

Code: P28-M Poster

Coordinación de la Atención entre Niveles Asistenciales en la Red de Servicios de Salud de Xalapa, Veracruz, México

Cisneros Luján Angélica Ivonne¹, Riande Juárez Gabriel², García Medina Miriam³, González Rojas Vianey⁴

Resumen

México no está exento de la fragmentación de los servicios de salud, la cual afecta la coordinación entre niveles y la calidad de los servicios, ésta impacta en el adecuado desempeño e implementación de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Se indagó acerca de los tres tipos de coordinación asistencial (coordinación de información, gestión clínica y administrativa) a través de la percepción de los profesionales de salud de primer y segundo nivel en la red de servicios de salud de Xalapa, Veracruz, México, como parte de la primera etapa del proyecto Equity-LA II: los resultados del estudio de línea base^a, mediante un estudio cualitativo (entrevistas y grupos focales) y cuantitativo (encuestas). Se evidenciaron múltiples problemas de coordinación que afectan el desempeño de las RISS y la calidad de la atención.

Palabras clave: Redes Integradas de Servicios de Salud, Personal de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Sistemas de Salud, Equidad en Salud.

Resumo

México não está isento da fragmentação dos serviços de saúde, a qual afeta a coordenação entre níveis e a qualidade dos serviços. Esta impacta também o adequado desempenho e implementação da estratégia de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Se indagou acerca dos três tipos de coordenação assistencial (coordenação de informação, gestão clínica e administrativa) através da percepção dos profissionais de saúde de primeiro e segundo nível na rede de serviços de saúde de Xalapa, Veracruz, México, como parte da primeira etapa do projeto Equity-LA II: os resultados do estudo da linha base, mediante um estudo qualitativo (entrevistas e grupos focales) e quantitativo (questionário).

¹Maestra en Administración. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. cisneluj@hotmail.com

²Maestro en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. griande@hotmail.com. Teléfono: +52(228)841 89 00, ext. 13934. Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Animas, C.P. 91190, Xalapa, Ver., México.

³Maestra en Políticas Públicas. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. mgm_141@hotmail.com

⁴Maestra en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. vianey_gr@hotmail.com

^a Este trabajo es parte de una investigación más amplia denominada "Impacto de las Estrategia de Integración de la Atención en el Desempeño de las Redes de Servicios de Salud en Diferentes Sistemas de Salud de América Latina" (Equity-LA II) financiado por la Comisión Europea Programa FP7.

Evidenciaram-se múltiplos problemas de coordenação que afetam o desempenho das RISS e a qualidades da atenção.

Palavras-chave: Redes Integradas de Serviços de Saúde, Profissionais de Saúde, Qualidade da Atenção de Saúde, Sistemas de Saúde, Equidade em Saúde.

Introducción

El sistema de salud en México es principalmente público, con un esquema organizativo que segmenta a la población, en función de su condición de empleo, en dos grandes grupos: la población con un empleo estable, para la cual el Estado, el patrón y el trabajador aportan a las instituciones públicas de seguridad social y por tanto son derechohabientes de éstas, con acceso pleno a todos los servicios que ofertan; y la población que no tiene acceso a dicho beneficio por no tener un trabajo estable.

Este último segmento representa poco más del 50% de la población nacional, la atención se otorga a través de una red de unidades médicas que dependen de los gobiernos de los Estados de la República, cuyo acceso desde el año 2004 es modulado mediante la afiliación voluntaria a un seguro médico denominado Seguro Popular, el cual oferta un paquete de servicios básicos organizados mediante un catálogo de servicios y de medicamentos. La población beneficiada por el Seguro Popular no paga al momento de recibir los servicios, siempre y cuando estén incluidos en el Catálogo, en tanto todo aquello no incluido debe ser pagado por el usuario, con base en un tabulador previamente establecido por cada Estado de la República.

Esta segmentación de la población, aunada a la fragmentación de los servicios, afecta la coordinación asistencial, la cual 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 conflictos¹. Esta afectación a la coordinación entre los diferentes niveles de atención y a la calidad de los servicios, resultará más evidente en la atención de pacientes con condiciones crónicas que requieren de la coordinación de múltiples profesionales de la salud y lugares de atención.

Se distinguen tres tipos de coordinación entre niveles de atención: información, gestión clínica y administrativa. La coordinación de información es la transferencia entre niveles de atención y uso de información de episodios anteriores y situación biopsicosocial para la atención actual al paciente²; la coordinación de gestión clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes niveles de atención y servicios que participan³, se define a partir de tres dimensiones, la coherencia de la atención, la accesibilidad entre niveles y el seguimiento adecuado del paciente. Finalmente, la coordinación administrativa es la coordinación del acceso del paciente a lo largo del continuo asistencial de acuerdo a sus necesidades⁴.

Ante un contexto de fragmentación de la atención, el reto para la política de salud consiste en explorar vías efectivas para mejorar la integración de ésta^{5,6,7}. Muchos países han promovido el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como el conjunto de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo

de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población^{5,8}. En teoría, la integración de la prestación de los servicios de salud debe contribuir a una atención en salud más eficiente, equitativa y de mayor calidad⁹. Las ventajas de la coordinación asistencial van más allá de reducir costos, abarca: la mejora del acceso de los pacientes a la atención adecuada; la calidad de la atención; y su contribución a la efectividad del sistema de salud^{6,10}.

