



**CAMBIOS EN LA EXPERIENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE  
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN BOGOTÁ (2015-2017)**

**AUTOR:**

**JOSÉ LEONARDO GÓMEZ GÓMEZ.**

**DIRECTORAS DE LA TESIS:**

**AMPARO SUSANA MOGOLLÓN PÉREZ**

**ÁNGELA MARÍA PINZÓN RONDÓN**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**BOGOTÁ D.C., 2019.**

# **Cambios en la experiencia y la percepción de coordinación asistencial entre médicos de atención primaria y especializada en Bogotá (2015-2017)**

**José Leonardo Gómez Gómez. Maestría en Salud Pública UR.**

## **Abstract (máx. 350 palabras)**

*Introducción:* La coordinación asistencial es esencial para el adecuado desempeño de las redes de servicios de salud. El sistema de salud colombiano, caracterizado por alta fragmentación de los servicios, presenta problemas de coordinación entre niveles de atención que no han sido suficientemente estudiados, en particular sus cambios en redes públicas en diferentes períodos de tiempo. El objetivo es analizar los cambios en la experiencia y percepción de coordinación asistencial de médicos de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) de dos subredes públicas de servicios de salud en Bogotá en 2015 y 2017, antes y después de una intervención de reuniones conjuntas y de la reorganización del modelo de atención en salud en la ciudad.

*Metodología:* Comparación de dos estudios de corte transversal realizados en 2015 y 2017, mediante la aplicación del cuestionario COORDENA© a médicos de AP y AE en dos subredes públicas de servicios de salud de Bogotá. Participaron 725 médicos (2015: AP: 118, AE: 245; 2017: AP: 126, AE: 236). Las variables dependientes fueron las experiencias y percepción de coordinación asistencial. Como variables de ajuste se consideraron características demográficas de los profesionales, condiciones de empleo, factores organizacionales, actitud hacia el trabajo, factores de interacción y condiciones del sistema de salud. Se realizaron pruebas Chi-cuadrado para encontrar diferencias entre años en cada nivel de atención en las variables de ajuste. Para identificar cambios en la percepción de coordinación por tipo de médico entre años se calcularon razones de prevalencia a partir de modelos de regresión de Poisson con covarianza robusta ajustada.

*Resultados:* No hubo cambios relevantes en coordinación de información. En coordinación de gestión clínica, se destacan: reducción de repetición de pruebas, mayores recomendaciones al médico general por parte de los especialistas en AE y mejora del acuerdo en los tratamientos prescritos por el otro nivel en AP. Aumentó la percepción general de coordinación asistencial para 2017 en ambos grupos, aunque los porcentajes siguen siendo bajos.

*Conclusión:* Se observan cambios positivos en las experiencias y percepción de coordinación asistencial, pero aún existen limitaciones derivadas de la estructura del sistema y la atención, propias del modelo de competencia gestionada.

Palabras clave: Care coordination, Integrated health care, Quality of health care, Health services research, Colombia.

## **Introducción**

En América Latina, los sistemas de salud se enfrentan cotidianamente a problemas relacionados con la fragmentación de los servicios, lo cual genera ineficiencia e inequidad en la atención, dificultades para el acceso y deficiencias en la calidad del servicio (1,2). Estrategias como las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), adoptadas en diversos países de la región, han surgido como opción de mejora. (1,3). Las RISS son definidas como un conjunto articulado de organizaciones que prestan o gestionan servicios de salud equitativos e integrales a una población en un ámbito territorial establecido a través de distintos recursos humanos, físicos, técnicos y financieros (1,3). Colombia es uno de los países de la región que ha promovido su introducción (3).

En Colombia, la Ley 100 de 1993 (4), definió la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) compuesto por dos regímenes de aseguramiento: el contributivo para trabajadores formales y personas con acceso a recursos, y el subsidiado para quienes carecen de capacidad de pago. El sistema adoptó los principios del modelo de competencia gestionada, basado en un mercado para la gestión del aseguramiento de la salud, con la afiliación de la población a una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) (4,5,6) que ofrece el cubrimiento de prestaciones básicas contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (7). Cada EAPB, garantiza la prestación del POS, a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de naturaleza pública (Empresas Sociales del Estado-ESE) o privadas.

En Bogotá, capital del país, hasta 2015 existieron 22 ESE distribuidas en 4 territorios de la ciudad: Norte, Sur, Suroccidente y Centro-Oriente, que funcionaban de forma independiente y con autonomía administrativa. En el año 2016, de acuerdo con los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se introdujeron cambios en el modelo de atención basado en la reorganización de la Red Integrada de Servicios de Salud. En la actualidad existen 4 subredes distribuidas en la ciudad que funcionan como unidades administrativas integradas que prestan los

servicios en cada territorio (8,9). Las redes territoriales atienden de manera predominante a afiliados del régimen subsidiado. (10)

Uno de los conceptos claves para la estructuración de las RISS es la coordinación asistencial, definida como la “integración armoniosa de los diferentes servicios necesarios para proveer atención a un paciente a lo largo de un continuo asistencial con el fin de lograr un objetivo común sin conflictos” (11). Es uno de los resultados intermedios (junto a la continuidad asistencial y el acceso) descritos para evaluar el desempeño de las RISS que plantea como resultados finales: la equidad de acceso, la eficiencia y la calidad asistencial. Se reconocen dos tipos de coordinación entre niveles de atención: de información, referida a los datos clínicos de los pacientes con el fin de armonizar las actividades entre proveedores, en las dimensiones de transferencia y uso; y de gestión clínica, referida a la provisión de atención en forma secuencial y complementaria por los diferentes servicios y niveles, en las dimensiones de consistencia, seguimiento y accesibilidad. Se han descrito factores que la influyen como las características organizativas, de los profesionales y del sistema de salud (12).

Existen pocos estudios que aborden las experiencias y la percepción de profesionales sobre la coordinación asistencial. En Colombia, estudios previos han evidenciado una pobre percepción de coordinación asistencial entre niveles, e inadecuado funcionamiento de las redes a pesar de la introducción de estrategias de integración de los servicios (13). Así mismo, se ha reportado la necesidad de integrar sistemas de información clínica, mejorar la comunicación efectiva de los profesionales (14) y el acceso a los servicios de salud (14, 15). Se hace necesario fortalecer estos procesos, aunque se reconoce la importancia de los avances en pro de mejorar la coordinación asistencial entre los médicos de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) (16,17,18).

