

PERCEPCIÓN DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y
SUS FACTORES ASOCIADOS EN DOS REDES PÚBLICAS DE
SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ, 2015.

ANDRÉS DANIEL GALLEGO ARDILA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
BOGOTÁ D.C.
2018

PERCEPCIÓN DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y
SUS FACTORES ASOCIADOS EN DOS REDES PÚBLICAS DE
SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ, 2015.

ANDRÉS DANIEL GALLEGO ARDILA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
EN EPIDEMIOLOGÍA

ASESORES

PHD. MD. ÁNGELA MARÍA PINZÓN RONDÓN

PHD. FT. AMPARO SUSANA MOGOLLÓN PÉREZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

BOGOTÁ D.C.

2018

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por el investigador en el trabajo; solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo, en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Dedico esta tesis a mis padres Clara Inés y Jaider Alberto, por el inmenso amor que es mutuo, a quienes les debo la persona que soy y son el motivo de mis sueños y metas; a mi hermano, Julián Camilo porque a pesar de las diferencias, representa mucho en mi vida y siempre lo llevo muy presente en mi corazón; a mi abuela, Ana Delia porque siempre con su amor incondicional me ha apoyado; a mi tío José Alexander, por brindarme su apoyo y confiar siempre en mí; a mi novia, Lina Alexandra por su amor, confianza y soporte. Que los frutos de este esfuerzo los pueda compartir con todos ustedes. Finalmente, a mis amigos/as que hicieron de este tiempo de maestría más agradable.

AGRADECIMIENTOS

Haber culminado este proceso de formación en maestría con la realización de esta tesis ha significado para mi uno de mis mayores logros en el ámbito académico y profesional. Más allá de la adquisición del conocimiento, las habilidades y las competencias, le agradezco a la vida por la oportunidad de permitirme seguir alcanzando metas, así como de conocer y compartir con gente valiosa que contribuyó de alguna forma en este proceso de formación. Por tanto, es mi deseo expresar la gratitud a todas las personas que colaboraron en el desarrollo de esta investigación. Mi especial reconocimiento es:

A Amparo Susana Mogollón Pérez, mi codirectora de tesis, a quien le tengo un inmenso afecto, porque representa una de las personas más influyentes en mi vida académica y laboral, contribuyendo desde un principio en mi formación como fisioterapeuta y ahora como epidemiólogo. Así mismo, por valorar y reconocer mis aptitudes y permitirme ser parte de su maravilloso equipo de trabajo. Le reconozco su exigencia, rigurosidad académica, sus valores éticos y morales, y la pasión por el trabajo que le caracterizan, y que ha logrado transmitirme a lo largo de todos estos años. Mil gracias por tu valiosa amistad, por el acompañamiento, la paciencia, la dedicación y el apoyo en la codirección de mi tesis, que se reflejan en la solidez conceptual y metodológica de este trabajo.

A Ángela María Pinzón Rondón, mi directora de tesis, por su acompañamiento y orientación que permitieron la alta calidad metodológica de este trabajo. Mis agradecimientos Ángela por todas las enseñanzas, la dedicación y la rigurosidad. De igual forma, por haberme brindado la oportunidad de aprender de tu gran experiencia en la investigación cuantitativa en el campo de la salud pública.

A mis compañeras, asistentes de investigación del proyecto Equity LA II: Heisel León, Carol Cardozo, Laura Bejarano y Josefina Chávez; a quienes les destacó la rigurosidad y el esfuerzo, que permitió que el trabajo de campo para las encuestas y los datos obtenidos fueron de la mayor calidad. A todas mis más sinceros reconocimientos y profundo afecto, porque estos años de trabajo han logrado consolidar una fuerte amistad. En especial, agradecer a Carol Cardozo, quien siempre estuvo dispuesta a explicarme temas complejos de estadística me apoyó en todos los análisis necesarios para esta tesis. Sus aportes se reflejan en la solidez metodológica y resultados de esta investigación.

A la doctora María Luisa Vázquez del Consorcio de Salud y Social de Cataluña, Directora General e investigadora principal del proyecto Equity LA

II y la Dra. Ingrid Vargas, investigadora principal del Proyecto Equity LA II también del Consorcio de Salud y Social de Cataluña, por el asesoramiento temático y metodológico.

Al Séptimo Programa Marco (FP7) de la Comisión Europea y su proyecto EQUITY LA II, por brindarme la oportunidad de pertenecer a un proyecto con ese nivel envergadura y de importancia para el análisis de la coordinación y continuidad asistencial en redes de servicios de salud en Latinoamérica. Mi participación en el proyecto, inicialmente como pasante de investigación del programa de fisioterapia, luego como asistente de investigación contratado y tesista de la maestría en epidemiología, se ha constituido en un derrotero para continuar por el camino de la investigación y la docencia.

Finalmente, un agradecimiento a las instituciones que permitieron el desarrollo de esta investigación, así como a los médicos que aceptaron participar en el estudio.

CONTENIDO

Resumen	10
1. Formulación del problema	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Justificación	16
1.3. Preguntas de investigación.....	18
2. Marco teórico.....	19
2.1. El sistema de salud colombiano	19
2.2. La coordinación entre niveles de atención.....	22
2.2.1. Tipos y dimensiones de la coordinación entre niveles de atención	22
2.3. Los factores que se relacionan con la coordinación entre niveles de atención	24
3. Hipótesis.....	26
4. Objetivos	27
4.1. Objetivos generales	27
4.2. Objetivos específicos	27
5. Diseño metodológico	28
5.1. Enfoque metodológico de la investigación.....	28
5.2. Tipo de estudio	28
5.3. Diseño muestral	28
5.4. Población de referencia	28
5.5. Criterios de inclusión.....	29
5.6. Criterios de exclusión.....	29
5.7. Tamaño de la muestra	29
5.8. Selección de las redes de estudio	30
5.9. Selección de los centros	30
5.10. Selección de la muestra de profesionales	31
5.11. Descripción de variables.....	31
5.12. Diagrama de variables	33
5.13. Instrumento de recolección de información	34