Objetivo

Conocer la percepción que los profesionales de salud tienen sobre la coordinación y la calidad asistencial en la red de servicios de salud de Xalapa, Veracruz, México, como parte de la primera etapa del proyecto Equity-LA II: los resultados del estudio de línea base.

Metodología

Se trató de un estudio que combinó métodos cualitativos y cuantitativos, desarrollado en la red de servicios de salud de Xalapa, Veracruz, localidad que cuenta con 458 mil habitantes, de los cuales el 54.6% no goza de seguridad social¹¹; la población es principalmente urbana, con un grado de marginación muy alta y alta (29%)¹². En cuanto a la estructura poblacional el grupo de edad mayoritario se ubica en el rango de 30 a 59 años y la diabetes mellitus ocupa la primera causa de mortalidad general. En este sentido y debido a su relevancia, las patologías trazadoras del estudio fueron la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); sin embargo, durante el desarrollo de la investigación éstas fueron ampliadas a patologías crónicas en general.

El área de influencia de esta red comprende el Municipio de Xalapa, cuenta con 7 centros de salud de primer nivel de atención; una unidad intermedia para la atención de pacientes con enfermedades crónicas (Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas, UNEME-EC); y 2 hospitales, un hospital general de segundo nivel (Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”) y un hospital de especialidades de tercer nivel (Centro de Especialidades Médicas “Dr. Rafael Lucio”).

Adicionalmente en Xalapa se cuenta con dos hospitales estatales de tercer nivel: el Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa” y el Instituto Veracruzano de Salud Mental “Dr. Rafael Velasco Fernández”, los cuales no formaron parte del estudio ya que son hospitales de referencia para todo el Estado de Veracruz, lo que podría distorsionar los resultados.

- Estudio cualitativo

Se realizó una muestra teórica en dos etapas, en la primera se seleccionaron a los prestadores de servicios de salud y en la segunda se seleccionaron a los informantes. En esta primera etapa, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para la selección de los centros de salud: unidades que tuvieran un adecuado número de profesionales, que atendieran

población urbana con enfermedades crónicas, que contarán con adecuados sistemas de información de los usuarios y que sus condiciones de estabilidad institucional les permitieran participar hasta el final del proyecto. Para los hospitales de segundo y tercer nivel, se consideraron los que atienden referencias de pacientes con patologías trazadoras (diabetes mellitus tipo 2 y EPOC) y, en general, como receptores de usuarios con enfermedades crónicas, remitidos por el primer nivel de atención y, por tanto, responsables de la adecuada recepción de los mismos.

En la segunda etapa se seleccionaron a los informantes, tomando en cuenta a los profesionales de salud, de los diferentes niveles de atención, directamente involucrados en el proceso de coordinación asistencial. La técnica utilizada para la recogida de información fue mediante entrevistas semi estructuradas y grupos focales; el instrumento utilizado para ambas técnicas fue una guía de entrevista individual o colectiva, según el caso.

Se llevaron a cabo 28 entrevistas individuales, cuyos participantes se agruparon en cuatro conglomerados: 1) Profesionales de primer nivel: médicos generales y equipos zonales de supervisión; 2) Profesionales de segundo y tercer nivel: médicos especialistas de urgencias y de consulta externa involucrados en la atención de las patologías trazadoras; 3) Mandos medios: directores de unidades de primer nivel, responsables de referencia y contrarreferencia de la red, directores y subdirectores de hospitales; y 4) Personal administrativo y paramédico: trabajadoras sociales, enfermeras, gestores médicos del Seguro Popular y auxiliares administrativos de control de citas médicas.

Se llevaron a cabo 4 grupos focales: dos grupos de profesionales de primer nivel; un grupo mixto, integrado por profesionales de primer, segundo y tercer nivel, y personal jurisdiccional; y un grupo de discusión, integrado por médicos especialistas y directivos de hospitales. Se estimó la participación de 10 profesionales por cada grupo focal y 3 para el grupo de discusión. Para la realización de las entrevistas y los grupos focales se presentaron los alcances del proyecto y cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado.

Las entrevistas y grupos focales se transcribieron y categorizaron en: coordinación de información, de gestión clínica y administrativa. Para apoyar el proceso de sistematización y análisis de la información se utilizó el programa AtlasTi.

- Estudio cuantitativo

Se realizó un estudio observacional, transversal, cuya población estuvo compuesta por los médicos de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE) (consultas externas, urgencias u hospitalización); los criterios para su inclusión consistieron en que al momento de la aplicación de la encuesta tuvieran tres meses o más trabajando en la red, que proporcionaran atención directa a pacientes y que tuvieran contacto con el otro nivel de atención.

Para la selección de las unidades que conformaron la muestra se tomaron en cuenta los siete centros de salud, la unidad de atención intermedia (UNEME-EC) y los dos hospitales

pertenecientes a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) con los que cuenta la red, que dan servicio a la población sin seguridad social.

Para la selección de los profesionales, el universo estuvo conformado por 589 médicos: 112 pertenecientes a centros de salud, uno a la UNEME-EC y 476 a hospitales, de estos últimos al menos 61 son médicos generales¹³. El 54% fue personal de base y el 46% personal eventual.

El tamaño de muestra calculado fue de 174 médicos, a distribuir equitativamente entre los dos niveles, se calculó con el fin de asegurar la detección de una variación del 15% en la percepción de los médicos sobre la coordinación de la atención, con base a un poder del 80% ($\alpha=0.20$) y un nivel de confianza del 95% ($\beta= 0.05$) en un contraste bilateral. Se buscó que el 50% de la muestra fueran médicos generales en AP y el otro 50% médicos de AE, es decir 87 por cada nivel de atención. La muestra fue un poco mayor a la determinada a efecto de contar con algunos cuestionarios que sirvieran de apoyo en caso de que hubiera que anular algunos durante el proceso de revisión; así el número definitivo de médicos encuestados fue de 185.