Este estudio hace parte de un macroproyecto de investigación que pretende evaluar la efectividad de una intervención de reuniones conjuntas en pro de mejorar la coordinación asistencial entre niveles de atención en 6 países latinoamericanos, incluido Colombia, cuyo contexto no ha sido suficientemente estudiado (12). Los estudios han identificado la importancia de las intervenciones enfocadas en la mejora de la colaboración entre profesionales de distintos niveles de atención, por lo que es necesario crear espacios que favorezcan la comunicación entre los mismos (12, 19). En el caso de Colombia, la intervención consistió en la implementación de dos estrategias: análisis de casos clínicos entre médicos generales y especialistas y educación médica continuada, teniendo en cuenta los principios de

la Investigación-Acción Participativa que buscan la identificación de necesidades y la valoración de los recursos y potencialidades de los actores involucrados para generar cambios, buscando una construcción conjunta del conocimiento reconociendo los saberes y experiencias de los médicos generales y eliminando las relaciones de poder centradas en el saber de los médicos especialistas (20). El objetivo es analizar los cambios en la experiencia y percepción de coordinación asistencial de médicos de AP y AE de dos subredes públicas de servicios de salud en Bogotá entre los años 2015 y 2017, antes y después tanto de la intervención de reuniones conjuntas como de la organización de la RISS en la ciudad y el consecuente cambio del modelo de atención en salud.

## **Metodología**

**Diseño del estudio:** Se realizó la comparación de los datos de dos estudios de corte transversal realizados en los años 2015 y 2017, mediante la aplicación del cuestionario COORDENA© a médicos de AP y AE en dos subredes públicas de servicios de salud de Bogotá, antes y después de una intervención de reuniones conjuntas y de la reorganización de la RISS en la ciudad que llevó a cambios en el modelo de atención en salud. Las subredes fueron seleccionadas de acuerdo con los siguientes criterios: a) interés de participar, b) provisión de servicios a una población definida (proveniente de estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo) y c) provisión de servicios de forma continua que incluyeran atención primaria y especializada. La población objeto proyectada para 2016 era de 582.614 personas en la subred-1 y 470.976 personas en la subred-2. Para el mismo año, la subred-1 contaba con 1127 cargos provisionados para la prestación de los servicios, de los cuales 825 correspondían al área asistencial y 302 a la administrativa. Por su parte, la subred-2 contaba con 849 cargos, 590 asistenciales y 259 administrativos (21). La intervención de reuniones conjuntas para el análisis de casos clínicos entre médicos generales y especialistas, además de la estrategia de educación médica continuada, fue implementada en la subred-1.

**Población de estudio y muestra:** La población de estudio estuvo compuesta por médicos de AP y AE, con vinculación laboral a las subredes de estudio de mínimo 3 meses, que tuvieran contacto con otros niveles de atención en su práctica diaria y que brindaran atención a pacientes con enfermedades crónicas. Se estimó un tamaño de muestra de 696 médicos (348 en cada período de tiempo) con el fin de asegurar la detección de una variación del 15% en la percepción de coordinación de la atención de los profesionales, basado en un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ) y

un poder del 80% ( $\beta=0,20$ ) en un contraste bilateral. Se asumió una proporción de máxima indeterminación ( $p=50\%$ ).

En total participaron 725 médicos (2015: AP: 118, AE: 245; 2017: AP: 126, AE: 236).

**Cuestionario:** Para el análisis de la coordinación asistencial entre niveles de atención se diseñó el cuestionario COORDENA©, que evalúa el grado de coordinación asistencial entre niveles de atención, los factores asociados y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, desde el punto de vista de los profesionales de los servicios de salud (13), el cual fue adaptado al lenguaje colombiano, sometido a un pre-test con médicos que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio (3 médicos generales, 2 médicos especialistas), y a una prueba piloto en dos centros de salud pertenecientes a otra subred diferente a las de estudio, de la ciudad de Bogotá y en un hospital de tercer nivel de otra entidad territorial. Se aplicaron 18 cuestionarios (8 médicos generales, 10 médicos especialistas). Para el estudio de 2017, se incluyó un apartado relacionado con la intervención y dos preguntas sobre utilización del teléfono y participación en la encuesta de 2015, se realizó un pretest con 3 médicos generales con el objetivo de evaluar los ajustes a esta versión del cuestionario.

El COORDENA© cuenta con 11 secciones descritas por Vázquez *et al.*, en 2017 (14). Este artículo se centra en la primera sección que aborda las experiencias y percepción de coordinación asistencial entre niveles. Además, se incluyeron ítems acerca de características demográficas, condiciones de empleo, factores organizacionales, actitud hacia el trabajo, factores de interacción y condiciones del sistema de salud.

**Recolección de datos y calidad:** Los datos se recolectaron mediante entrevistas personalizadas realizadas entre junio y agosto de 2015 (primera encuesta), y octubre de 2017 y enero de 2018 (segunda encuesta) por entrevistadores previamente capacitados. Para garantizar la coherencia y calidad de los datos, los entrevistadores fueron supervisados en su labor de campo, se revisaron todos los cuestionarios y posteriormente se realizó supervisión *in situ* o por llamada telefónica a más del 20% de los mismos. Las inconsistencias durante el ingreso de los datos fueron controladas con el método de doble digitación.

**Variables:** Las variables dependientes analizadas fueron los 14 ítems del apartado de experiencias y percepción de coordinación asistencial del cuestionario COORDENA©, conformado por: 3 ítems sobre experiencia de coordinación de la información, 10 ítems sobre experiencia de coordinación de la gestión clínica y 1 ítem que aborda la percepción general de coordinación asistencial. Los ítems fueron dicotomizados agrupando las opciones de respuesta originales en Sí (siempre/muchas veces) y No (a veces/pocas veces/nunca). Las variables de ajuste incorporadas fueron: a) características demográficas (sexo, edad), b) condiciones de empleo (subred, experiencia en el centro de trabajo, tipo de contrato, horas laboradas, trabajo adicional en servicios privados o particulares, pacientes atendidos por hora, c) factores organizacionales (el tiempo durante la consulta que puede dedicarle a la coordinación clínica es suficiente, los directivos de los centros de I nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y los especialistas, los directivos de los centros de II y III nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y los especialistas), d) actitud hacia el trabajo (satisfacción con el empleo, satisfacción con el salario, tiene previsto cambiar de empleo en los próximos 6 meses), e) factores de interacción (conoce personalmente a los médicos de los otros niveles, confianza en las habilidades de médicos de otros niveles; en la práctica, los médicos generales son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención) y f) condiciones del sistema de salud (las instituciones prestadoras de servicios de salud limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos; las aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos).