5.14. Trabajo de campo y control de calidad de los datos	35
5.15. Control de errores y sesgos	36
5.16. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	37
5.17. Plan de divulgación de los resultados.....	41
6. Consideraciones éticas	42
7. Resultados	43
7.1. Características de la muestra	43
7.2. Percepción de coordinación de la información y de gestión clínica entre niveles de atención.....	45
7.3. Percepción general de coordinación entre niveles y factores asociados	47
8. Discusión.....	50
8.1. Dificultades para la transferencia de información clínica, la coherencia de la atención, el seguimiento del paciente y la accesibilidad entre niveles de atención	50
8.2. Los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales asociados a la percepción de coordinación entre niveles de atención	52
8.3. Limitaciones del estudio.....	55
9. Conclusiones.....	57
10. Recomendaciones	58
10.1. Recomendaciones para el sistema de salud	58
10.2. Recomendaciones para las redes de servicios de salud	60
10.3. Recomendaciones para la investigación.....	61
11. Bibliografía	63
Anexos.....	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Posibles errores y sesgos y estrategias para su control.	36
Tabla 2. Análisis de los datos	38
Tabla 3. Estadísticos de resumen de las variables independientes.....	44
Tabla 4. Percepción de coordinación de información y gestión clínica entre niveles de atención, por redes de estudio.....	46
Tabla 5. Factores asociados a la alta percepción de coordinación entre niveles de atención	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Definición, tipos y dimensiones de la coordinación clínica entre niveles de atención.	23
Gráfico 2. Diagrama de variables sobre los tipos, dimensiones e ítems evaluados de la coordinación entre niveles de atención.....	33
Gráfico 3. Diagrama de variables sobre los factores relacionados con la percepción de coordinación general entre niveles de atención.	34
Gráfico 4. Percepción general de coordinación entre niveles de atención por red.....	48

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formulario de consentimiento	72
Anexo B. Tabla de Variables.....	74
Anexo C. Presentación de resultados en seminarios académicos.....	79

RESUMEN

Introducción: La coordinación asistencial entre niveles de atención es una prioridad para los sistemas de salud. Esta representa un objetivo intermedio de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para alcanzar calidad y eficiencia de la atención. En Colombia ha sido poco estudiada. El objetivo es analizar la percepción de médicos con relación a la coordinación entre niveles de atención y sus factores asociados en dos RISS públicas de Bogotá.

Métodos: Estudio transversal con aplicación del cuestionario COORDENA-CO a una muestra de 363 médicos de los distintos niveles asistenciales (I, II y III nivel) pertenecientes a las redes de estudio (Red-1=181; Red-2=182). Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística multivariadas para analizar los factores asociados a la percepción de coordinación entre niveles.

Resultados: Los médicos percibieron una limitada coordinación entre niveles de atención, principalmente para la transferencia de información (Red-1=39.2%; Red-2=48.4%), la coherencia de la atención (“Acuerdo”: Red-1=40.9%; Red-2=44.5%), el seguimiento del paciente entre niveles (“Especialistas hacen recomendaciones”: Red-1=32.8%; Red-2=44.8%) y el acceso a la atención especializada (Red-1=14.1%; Red-2=22.7%). Los factores asociados a una buena percepción de coordinación fueron: ser mujer (95%CI=1.28-1.70), ser mayor de 50 años (95%CI=1.13-2.46), ser especialista (95%CI=1.31-2.70), tener experiencia en el centro inferior a un año (95%CI=1.10-4.30), trabajar menos de 20 horas en el centro (95%CI=2.43-2.86), ser de la Red-1 (95%CI=1.00-1.38), disponer de tiempo para realizar tareas de coordinación (95%CI=1.34-1.96), estar satisfecho con el trabajo (95%CI=1.97-3.35) y no identificar limitaciones impuestas por las aseguradoras (95%CI=1.09-2.67).

Conclusiones y recomendaciones: Se evidenciaron fallas percibidas sobre los distintos tipos y dimensiones de la coordinación entre niveles de atención. Se requieren intervenciones en aspectos como condiciones de empleo, tiempos suficientes para la atención y control de los límites impuestos por las aseguradoras, dada su influencia sobre la coordinación entre niveles de atención.

Palabras claves: Coordinación asistencial, niveles de atención de salud, redes de servicios de salud, estudio transversal, Colombia

ABSTRACT

Background: The coordination across healthcare levels has become a priority for many healthcare systems. This care coordination represents an intermediate aim for Integrated Healthcare Networks (IHNs) to find quality and efficiency in the provision of services. In Colombia it has been little studied. The aim is to analyze the experience of doctors related to healthcare coordination across levels of care and its related factors in two public IHNs in Bogotá.

Methods: A cross-sectional study was carried out applying the COORDENA-CO questionnaire to a sample of 363 primary and secondary care doctors who worked in the study networks (Network-1=181; Network -2=182). Descriptive analyses were conducted, and a multivariate logistic regression model was generated to assess the relationship between general perception of care coordination and associated factors.

Results: Doctors perceived a limited care coordination, mainly in the transfer of information (Network-1=39.2%; Network-2=48.4%), care coherence (“Agreement”: Network-1=40.9%; Network-2=44.5%), follow-up of patients across levels (“Specialists recommend to primary care physicians”: Network-1=32.8%; Network-2=44.8%) and access to secondary care (Network-1=14.1%; Network-2=22.7%). Factors associated with a better general perception of coordination were: being a woman (95%CI=1.28-1.70), being older than 50 years old (95%CI=1.13-2.46), being a secondary care doctor (95%CI=1.31-2.70), having an experience lower than a year (95%CI=1.10-4.30), working lesser than 20 hours (95%CI=2.43-2.86), being of the Network-1 (95%CI=1.00-1.38), considering that there is enough time for coordination within consultation hours (95%CI=1.34-1.96), having job satisfaction (95%CI=1.97-3.35), and recognizing that insurers do not limit clinical practice (95%CI=1.09-2.67).

Conclusion and recommendations: There are fails perceived in the different types and dimensions of coordination across levels of care. It requires strategies oriented in aspects such as employment conditions, enough time for consultation and control of insurer’s barriers, due to their influence over care coordination across levels.

