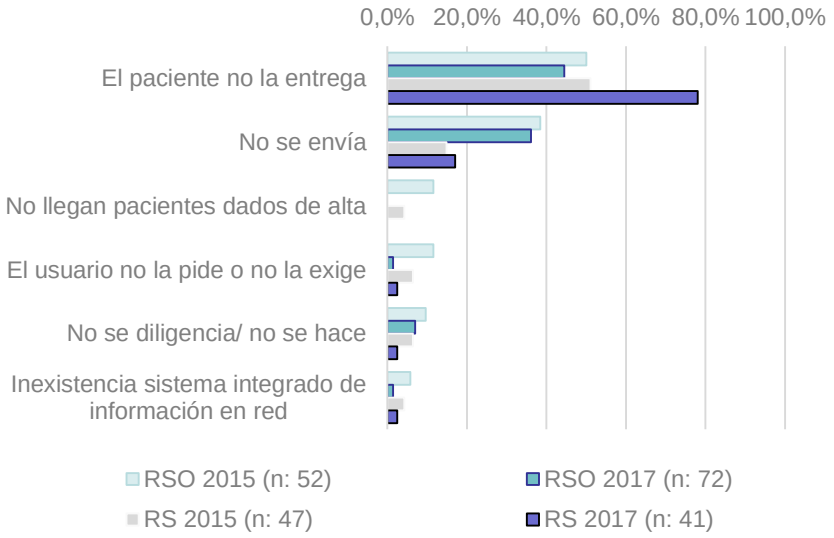


* Frecuencias para la categoría *Siempre*

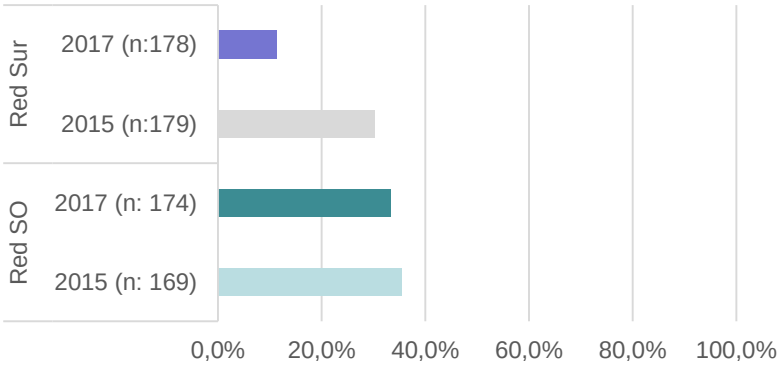
Uso de la epicrisis



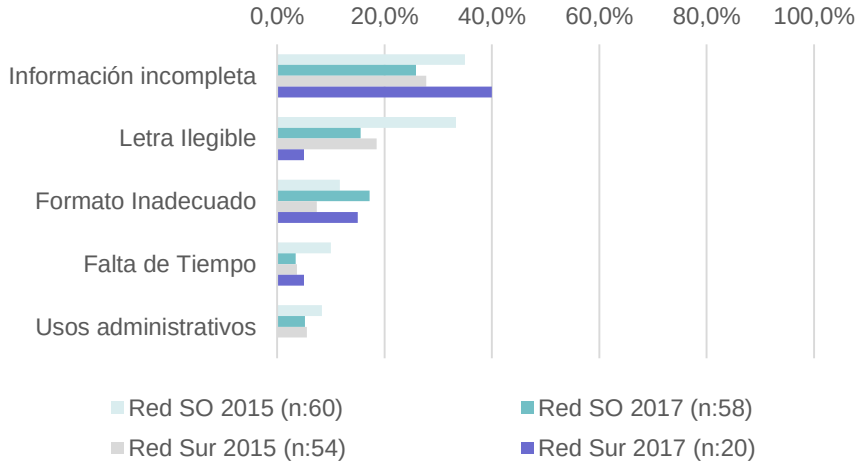
Motivos de no recibir



Dificultades en el uso de la epicrisis

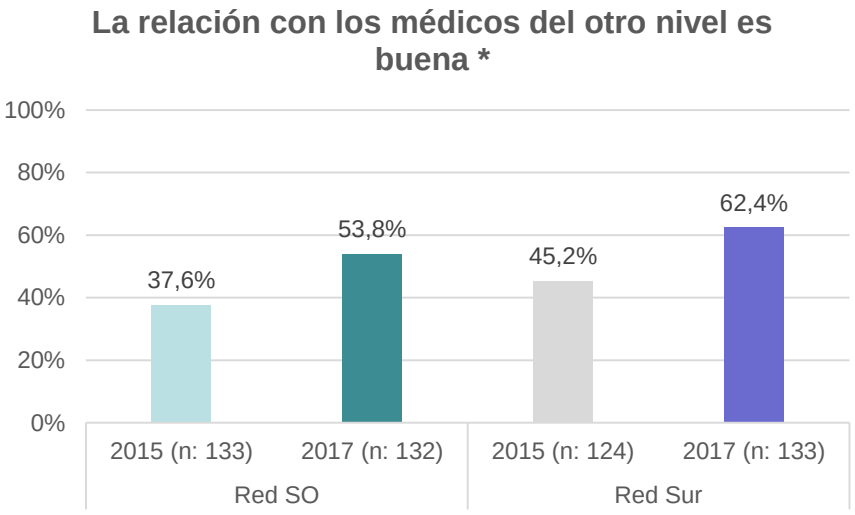


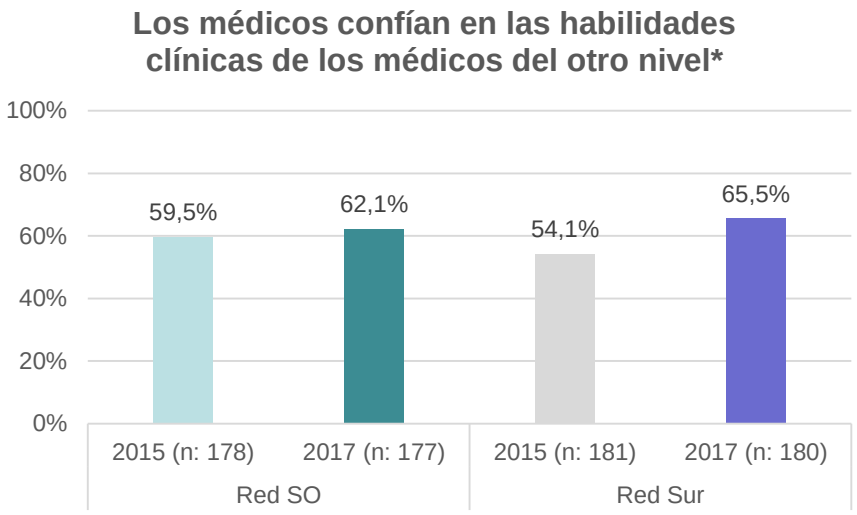
Motivos de dificultad



* Frecuencias para la categoría *Siempre*

Factores laborales/ actitud/ interacción entre profesionales



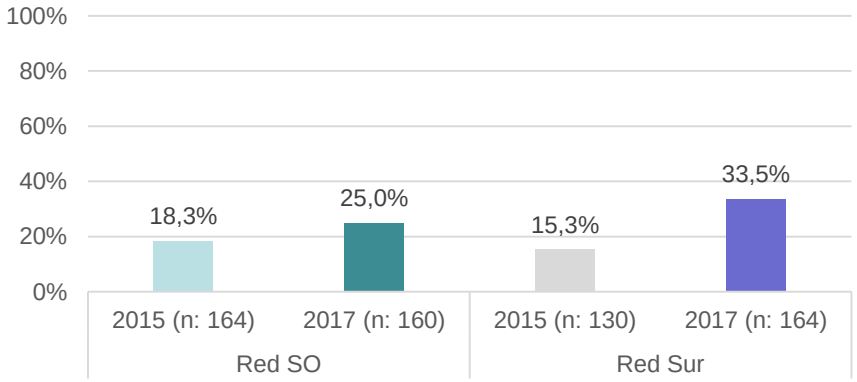


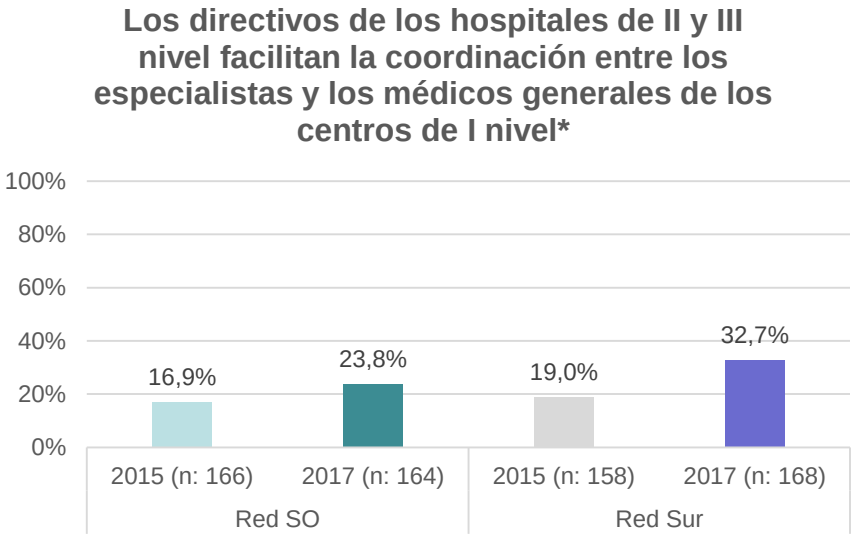
*Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Factores de interacción de los profesionales						
La relación con los médicos del otro nivel es buena	50 (37,6)	71 (53,8)	**1,46 (1,09–1,93)**	56 (45,2)	83 (62,4)	**1,42 (1,13–1,79)**
Los médicos confían en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel	106 (59,5)	110 (62,1)	0,97 (0,82–1,13)	98 (54,1)	118 (65,5)	**1,22 (1,04–1,43)**