**Análisis:** Se realizaron análisis descriptivos para la caracterización de las variables demográficas, condiciones de empleo, factores organizacionales, actitud hacia el trabajo, factores de interacción y condiciones del sistema de salud, para los dos años, segmentando por nivel de atención. También se realizaron análisis bivariados con pruebas Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para encontrar las diferencias entre años para AP y AE. Para identificar cambios en la percepción de coordinación por tipo de médico entre años se calcularon razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza del 95% (IC-95%) mediante modelos de regresión de Poisson con covarianza robusta ajustado por sexo, edad, trabajo adicional en servicios privados o particulares, horas laboradas por semana, tipo de contrato, experiencia en el centro de trabajo y subred. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando STATA versión 14 y SPSS versión 24.

## **Consideraciones éticas:**

El macroproyecto al cual pertenece este estudio, fue desarrollado de acuerdo con legislación vigente en la Unión Europea y en el caso local de Colombia, así como de convenciones y declaraciones internacionales (Helsinki). Los comités de ética de los hospitales Pablo VI Bosa y Tunjuelito, así como de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario dieron su aprobación para llevar a cabo la investigación.

## **Resultados**

Para ambos niveles de atención y períodos de tiempo predominaron los hombres. En los médicos de AP hubo cambios significativos en la distribución de la edad para 2017 dados por la reducción en el porcentaje de médicos entre 23 a 35 años (53,8% vs. 33,3%); en tanto que, en la AE la distribución fue similar para los dos años y alrededor de la mitad de los médicos tenían entre 23 a 35 años. Para 2017, los médicos que llevaban trabajando más de 3 años en el mismo centro en AP, pasaron de un 35,6% a un 50,8%, en tanto que en AE se mantuvo alrededor del 42%. Los contratos a término fijo/indefinido aumentaron significativamente en AP para 2017 (43,2% vs. 56,3%), mientras que los de prestación de servicios representaron cerca del 80% en AE en ambos años. En los períodos analizados, más de la mitad de los médicos trabajaban más de 40 horas semanales tanto en AP (55,1% vs 61,9%) como en AE (56,3% vs 58,5%). La mayoría no complementaba su trabajo en servicios privados o particulares (AP: 67,5% vs 73,5%; AE: 61,9% vs 60,6%). En ambos niveles de atención, se presentó un aumento significativo de los médicos que ven 3 o menos pacientes por hora (AP: 82,2% vs. 95,2%,  $p=0,001$ ; AE: 45,5% vs. 58,1%,  $p=0,006$ ). En AE, aumentó significativamente la proporción de médicos que considera que el tiempo de consulta es suficiente para la coordinación clínica (19,6% vs 28,5%,  $p=0,022$ ). En los médicos de AE mejoró la percepción de que los directivos de los centros de I nivel facilitaron la coordinación entre médicos generales y especialistas con un aumento significativo para 2017 ( $p=0,001$ ); así mismo, tanto los médicos de AP como los de AE registraron un aumento significativo de la percepción de que los directivos de los centros de II y III nivel facilitaron la coordinación entre médicos generales y especialistas (AP  $p=0,015$ ; AE  $p=0,013$ ). (Tabla 1).

En ambos grupos para los dos años, alrededor del 80% de los médicos estaban satisfechos con su empleo, cerca del 50% estaban satisfechos con su salario y más del 70% no tenían previsto cambiar de empleo en los próximos 6 meses, sin cambios significativos en estos ítems. Para 2017, hubo un aumento significativo en AE en la experiencia de



conocer a los médicos de otros niveles (8,5% vs. 14,7%,  $p=0,049$ ). Respecto a la confianza en las habilidades de los médicos de otros niveles, se presentan mayores porcentajes en los médicos de AP (83,1% vs. 88,9%), en los médicos de AE pasó del 44,0% al 50,2%. Para los dos años, en AP, cerca del 70% considera que el médico general es el responsable del seguimiento; mientras que en AE, no supera el 50%. En las condiciones del sistema de salud, en AE se redujo significativamente la identificación de limitaciones impuestas por las aseguradoras ( $p=0,000$ ), en tanto que hubo un aumento significativo de quienes reportaron limitaciones impuestas por las instituciones ( $p=0,007$ ) (Tabla 2). El gráfico 1 muestra que las limitaciones impuestas por las aseguradoras en AP para 2017, disminuyeron en el ítem de citas médicas y aumentaron en exámenes, medicamentos y procedimientos, mientras que en AE, disminuyeron para los 4 ítems. Respecto a las limitaciones impuestas por las instituciones, en AP disminuyeron en los 4 ítems mientras que para los mismos hubo un aumento en AE.

### **Experiencias y percepción de coordinación**

Sobre la experiencia de coordinación de la información, el intercambio de información entre médicos generales y especialistas se mantuvo en ambos grupos para los dos años (AP: 20,3% vs.19,0%; AE: 55,1% vs 59,7%). Con relación a si la información intercambiada es necesaria, hubo un aumento significativo para 2017 en AP (53,8% vs 69,9%,  $RP=1,347$ ), y se mantuvo cerca del 77% en AE. Respecto a si los médicos generales y especialistas hacen uso de esta información, aumentó en AP (61,5% vs. 70,9%) sin cambios significativos y se mantuvo cerca del 85% en AE (Tabla 3).

En la experiencia de gestión clínica; para el apartado de consistencia en ambos niveles, si los médicos generales remiten los pacientes a los especialistas cuando es necesario se mantuvo superior al 96% en AP y al 70% en AE para ambos años. Si solicitan la repetición de exámenes disminuyó en ambos niveles para 2017, con cambios significativos en AE (41,6% vs. 34,0%,  $RP=0,777$ ). Si están de acuerdo con los tratamientos prescritos en otros niveles aumentó en ambos niveles para 2017, con cambios significativos en AP (62,7% vs. 81,0%,  $RP=1,235$ ) y si existen duplicaciones o contradicciones en los tratamientos prescritos disminuyó para los dos años, sin cambios significativos (Tabla 3).

Acerca de la experiencia en el seguimiento, si los especialistas remiten al paciente al médico general se mantuvo alrededor del 47% en AP y disminuyó en AE (28,0% vs. 21,4%), estos cambios no fueron significativos. Si después de la consulta con el especialista, el médico general realiza una consulta de seguimiento disminuyó en AP (63,6% vs. 49,2%) sin significancia estadística, y se mantuvo superior al 30% en AE. Si los especialistas hacen recomendaciones al médico general se mantuvo cerca al 14% en AP y aumentó significativamente en AE (50,2% vs. 59,6%, RP=1,199). Si los médicos generales consultan dudas a los especialistas aumentó en AP (19,7% vs. 26,4%) sin cambios significativos y se mantuvo cerca del 60% en AE (Tabla 3).