Key words: Care coordination, health care levels, Integrated Healthcare Networks, cross-sectional study, Colombia

LISTA DE ABREVIATURAS

ADRES: Entidad Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SDS: Secretaría Distrital de Salud

Supersalud: Superintendencia Nacional de Salud

E.S.E: Empresa Social del Estado

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

EPS: Entidades Promotoras de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

REPSS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La fragmentación de los servicios de salud es un problema que tiene amplias repercusiones a nivel social, político y económico, puesto que se relaciona con dificultades para el acceso a los servicios, la calidad de la atención y el uso eficiente de los recursos (1–3). Esta fragmentación puede entenderse como la falta de coordinación para la toma de decisiones unificadas entre los múltiples proveedores/ profesionales de salud involucrados en el manejo clínico del paciente ya sea durante un episodio de atención o un continuo de prestaciones (4). El problema de la fragmentación se presenta incluso en sistemas de salud de países de alta renta, ubicados en Europa occidental y Norte América. No obstante, en países de mediana y baja renta, la situación es más compleja, tal como sucede en Colombia (5–7).

En Colombia, a partir de los años 90 se introdujeron reformas al sistema de salud con el objetivo de favorecer la mejora en la cobertura de los servicios y en la calidad de la atención pero sobre todo, en el control de su eficiencia. Estas reformas que se sustentaron en principios de mercado, favorecieron la descentralización de las funciones del Estado y la competencia gestionada, en lugar de la integración y la coordinación entre los prestadores de servicios de primer nivel con los especializados (II y III nivel), lo que propició la fragmentación y la segmentación de la atención (5,6).

En el sistema de salud colombiano, la fragmentación de los servicios de salud se ha reflejado, entre otros aspectos, en la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención. La coordinación se ha entendido como la concertación de las actividades necesarias para proveer atención a los pacientes a través de un continuo de prestaciones siguiendo objetivos comunes y sin conflictos (8,9). Las fallas en la coordinación asistencial impactan la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios, puesto que se producen discontinuidades en la atención del paciente, duplicación innecesaria de servicios o infraestructuras, bajo uso de la capacidad productiva y provisión de la atención en el lugar menos apropiado, entre otros aspectos (5,7).

Como esfuerzos para la mejora de la integración y la calidad de la atención, se resalta el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y la configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (6,10). No obstante, en las

RISS colombianas, se han encontrado fallas en la coordinación entre niveles de atención (11–15).

En las RISS, el trabajo desarticulado entre las instituciones de distintos niveles de complejidad se refleja en la poca transferencia y utilización de información clínica de los pacientes, así como la existencia de desacuerdos en los manejos, contradicciones entre profesionales, repeticiones indebidas de pruebas, derivaciones inapropiadas y poco seguimiento del paciente cuando éste transita entre los distintos niveles de complejidad (11,12,16–18). Esta situación adquiere relevancia frente a la atención de la población que requiere de un continuo de prestaciones, como aquellos que presentan enfermedades crónicas, degenerativas y pluripatológicos, en quienes una atención coordinada entre los distintos niveles de complejidad supone mejores resultados clínicos (11–13).

Algunos factores se han relacionado con las fallas en la coordinación entre niveles de atención en redes colombianas. Algunos estudios, la mayoría de ellos utilizando métodos de investigación cualitativa, destacan elementos relacionados con el sistema de salud, la organización de las redes y las características de los profesionales (18,19).

Como elementos del sistema de salud colombiano, se señala que el énfasis en la competencia, la compra fragmentada de servicios, la existencia de estrategias de control de la atención, entre otros; se relacionan con la dificultad para establecer comunicación y una atención coordinada entre niveles asistenciales (19). Por otra parte, como elementos atribuidos a la organización de las redes y de los profesionales, se señala la manera como las condiciones de precariedad y flexibilización laboral, la insatisfacción laboral, la desconfianza y subvaloración del rol del profesional del primer nivel impactan negativamente la colaboración entre los niveles de atención (12,18–20).

El problema de la fragmentación de los servicios de salud estimula a profundizar en el estudio de la coordinación entre niveles de atención, y en particular adoptar enfoques de investigación cuantitativa que permitan reconocer la existencia de asociaciones estadísticas entre los factores descritos (del sistema de salud, de la organización de las RISS, y de los profesionales) y la coordinación asistencial. Así mismo, es imperativo identificar la perspectiva de los sujetos directamente involucrados en la atención de los pacientes, como lo constituyen los médicos del primer nivel y los niveles especializados y, de manera particular analizar la coordinación

entre niveles en RISS públicas puesto que son las que tienen los mayores desarrollos normativos en el país (10).

1.2. Justificación

La coordinación de la atención se constituye en uno de los objetivos intermedios de las redes integradas de servicios de salud, que contribuye al cumplimiento de sus objetivos finales: la mejora de la calidad de la atención y la eficiencia (21). La coordinación asistencial adquiere relevancia en la prestación de los servicios de salud dado que disminuye la duplicación innecesaria de exámenes, la ausencia o retrasos en la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamientos, la polifarmacoterapia, las derivaciones inapropiadas y los desacuerdos en los planes de manejo (22–25).

A nivel internacional, el análisis de la coordinación de la atención se ha centrado en sistemas de salud de países de alta renta, encontrándose la mayor producción científica en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suecia y en algunas regiones de España como Cataluña (26–29). A pesar de que la coordinación asistencial es una prioridad en muchos sistemas de salud, entre ellos el colombiano, el cuerpo de conocimiento existente sobre este tema en el país es aún limitado.

En Colombia, la evaluación de la coordinación asistencial ha sido abordada de manera indirecta por algunos estudios, los cuales se han enfocado en el análisis de aspectos específicos de la coordinación como la instrumentalización de mecanismos para la transferencia de información clínica -formatos para la referencia y alta hospitalaria de pacientes, la historia clínica, sistemas electrónicos de información- o la adherencia de mecanismos para la gestión clínica – guías de práctica clínica o protocolos de manejo- (14–17).