Para la selección de los profesionales de AP se consideró al 100% de los médicos, ya que el número de médicos generales se acerca bastante al total de la muestra. En el caso de los médicos de AE, los criterios para la integración de la muestra fueron los de inclusión, mencionados anteriormente.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue un cuestionario (COORDENA-MX) creado a partir de una revisión de literatura científica, el marco conceptual del estudio y la discusión entre los miembros del equipo Equity-LA II. Posteriormente, se adaptó el contenido y lenguaje a la terminología utilizada en México. El cuestionario COORDENA-MX se sometió a un pretest con el fin de valorar la comprensión de las preguntas, el ritmo, la duración de la encuesta y otros posibles problemas en su aplicación. Con base en los resultados se incorporaron algunos cambios en el mismo. Con la nueva versión del cuestionario se realizó una prueba piloto para ajustarlo y evaluar su proceso de aplicación.

El trabajo de campo para la recogida de la información tuvo una duración de un mes, se concluyó con un análisis descriptivo de cada una de las variables recogidas en el cuestionario utilizando una base de datos en Excel y SPSS versión 23.

Resultados

En el estudio cuantitativo, debido a la cantidad de médicos que brindan atención en los centros de salud, no fue posible alcanzar el criterio de 50-50 entre médicos de AP y médicos de AE, por lo que la selección final fue de 46.5% de médicos de AP y 53.5% de AE. Las especialidades con mayor frecuencia de participación fueron ginecología, pediatría, cirugía general y medicina interna. El 83.2% del total habían laborado más de 36 meses; el 53% dijo no prestar servicios privados adicionalmente, mientras que el 47% sí lo

hace. Por lo que se refiere a las características demográficas de la muestra, la mayoría fueron hombres (65.8%), con una edad media de 47.3 años y el 100% nació en México.

Respecto a la percepción general de coordinación entre niveles de atención, en el estudio cuantitativo, el 79.4% de los médicos de ambos niveles considera que nunca o pocas veces hay coordinación entre los niveles de atención, siendo ligeramente mayor esa percepción entre los médicos de AE(55.1%) en relación a los de AP(44.8%).

- Coordinación de la información

Esta categoría se analizó a partir de dos dimensiones: la **transferencia** y el **uso de la información**. En el estudio cualitativo, la **transferencia de la información** entre médicos de AP y AE es limitada, ya que el único mecanismo formal identificado para transferir la información, de pacientes atendidos en consulta externa, es el formato de referencia y contrarreferencia, por lo que el paciente se convierte en el transmisor de la información a través de su discurso, las recetas o pruebas realizadas en segundo nivel; en cuanto a los mecanismos informales (teléfono, correo electrónico), éstos se encuentran disponibles únicamente para el personal directivo y administrativo, impidiendo la comunicación directa entre los médicos de los distintos niveles; además de que el expediente clínico no es compartido entre ellos:“(Tras preguntar si considera que hay comunicación entre los médicos de primer y segundo nivel) *No, ahí si no hay nada de comunicación, lo único que hay es cuando tú envías tu hoja y la recuperamos por vía jurisdicción, pero que nosotros podamos, no sé, inclusive algún correo donde podamos comentarle al doctor o que podamos... nada*” (06 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención). Desde la perspectiva de los médicos especialistas, las referencias recibidas en ocasiones son incongruentes con la situación de salud del paciente, atribuyéndolo a una formación deficiente de los médicos generales.

Dentro de esta misma dimensión, en el estudio cualitativo, los entrevistados mencionaron que la cantidad de contrarreferencias recibidas en primer nivel no corresponde a las referencias enviadas, debido a que el médico de AE no las elabora por desinterés, sobrecarga de trabajo o falta de supervisión para hacerlas; también debido a que el paciente no lleva la contrarreferencia cuando ésta sí es emitida, pues la pierde, desconoce que debe llevarla o niega que se la dieron. Las escasas contrarreferencias que llegan a recibirse en primer nivel, son entregadas tardíamente debido a que la Jurisdicción Sanitaria retrasa su envío. Esta problemática tiene como consecuencia el que los médicos generales opten por la interpretación de lo ocurrido en AE utilizando las recetas de medicamentos, las pruebas diagnósticas ordenadas por el especialista o la información verbal que les proporcionan los pacientes, ocasionando incertidumbre médica: “*Desafortunadamente no siempre recibimos la contrarreferencia, muchas veces la información la tenemos del paciente que regresa y a veces dice que fue lo que ocurrió en el segundo nivel*” (10 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención).

En el mismo sentido, en el estudio cuantitativo, se encontró que la mayoría de los médicos de ambos niveles (98.4%) identifican como principal mecanismo de coordinación al documento de referencia y contrarreferencia. La mayoría de los médicos de AP (94.1%) mencionaron que siempre o muchas veces envían la hoja de referencia, sin embargo sólo

una minoría expresó recibir la hoja de contrarreferencia (7.1%). A pesar de ello, los médicos de AE mencionan que siempre o muchas veces (60.8%) la envían.