Respecto a la experiencia en accesibilidad, se indagó si cuando el paciente es remitido al especialista, espera mucho tiempo para la consulta. Este ítem disminuyó para ambos niveles de atención sin cambios significativos. Por otra parte, cuando el paciente solicita una cita con el médico general después de la consulta con el especialista, espera mucho tiempo; se mantuvo en AP cerca del 20% y disminuyó significativamente en AE (38,8% vs 27,1%, RP=0,719) (Tabla 3).

La percepción general sobre si la atención entre niveles está coordinada aumentó significativamente en ambos niveles, en AP pasó del 21,2% al 33,1% y en AE del 26,1% al 54,3%. El aumento fue más marcado en la AE (AP, RP=1,660; AE, RP=2,077) (Tabla 3).

## **Discusión**

El presente estudio ofrece un análisis comparativo de experiencias y percepción de coordinación asistencial en médicos de AP y AE de dos subredes públicas de Bogotá en dos períodos de tiempo, antes y después de la implementación de una estrategia de redes conjuntas en una de las subredes y del cambio de modelo de atención en salud en la ciudad por la reorganización de la RISS, en un contexto de alta fragmentación de los servicios de salud que no ha sido suficientemente estudiado. De los cambios en los factores relacionados con la coordinación asistencial, los resultados indican que si bien para 2015 en AP predominaron los médicos menores de 35 años, lo cual coincide con estimaciones previas hechas a nivel nacional (22), para 2017 aumentó el número de médicos mayores de 35 años que se encontraban desempeñando actividades asistenciales en AP en las redes de estudio. De acuerdo con otras investigaciones, a mayor edad del médico, mayor es su disponibilidad para utilizar los mecanismos de coordinación

y valorar la información clínica que es transmitida para la toma de decisiones (23). En las condiciones de empleo, se evidencia un aumento significativo de los médicos contratados a término fijo/indefinido para 2017 en AP, que concuerda con estudios previos realizados tanto a nivel de la ciudad como del país (24). Los médicos que ven 3 o menos pacientes por hora aumentaron en ambos grupos, siendo mayor el porcentaje en médicos de AP, lo que podría sugerir el cumplimiento de la normativa nacional establecida para la duración de la consulta médica en medicina general de acuerdo con lo establecido en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) (25).

Dentro de los factores organizativos, se presentó un leve aumento en el porcentaje de profesionales que están de acuerdo con que el tiempo de consulta es suficiente para la coordinación clínica en AE, lo cual puede deberse a los cambios previamente descritos en las condiciones de empleo, aunque el porcentaje de los médicos que están en desacuerdo sigue siendo elevado, posiblemente asociado a la apreciación de pobre articulación de distintos actores del sistema y la subsecuente generación de barreras para la atención (26). El aumento de los médicos que conocen a los profesionales de otros niveles en AE puede asociarse principalmente a la implementación de la estrategia de reuniones conjuntas adoptada en una de las redes y que tuvo como fin de favorecer espacios para mejorar la comunicación y colaboración entre niveles de atención (19). La mejora en la percepción del rol facilitador de los directivos de la AE indicaría la existencia de estructuras de gestión, liderazgos y objetivos distintos entre la atención primaria y la especializada, tal como acontece en otros contextos internacionales (27), y que en el caso de las redes, no han sido eficazmente abordados durante el proceso de reorganización distrital del sector salud a partir de 2016 (9). De igual manera, es posible que la percepción del médico general sea más crítica, al evidenciar mayores estrategias de control de atención que limitan su praxis profesional (28) y a restricciones en su práctica, propias de la delimitación de prestaciones por niveles asistenciales (29).

Como condiciones del sistema de salud, los resultados indican que, pese a la reducción en la percepción de limitaciones impuestas por las aseguradoras, continúa siendo alto el porcentaje de médicos que refieren la existencia de dichas restricciones. Estas percepciones, en un sistema de salud con un contexto de competencia gestionada como el colombiano, supone la falta de estrategias por parte de las autoridades de salud para frenar las medidas de control

de la atención, impuestas por las aseguradoras y que se traducen en el incremento de los trámites para el paciente, problemas para la autorización de los servicios y restricciones en el número de citas a las que puede acceder (28). De igual manera para el 2017, un mayor número de médicos reconocieron los límites impuestos por las instituciones prestadoras de servicios a la práctica médica. Estas restricciones, denotarían los impactos de un modelo de mercado sobre las instituciones prestadoras de servicios, que de igual manera se ven avocadas a establecer medidas de control de la atención, como alternativa para garantizar su sostenibilidad financiera (30) en detrimento de las necesidades de los pacientes (28) y de un seguimiento integral y continuo por parte de las redes a su respectiva población (31, 32).

Respecto a la coordinación de información, la falta de cambios entre años en la experiencia de los médicos de AP y AE evidencia, por una parte, la persistencia de fallas para la transferencia y uso de información clínica entre niveles asistenciales (23) a pesar de que se ha destacado la importancia de contar con sistemas eficientes que faciliten la transferencia y el uso de la información como parte de la integración de niveles asistenciales (33, 34, 35); y por otra, problemas en la implementación del sistema de información clínica compartida, establecido en las redes a partir de la reorganización del sector salud en Bogotá (36), lo que sugiere la existencia de posibles elementos organizativos - pobre gestión de soporte, inadecuado entrenamiento, falta de involucramiento y autonomía profesional- que obstaculizan la plena adopción y uso de estos sistemas electrónicos por parte de los profesionales sanitarios, tal como se han relacionado en estudios internacionales (37). Para 2017, en la Subred-1 estaba a la espera para implementar un Sistema Único de Información (38), mientras en la Subred-2 ya estaba iniciado el proceso de unificación de las historias clínicas para las áreas asistencial y administrativa, aunque con inconvenientes asociados a la resistencia al cambio institucional por parte de algunos colaboradores, y a las fallas propias de los medios tecnológicos (39).