En el caso latinoamericano, la coordinación entre los niveles de atención solo ha sido abordada de manera directa por dos investigaciones. En el primer estudio, sus hallazgos basados en mayor medida en el uso de técnicas cualitativas señaló el inadecuado funcionamiento de redes de servicios de salud en Colombia y Brasil en relación con la coordinación entre niveles de atención, identificando como principales factores que la determinan algunas características del sistema de salud (énfasis en la competencia, la compra fragmentada de servicios, la existencia de estrategias de control de la atención, entre otros), de la organización de las redes (condiciones de precariedad y flexibilización laboral, falta de tiempos para la coordinación) y relacionadas con los profesionales (insatisfacción laboral, desconfianza y subvaloración del profesional del primer nivel) (11–15). En el segundo estudio,

sus resultados apoyados en metodologías de corte cuantitativo, profundizaron sus análisis en el contexto de las RISS latinoamericanas, entre ellos, Colombia, comparando sus resultados entre países (18,30). Aunque estos hallazgos permiten reconocer problemáticas relacionadas con la coordinación entre niveles de atención y, de manera general, los factores que la asocian, no existen estudios que profundicen esta problemática entre redes colombianas, en donde el funcionamiento y la estructura del sistema de salud y de las propias redes suponen la existencia de diferencias.

El presente estudio pretende analizar, en un primer momento, cómo se visualizan los distintos tipos y dimensiones de la coordinación entre niveles de atención en las redes de estudio desde la aplicación de un método cuantitativo; y en segundo lugar, profundizar en el análisis de los factores que se asocian a la (in)existencia de la coordinación entre niveles de atención en RISS colombianas. Este abordaje analítico adquiere importancia ya que compara la percepción de los profesionales en relación con la coordinación asistencial al interior de redes públicas, análisis que no ha sido realizado a la fecha.

De igual manera, se considera que los resultados de la presente investigación podrán servir a tomadores de decisión a nivel local y nacional en el reconocimiento del panorama de la coordinación entre niveles de atención en redes públicas de servicios de salud, en la comprensión de la importancia que este fenómeno merece en su impacto sobre la calidad y la eficiencia de la atención y, en la orientación de políticas, normativas, programas u otras estrategias que propendan por la coordinación asistencial y la mitigación de los factores relacionados con el sistema de salud, con la organización y con los profesionales que pueden estar impactándola negativamente.

1.3. Preguntas de investigación

¿Existen diferencias en la percepción de coordinación de información y gestión clínica de los médicos de los distintos niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá?

¿Cuáles son los factores relacionados con el sistema de salud, la organización de las redes y de los profesionales, que se asocian a la percepción de coordinación entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El Sistema de salud colombiano

Durante la década de los noventa, Colombia inició un proceso de reforma a su sistema de salud con el fin de garantizar la cobertura de atención a las necesidades de salud de la población, así como mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios. Fue la Ley 100 de 1993, la que reformó el sistema transformando un Sistema Nacional de Salud a un modelo de pluralismo estructurado, que sentó las bases para diseño del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (31).

El SGSSS está conformado por regímenes de aseguramiento: 1) el régimen contributivo, que afilia a las personas con capacidad de pago, trabajadores formales, pensionados y trabajadores independientes con ingresos mayores a un salario mínimo. Esta afiliación se realiza por los aportes porcentuales del salario devengado. En Colombia el 47,6% de la población pertenece a este régimen. 2) el régimen subsidiado, afilia a la población de menores ingresos, aproximadamente el 45,4% de la población colombiana. Este régimen se financia de fondos solidarios provenientes del régimen contributivo, impuestos y otros recursos públicos (32,33); y 3) el régimen especial o de excepción, cubre a la población de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), el Magisterio y las Universidades Públicas, que corresponde a un 4.8% de la población (33). Para el 2016, solo un 2.2% de la población no se encontraba asegurada dentro del sistema de salud (33).

Las funciones dentro del SGSSS están separadas y son ejecutadas por diversos actores. La dirección y rectoría del sistema, es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). La inspección, vigilancia y control en todos los niveles del funcionamiento se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud. El manejo de los recursos de financiación se encuentra a cargo de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuenta adscrita al MSPS. Esta entidad reemplazó al anterior Fondo de Solidaridad y Garantía. La gestión del aseguramiento es realizada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y los entes territoriales, dentro de las primeras hacen parte las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Por su parte, la provisión de los servicios de salud es

desarrollada por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de naturaleza pública o privada (34,35).

Las EPS o aseguradoras representan figuras de intermediación que administran los recursos y garantizan como mínimo un plan de beneficios en salud para sus afiliados. Estas entidades, de carácter público o privado, que pueden tener fines de lucro, se encargan de la afiliación y registro de los usuarios, de la recaudación de los recursos derivados de las cotizaciones y de la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud. Las EPS una vez recaudan los recursos procedentes de las cotizaciones, realizan un cruce de cuentas con el ADRES, y reciben un monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) de acuerdo al número de afiliados que tengan (35). El ADRES, junto con las entidades territoriales, reúnen todos los recursos para el financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado (35).

En el régimen contributivo, la afiliación es obligatoria para los asalariados, pensionados y trabajadores independientes. La contribución equivale al 12.5% de los ingresos devengados. No obstante, en el caso de los trabajadores del sector formal y pensionados solo deben aportar el 4% de su salario, mientras el 8.5% restante es aportado por los empleadores. Los trabajadores independientes deben asumir el pago de la totalidad de la contribución. En el régimen subsidiado, por su parte, la población susceptible de afiliarse es aquella con menores recursos económicos clasificada en los puntajes 1 y 2 de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN); así como las personas pertenecientes a grupos especiales (desmovilizados, indígenas, habitantes de calle, niños en protección y desplazados) (34).

En el sistema de salud, el modelo establece la prestación de los servicios a través de niveles asistenciales. El primer nivel que ofrece atención básica, junto con la atención por urgencias, son las puertas de entrada al sistema. Para el acceso a los servicios especializados debe existir una referencia previa por parte de los médicos del primer nivel (36,37).