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
*Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación.*

Factores organizativos



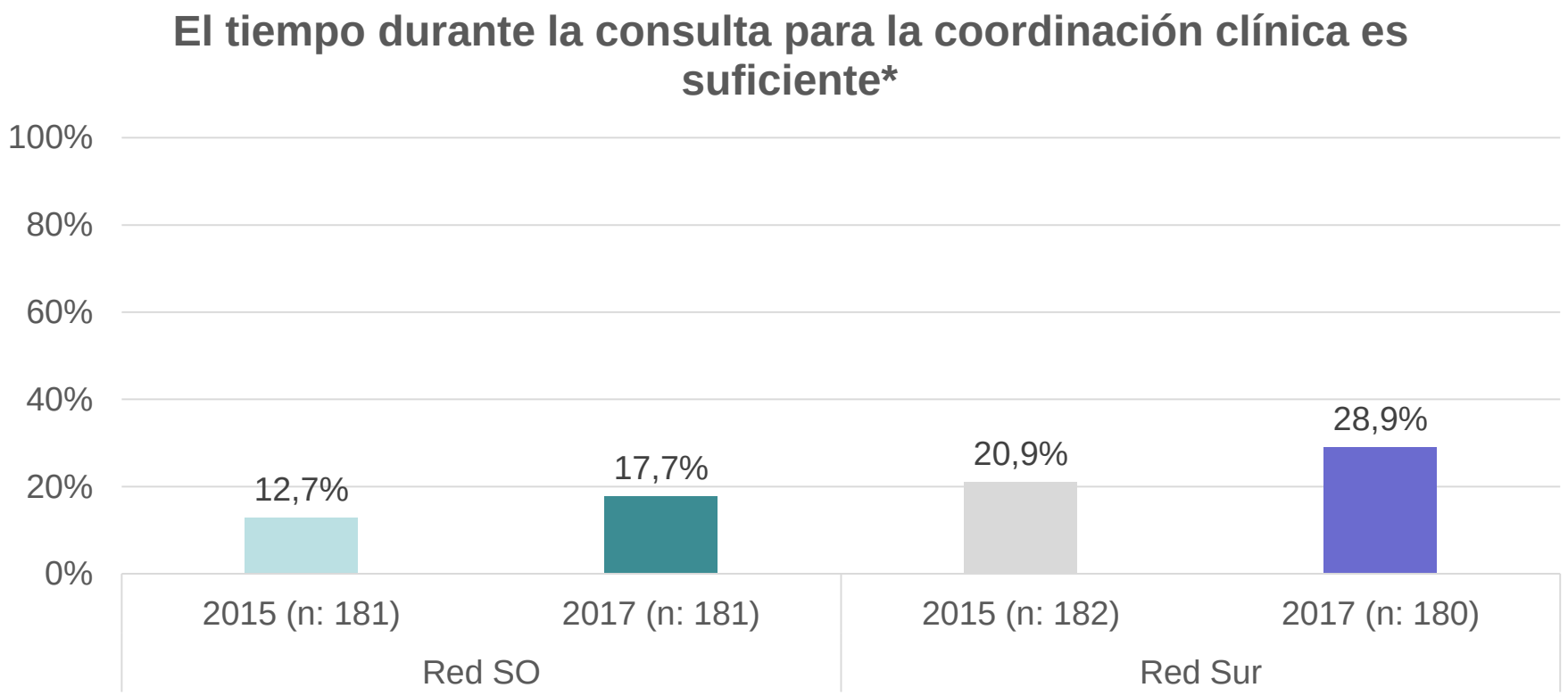


*Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

	Red Intervención			Red Control		
	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*	2015 n(prev)	2017 n(prev)	PR (IC 95%)*
Factores organizativos						
Los directivos de los centros de I nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y los especialistas	30 (18,3)	40 (25,0)	1,32 (0,85–2,06)	23 (15,3)	55 (33,5)	**2,04 (1,32–3,14)**
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	28 (16,9)	39 (23,8)	**1,54 (1,01–2,37)**	30 (19,0)	55 (32,7)	**1,61 (1,10–2,35)**

Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
*Ajustado por *sexo, edad, nivel de atención, trabajo adicional en los servicios privados, horas de trabajo por semana, tipo de contratación.*

Factores organizativos



* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

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

Características de los pacientes 2015 y 2017

		Intervención		Control	
		2015 N (%)	2017 N (%)	2015 N (%)	2017 N (%)
Sexo	Mujeres	308 (77,8)	327 (81,8)	303 (76,3)	322 (80,1)
Edad*	18 - 39 años	14 (3,5)	15 (3,8)	16 (4,0)	10 (2,5)
	40 a 59 años	113 (28,5)	↑ 135 (33,7)	138 (34,8)	119 (29,6)
	60 a 79 años	218 (55,1)	215 (53,7)	209 (52,6)	↑ 245 (60,9)
	80 o más años	51 (12,9)	↓ 35 (8,8)	34 (8,6)	28 (7,0)
Tiempo residiendo en la ciudad / distrito	Media (DE)	23 (17)	24 (17)	26 (16)	28 (17)
Nivel de estudios del jefe del hogar*	Sin estudios/primaria incompleta	141 (35,8)	↓ 115 (28,7)	135 (34,0)	116 (28,9)
	Primarios	166 (42,1)	167 (41,7)	192 (48,3)	181 (45,0)
	Secundarios	65 (16,5)	↑ 84 (21,0)	53 (13,4)	↑ 78 (19,4)
	Universitarios	17 (4,3)	31 (7,8)	13 (3,3)	21 (5,2)
Ingresos mensuales per cápita*	Hasta ¼ salario mínimo (SM)	220 (55,5)	↓ 179 (44,7)	219 (55,1)	↑ 240 (59,7)
	¼ - ½ SM	100 (25,3)	107 (26,7)	109 (27,4)	↓ 89 (22,1)
	½ - 1 SM	25 (6,3)	32 (8,0)	32 (8,1)	33 (8,2)
	1- 2 SM	4 (1,0)	1 (0,3)	3 (0,8)	2 (0,5)
Seguro privado de salud	Total	0	0	0	0
Utiliza algún servicio de salud fuera red	Sí	22 (5,6)	29 (7,2)	26 (6,5)	35 (8,7)

**Diferencias significativas entre 2015 y 2017 en la red intervención: Edad: p=0.001; Nivel de estudios del/a jefe/a del hogar: p=0.048; Ingresos per cápita: p=0.003*

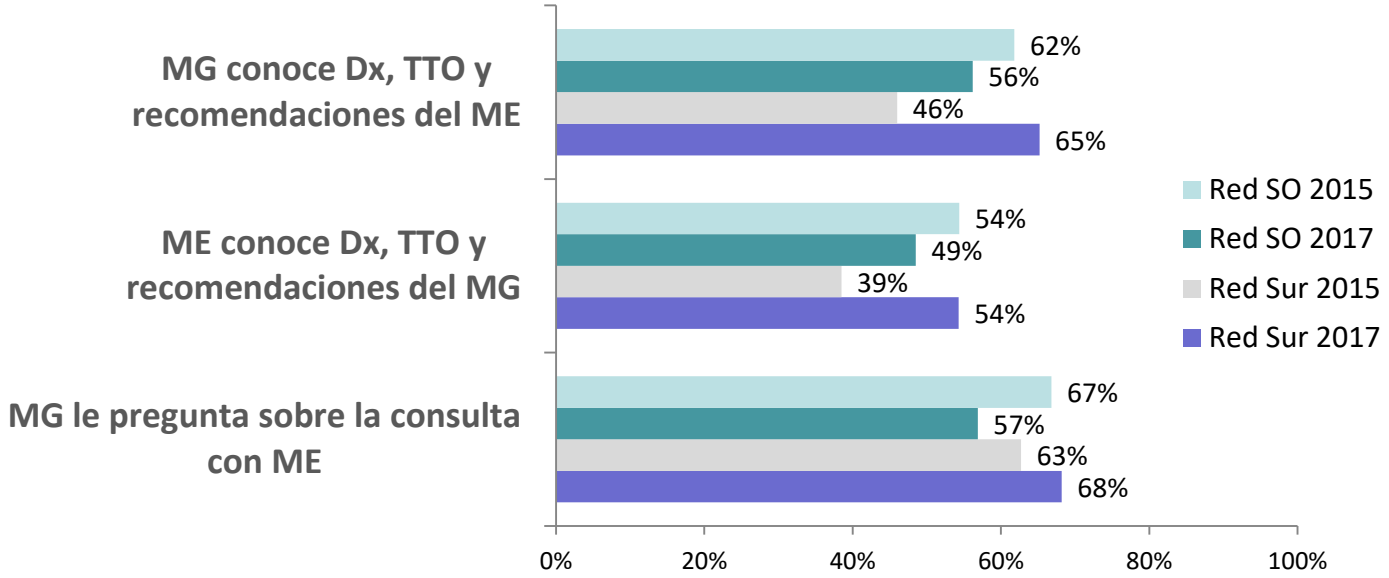
Características de los pacientes 2015 y 2017