Con relación a la coordinación de gestión clínica, los resultados denotan una experiencia favorable de los médicos de AE en aspectos relacionados con la consistencia y el seguimiento. Lo anterior, de acuerdo con otros estudios, estaría relacionado con un posible aumento en el nivel de confianza de los médicos de AE hacía los de AP, inducido ya sea por una mejor preparación o capacidad resolutoria del médico de AP, mejor trabajo en equipo y mayores vínculos interprofesionales, entre otros (40). Para el caso colombiano, estos resultados podrían asociarse a las distintas acciones instauradas por las redes, posteriores al año 2015, dirigidas a la mejora de la colaboración y la

estandarización de manejos asistenciales, que podrían impactar su efectividad. Dentro de estas acciones se destacan: a) la implementación de una estrategia de reuniones conjuntas entre médicos generales y especialistas en una de las redes para la capacitación médica continua y la revisión de casos clínicos (19); b) en la otra red, jornadas de divulgación y capacitación de guías de práctica clínicas compartidas; y c) en ambas redes, existió reorganización de algunos centros de salud favoreciendo la integración física tanto de médicos de AP como de AE (40, 41).

En AE, disminuyó de forma significativa la experiencia de repetición de exámenes que ya se han realizado en otros niveles de atención, lo cual puede deberse a las estrategias de mejora de la colaboración y la comunicación previamente descritas. Sin embargo, en algunos estudios se resalta la repetición de pruebas como resultado de la falta de comunicación interna y entre distintos niveles asistenciales, así como la falta de un plan de seguimiento estructurado para los pacientes (42, 43). La experiencia del acuerdo con los tratamientos prescritos por médicos de otros niveles de atención aumentó en AP, lo cual denotaría una mejora en su capacidad resolutoria y una mejor relación en la utilización de la AE como apoyo y complemento (44). En cuanto a los hallazgos de las recomendaciones dadas al médico general por parte de los especialistas acerca del diagnóstico, tratamiento y otras orientaciones para el seguimiento del paciente en AE, sus resultados mostraron un aumento en AE, pero no denotaron cambios importantes en AP, lo que refleja la limitada integración lograda en los servicios y la poca relevancia dada en la práctica a la AP en algunos escenarios (31). De otra parte, los tiempos de espera para una consulta médica general después de ver al especialista disminuyeron según la experiencia en AE, pero se mantiene en AP, lo cual llevaría a cuestionar si existe una aplicación idónea de la legislación anti-trámites en Colombia donde se establece que el tiempo de espera para la consulta médica general no puede ser superior a 3 días hábiles (45). Diversos estudios han caracterizado la existencia de múltiples barreras de acceso para la atención que se traducen en poca disponibilidad de agendas, tiempos de espera prolongado que conllevan a vencimiento de las órdenes de prestación de servicios y rutas de atención poco amigables con los pacientes (46). Lo que debe plantear que aunque hay mejoras a nivel de acuerdo, no las hay en la dimensión de la accesibilidad en términos de tiempos de espera.

Finalmente, pese a la mejora en la percepción general de coordinación por parte de los médicos de AE y AP, persiste un alto porcentaje de profesionales que consideran que en las redes analizadas los médicos generales y los especialistas no se colaboran o coordinan entre sí para proveer atención a los pacientes. Este aumento en la percepción

sugiere estar relacionada principalmente con los cambios evidenciados principalmente sobre la coordinación de la gestión clínica y en menor medida, por la transferencia y uso de la información entre niveles de atención, atribuido a los posibles avances en los procesos de articulación, al desarrollo de actividades conjuntas entre niveles de atención (47, 48) y a la intervención de las autoridades estatales y los sistemas de salud para estructurar políticas y reformas que favorezcan la ejecución de estrategias de integración (49). De igual manera, se han introducido mecanismos de coordinación administrativa por parte de la RISS en la ciudad, que si bien no hacen explícito en sus objetivos la mejora de la coordinación, pueden contribuir a afianzar la percepción de introducción de cambios por parte de los profesionales de la salud (20).

### **Limitaciones del estudio:**

La zona de estudio se encuentra en Bogotá, que al tratarse de una ciudad capital, tiene características que la diferencian del resto del país, especialmente de las zonas rurales apartadas. Las subredes de estudio pertenecen al sector público, existiendo una participación importante del sector privado en el aseguramiento en salud en la ciudad y el país. La información sobre coordinación asistencial y sus dimensiones está basada fundamentalmente en experiencias y percepción de los médicos de AP y AE, por lo que serían necesarias nuevas fuentes de información para estudios futuros.

### **Conclusión:**

Los resultados no muestran variación en las experiencias en cuanto a la transferencia y el uso de la información clínica. En cuanto a la coordinación de gestión clínica, se reitera la importancia de las intervenciones que se centran en optimizar la comunicación y colaboración entre médicos de AP y AE en pro de mejorar los seguimientos de los pacientes y obtener resultados clínicos satisfactorios que se evidencian en la disminución de la repetición de exámenes, mayor acuerdo en los tratamientos prescritos y la generación de recomendaciones clínicas de médicos especialistas a generales. Sin embargo, se reportan algunas dificultades de accesibilidad asociadas a la persistencia de barreras impuestas tanto por las aseguradoras como por los prestadores de servicios. Aunque se observan cambios positivos en cuanto a las experiencias y percepción de coordinación asistencial, aún existen limitaciones derivadas de la estructura del sistema y la atención, propias de la introducción de un modelo de competencia gestionada, por

lo que deben fortalecerse acciones sobre cada una de las dimensiones que permitan estructurar un adecuado modelo de RISS. Aunque la reorganización de la RISS en la ciudad fue un evento inesperado presentado durante el macroproyecto, el consecuente cambio en el modelo de atención en salud podría explicar, en su mayoría, los cambios que se presentan tanto en las experiencias y la percepción de coordinación asistencial como en las variables de ajuste.

## Bibliografía

1. PAHO (2010~~7~~). Las Redes Integradas de Servicios de Salud (~~Págs. 29-35~~). -La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N4. Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. (Washington DC). Págs. 29-35.
2. Ferrada, A. Méndez, C. (2013) Implementation of health care networks in Chile: perceptions of health professionals. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (24): 100-113.
3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación (Bogotá DC).
4. República de Colombia. Ley 100/1993 de diciembre 23, *por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Colombia: Diario Oficial; 1993.
5. Vargas-Lorenzo, I; Mogollón-Pérez, AS; Vázquez-Navarrete, ML. (2017). Las Redes Integradas de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Págs. 45-62). *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de Casos*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
6. Garcia-Subirats et al. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social Science & Medicine*, 106, 204-213.
7. República de Colombia. Ley Estatutaria 1751/2015 de febrero 16. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Colombia: Diario Oficial; 2015.
8. Secretaría de Salud de Bogotá D.C. Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020. Orientación estratégica del plan: Proyecto estratégico RISS. 185-188.
9. Concejo de Bogotá D.C. Acuerdo 641 de 2016. *Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones*. Registro distrital 5809 de 7 de abril de 2016.
10. República de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 429/2016, de febrero 17. *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*.
11. Longest, B.B., Young, G. (2000). Coordination and communication. In: Shortell, S.M., K. A (Eds.), *Health Care Management*. Delmar, New York, pp. 210e243.
12. Equity II LA (2014). The impact of alternative care integration strategies on health care networks' performance in different Latin American health systems. Research plan and analytical framework.
13. M-L. Vázquez et al (2017). Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine* 18210-e19.
14. Jones, C.D., Vu, M.B., O'Donnell, C.M. et al (2015). A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations. *J GEN INTERN MED* 30: 417.
15. Papp et al (2014): Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15:128.
16. Freitas Soares de Jesus, R., et al (2018). Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte, Brasil." *Interfase: Comunicação Saúde Educação*, vol. 22, no. 65, p. 423.
17. Tambo-Lizalde et al. (2016). Percepciones de pacientes y profesionales sobre la calidad de la atención a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria*, 48(2), 85-94.