Dentro del sistema, los prestadores se constituyen en IPS, profesionales independientes, transporte especial de pacientes (ambulancias) o proveedores de otros servicios como insumos para la atención en salud. Con relación a las IPS, ya sean públicas o privadas, deben contar con una infraestructura física para prestar los servicios de salud, esto para efectos del registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS). A inicios del

2018, en el país se encontraban registrados 49.994 prestadores según el REPSS, de los cuales 10.357 eran IPS (1007 públicas, 9332 privadas, 18 mixtas). De las IPS públicas, 931 eran Empresas Sociales del Estado (E.S.E). Estas E.S.E son entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud. De acuerdo con la clasificación por niveles de atención (I, II y III), del total de las E.S.E en el país, el 85,4% (795) son de I nivel, el 11,9% (111) de II nivel y el 2,7% (25) de III nivel (38).

Para organizar la prestación de los servicios se promovió la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud, dando alcance a los lineamientos de la Ley 1438 de 2011, normativa que introdujo algunas reformas al sistema de salud colombiano. En el marco de esta ley, las RISS se definen como “el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”. Estas redes de atención deberán dispensar con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento de los planes de beneficios. Así mismo, a través de las redes, se les exige a las Entidades Promotoras de Salud garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad (36).

En el país se identifican dos tipos de RISS, las basadas en la afiliación voluntaria y las de afiliación territorial. Las primeras son configuradas por las EPS para la atención de la población del régimen contributivo. Mientras que las segundas, son organizadas de manera autónoma y descentralizada por los entes territoriales con IPS públicas o Empresas Sociales del Estado (39). Estas redes territoriales prestan los servicios de salud a través de niveles de atención, un primer nivel y una atención especializada (II y III nivel) (34,40), atienden en mayor medida a población pobre y vulnerable perteneciente al régimen subsidiado y a la población no asegurada, localizada en un espacio geográfico delimitado (29,39,41). A pesar de la limitación de las políticas nacionales para guiar su diseño, se reconoce que las redes territoriales han tenido un mayor desarrollo, comparadas con las redes de afiliación voluntaria (10).

2.2. La coordinación entre niveles de atención

La coordinación asistencial se define como la concertación de los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se recibe, de manera que se armonicen acciones y se alcancen objetivos comunes, administrando los posibles conflictos (9,42). La coordinación, la continuidad asistencial y el acceso, son conceptos complejos, multidimensionales y entrelazados que han sido definidos e interpretados de múltiples formas (9) y muchas veces indistinguibles unos de otros. La coordinación entre niveles de atención se reconoce como un elemento previo a la integración de los servicios (8,21). A diferencia de la continuidad asistencial, la cual se define como el grado de coordinación percibida por los usuarios de los servicios, la coordinación asistencial toma en cuenta las percepciones de los profesionales de salud.

Según el marco de análisis creado por Vázquez y colaboradores (29), la evaluación de la coordinación asistencial es esencial en la medición del desempeño de redes integradas de servicios de salud, y se constituye en uno de los objetivos intermedios de estas redes para el logro de los objetivos finales: equidad, eficiencia y calidad de la atención.

2.2.1. Tipos y dimensiones de la coordinación entre niveles de atención

Se destacan dos tipos de coordinación clínica entre niveles de atención: de información, que se refiere al intercambio y uso de información clínica del paciente entre prestadores; y de gestión clínica, entendida como la provisión de servicios en un modo secuencial y complementario (43).

La coordinación de información clínica hace referencia a la transferencia entre niveles de atención y el uso de información clínica de episodios anteriores y biopsicosocial del paciente para su incorporación en la atención actual. Entre los profesionales, esta información permite unir eventos anteriores con los actuales y tomar decisiones de acuerdo a las necesidades del paciente (43). La coordinación de información clínica está definida por 2 dimensiones: la transferencia y la utilización de la información (44).

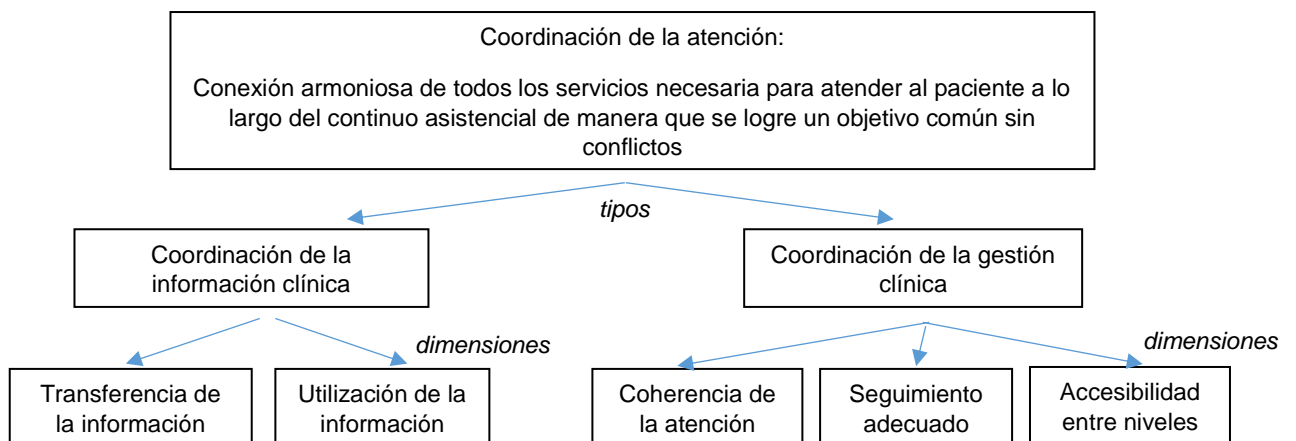
- Transferencia de información clínica y biopsicosocial del paciente: es el intercambio de información relacionada con el paciente entre niveles de atención (44).

- Utilización de la información: es el uso de la información de episodios del paciente previamente atendido en un nivel de atención para orientar la toma de decisiones clínicas en la atención actual (44).