		Intervención		Control	
		2015 N (%)	2017 N (%)	2015 N (%)	2017 N (%)
Estado de salud percibido	Bueno *(muy bueno + bueno)*	128 (32,3)	139 (34,8)	115 (29,0)	135 (33,6)
	Malo *(regular+ malo+ muy malo)*	268 (67,7)	261 (65,3)	282 (71,0)	267 (66,4)
Enfermedad aguda en últimos 6 meses*†	Sí	177 (44,7) ↑	211 (52,8)	140 (35,3) ↑	243 (60,4)
Número de enfermedades crónicas*	1	156 (39,4)	105 (26,3)	132 (33,3)	109 (27,1)
	2	143 (36,1)	143 (35,7)	166 (41,8)	164 (40,8)
	Más de 2	97 (24,5) ↑	152 (38,0)	99 (24,9) ↑	129 (32,1)
Enfermedades crónicas más prevalentes	Hipertensión no complicada	217 (54,8)	229 (57,3)	231 (58,2)	268 (66,7)
	Diabetes no insulinodependiente	69 (17,4)	71 (17,8)	62 (15,6)	95 (23,6)
	Otras artrosis	50 (12,6)	51 (12,8)	50 (12,6)	64 (15,9)
	Otras úlceras pépticas	39 (9,8)	48 (12,0)	55 (13,9)	47 (11,7)
	Otras enfermedades urinarias	35 (8,8)	19 (4,8)	23 (5,8)	19 (4,7)
	Otros problemas endocrinos, metabólicos o nutricionales	26 (6,6)	48 (12,0)	32 (8,1)	50 (12,4)
	Trastornos del metabolismo lipídico	24 (6,1)	36 (9,0)	13 (3,3)	31 (7,7)
	Hipertensión con afectación órgano diana	21 (5,3)	2 (0,5)	7 (1,8)	0,0
	Otras enfermedades del aparato locomotor	21 (5,3)	26 (6,5)	23 (5,8)	23 (5,7)
	EPOC	21 (5,3)	10 (2,5)	13 (3,3)	13 (3,2)
Transiciones entre niveles AP: atención primaria; AE: atención especializada.	AE después AP	303 (76,5) ↓	267 (66,8)	294 (74,1) ↑	336 (83,6)
	AP después AE	236 (59,6)	218 (54,5)	238 (59,9)	188 (46,8)
	Emergencias después AP	51 (12,9)	39 (9,8)	50 (12,6)	28 (7,0)
	AP después Emergencias	62 (15,7)	82 (20,5)	67 (16,9)	35 (8,7)

* Diferencias significativas entre 2015 y 2017 en la red intervención: Presencia enfermedad aguda: p=0.014; Número de enfermedades crónicas: p=0.000

† Diferencias significativas entre 2015 y 2017 en la red control: Presencia enfermedad aguda: p=0.000

Continuidad de información clínica entre niveles de atención

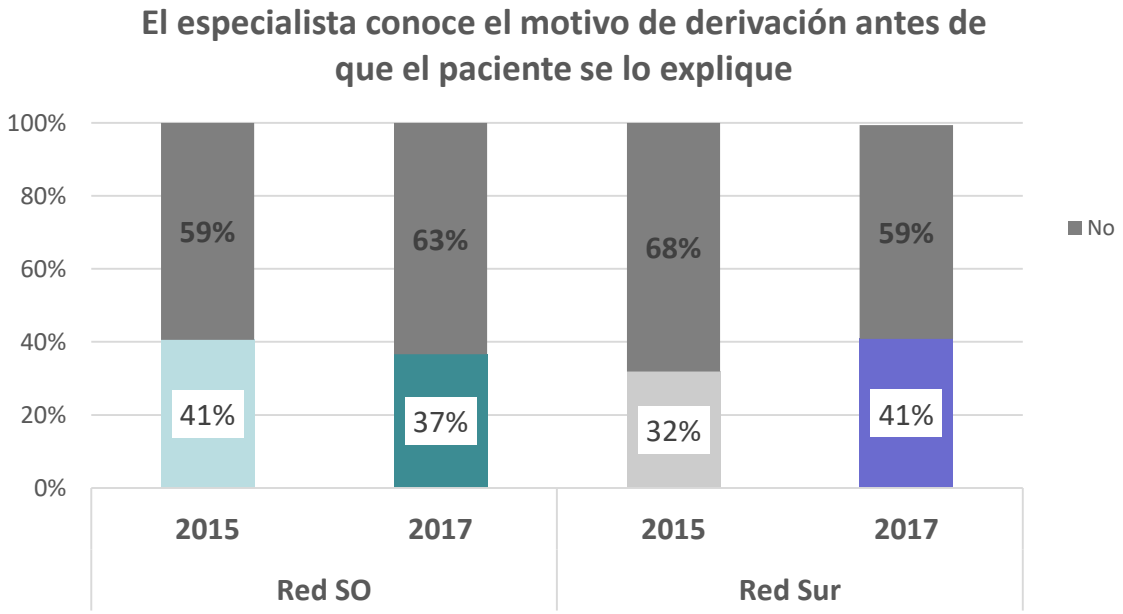


	RSO	RS
2015	n: 390	n: 391
2017	n: 395	n: 394

	RSO	RS
2015	n: 384	n: 387
2017	n: 390	n: 394

	RSO	RS
2015	n: 389	n: 386
2017	n: 394	n: 396

* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

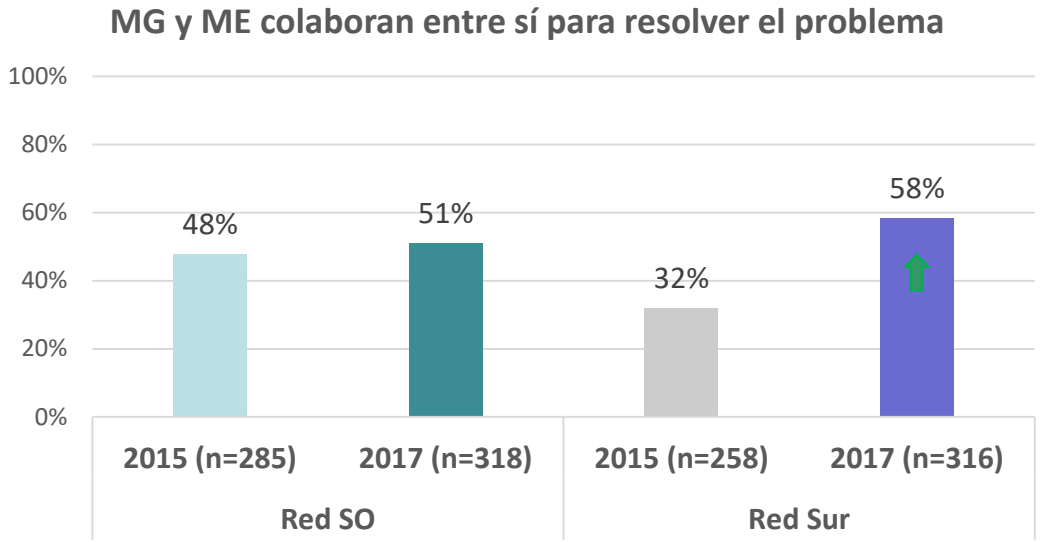


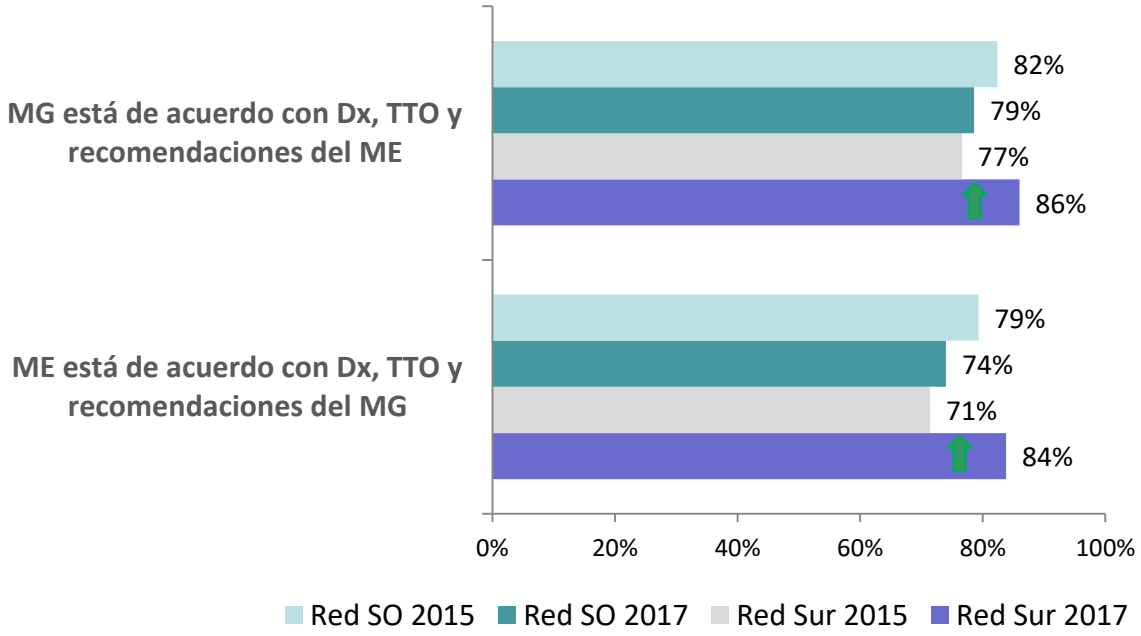
Continuidad de información clínica entre niveles de atención

Cambios en la continuidad de información clínica	Red Intervención			Red Control		
	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017	PR (IC 95%)*
	n(prev)	n(prev)		n(prev)	n(prev)	
MG tiene información sobre tratamiento y recomendaciones dadas por especialista	134 (57,2)	111 (52,6)	0,92 (0,78-1,10)	86 (36,13)	136 (72,34)	**1,97 (1,63-2,38)**
MG le dio informe para especialista	205 (71,6)	157 (67,3)	0,94 (0,84-1,06)	183 (66,30)	175 (57,19)	0,88 (0,78-1,01)
MG pregunta por consultas con especialista	260 (66,84)	224 (56,85)	**0,86 (0,77-0,96)**	242 (62,69)	270 (68,18)	1,10 (0,99-1,21)
Especialista conoce motivo de derivación	117 (40,63)	86 (36,60)	0,94 (0,76-1,18)	88 (31,88)	126 (41,04)	**1,34 (1,08-1,67)**
Especialista tiene información de historia clínica con MG	143 (50,53)	118 (50,86)	1,02 (0,86-1,22)	120 (43,64)	203 (66,12)	**1,53 (1,31-1,79)**

Prev: prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre+muchas veces)
*ajustada por edad, sexo, nivel de educación, número de enfermedades crónicas, salud autopercibida y uso de los servicios fuera de la red.