18. Alonso-Moreno et al. (2016). Percepción de profesionales sobre los circuitos asistenciales del paciente hipertenso o diabético entre la atención primaria y atención especializada. *Endocrinología y Nutrición*, vol. 63, no. 1, págs. 4-12.
19. Thistlethwaite, J. E., Davies, D., Ekeocha, S., Kidd, J. M., MacDougall, C., Matthews, P., y Clay, D. (2012). The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Medical teacher*, 34(6), e421-e444.
20. Equity LA II. (2018) Final results on evaluation of interventions (intra-country analysis). 1.1. Evaluación de la efectividad de las intervenciones en relación con la coordinación y continuidad entre niveles de atención 1.1.1. Cambios en la coordinación entre niveles de atención en la red intervención y control: encuestas COORDENA-CO 2015 y 2017.
21. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2016). Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud. reorganización de la red pública de servicios de salud de Bogotá D.C.
22. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2012). Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
23. Vargas, I., García-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., Ferreira-de-Medeiros-Mendes, M., Eguiguren, P., Cisneros, A. I. y Vázquez, M. L. (2018). Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health policy and planning*, 33(4), 494-504.
24. Bohórquez Robayo, F. (2017). Estudio descriptivo de salarios de cargos administrativos y asistenciales 2017. Hospitalaria ACHC, Edición 116, Págs. 4-41.
25. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261/1994 de agosto 5. *Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
26. Aguilera et al. (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública - Rio de Janeiro*. 47(4): 1021-39.
27. Karam, M., Tricas-Sauras, S., Darras, E., y Macq, J. (2017). Interprofessional Collaboration between General Physicians and Emergency Department Teams in Belgium: A Qualitative Study. *International journal of integrated care*, 17(4).
28. Vargas et al.: Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Services Research* 2010 10:297.
29. León-Arce, HG; Mogollón-Pérez, AS; Vargas-Lorenzo, I (2017). La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales (Págs. 99-128). *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de Casos.* Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
30. Molina Marín, G., Vargas Jaramillo, J., Muñoz Echeverri, I. F., Acosta Gómez, J. J., Sarasti Vanegas, D., Higueta-Higueta, Y. y Londoño, B. E. (2010). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18).
31. Vargas et al. (2016). Barriers to healthcare coordination in marketbased and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*, 31, 736-748.
32. Rodríguez-Hernández et al. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 20(6), 1947-1958.
33. Daveson BA, Harding R, Shipman C, Mason BL, Epiphaniou E, et al. (2014) The Real-World Problem of Care Coordination: A Longitudinal Qualitative Study with Patients Living with Advanced Progressive Illness and Their Unpaid Caregivers. *PLoS ONE* 9(5): e95523.
34. Banfield et al (2013). Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. *BMC Family Practice*. 14:34.
35. Graetz et al (2014). The association between EHRs and care coordination varies by team cohesion. *HSR: Health Services Research* 49:1, 438-450.



36. Banco Distrital de Programas y Proyectos Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital. Secretaría Distrital de Planeación - Subsecretaría de Planeación de la Inversión / DPSI Fecha de impresión:03-NOV-2018 12:19. Reporte: sp\_informacion\_py\_v03.rdf (20161111) Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo – SEGPLAN. Ficha de Estadística Básica de Inversión Distrital EBI-D.
37. Abdekhoda, M., Ahmadi, M., Gohari, M., y Noruzi, A. (2015). The effects of organizational contextual factors on physicians' attitude toward adoption of Electronic Medical Records. *Journal of biomedical informatics*, 53, 174-179.
38. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud (2017). Acta de informe de gestión. Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. (06-04-2016 a 06-04-2017).
39. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud (2016). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Informe de rendición de cuentas, sector salud. 12-10-2016.
40. Hustoft, M., Hetlevik, Ø., Aßmus, J., Størkson, S., Gjesdal, S., y Biringer, E. (2018). Communication and Relational Ties in Inter-Professional Teams in Norwegian Specialized Health Care: A Multicentre Study of Relational Coordination. *International Journal of Integrated Care*, 18.
41. Cook, D. A., Sorensen, K. J., y Wilkinson, J. M. (2014). Value and process of curbside consultations in clinical practice: a grounded theory study. In *Mayo Clinic Proceedings*, 89(5): pp. 602-614.
42. León-Ramentol et al (2015). Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. *MEDISAN*, 19(11):1300.
43. Reid et al (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare.
44. Garrido-Elustondo et al. (2009). Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev. Calid. Asist.* 2009; 24(6): 263–271.
45. Ojeda Feo JJ et al (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada. *Rev. Adm Sanit.*;4(2):357-82.
46. República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 19/2012, de enero 10. *Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.*
47. Velez Lapão et al (2017). The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 22(3):713-723.
48. Provost et al (2017). Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada Vol 37, No 4, April 2017 Research, Policy and Practice-* 105-113.
49. Panda et al (2016). Does decentralization influence efficiency of health units? A study of opinion and perception of health workers in Odisha. *BMC Health Services Research*, 16(Suppl. 6):550. 31-41.

Tabla 1. Características demográficas, condiciones de empleo y factores organizacionales.