Por su parte, la coordinación de la gestión clínica se refiere a la atención secuencial y complementaria dentro de un plan de atención compartido por los distintos niveles de atención, y está conformada por 3 dimensiones: la coherencia de la atención, el seguimiento del paciente y la accesibilidad entre niveles de atención (45).

- La coherencia de la atención implica la existencia de objetivos clínicos, pruebas diagnósticas y tratamientos compartidos entre las instituciones o profesionales de los distintos niveles para la atención del paciente. De igual manera, hace referencia a la reconciliación de los tratamientos prescritos por los profesionales de diferentes niveles, la pertinencia clínica de la derivación del paciente y la inexistencia de duplicación innecesaria de pruebas, medicamentos, etc., entre niveles de atención (45).
- El seguimiento del paciente se refiere al rastreo de la transferencia del paciente de un nivel a otro e implica la existencia de un responsable clínico del mismo, la comunicación oportuna en el tiempo y la consulta de seguimiento oportuna con el responsable del paciente (45).
- La accesibilidad es la provisión sin interrupciones de la atención entre niveles de atención a lo largo de un continuo (45).

Gráfico 1. Definición, tipos y dimensiones de la coordinación clínica entre niveles de atención.



Fuente: Modificado de Vázquez y colaboradores (46).

2.3. Los factores que se relacionan con la coordinación entre niveles de atención

En la literatura, se señalan como factores relacionados con la coordinación entre niveles de atención los inherentes al sistema de salud, la organización, y con los profesionales (47–49).

En lo que compete a los factores relacionados con el sistema de salud, se ha señalado que sistemas basados en modelos de competencia gestionada pueden inhibir la integración y coordinación en la provisión de la atención (8). Algunos autores sugieren que la competencia en el contexto de redes integradas de servicios de salud amenaza la cooperación entre los distintos profesionales y prestadores (8,50). Para Colombia, estudios cualitativos han resaltado el énfasis en la competencia y la búsqueda de la rentabilidad económica por parte de aseguradores y prestadores, como aspectos que entran en conflicto con la coordinación entre niveles de atención, puesto que se establecen estrategias de contención de costos como contratos de corta duración, compra fragmentada de servicios y/o restricciones para la atención del paciente (12,14,15).

Con respecto a los factores organizativos y de los profesionales, se ha descrito la manera como la existencia de tiempos y de mecanismos para la coordinación clínica, el volumen de pacientes atendidos, las condiciones del empleo, las actitudes relacionadas con el trabajo, la interacción entre profesionales, algunas características demográficas y de formación de los profesionales, se relacionan con la coordinación entre niveles de atención (12,48,49,51–54).

Estudios cualitativos señalan que la carencia de mecanismos y de restricciones de tiempo del profesional para su uso, limitan la coordinación entre niveles (12,49,51). Por una parte, organizaciones que adoptan o promueven mecanismos para la transferencia de información (tecnologías de información en salud, formatos estandarizados para la referencia de los pacientes, consultas inter-niveles, etc.); para la retroalimentación (coordinador de la atención, puesto de enlace, gestor de caso); o para la normalización de los procesos (guías de práctica clínica y protocolos de manejo), se han asociado no solo a una mejor comunicación entre especialidades en contextos o configuraciones específicas sino también a la disminución de los desacuerdos en la toma de decisiones clínicas entre los profesionales (25,55–57). Por otra parte, se reconoce que contar con tiempos suficientes durante la

consulta, propicia que el médico use de manera adecuada y justificada los mecanismos de coordinación clínica (25,54).

Como condiciones de empleo se ha señalado que contratos de corta duración, medio tiempo y salarios bajos que se asocian a inestabilidad laboral y pluriempleo (tener más de un empleo al tiempo), afectan el conocimiento y el uso de los mecanismos de transferencia de información y de gestión clínica (12).

Por otra parte, la evidencia reconoce como elementos facilitadores para el acuerdo entre niveles, la existencia de comunicación, el conocimiento y la buena relación entre los profesionales (51,54). En contextos clínicos en donde los profesionales encuentran mayor alineación y menor resistencia con otros profesionales, donde se comparten objetivos, conocimientos y respeto mutuo, se favorece una mayor calidad en la comunicación entre los participantes que se traduce en una mejora de la frecuencia, de la oportunidad y de la precisión de la información clínica transferida, así como la resolución de problemas (58,59).

Los perfiles inapropiados, derivados de la formación insuficiente, dificultan que los médicos del primer nivel asuman su rol como coordinador de la atención del paciente, que conduce a un aumento de las referencias inadecuadas a niveles especializados, baja capacidad resolutive y desconfianza de los especialistas para la derivación del paciente al nivel primario (60). Por su parte, la alta especialización de la práctica médica también puede constituirse en una limitante para la coordinación asistencial, puesto que puede conllevar a la subvaloración del rol del médico del primer nivel de atención, con poca disposición para brindar soporte, compartir información y dar recomendaciones para el seguimiento del paciente (12).

Finalmente, se ha señalado que la satisfacción laboral puede ser un determinante de la coordinación, encontrándose que la existencia de una mayor satisfacción y motivación hacia el desempeño laboral, puede conllevar a una buena labor y por tanto, a una mejor disposición para colaborar con otros niveles (12,58,59).

3. HIPÓTESIS

Hipótesis nulas:

- No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la coordinación de gestión clínica y de información en los médicos de los distintos niveles de atención en las redes de estudio.
- No existe asociación entre los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales con la percepción de coordinación entre niveles de atención en las redes de estudio.