Continuidad de gestión clínica entre niveles de atención



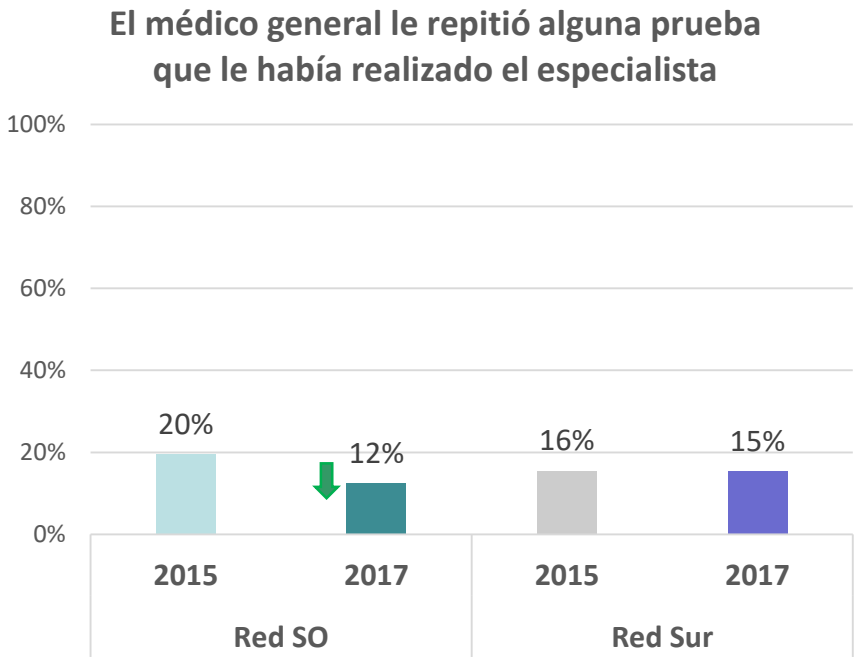


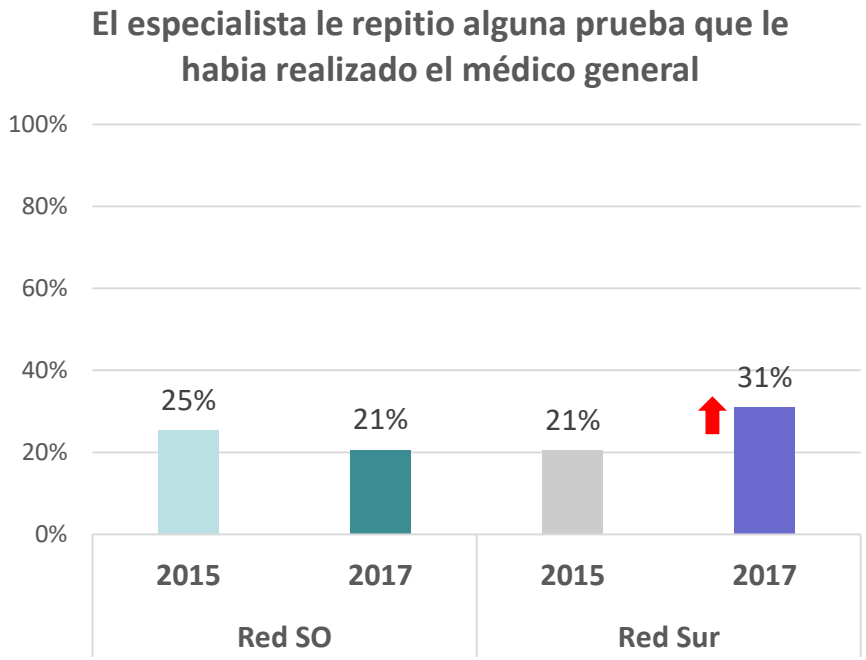
	RSO	RS
2015	n: 370	n: 367
2017	n: 364	n: 371

	RSO	RS
2015	n: 368	n: 364
2017	n: 369	n: 376

* Frecuencias para las categorías *Siempre/ Muchas veces*

Continuidad de gestión clínica entre niveles de atención





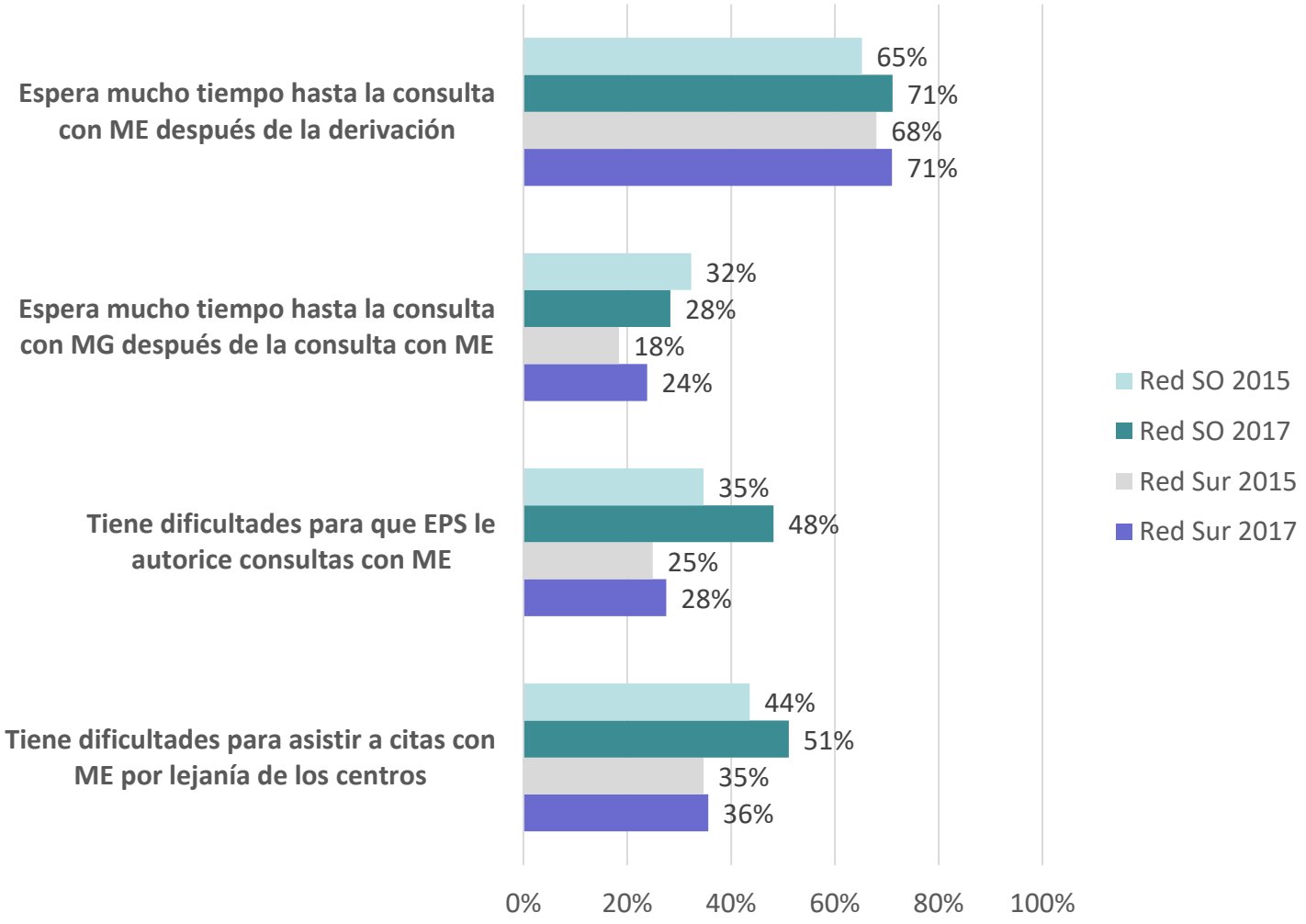
Continuidad de gestión clínica entre niveles de atención

	Red Intervención			Red Control		
	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017	PR (IC 95%)*
	n(prev)	n(prev)		n(prev)	n(prev)	
MG repitió alguna prueba	46 (19,57)	27 (12,44)	**0,63 (0,41-0,97)**	37 (15,55)	29 (15,43)	1,03 (0,66-1,60)
MG está de acuerdo con especialista	305 (82,43)	286 (78,57)	0,95 (0,88-1,02)	281 (76,57)	319 (85,98)	**1,13 (1,05-1,21)**
Especialistas están de acuerdo con MG	292 (79,35)	273 (73,98)	0,94 (0,86-1,02)	260 (71,43)	315 (83,78)	**1,17 (1,08-1,27)**
Percepción general de colaboración entre MG y ME	136 (47,72)	162 (50,94)	1,11 (0,95-1,31)	82 (31,78)	184 (58,23)	**1,84 (1,50-2,24)**

Prev: prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre+muchas veces)
*ajustada por edad, sexo, nivel de educación, número de enfermedades crónicas, salud autopercibida y uso de los servicios fuera de la red.