La mayoría de los encuestados (77%) mencionaron también que pocas veces o nunca se intercambia información sobre la atención de los pacientes entre médicos de AP y de AE. Sin embargo, a diferencia de lo obtenido en el estudio cualitativo, cuando llega a intercambiarse esta información, los médicos consideran que siempre o muchas veces es la necesaria para la atención de los pacientes (66.9%).

Respecto a la dimensión referente **al uso de la información** transferida, los discursos refieren que la información contenida, en la hoja de referencia, no siempre es utilizada por el médico de AE para la toma de decisiones y tampoco se incorpora para la atención del paciente, debido a que la referencia es elaborada a mano y con mala letra o a que la información contenida es escueta o insuficiente debido a los espacios disponibles en el formato; también debido a que el médico de AE está acostumbrado a realizar el interrogatorio desde un inicio debido a su formación, o a que desconfía de las habilidades clínicas del médico de AP: *“Entonces eso (que el médico de AE no consulte la información contenida en las referencias) comienza a deteriorar la calidad de la información que uno pone, ‘ah pues igual le van a decir que no le sirve, ya le lleno la hoja porque es obligatorio que llegue con su hoja así’, pero finalmente allá lo van a volver a revisar y entonces comienza a bajar y a bajar la calidad hasta que se va con un pedazo nada más, ‘ahí te envío al paciente no sé qué tiene’ [risas]”* (IP1 06, GF6, Primero y Segundo Nivel, Red de Intervención).

Contrario a esto, en el estudio cuantitativo, la mayoría de los médicos encuestados, tanto de AP como de AE, mencionan que siempre o muchas veces toman en cuenta la información que intercambian (56.5%).

- Coordinación de la gestión clínica

Esta categoría se exploró a través de tres dimensiones: **el seguimiento de los pacientes**; **la coherencia de la atención**; y **la accesibilidad entre niveles de atención**.

En cuanto al **seguimiento de los pacientes**, en el estudio cualitativo, se encontró que se reconoce al médico general como el responsable de éste, dicha función generalmente se materializa a través de la consulta de seguimiento que hacen los médicos de los centros de salud tras la referencia: *“Lógicamente (el responsable del seguimiento es) su médico tratante, lógicamente porque bueno si el padecimiento ya se identificó, ya se refirió y ya fue atendido por el especialista, nada más es darle continuidad con ciertas observaciones y recomendaciones del médico especialista”* (07 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención); sin embargo, el médico de AP no siempre puede realizar el seguimiento adecuadamente, debido a que el paciente no regresa a consulta de primer nivel después de haber sido referido, en los casos en que el paciente regresa, no lleva consigo la hoja de contrarreferencia, ya sea porque no fue emitida por el médico de AE o porque el paciente la pierde. Una de las consecuencias que trae esta falta de contrarreferencia, de acuerdo a los entrevistados, es la dificultad para que el médico general cuente

con los elementos necesarios para garantizar la continuidad de la atención, por no tener certeza acerca de las recomendaciones del médico especialista, lo que pone en riesgo la seguridad

de los pacientes: “Porque al médico que estamos acá en primer nivel no está dejando a ciegas (sin la contrarreferencia), nos sabemos que vamos a hacer con el paciente, adivinamos, pero nos lo mismo” (04 Directivo, Red de intervención).

Otro factor que impide el adecuado seguimiento, por parte de los médicos de AP, es la escasa realización de visitas domiciliarias, debido a que los médicos generales priorizan la atención clínica; fue mencionado también el que el usuario no vuelve a AP debido a mejoría en su condición de salud tras la consulta en AE o debido a situaciones personales (familiares, de trabajo o su condición de salud le impide acudir).

Otra problemática relacionada con el seguimiento, fue el que en segundo nivel no se le comunica al médico de AP cuando el paciente va a ser contrarreferido o se va a quedar como paciente subsecuente en AE, debido a que no se tiene estipulado emitir esta notificación en segundo nivel o a que el médico especialista no considera importante comunicarlo.

En el estudio cuantitativo, el 90.7% de los médicos de AP siempre o muchas veces se reconocen como responsables del seguimiento, mientras que sólo el 26.3% de los médicos de AE lo consideran así, lo cual nos indica que no se encuentra bien definido el profesional de salud en quien recae esta función. Con respecto a la consulta de seguimiento, por parte del médico de AP tras la consulta con el médico de AE, se identificó una diferencia importante entre niveles, ya que mientras los médicos de AP dicen hacerlo siempre o muchas veces en un 86%, los médicos de AE refieren que esto ocurre siempre o muchas veces en sólo el 13.1%. En tanto a las recomendaciones que hace el médico de AE al de AP, se encontraron contrastes significativos entre niveles, ya que los médicos de AE dicen hacerlo siempre o muchas veces en un 57.6%, contrario a lo que perciben los médicos de AP, ya que lo mencionan sólo en un 21%. Destaca también el hecho de que nunca o pocas veces (83.7%) el médico de AP consulta dudas sobre el seguimiento del paciente con el médico de AE, esto puede deberse a que no existe un canal de comunicación directa entre los médicos tratantes ni un espacio para la consulta de dudas.