Hipótesis alternas:

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la coordinación de gestión clínica y de información de los médicos de los distintos niveles de atención en las redes de estudio.
- Existe asociación entre los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales con la percepción de coordinación entre niveles de atención en las redes de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos generales

1. Analizar las diferencias en las percepciones de médicos sobre la coordinación entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.
2. Analizar los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales asociados a la percepción de coordinación entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente la muestra de estudio.
- Describir la percepción general de coordinación clínica que tienen los médicos de los distintos niveles de atención en las redes analizadas.
- Analizar las diferencias en la percepción que tienen los médicos de los distintos niveles de atención sobre la coordinación de información y de gestión clínica en las redes analizadas.
- Explorar las diferencias entre las redes de estudio en la percepción de los médicos de los distintos niveles de atención sobre los factores relacionados con el sistema de salud, la organización y de los profesionales que pueden influir sobre la coordinación entre niveles de atención.
- Analizar la asociación entre los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales con la percepción general de coordinación entre niveles asistenciales en las redes de estudio.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Enfoque metodológico de la investigación

El estudio tiene un enfoque metodológico de investigación cuantitativa dado que utiliza la estadística como herramienta de análisis.

5.2. Tipo de estudio

La presente investigación consistió en un estudio observacional de corte transversal analítico de naturaleza exploratoria, con aplicación presencial de un cuestionario estructurado “COORDENA-CO”© (61) aplicado a médicos de distintos niveles de atención de dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá. Se enmarca dentro del estudio de línea de base del macro proyecto Equity LA II, que planteó un estudio cuasiexperimental con un diseño controlado antes y después, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina.(62).

5.3. Diseño muestral

El diseño de la muestra es multi-etápico no probabilístico.

- Es multi-etápico dado que se realizó la selección de unidades y subunidades hasta llegar a la población objetivo.
- No es probabilístico dado que la selección de las unidades y subunidades de análisis no se tomó en función de una muestra aleatoria de las mismas.

5.4. Población de referencia

La población de estudio estuvo constituida por médicos que trabajaban en los diferentes centros de las redes de estudio, que cumplieran con los criterios de inclusión.

5.5. Criterios de inclusión

- Médicos de los distintos niveles asistenciales (I, II y III nivel) (consulta externa, urgencias u hospitalización), con al menos tres meses de trabajo en la red al momento de responder la encuesta.
- Médicos que proporcionaran atención directa a pacientes crónicos.
- Médicos que en su praxis cotidiana tuvieran comunicación con otro nivel de atención para el seguimiento de los pacientes.

5.6. Criterios de exclusión

- Médicos que desempeñaran funciones en ambas redes de estudio.
- Médicos que no estuvieran dispuestos a dar su consentimiento informado.

5.7. Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra para el estudio adoptó el mismo calculado para el macro proyecto, el cual fue de 174 médicos/as, a distribuir equitativamente entre los dos niveles (idealmente 87 médicos en cada nivel), y con un mínimo de 50 médicos en cada nivel. Se calculó con el fin de asegurar la detección de una variación del 15% en la percepción de los médicos/as sobre la coordinación de la atención entre fases y redes, con base a un poder del 80% ($\beta=0.20$) y un nivel de confianza del 95% ($\alpha= 0.05$) en un contraste bilateral (62). Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el supuesto de máxima indeterminación ($P= 0.5$) dado que se desconocen estudios previos que evidencien la percepción de médicos con relación a la coordinación entre niveles de atención y sus factores asociados.

Dado que el número total de médicos en cada red fue relativamente pequeño, todos aquellos que cumplieron con los criterios fueron invitados y motivados a participar en la encuesta. Un total de 415 médicos fueron contactados en las dos redes, de los cuales 41 (9.8%) no cumplieron los criterios de inclusión y 11 (2.6%) rechazaron participar.

5.8. Selección de las redes de estudio

Para el tiempo en que se seleccionaron las redes, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá contaba con 22 hospitales públicos o Empresas Sociales del Estado (E.S.E), que atendían a población pobre y vulnerable de la ciudad, pertenecientes a 4 subredes integradas de servicios de salud distribuidas geográficamente: Norte, Centro-Oriente, Sur, Sur-Occidente. Cada red poseía al menos un hospital de tercer nivel (alta complejidad) y uno de segundo nivel de atención (mediana complejidad), los cuales funcionaban como referentes para la asistencia especializada de pacientes previamente derivados por los hospitales de primer nivel (63,64).

De las subredes integradas de servicios de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se seleccionaron dos que pudiesen ser comparables en términos de prestar un continuo de servicios de salud a través de niveles de atención a una población definida, preferiblemente de áreas urbanas de bajos recursos, y con deseo de participar en el macro proyecto de investigación, una en calidad de red intervención y la otra como red control. Las redes seleccionadas (red 1 y red 2) se caracterizaron por poseer una población potencial superior de 400 mil habitantes, en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado (Red 1 >75% y Red 2 >85%) y un perfil epidemiológico en donde las enfermedades crónicas representan la mayor carga de morbilidad y mortalidad (65,66).

Con relación al recurso humano que trabajaba para el año 2013, que correspondió al dato disponible en su momento para la caracterización del personal sanitario, la red 1 disponía de 4.837 profesionales, distribuidos en un 77,9% en el ámbito asistencial y un 22,1% en el administrativo. Del personal asistencial, el 62,8% estaba contratado por orden de prestación de servicios o alguna forma de tercerización (63). Para la misma fecha, la red 2 contaba con un número estimado de 5.581 profesionales, distribuidos en el ámbito asistencial (73,2%) y administrativo (26,8%). Del personal asistencial, el 80,8% se encontraba contratado por prestación de servicios (63).

5.9. Selección de los centros

Se seleccionó una institución de cada nivel de atención en las redes analizadas. En ambas redes, los centros de II nivel tenían como característica

que eran instituciones que integraban servicios de baja y mediana complejidad. Finalmente, para la red 2, el centro de mayor nivel seleccionado ofertaba servicios de salud de II y III nivel de complejidad, mientras que para la Red 1, el centro de mayor complejidad solo ofertaba servicios de III nivel.

5.10. Selección de la muestra de profesionales

Para la selección de la muestra de médicos especialistas, se tuvieron en cuenta las condiciones de accesibilidad a los mismos, así como especialidades directamente relacionadas con la atención a enfermedades crónicas o que tuvieran contacto/ comunicación con otros niveles de atención.

Por su parte, para la selección de la muestra de médicos de primer nivel se incluyeron a todos los sujetos que estaban disponibles y que cumplían criterios de inclusión. En los centros de primer nivel de ambas redes de estudio se seleccionó el universo de médicos.