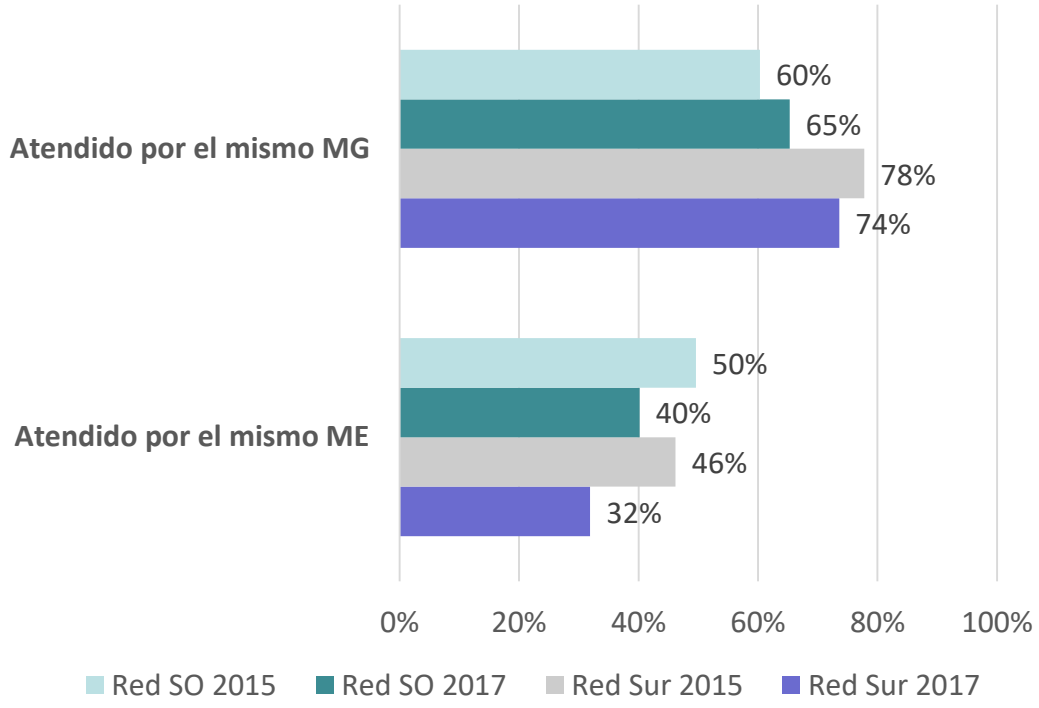
Continuidad de gestión clínica entre niveles de atención

Accesibilidad entre niveles de atención



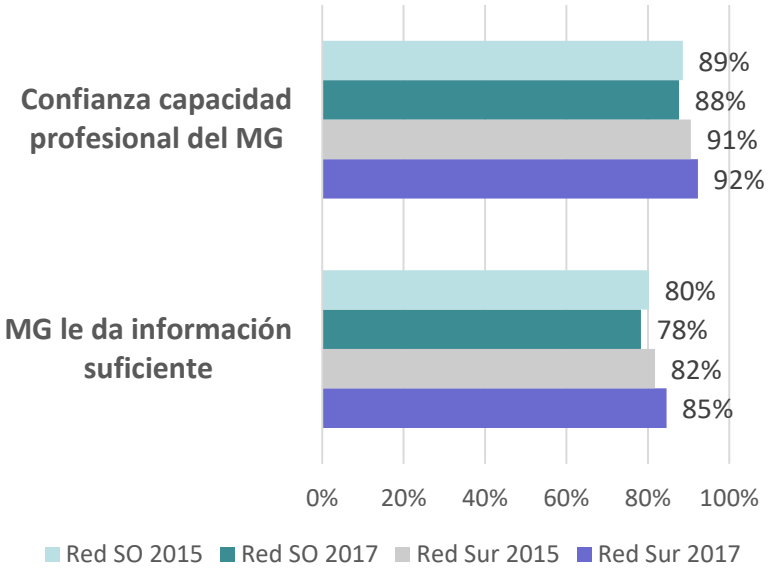
Factores relacionados con la continuidad atención

Estabilidad con el profesional – médico general y especialista

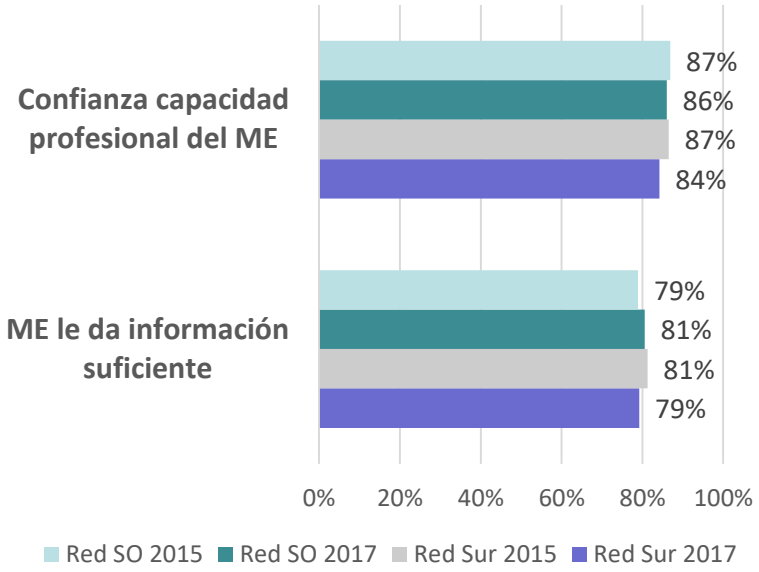


Factores relacionados con la continuidad atención

Vínculo paciente – médico general



Vínculo paciente – médico especialista



Cambios en los factores asociados a la continuidad	Red Intervención			Red Control		
	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017	PR (IC 95%)*
	n(prev)	n(prev)		n(prev)	n(prev)	
Confía en la capacidad profesional del médico general	349 (88,58)	350 (87,72)	1,00 (0,95-1,05)	358 (90,63	371 (92,29)	1,01 (0,97-1,06)
La información que le proporciona el médico general es suficiente	318 (80,30)	311 (78,34)	0,98 (0,92-1,06)	323 (81,77)	340 (84,58)	1,03 (0,97-1,09)

Prev: prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre+muchas veces)
*ajustada por edad, sexo, nivel de educación, número de enfermedades crónicas, salud autopercibida y uso de los servicios fuera de la red.

Variables asociadas con la continuidad asistencial entre niveles

	Índice Continuidad asistencial	Índice Accesibilidad
Alta percepción	OR ajustado (IC)	OR ajustado (IC)
Red		
Red 2 (ref.)		
Red 1	**2.62 (2.51-2.73)**	**0.47 (0.45-0.48)**
Sexo		
Mujer (ref.)		
Hombre	**1.58 (1.09-2.29)**	1.11 (0.61-1.99)
Edad		
18- 49 años (ref.)		
50- 79 años	0.91 (0.80-1.04)	0.72 (0.52-1.01)
≥ 80 años	1.27 (0.34-4.67)	**1.25 (1.12-1.40)**
Nivel de educación formal		
Educación secundaria (ref.)		
Sin estudios	**2.05 (1.69-2.49)**	0.89 (0.65-1.22)
Educación primaria	**1.98 (1.56-2.51)**	**0.83 (0.75-0.92)**
Número de EPS a las que ha estado afiliado		
> a 2 EPS (ref.)		
≤ a 2 EPS	**1.08 (1.03-1.13)**	1.04 (0.56-1.91)
Número de enfermedades crónicas		
3 o más enfermedades (ref.)		
1 enfermedad	**1.70 (1.54-1.88)**	**1.22 (1.19-1.26)**
2 enfermedades	**1.31 (1.18-1.45)**	**1.28 (1.03-1.59)**
Estado de salud auto percibido		
Malo (ref.)		
Bueno	0.91 (0.63-1.31)	**1.77 (1.32-2.36)**
Índice de continuidad de relación con médico general		
Baja percepción (ref.)		
Alta percepción	**4.90 (2.49-9.62)**	**1.67 (1.43-1.95)**
Índice de continuidad de relación con médico especialista		
Baja percepción (ref.)		
Alta percepción	**2.78 (2.06-3.74)**	**1.83 (1.59-2.12)**

Cambios en las subredes que han influido en la coordinación entre niveles de atención en el periodo 2015-2017

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoria	Red Intervención	Red Control
Cambios en las características del sistema de salud y sus políticas	**Lineamientos nacionales para reestructuración de redes públicas** • Medidas saneamiento fiscal y financiero → énfasis productividad, precarización condiciones de trabajo→ desmotivación / rotación / baja adherencia a modelo	
	Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) Implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS • Promovió especialización de centros en manejo de algunas patologías→ implementación parcial • Privilegió patologías para articular procesos extramurales con intramurales (Ej. materno perinatal)	**Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)** Implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS • Promovió reuniones para discusión conjunta entre ME y MG sobre GPC (Ministerio) • Mayor conocimiento de profesionales de estándares de manejo → evaluación de profesionales

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoría	Red Intervención	Red Control
Implementación modelo en red distrital	**Cambios estructurales y organizativos de las redes**	
	Creación de direcciones de servicios (ambulatorios, urgencias, etc) • Articulación USS • Cumplimiento funciones administrativas	**Creación de direcciones de servicios (ambulatorios, urgencias, etc)** • Comunicación entre profesionales • Capacitación médicos • Trabajo en equipo • Unificación y uso GPC
	Integración de servicios de AP y AE (CAPS) • Mayor oportunidad a ME • Disminución barreras acceso geográfico ME • Mejora comunicación entre MG y ME • Persiste congestión de agendas y demoras (UMHES)	**Integración de servicios de AP y AE (CAPS)** • Mejora oportunidad a ME • Disminución barreras acceso geográfico ME • Mejora capacidad resolutiva MG • 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) → retrasa dx y tto • Dificultades de acceso geográfico	**Creación de unidades especializadas** • Optimización de recursos humanos • Reducción de complicaciones e reingresos hospitalarios • Cierre unidades de servicios: Incremento en los tiempos de espera AE; Saturación CAPS