	2015 (n=118)	AP 2017 (n=126)	p	2015 (n=245)	AE 2017 (n=236)	p
<i>Características demográficas</i>						
<b>Sexo</b>			0,405			0,788
Hombre	64 (54,2%)	75 (59,5%)		173 (70,6%)	164 (69,5%)	
Mujer	54 (45,8%)	51 (40,5%)		72 (29,4%)	72 (30,5%)	
<b>Edad</b>			0,004			0,579
23-35 años	63 (53,8%)	42 (33,3%)		124 (50,8%)	120 (50,9%)	
36-50 años	20 (17,1%)	36 (28,6%)		75 (30,7%)	80 (33,9%)	
51-77 años	34 (29,1%)	48 (38,1%)		45 (18,5%)	36 (15,2%)	
<i>Condiciones de empleo</i>						
<b>Subred</b>			0,183			0,361
Subred-1	66 (55,9%)	81 (64,3%)		115 (46,9%)	101 (42,8%)	
Subred-2	52 (44,1%)	45 (35,7%)		130 (53,1%)	135 (57,2%)	
<b>Experiencia en el centro de trabajo</b>			0,056			0,396
Hasta 1 año	48 (40,7%)	40 (31,7%)		72 (29,4%)	80 (33,9%)	
De 1 a 3 años	28 (23,7%)	22 (17,5%)		70 (28,6%)	56 (23,7%)	
Mayor a 3 años	42 (35,6%)	64 (50,8%)		103 (42,0%)	100 (42,4%)	
<b>Tipo de contrato</b>			0,040			0,451
Fijo/indefinido	51 (43,2%)	71 (56,3%)		49 (20,6%)	39 (17,8%)	
Prestación de servicios	67 (56,8%)	55 (43,7%)		189 (79,4%)	180 (82,2%)	
<b>Horas laboradas por semana</b>			0,280			0,634
Hasta 40 horas	53 (44,9%)	48 (38,1%)		107 (43,7%)	98 (41,5%)	
Más de 40 horas	65 (55,1%)	78 (61,9%)		138 (56,3%)	138 (58,5%)	
<b>Trabajo adicional en servicios privados o particulares</b>			0,349			0,771
Sí	38 (32,5%)	34 (27,0%)		93 (38,1%)	93 (39,4%)	
No	79 (67,5%)	92 (73,0%)		151 (61,9%)	143 (60,6%)	
<b>Pacientes atendidos por hora</b>			0,001			0,006
3 o menos	97 (82,2%)	120 (95,2%)		110 (45,5%)	137 (58,1%)	
Más de 3	21 (17,8%)	6 (4,8%)		132 (54,5%)	99 (41,9%)	
<i>Factores organizacionales</i>						

<b>El tiempo durante la consulta que puede dedicarle a la coordinación clínica es suficiente</b>			0,556		0,022
Sí	13 (11,0%)	17 (13,5%)		48 (19,6%)	67 (28,5%)
No	105 (89,0%)	109 (86,5%)		197 (80,4%)	168 (71,5%)
<b>Los directivos de los centros de I nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y los especialistas <sup>a</sup></b>			0,086		0,001
Sí	20 (17,2%)	33 (26,4%)		33 (16,7%)	62 (31,2%)
No	96 (82,8%)	92 (73,6%)		165 (83,3%)	137 (68,8%)
<b>Los directivos de los centros de II y III nivel facilitan la coordinación entre los médicos generales y los especialistas <sup>b</sup></b>			0,015		0,013
Sí	6 (5,6%)	18 (15,8%)		52 (24,0%)	76 (34,9%)
No	101 (94,4%)	96 (84,2%)		165 (76,0%)	142 (65,1%)

*Datos perdidos (se reportan los superiores al 10%):*

**a.** 19,2% para AE en 2015. 15,7% para AE en 2017.

**b.** 11,4% para AE en 2015.

Tabla 2. Actitud hacia el trabajo, factores de interacción y condiciones del sistema de salud.

	<b>2015 (n=118)</b>	<b>AP 2017 (n=126)</b>	<b>p</b>	<b>2015 (n=245)</b>	<b>AE 2017 (n=236)</b>	<b>p</b>
<i>Actitud hacia el trabajo</i>						
<b>Satisfacción con el empleo</b>			0,061			0,874
Sí	104 (88,9%)	101 (80,2%)		206 (84,4%)	198 (83,9%)	
No	13 (11,1%)	25 (19,8%)		38 (15,6%)	38 (16,1%)	
<b>Satisfacción con el salario</b>			0,254			0,281
Sí	56 (47,4%)	69 (54,8%)		108 (44,4%)	116 (49,4%)	
No	62 (52,6%)	57 (45,2%)		135 (55,6%)	119 (50,6%)	
<b>Tiene previsto cambiar de empleo en los próximos 6 meses</b>			0,119			0,589
Sí	30 (25,9%)	22 (17,6%)		35 (14,5%)	30 (12,8%)	
No	86 (74,1%)	103 (82,4%)		206 (85,5%)	204 (87,2%)	
<i>Factores de interacción</i>						
<b>Conoce personalmente a los médicos de los otros niveles <sup>a</sup></b>			0,186			0,049
Sí	9 (9,1%)	18 (15,0%)		17 (8,5%)	33 (14,7%)	
No	90 (90,9%)	102 (85,0%)		182 (91,5%)	191 (85,3%)	
<b>Confianza en las habilidades clínicas de los médicos de los otros niveles</b>			0,188			0,175
Sí	98 (83,1%)	112 (88,9%)		106 (44,0%)	116 (50,2%)	
No	20 (16,9%)	14 (11,1%)		135 (56,0%)	115 (49,8%)	
<b>En la práctica, los médicos generales son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención</b>			0,845			0,338
Sí	82 (69,5%)	89 (70,6%)		107 (45,3%)	95 (40,9%)	
No	36 (30,5%)	37 (29,4%)		129 (54,7%)	137 (59,1%)	
<i>Condiciones del sistema de salud</i>						
<b>Las aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos</b>			0,645			0,000
Sí	99 (88,4%)	108 (86,4%)		217 (91,9%)	175 (75,4%)	

No	13 (11,6%)	17 (13,6%)	19 (8,1%)	57 (24,6%)
<b>Las instituciones prestadoras de servicios de salud limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos</b>		0,762		0,007
Sí	22 (19,0%)	22 (17,5%)	19 (7,9%)	37 (15,9%)
No	94 (81,0%)	104 (82,5%)	221 (92,1%)	196 (84,1%)
<i>Datos perdidos (se reportan los superiores al 10%):</i>				
<b>a.</b> 16,1% para AP en 2015. 18,7% para AE en 2015.				

Gráfico 1. Limitaciones impuestas por aseguradores e instituciones, por categoría (citas médicas, exámenes, medicamentos y procedimientos) representadas por porcentajes.