En cuanto a la segunda dimensión de la gestión clínica, la **coherencia de la atención**, que contempla acuerdos en los tratamientos y diagnósticos, criterios de referencia y pruebas diagnósticas, los médicos generales identifican que esta coherencia existe porque en la mayoría de los casos no cambian el tratamiento que el especialista indicó a sus pacientes, ni los diagnósticos realizados, aunque los tengan que inferir de las pruebas diagnósticas y tratamientos indicados. A pesar de reconocer este acuerdo básico, algunos médicos generales refirieron que les gustaría tener una mayor retroalimentación por parte de los especialistas para confirmar sus diagnósticos y conocer su opinión sobre el tratamiento que prescriben: “Tengo que referir a mis crónicos para que me los valore medicina interna por ejemplo... siempre me los valoran a veces mandan comentario en la receta; mis mamá y yo a veces hasta ponemos en felicidad por el manejo y... a nosotros nos gustaría que los especialistas nos dijeran si estamos haciendo bien las cosas o no” (02 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención). Los médicos de AE reconocen que los médicos generales aceptan sus indicaciones, lo que ubican como un elemento que facilita la coordinación.

Sin embargo, los entrevistados también identificaron desacuerdos entre médicos de AP y AE en cuanto a los criterios de referencia, pruebas diagnósticas o tratamientos, debido principalmente a criterios médicos distintos, la insuficiencia de insumos y medicamentos en el primer nivel para brindar la atención que requiere el paciente, así como a un diferente nivel de apego a las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs), ya que los especialistas mencionaron que muchas se encuentran desactualizadas, por lo que suelen apoyarse en artículos científicos recientes como método de actualización constante; en este sentido, los especialistas consideraron que el médico general suele ser poco autogestivo, pues espera a que las capacitaciones se le brinden, sin buscar por cuenta propia la actualización continua. Por otro lado, algunos médicos generales refirieron que los médicos especialistas no siempre consideran que las referencias, que les envían por normatividad, sean adecuadas debido a que la desconocen, evidenciándose como un importante desacuerdo entre niveles respecto al manejo clínico de los pacientes: *“Pero me dice a mí (la GPC) que todo paciente que vea yo con un Índice de Masa Corporal muy alto y una estatura corta, la tengo que mandar inmediatamente a segundo nivel y el médico de segundo nivel (especialista) desconoce que en la guía de práctica clínica dice eso y si me está llegando como dice en la guía, que a él lo rige, yo tengo que atenderlo como segundo nivel, sin embargo la regresan porque no le vemos algo importante que atender, desconocen también la normatividad que a nosotros nos rige”* (08, IP1-GF2, Red de Intervención).

Una de las consecuencias de estas referencias inadecuadas es que aumenta la saturación de los hospitales incrementando el diferimiento de las citas. En opinión de los médicos generales, las referencias inadecuadas también implican que el paciente no tenga acceso al segundo nivel, sólo pierda su tiempo y sea regresado al centro de salud; además, refieren que el hecho de que en las unidades especializadas no atiendan a los pacientes referidos por normatividad impide que dichos pacientes tengan la valoración adecuada.

Respecto a las pruebas diagnósticas, hubo una diferencia de criterio entre los entrevistados, pues en tanto algunos médicos generales, directivos y administrativos refirieron que se duplican, algunos médicos de segundo nivel consideran que sólo se piden nuevamente los estudios cuando es necesario y que es poco frecuente que suceda: *“¿Duplicarlos? Solotalvezcuando sean necesarios, porque...volvemosal mismo, alomejorel pacientemetrae unexamencuando el médico lo mandó referido con nosotros, pero es a referencia, ese examen se lo hizo tres meses antes, o dos meses antes, el diferimiento de la consulta va a hacer que tal vez ese examen a mí ya no me sea útil”* (04 Profesional de Salud II Nivel, Red de intervención). Entre los factores que promueven esta duplicación de las pruebas, están la necesidad de actualizarlas y/o la desconfianza de los médicos especialistas en el laboratorio que realizó la prueba, ya sea de la red o privado. Esta problemática tiene como consecuencia la pérdida de tiempo para los pacientes, pues en lugar de que en su cita con el especialista se les haga la valoración, deben previamente realizarse los estudios que les indiquen, además suele implicar un gasto de bolsillo para los pacientes cuando deben duplicar los estudios en laboratorios privados.

Con relación a los tratamientos, se identificó al cuadro básico de medicamentos que cada nivel de atención maneja como un elemento que puede favorecer los acuerdos, ya que delimita los tratamientos que le corresponde prescribir a cada nivel asistencial; sin embargo, esto no implica que se le dé al paciente el tratamiento más adecuado. Los

entrevistados refirieron que no es posible conciliar los tratamientos cuando llega a existir desacuerdo entre médicos de AP y AE, pues no hay reuniones conjuntas para conciliar criterios médicos y, como se mencionó anteriormente, tampoco existe un canal de comunicación directa entre ellos.

En cuanto a las enfermedades trazadoras, en el caso de la EPOC, los entrevistados coincidieron en que el primer nivel de atención no tiene capacidad de intervención y que es un padecimiento que se diagnostica y se trata sólo en el nivel hospitalario con base en las guías y normas, lo cual explica que la coordinación para este padecimiento sea prácticamente nula: *“Qué raro que yo no tengo detectado uno con EPOC, y estuve pensando... hacer la espirometría, no, de hecho por norma se tiene que enviar al segundo nivel”* (10 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención).