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoría	Red Intervención	Red Control
Implementación modelo en red distrital	**Cambios estructurales y organizativos de las redes**	
	Cambios en el modelo de pago de servicios (Pago Global Prospectivo) • Facilidad para garantizar el traslado de los pacientes dentro de la subred • Eliminación autorización solo especialidades básicas CAPS → barreras de acceso a la atención en otras subespecialidades	**Cambios en el modelo de pago de servicios (Pago Global Prospectivo)** • Racionalización del gasto (sostenibilidad financiera) → acciones de demanda inducida, fortalecimiento de comunicación para evitar sanciones económicas • 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

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoría	Red Intervención	Red Control
Implementación modelo en red distrital	**Cambios estructurales y organizativos de las redes**	
	Cambios en políticas de talento humano • Persisten precarias condiciones laborales (priorización productividad) → poca participación de médicos en espacios de capacitación • Reubicación de médicos en otras unidades o cargos→ pérdida de continuidad de la atención • Unificación desfavorable de salarios por perfil profesional → frecuente rotatividad, desmotivación y poca adherencia a la implementación del modelo	**Cambios en políticas de talento humano** • Persisten precarias condiciones laborales (priorización productividad) → poca participación de médicos en espacios de capacitación • Unificación desfavorable de salarios por perfil profesional → frecuente rotatividad y déficit de especialistas

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoría	Red Intervención	Red Control
Cambios o adopción de nuevos mecanismos de coordinación asistencial en la subred	**Mecanismos de coordinación de gestión clínica**	
	GPC Actualización de GPC en red (materno-perinatal) • Unificación criterios, optimización de recursos, diagnósticos precisos y oportunos, atención acorde a necesidad del paciente, prevención de complicaciones • En proceso de adopción y adaptación • No tiempo para su revisión	**GPC** Unificación GPC correlacionadas con RIAS • Actualización médica • Mayor adherencia de pacientes a tratamientos • Baja adherencia de médicos por su extensión
	Consultas conjuntas entre MG y ME <u>En un solo CAPS</u> Implementación reciente solo con Med. interna • Acceso oportuno a AE • Mejora trabajo articulado entre MG y ME • Mejora capacidad resolutiva MG • Acuerdo en manejo clínico de pacientes	**Consultas conjuntas entre MG y ME** <u>En varios CAPS</u> • Favorece comunicación entre MG y ME • Mejora accesibilidad a AE (prescripción oportuna de pruebas y medicamentos) • Mejora retroalimentación al MG • Promueve acuerdos para derivación de pacientes • Mejoran capacidad resolutiva MG
		Puestos de enlace <u>Coordinadores por especialidad</u> (articular médicos y procesos de atención) • Favorecen comunicación y acuerdo entre MG y ME en un mismo centro

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

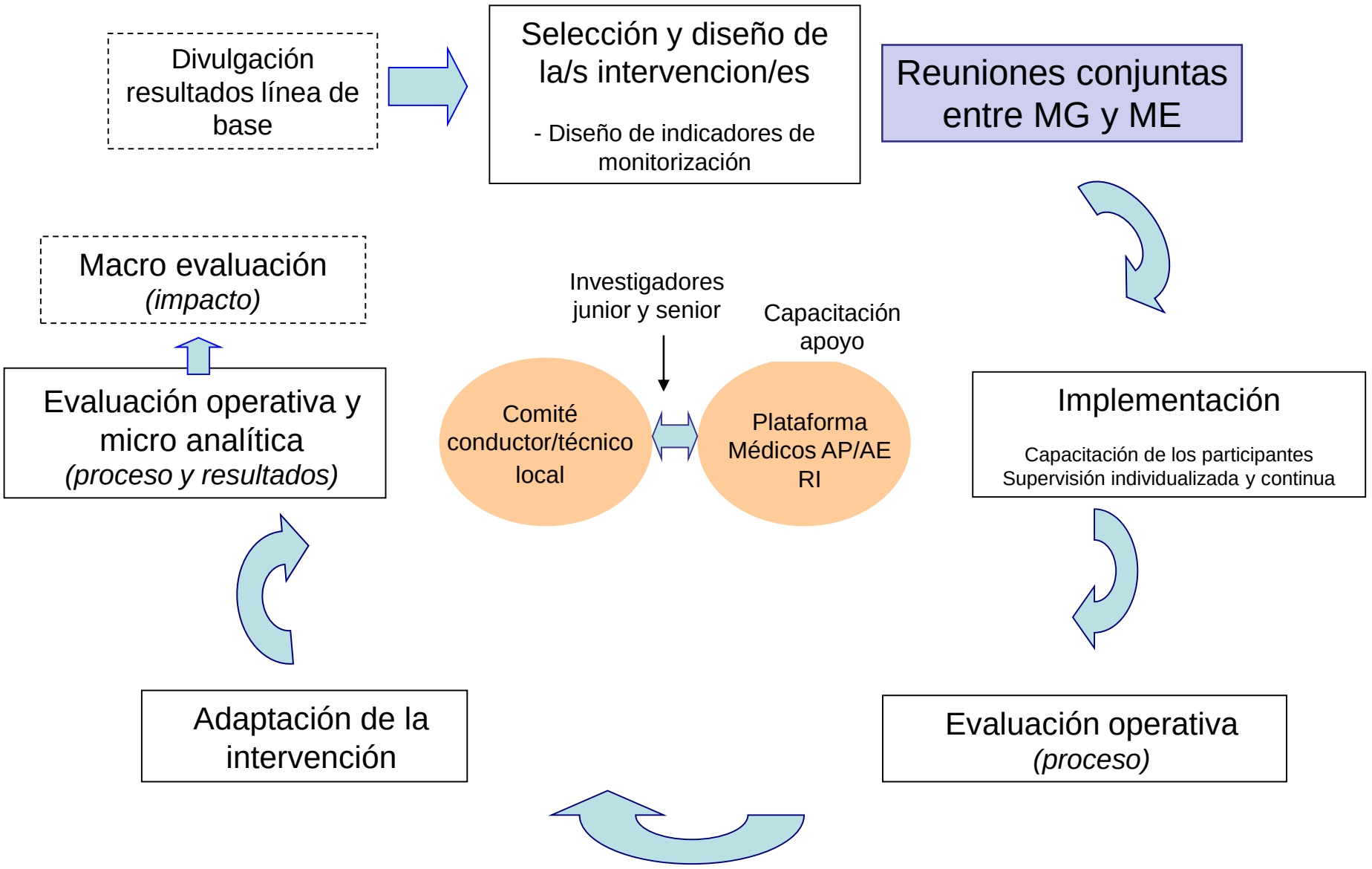
Categoría	Red Intervención	Red Control
Cambios o adopción de nuevos mecanismos de coordinación asistencial en la subred	**Mecanismos de coordinación de información**	
	Unificación Sistema de información clínico electrónico Implementación a partir de Sept/2017 • Conocimiento de HC previa de diferentes servicios • Eliminación de problemas de calidad en el registro manual • Retroalimentación de ME Fallas del sistema • Solo opera en consulta externa • Software poco práctico • Déficit registro información ME • Implementación solo para evitar sanciones de auditoria • Fallas de conectividad → Paciente continua como portador	**Unificación Sistema de información clínico electrónico** Pioneros en el Distrito en su adopción (2016) • Promueve calidad de información registrada • Elaboración de fórmulas médicas • Favorece seguimiento adecuado, toma de decisiones y no duplicación de pruebas • Evita que el paciente sea responsable de la transferencia Fallas del sistema • Fallas al inicio de la implementación • No disponibilidad de algunos formatos electrónicos • Persisten registros incompletos e inconsistentes

Cambios en las RI y RC que han influido en la coordinación

Categoría	Red Intervención	Red Control
Cambios o adopción de nuevos mecanismos de coordinación asistencial en la subred	**Mecanismos de coordinación administrativa**	
	Central de agendamiento de citas • Reduce tiempos de espera citas prioritarias • En proceso de implementación con fallas en su operación • Dificultades en el uso por parte de los pacientes	**Central de agendamiento de citas** • Responsables del manejo a nivel distrital • Reduce trámites a usuarios • Cruce con agendas manuales → asignación citas innecesarias
		Sistema referencia y contra-referencia • Eliminación de formato traslados internos • 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 • Poca participación de especialistas • Acceso geográfico lejano • Predominan temáticas administrativas	**Unificación reuniones de gestión** • Revisión temas administrativos y académicos a necesidad • Participación de MG y ME • Actualización médica • Mejora resolutividad de MG • Predominan temáticas administrativas

Diseño, implementación y evaluación de las reuniones conjuntas entre médicos generales y especialistas

Proceso de diseño e implementación



Diseño de la intervención

Estudio línea de base

Visión de distintos actores sobre la coordinación y la continuidad asistencial al interior de la red

Socialización basada en estrategias reflexivas y validación colectiva del proceso

Devolución de resultados línea de base

Reflexión analítica sobre la relevancia de los problemas

Falta de comunicación y desacuerdo entre MG y ME

Análisis de estrategias de solución con base en necesidades e intereses de los profesionales y la red, así como su viabilidad para la implementación.