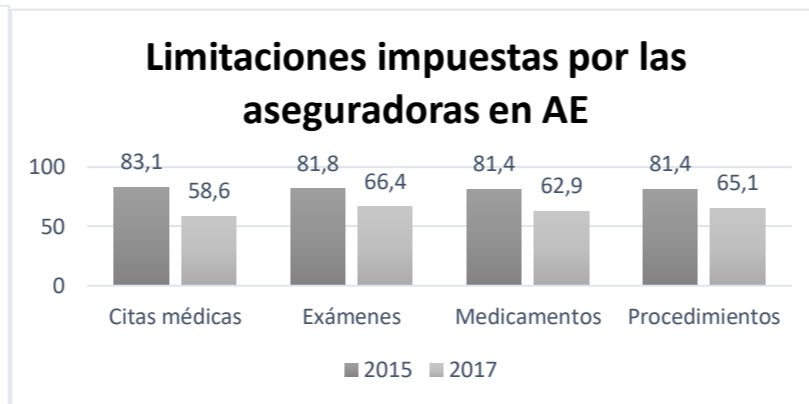
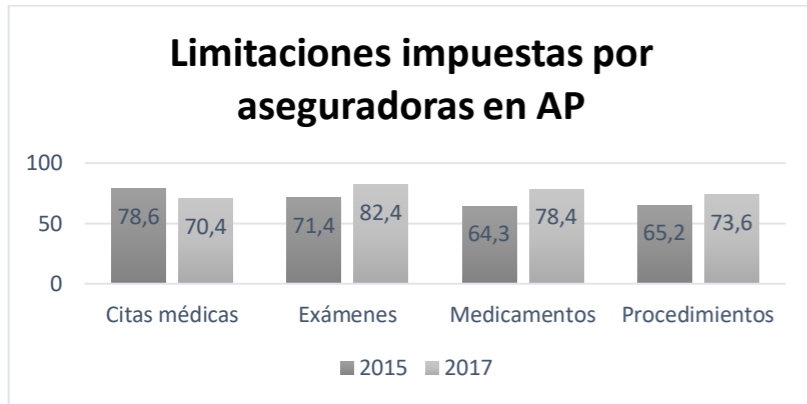


Tabla 3. Experiencias y percepción de coordinación asistencial.

	AP				AE			
	2015	2017	RP	IC-95%	2015	2017	RP	IC-95%
	(n=118)	(n=126)			(n=245)	(n=236)		
<b>Experiencia de la coordinación de la información</b>								
Los médicos generales y los especialistas intercambian información clínica de los pacientes que atienden.	24 (20,3%)	24 (19,0%)	1,070	(0,636-1,802)	135 (55,1%)	141 (59,7%)	1,111	(0,956-1,292)
	<b>(n=91)</b>	<b>(n=103)</b>			<b>(n=225)</b>	<b>(n=227)</b>		
Esta información es la necesaria para la atención a los pacientes.	49 (53,8 %)	72 (69,9%)	<b>1,347</b>	<b>(1,062-1,709)</b>	175 (77,8%)	173 (76,2%)	1,003	(0,906-1,109)
Los médicos generales y los especialistas tienen en cuenta la información que intercambian para la atención de los pacientes	56 (61,5%)	73 (70,9%)	1,168	(0,951-1,435)	191 (84,9%)	193 (85,4%)	1,020	(0,945-1,102)
	<b>(n=118)</b>	<b>(n=126)</b>			<b>(n=245)</b>	<b>(n=236)</b>		
<b>Experiencia de la coordinación de la gestión clínica (consistencia)</b>								
Los médicos generales remiten los pacientes a los especialistas cuando es necesario.	114 (96,6%)	122 (96,8%)	0,999	(0,948-1,053)	180 (74,1%)	167 (71,1%)	0,984	(0,886-1,094)
Los médicos solicitan la repetición de exámenes que ya se han realizado en otros niveles de atención.	18 (15,3%)	10 (8,0%)	0,604	(0,284-1,287)	102 (41,6%)	80 (34,0%)	<b>0,777</b>	<b>(0,609-0,991)</b>
Los médicos están de acuerdo con los tratamientos prescritos o indicados por médicos de otros niveles de atención.	74 (62,7%)	102 (81,0%)	<b>1,235</b>	<b>(1,050-1,452)</b>	81 (33,1%)	91 (38,6%)	1,191	(0,935-1,518)

Existen contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos que prescriben médicos generales y especialistas.	29 (24,8%)	22 (17,6%)	0,802 (0,494-1,302)	63 (25,9%)	47 (19,9%)	0,707 (0,493-1,014)
<b>Experiencia de la coordinación de la gestión clínica (seguimiento)</b>						
Los especialistas remiten a los pacientes al médico general para su seguimiento.	57 (48,7%)	59 (46,8%)	1,020 (0,784-1,327)	67 (28,0%)	50 (21,4%)	0,743 (0,535-1,032)
Después de ser atendido por el especialista, el médico general realiza una consulta de seguimiento con el paciente.	75 (63,6%)	62 (49,2%)	0,804 (0,636-1,015)	68 (30,5%)	72 (33,8%)	1,067 (0,809-1,408)
Los especialistas hacen recomendaciones al médico general acerca del diagnóstico, tratamiento y otras orientaciones para el seguimiento del paciente.	18 (15,3%)	17 (13,5%)	0,953 (0,511-1,776)	122 (50,2%)	140 (59,6%)	<b>1,199 (1,020-1,410)</b>
Los médicos generales consultan a los especialistas las dudas que tienen sobre el seguimiento del paciente.	23 (19,7%)	33 (26,4%)	1,537 (0,961-2,459)	146 (59,8%)	144 (61,5%)	1,058 (0,921-1,216)
<b>Experiencia de la coordinación de la gestión clínica (accesibilidad)</b>						
Cuando el paciente es remitido al especialista, espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.	108 (93,1%)	109 (87,2%)	0,946 (0,871-1,027)	174 (75,7%)	151 (67,7%)	0,911 (0,809-1,027)
Después de la consulta con el especialista, cuando el paciente solicita una cita con el médico general, espera mucho tiempo hasta el día de la consulta. <sup>a</sup>	24 (20,5%)	23 (18,4%)	0,970 (0,555-1,695)	73 (38,8%)	52 (27,1%)	<b>0,719 (0,535-0,967)</b>
<b>Percepción general sobre la coordinación entre niveles de atención</b>						



La atención proporcionada por los médicos generales y los especialistas en la subred está coordinada.

25 (21,2%) 41 (33,1%) **1,660 (1,063-2,592)** 63 (26,1%) 126 (54,3%) **2,077 (1,629-2,647)**

*Se presentan los n y % de las categorías siempre+muchas veces.*

*Datos perdidos (se reportan los superiores al 10%):*

**a.** 23,3% para AE en 2015. 18,6% para AE en 2017.