En el estudio cuantitativo se encontraron resultados que apoyan los hallazgos cualitativos en cuanto a la percepción de pertinencia en las referencias realizadas, ya que si bien el 98.8% de los médicos de AP consideran que siempre o muchas veces derivan a los pacientes a AE cuando es necesario, sólo un 35.4% de los médicos de AE lo consideran así. En cuanto a los exámenes que previamente indica el médico de otro nivel, el 37.8% de los médicos de ambos niveles considera que a veces se repiten, aunque cuando se indagan los motivos, en la mayoría de los casos se encuentra una razón justificable como el haberlos hecho en laboratorios no confiables ajenos a la red, la vigencia de los mismos o para seguimiento o control. Respecto al acuerdo en los tratamientos, existen discrepancias importantes entre niveles, ya que la mayoría de los médicos de AP siempre o muchas veces están de acuerdo con los tratamientos que los médicos de AE han indicado (70.9%), mientras que sólo el 7.1% de los médicos especialistas lo están con los tratamientos de los médicos generales. Con 40.5% los médicos de ambos niveles perciben que a veces existen contraindicaciones y/o duplicaciones en los tratamientos prescritos.

En cuanto a la tercera dimensión de la gestión clínica, la **accesibilidad entre niveles**, los entrevistados mencionaron que el Seguro Popular ha generado un mayor acceso, principalmente porque el paciente no tiene que pagar para ser atendido por los padecimientos incluidos en éste. Los entrevistados identificaron un adecuado acceso al servicio de urgencias, así como un buen acceso general a los servicios para la población que se encuentra beneficiada por un programa vertical prioritario, como es el caso de las embarazadas: *“Al entrar el Seguro Popular mucha de la población que no venía o que retrasaba el acudir al hospital a pedir atención médica, ahora lo hace más fácilmente porque sabe que no va a tener que pagar todo lo que implica su atención. Porque gran parte lo va a cubrir el Seguro Popular”* (04 Profesional de Salud II Nivel, Red de intervención)

Sin embargo, los entrevistados también identificaron un conjunto de barreras que dificultan el acceso entre niveles, especialmente a la atención especializada. Las causas de estas dificultades de acceso se encuentran relacionadas principalmente con la saturación de los servicios de especialidad, debido a un incremento de la demanda y no en los recursos económicos y humanos a partir del Seguro Popular, así como a que los médicos de AP evitan atender pacientes que se puedan complicar, por lo que recurren a la medicina defensiva, refiriéndolos para evitar implicaciones legales.

Asimismo, otro factor que provoca dificultades de acceso a segundo nivel es el hecho de que se requiera una nueva consulta con el médico especialista sólo para resurtir el tratamiento prescrito por éste, debido a la existencia de cuadros básicos de medicamentos diferentes en AP y AE; esto ocasiona que el médico general deba referenciar a segundo nivel sólo para que la receta pueda ser surtida, lo que aumenta la saturación. Finalmente, el diferimiento prolongado de las citas es otro factor que afecta el adecuado acceso a la atención especializada, éste se debe principalmente a la saturación de los servicios, también a la falta de insumos, equipamiento y recursos humanos, que se vinculan con el desajuste entre oferta y demanda producido por el Seguro Popular: “La saturación de los servicios, ya se ha rebasado la capacidad en los espacios y por lo tanto, a veces, es mejor decirle al paciente ‘pues no tienes algo urgente, regresa a tu centro de salud’ por no decirte ‘ya no tengo espacio para poder atender’” (01, IP1-GF2, Red de intervención).

Consistente con estos resultados, en el estudio cuantitativo se encontró que el 63.3% de los médicos de ambos niveles considera que siempre o muchas veces el paciente debe esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta después de haber sido derivado con un médico de AE, en contraste con el acceso a la atención de primer nivel después de la atención especializada, pues la mayoría mencionó que nunca o pocas veces (44.8%) el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta con el médico de AP.

- Coordinación administrativa

La coordinación administrativa se analizó a partir de dos dimensiones, los **circuitos administrativos** y la **ordenación del acceso**.

Los **circuitos administrativos** se encuentran delimitados por la regionalización operativa⁵ y por otros mecanismos de coordinación como el manual de referencia y contrarreferencia (RyCR) y los enlaces administrativos. Estos circuitos consisten en que el médico general elabora la referencia, el director del centro de salud la autoriza, la firma y se le entrega al paciente, quien la lleva al hospital para gestionar su cita. Posterior a brindar la atención especializada, el médico de segundo nivel elabora la contrarreferencia, que además de entregarle una copia al paciente, se envía a la Jurisdicción para que a su vez la envíe al centro de salud.

Sin embargo en la práctica emergieron múltiples limitaciones en este circuito, como el hecho de que los mecanismos de coordinación implementados, como el formato de RyCR, las reuniones de RyCR, así como los enlaces clínicos y administrativos, no funcionan adecuadamente. Las reuniones de RyCR presentan dificultades debido a que son más conocidas en AP que en AE, además los directivos de los centros de salud no difunden la información tratada en éstas al resto del personal de sus unidades; los entrevistados mencionan que a las reuniones de RyCR no acuden los tomadores de decisiones, por lo que no existe un seguimiento a los acuerdos tomados durante ellas; en estas reuniones suelen

⁵ Los Estudios de Regionalización Operativa (ERO) han servido para poner en el contexto geográfico y demográfico la infraestructura de los servicios de atención a la salud. Hasta ahora los ERO han servido para constituir las redes de infraestructura y establecer los circuitos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.

presentarse malas relaciones entre los participantes, percibiéndose como espacios que producen mucha tensión interpersonal en donde sólo se exhiben las fallas de cada nivel:“(En las reuniones) *recibimos ataques de segundo nivel a primer nivel ... entonces actualmente ya los directivos están diciendo que hay también quejas acá de este lado*” (01 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención).