Reuniones conjuntas entre MG y ME



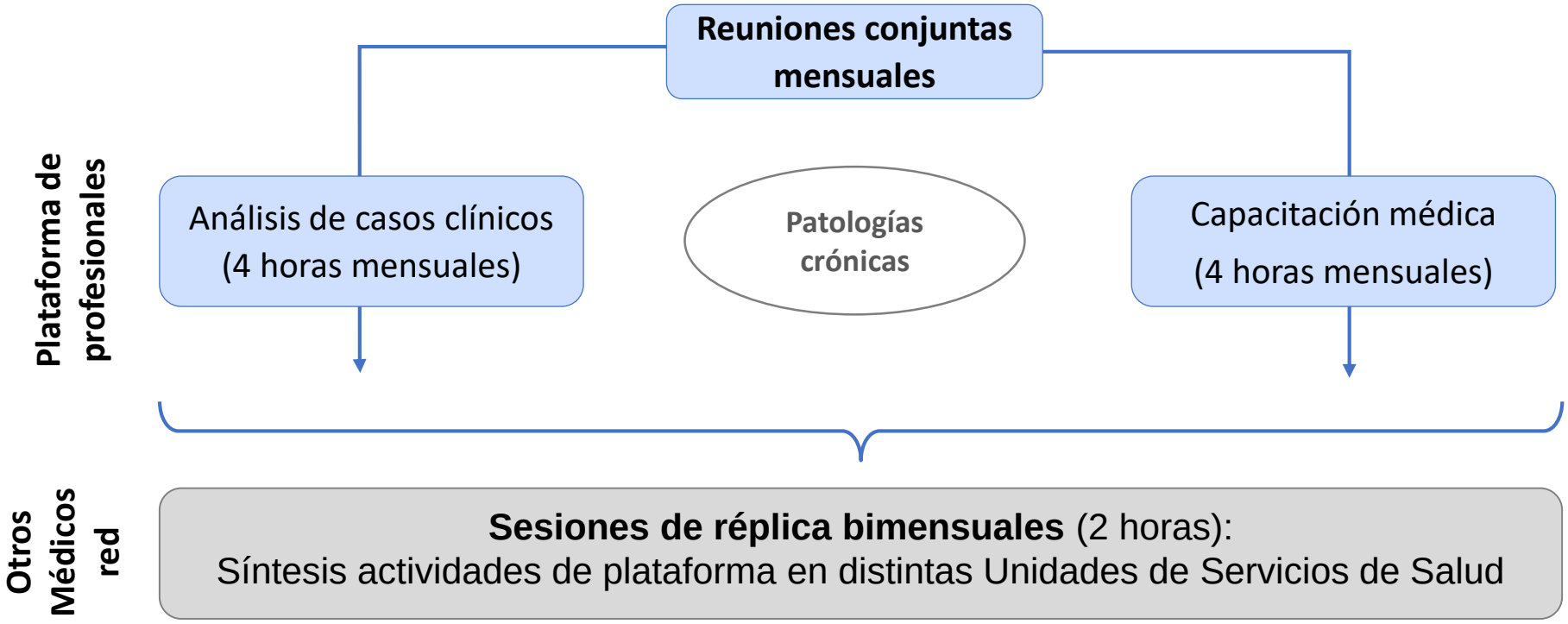




Descripción de la intervención

Objetivo general

Mejorar la coordinación de la gestión clínica entre médicos generales y especialistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, a través de una estrategia de reuniones conjuntas basada en métodos reflexivos



Implementación de las reuniones conjuntas

Preparación y desarrollo de las RC en la plataforma de profesionales

Componentes

Reuniones conjuntas mensuales

Análisis de casos clínicos

Complejidad, desacuerdos, dudas manejo, Límites práctica clínica

Capacitación médica

Concordancia caso, unificación criterios, orientada a la reflexión

Preparación



- MG: selección, síntesis, discusión con ME y posterior envío del caso
- Facilitador: análisis del caso, asesoramiento y retroalimentación
- Otros participantes: revisión caso; preparación preguntas para discusión.

- Encargado (MG, facilitador, invitados): revisión temas relacionados al caso; envío material; preparación presentación
- Facilitador: asesoramiento/ retroalimentación con otros participantes
- Otros participantes: revisión otros materiales y preparación preguntas para discusión

Desarrollo



- MG: presentación, formulación dudas y críticas al caso, identificación límites en práctica clínica
- Facilitador: orientación discusión, resolución dudas, motivación de la participación
- Otros participantes: Discusión con base en experiencia clínica , aportes para el manejo

- Encargado (MG, facilitador, invitados): presentación temática y relación con el caso clínico
- Facilitador: resolución dudas con base en conocimiento científico y experiencia clínica, motiva discusión con participantes
- Otros participantes: contrastación de evidencia, críticas y aplicación al contexto.

Momento final



Acuerdos no formales, sugerencias y conclusiones frente al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación

Preparación y desarrollo de las RC en sesiones de réplica

Dinámica



Médicos generales y especialistas



interacción

Especialista facilitador y expertos

Otros profesionales

Utilización de espacios administrativos (UAT, ULG)

Por centro: Pablo VI, Sur, Fontibón

Hasta mayo 2017

Hasta diciembre 2017

reuniones integradas para toda la subred en diferentes centros

Preparación y desarrollo

Temática de la plataforma

Participantes réplicas

- Reciben material de lectura de las plataformas (casos clínico-capacitación)
- Realizan preguntas, críticas y aportes

Médico general responsable de caso clínico

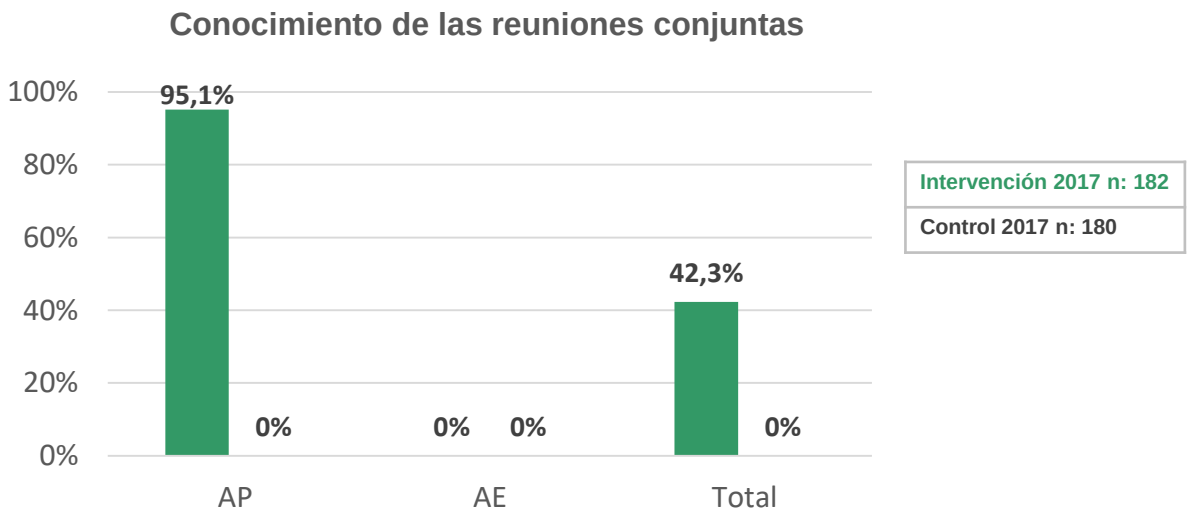
- Sintetiza el caso clínico presentado en la plataforma.
- Señala elementos discutidos durante la plataforma

Facilitador

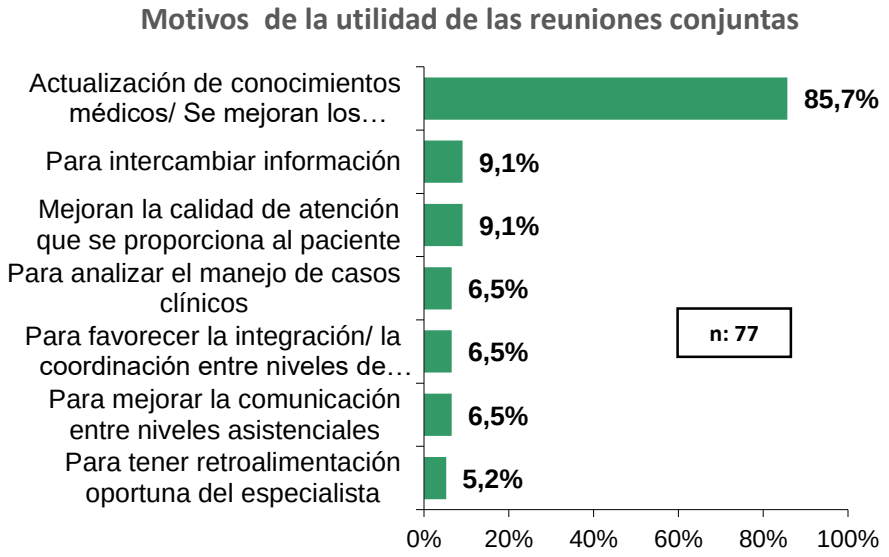
- Promueve el análisis del caso clínico
- Sintetiza la sesión de capacitación médica realizada con la plataforma
- Promueve la discusión y resolución de dudas, y el desarrollo de acuerdos informales

Resultados de monitoreo y evaluación de las reuniones conjuntas

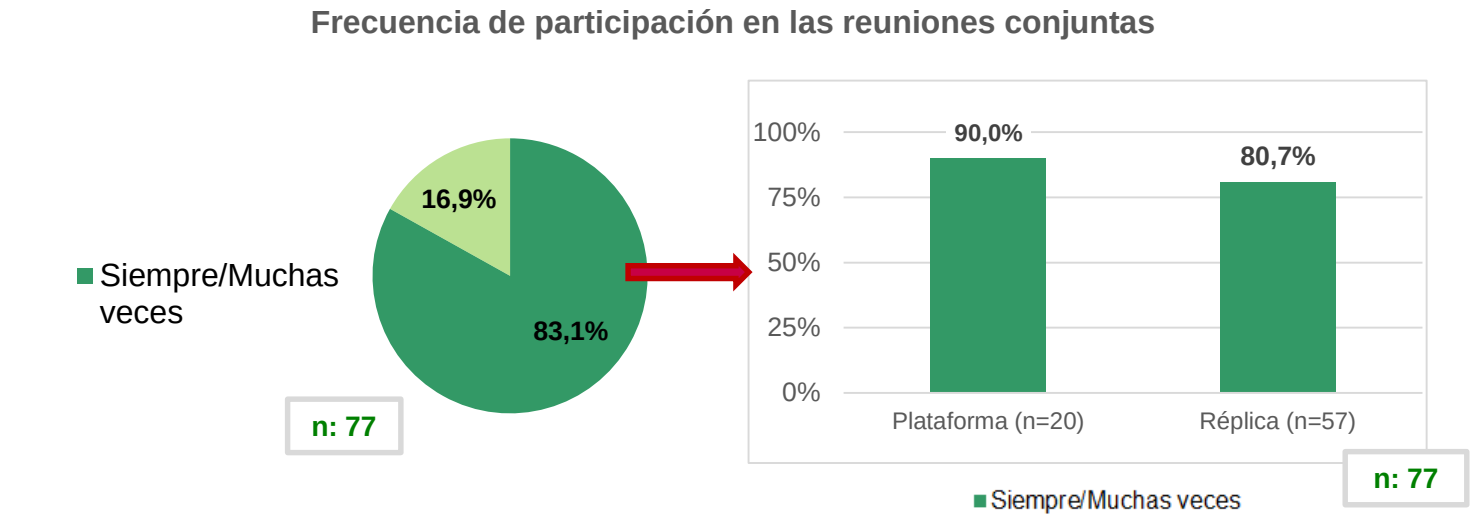
Conocimiento y utilidad de las reuniones conjuntas proyecto Equity