En cuanto a los enlaces clínicos y administrativos, quienes valoran las referencias, determinan si son aceptadas o rechazadas y autorizan las citas en el hospital, se encontró que su función no se lleva a cabo adecuadamente debido a que suelen ser médicos generales de segundo nivel evaluando las referencias de los médicos generales de primer nivel, lo que para éstos últimos, en los casos de rechazo de la referencia, representa una valoración injustificada; también los enlaces en segundo nivel suelen rechazar referencias adecuadas ya que no se apegan a la norma para la atención de pacientes crónicos controlados, considerando que si no van en un estado de descontrol, no ameritan atención especializada. Los entrevistados mencionaron el hecho de que los enlaces no suelen prestarse a la comunicación adecuada con el otro nivel, debido a que no siempre atienden el teléfono o no tienen supervisión; finalmente, fue mencionado por los médicos de primer nivel el que los enlaces suelen rechazar referencias por errores mínimos en el formato, como abreviaturas en el nombre del paciente o ilegibilidad de algún dato.

Otro problema que emergió fue el que los circuitos administrativos establecidos para la atención del usuario no siempre se cumplen, teniendo como factores el que el usuario llega por cuenta propia a AE, debido a que desconoce el funcionamiento del sistema o porque prefiere la atención con el médico especialista; además no existe personal que dé a conocer el proceso para acceder a ésta. Algunos médicos generales señalaron que, esta falta de cumplimiento adecuado de los circuitos, se debe también a que el envío de la contrarreferencia a través de la Jurisdicción Sanitaria retrasa la recepción de este documento en el primer nivel, dificultando su consulta oportuna.

Otro problema, relacionado con los circuitos administrativos, que emergió del discurso de los entrevistados, fue el que la referencia del paciente a la unidad adecuada de acuerdo a sus necesidades no siempre puede darse, ya que la regionalización operativa no es flexible, esto dificulta el acceso al exigir que las referencias para ingresar a una unidad hospitalaria sean necesariamente del centro de salud que le corresponde, sin considerar si existe en ésta la especialidad que el paciente requiere:“*Ahora se ponen en la dificultad de que si no vienes referida del centro de salud que te corresponde no puedes ser atendida, tienes que ir al centro de salud que te corresponde a que te refieran, entonces es cuestión de volver a empezar, si la persona ya tiene la referencia sea cual sea el médico si está capacitado y es de la Secretaría de Salud yo considero que se tiene que atender (...) son situaciones de trámites, es burocracia lo que se está viviendo*”(01 Profesional de Salud I Nivel, Red de intervención). Esto conlleva a rechazos de pacientes en los hospitales que no corresponden por el área geográfica de su residencia, a su vez, estos rechazos tienen como consecuencia la realización de nuevas referencias, por tanto, un nuevo recorrido del paciente en su itinerario de atención. En el estudio cuantitativo se recabó información sobre el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación.

Como se mencionó anteriormente en la coordinación de la información, en el estudio cuantitativo el mecanismo más conocido por los médicos de ambos niveles fue la referencia y contrarreferencia, seguido por el informe de alta hospitalaria con un 86.5%. Si bien las NOMs, protocolos, GPC compartidas y criterios de derivación son conocidos por el 87.6% de los encuestados, éstas no son percibidas como mecanismos de coordinación, ya que ante la pregunta relacionada con su utilización prevalecen las respuestas relacionadas con la atención intra-nivel y sólo el 14.9% las relacionó con la referencia y contrarreferencia o explícitamente para efectos de coordinación.

Respecto al uso de la hoja de referencia y contrarreferencia, la mayoría de los médicos de AP indicaron que sirve para canalizar al paciente al otro nivel de atención (71.8%), en tanto que los médicos de AE consideraron que se usa para enviar indicaciones sobre el seguimiento (62.6%). Por otra parte, con respecto al informe de alta hospitalaria, la mayoría de los médicos de AP considera que sirve para enviar información al otro nivel (68.2%), en tanto que para médicos de AE mencionaron que es para hacer indicaciones sobre el tratamiento (73.4%).

Continuando con la utilización de los mecanismos, el 94.1% de los médicos de AP mencionaron que siempre o muchas veces envían la hoja de referencia, sin embargo sólo el 78.3% de los médicos de AE respondió que siempre o muchas veces la recibe, lo que muestra una diferencia importante de percepción al respecto. Al analizar el resultado de la contrarreferencia el 60.8% de los médicos de AE mencionan enviar siempre o muchas veces dicha hoja, sin embargo sólo el 7.1% de los médicos de AP respondió que siempre o muchas veces la recibe. Por lo que corresponde al alta hospitalaria, el 82.1% de los médicos de AE refirió que siempre o muchas veces la envía.

Si bien en el estudio cuantitativo no se contempló el término de ‘enlace’ dentro de la encuesta, sí se abordaron las funciones que tiene el personal directivo como facilitador o no de la coordinación entre niveles; los médicos de los diferentes niveles de atención identificaron fallas en el rol ejercido por los directivos, tanto de los centros de salud como de los hospitales, ya que el 57.9% de los profesionales consideró que los directivos de los centros de salud nunca o pocas veces facilitan la coordinación entre médicos de AP y AE; y el 54.5% consideró que los directivos de los hospitales nunca o pocas veces lo hacen.