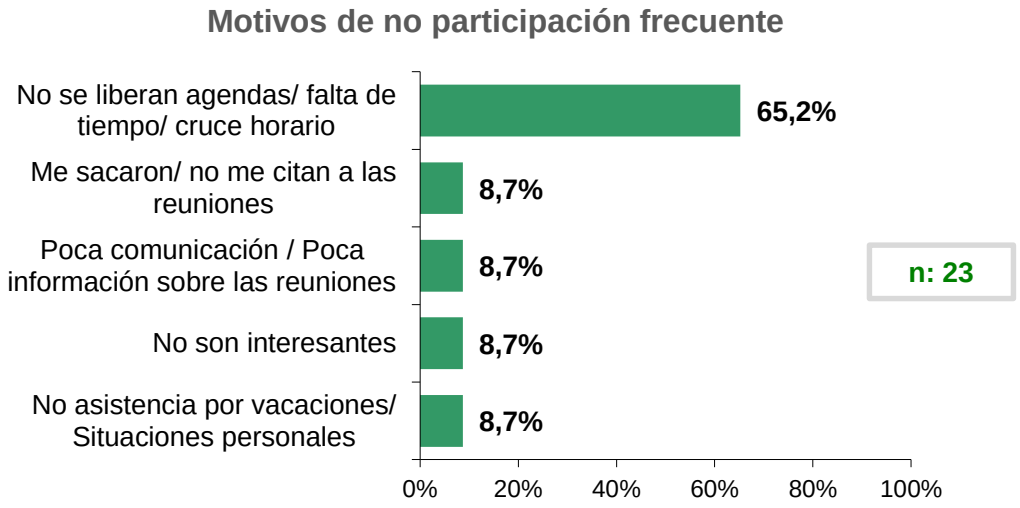






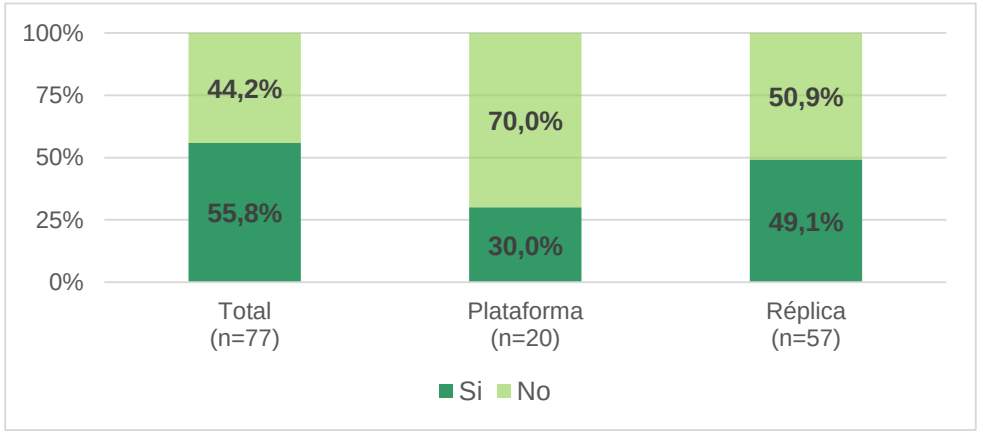
Frecuencia y motivos de no participación en las reuniones conjuntas proyecto Equity





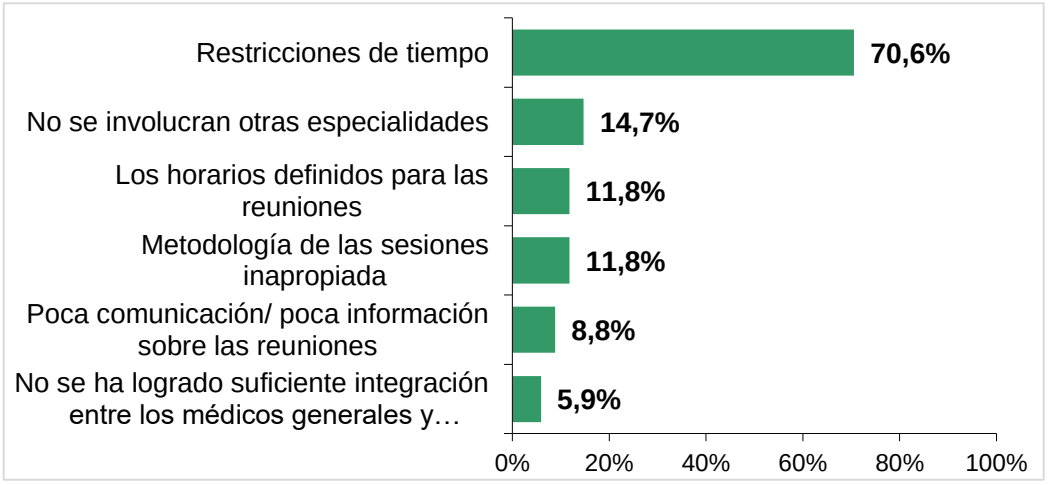
Reuniones conjuntas del proyecto Equity: otras características de implementación

Existencia de dificultades en el funcionamiento de las reuniones



n:77

Tipo de dificultades en el funcionamiento de las reuniones conjuntas



n:34

Factores que influyeron en la implementación de las reuniones conjuntas

	Facilitadores	Barreras
Sistema de salud y sus políticas	**Promoción de las RISS y formulación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)** Promueve trabajo articulado entre niveles, alineación con alcances del proyecto→ favoreció el diseño y planificación de la estrategia	**Promoción de las RISS y formulación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)** • **Priorización sostenibilidad financiera de redes públicas** Énfasis en productividad→ impactos sobre la implementación de la estrategia: restricción de tiempos, no liberación de agendas, no involucramiento de especialistas • **Límites a la práctica clínica del MG** → impactos en la implementación: restricción para poner en práctica los conocimientos adquiridos en RC
Redes de servicios	**Organizativos** **Acreditación institucional** Oportunidad para mejorar calidad de atención → impactos en el diseño y planificación: apoyo directivos (1ª fase) → liberación agendas	**Organizativos** **Cambios políticos en Secretaría de Salud** → Reorganización de las redes del distrito • Alta rotación de directivos→ bajo apoyo actividades del proyecto (2ª fase) • Cambios y retiros de miembros del CCL **Inadecuadas condiciones de trabajo en la red** • Contratos OPS→ limites a capacitación • Cambios en las funciones y rotación de profesionales→ cruces de actividades con las sesiones de PP • Inadecuado clima organizacional→ desmotivación para participar en RC
	Profesionales • Interés profesionales (tiempos, turnos, etc) • Perfil de los facilitadores (confianza, apertura diálogo)	**Profesionales** Desmotivación por condiciones de trabajo → bajo interés hacia el trabajo colaborativo (R)

Contribuciones en la mejora de la coordinación entre niveles

Continuidad de Gestión Clínica

- Acuerdos informales frente al Dx, tto (farmacológico) y seguimiento→ confianza de ME en manejo MG y mayor adherencia paciente tto
- Mejora en criterios de derivación → descongestión servicios especializados
- Adherencia de los MG a GPC → ttos idóneos

Continuidad de Información Clínica

- Mejora registro hoja ref-contraref. e HC → retroalimentación a MG → seguimiento atención y mejora toma de decisiones
- Uso de mecanismos informales de comunicación (teléfono, WhatsApp)→ consulta de dudas entre MG y con el ME

Calidad atención

Efectividad: Identificación temprana del riesgo/ mejor control y manejo de complicaciones/ provisión de atención acorde a necesidades
Eficiencia: uso adecuado de los recursos

Factores que influyen en la coordinación

Factores del sistema de salud

Alternativas para superar límites a la praxis del MG → garantizan un adecuado tratamiento y seguimiento del paciente

Factores Organizativos

- Apertura de espacios de educación médica
- Valoración trabajo en equipo y en red

⬇

Mejora del clima organizacional

Factores de los profesionales

- Interés aprendizaje colaborativo y procesos identitarios → mayor participación en la PP
- Conocimiento y comunicación MG y ME → confianza, retroalimentación y acuerdo en decisiones clínicas
- Reconocimiento límites práctica clínica del MG → valoración MG
- Reconocimiento personal y profesional médicos PP → referentes institucionales para consulta dudas

Sostenibilidad en el tiempo de las reuniones conjuntas en la red

Facilitadores

- Interés de médicos generales y algunos especialistas en participar de las RC
- Bajos costos de implementación
- Articulación de la estrategia con la política institucional de formación del recurso humano
- Convergencia de intereses con nuevo modelo de redes del distrito
- Oportunidad para procesos de acreditación.





Barreras

- Rotatividad de directivos y cargos intermedios.
- Priorización de productividad sobre la mejora en la calidad de la atención

¡Muchas gracias!

www.equity-la.eu