Respecto a la segunda dimensión de la coordinación administrativa, la **ordenación del acceso**, se encontró que la consulta externa y las pruebas diagnósticas son tramitadas directamente en el hospital por el paciente: *“Tenemos una hoja de solicitud que manejamos aquí dentro de la unidad, es un formato que es de la Federación. Lollenamos y alofirmo, conésteacude el paciente al hospital, lo entregasele programa”* (03 Profesional de Salud II Nivel, Red de intervención), lo cual indica que no existe la programación previa de consultas entre niveles de atención, debido a que en la red no existe el mecanismo para llevarla a cabo. Por lo que respecta al apartado cuantitativo, puesto que el instrumento COORDENA-MX se adaptó a la realidad de la red de estudio con base en los hallazgos cualitativos, la ordenación del acceso no se incluyó en la estructura del cuestionario.

Conclusiones

Los resultados obtenidos aportan evidencias respecto al desarrollo y funcionamiento de los tres tipos de coordinación de la atención, en el contexto local, y permiten conocer la situación actual de la RISS estudiada. En cuanto a la coordinación de la información, tanto en el estudio cuantitativo como en el cualitativo, fue posible detectar notables deficiencias en la transferencia de la misma, ya que se ve reducida al envío y recepción del formato de RyCR, dejando de lado otros mecanismos potenciales que, de ser implementados adecuadamente, pudieran mejorar la transferencia de la información; si bien esto no garantizaría su completa utilización en el otro nivel de atención, puesto que, como se vio en el estudio cualitativo, el uso depende en gran medida de la actitud, costumbres y valores de los médicos especialistas respecto al trabajo realizado por los generales. Asimismo, el notable déficit de contrarreferencias realizadas, por parte de los médicos de AE, representa una constante que merma la transferencia de información hacia el primer nivel de atención y trae consecuencias que trascienden incluso a este tipo de coordinación, afectando también el desempeño de la coordinación de la gestión clínica, al no poseer la información necesaria para un adecuado seguimiento del paciente, generando incertidumbre médica y posibles repercusiones en la condición de salud del usuario.

La coherencia de la atención se ve afectada, principalmente, por los desacuerdos entre médicos de AP y AE, siendo mayor la presencia de éstos encunto a criterios de referencia, en comparación con los desacuerdos que existen en pruebas diagnósticas o tratamientos, pues como se muestra en los resultados del estudio, el apego a los criterios de referencia normados no es homogéneo, ocasionando aparentes referencias inadecuadas que provocan barreras de acceso a la atención especializada; estos desacuerdos se hacen más grandes por el hecho de que no existe el canal de comunicación directa, ni el espacio para conciliarlos. Otras dificultades de acceso a la AE se encuentran causadas por la saturación de los servicios de especialidad y el diferimiento prolongado de consulta externa en segundo nivel, así como el no incremento en los recursos para atender el incremento en la demanda generada por el Seguro Popular.

La falta de acceso adecuado a la AE se ve estrechamente relacionada con los problemas encontrados en la coordinación administrativa, como el hecho de que los mecanismos de coordinación implementados en el sistema de RyCR no funcionan adecuadamente, los circuitos administrativos establecidos para la atención del usuario no siempre se cumplen y la referencia del paciente a la unidad adecuada a sus necesidades no siempre puede darse; amén a que las contrarreferencias no se supervisan y las que existen siguen procesos poco ágiles (intermediación de un área de control de la Jurisdicción Sanitaria) que afecta la oportunidad del seguimiento.

A través de la percepción de los profesionales de la salud fue posible conocer los múltiples factores que generan problemas de coordinación en la red de estudio, mismos que tienen consecuencias en la atención del paciente y en la propia actividad de los profesionales. De éstos emergieron propuestas para mejorar la coordinación relacionadas, principalmente, con el fortalecimiento de la atención primaria, el aumento de recursos para las unidades y su adecuada distribución, así como el permitir la comunicación directa entre médicos de los distintos niveles para agilizar los procesos e incidir en la mejora de la coordinación de la

información y de gestión clínica. También el brindar información al usuario fue una propuesta reiterada, para que éste tenga un papel activo en el proceso de atención de su salud, mejorando el seguimiento de los circuitos administrativos y por tanto el acceso, contribuyendo así a la mejora de la coordinación administrativa.

En suma, la implementación de estrategias de intervención que contemplen estos factores y problemas detectados pueden incidir directamente en un mejor funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud, apoyando así el cumplimiento de su objetivo último referente a garantizar la salud de la población, brindando atención con equidad, eficiencia y calidad.

Referencias

¹ Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *GacSanit*. 2006; 20(6): 485-95

² Bertrán P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación. 2006

³ Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) / Organización Panamericana de la Salud (OPS), editor. 2011

⁴ Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002

⁵ Pan American Health Organization (PAHO). Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington DC: OPS; 2010

⁶ McAdam M. Framework of integrated care for the elderly. Ontario: Canadian Policy Research Network; 2008

⁷ WHO. Integration of health care delivery. Geneva: WHO; 1996. WHO Technical Report Series

⁸ Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. The evolution of organized delivery systems. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 2000

⁹ Banks P. Policy framework for integrated care for older people. London: King's Fund; 2004

¹⁰ Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: HealthFoundation; 2011

¹¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI) Censo de población y vivienda 2010

¹² Consejo nacional de Población (CONAPO) Conapo: Mapas de Marginación urbana. Consultado en línea el 12 de abril de 2016 desde: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/marginacion_urbana/AnexoA/Documento/04A_AGEB.pdf

¹³ Plantilla de personal. Dirección de Planeación y Desarrollo. Servicios de Salud de Veracruz. Consulta el 25 de marzo de 2014