5.11. Descripción de variables

Las variables dependientes fueron 12 ítems relacionados con la “percepción de coordinación entre niveles de atención”, los cuales evalúan la coordinación de información y de gestión clínica entre niveles de atención, así como sus distintas dimensiones: transferencia/ utilización de información clínica entre niveles, coherencia de la atención, seguimiento del paciente y accesibilidad entre niveles de atención. Estas variables fueron medidas a través de una escala Likert de 5 categorías de respuesta, las cuales se dicotomizaron con el fin de diferenciar entre una alta y baja percepción: alta (siempre/muchas veces) y baja (a veces/ pocas veces/ nunca).

Para el análisis de los factores asociados a la percepción general de coordinación, se usó el ítem de percepción de estar coordinado entre niveles de atención, el cual fue medido a través del enunciado: “La atención proporcionada por los médicos generales y los especialistas en la red está coordinada”. La variable fue dicotomizada uniendo las opciones de respuesta original en: alta percepción (siempre/muchas veces = 1) y baja percepción (a veces/ pocas veces/ nunca = 0).

Las variables independientes fueron: a) demográficas: sexo, edad; b) condiciones de empleo: nivel de atención, años de trabajo en el centro, tipo de contrato, horas contratadas por semana, trabajo complementario en el

sector privado, red de servicios de salud; c) de la organización: pacientes atendidos por hora contratada, tiempo para la coordinación clínica; d) actitudes relacionadas con el trabajo: satisfacción con el trabajo, previsión de cambiar de trabajo en los próximos 6 meses, satisfacción con el salario; e) factores de interacción entre los médicos: identificación del médico de primer nivel de atención como coordinador del paciente entre niveles, conocimiento y confianza en las habilidades clínicas; f) condiciones del sistema de salud: la institución prestadora de servicios de salud limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos. Todas las variables independientes fueron dicotomizadas. Para una descripción detallada de las variables ver el **Anexo B**.

5.12. Diagrama de variables

Gráfico 2. Diagrama de variables sobre los tipos, dimensiones e ítems evaluados de la coordinación entre niveles de atención.

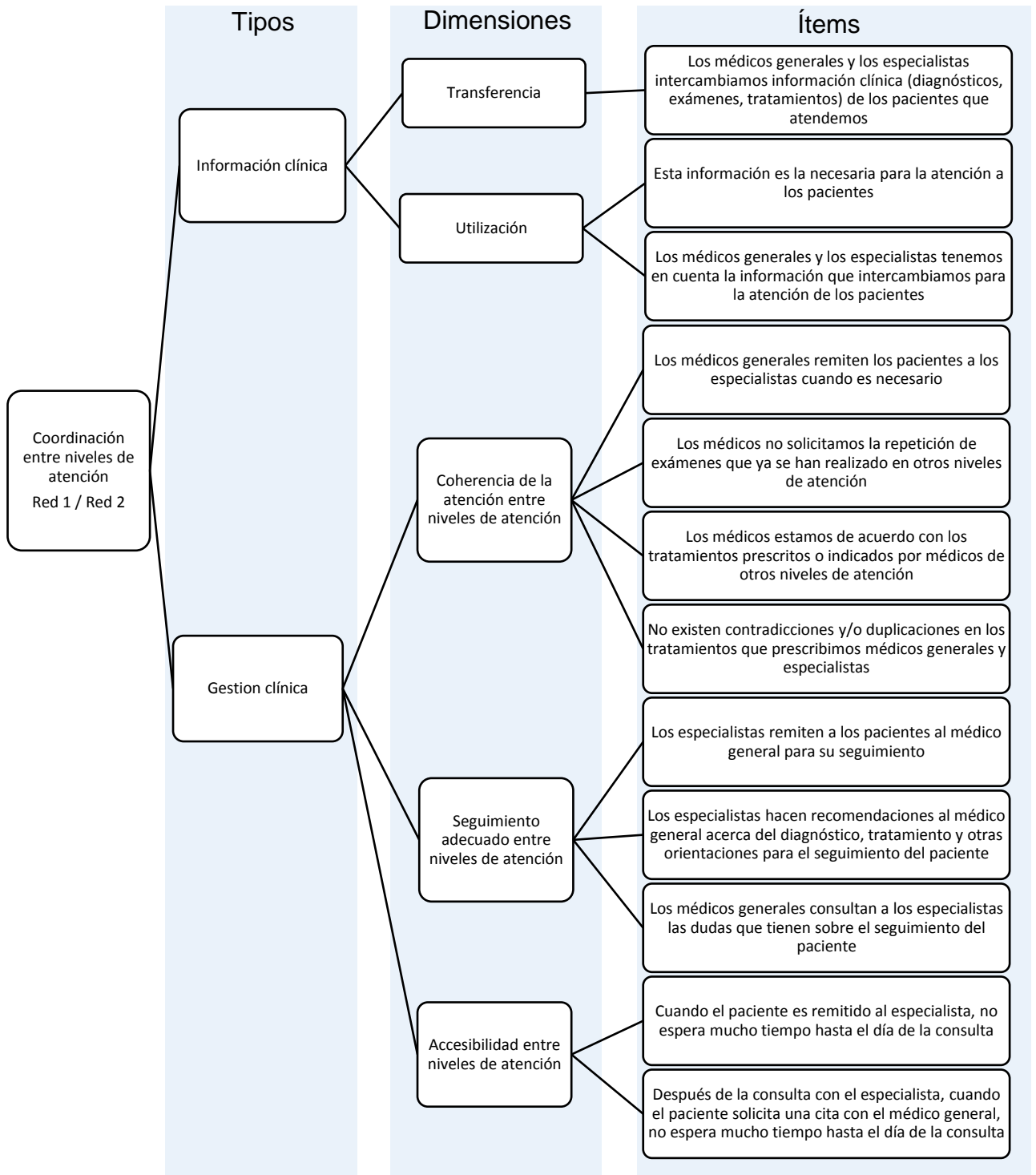
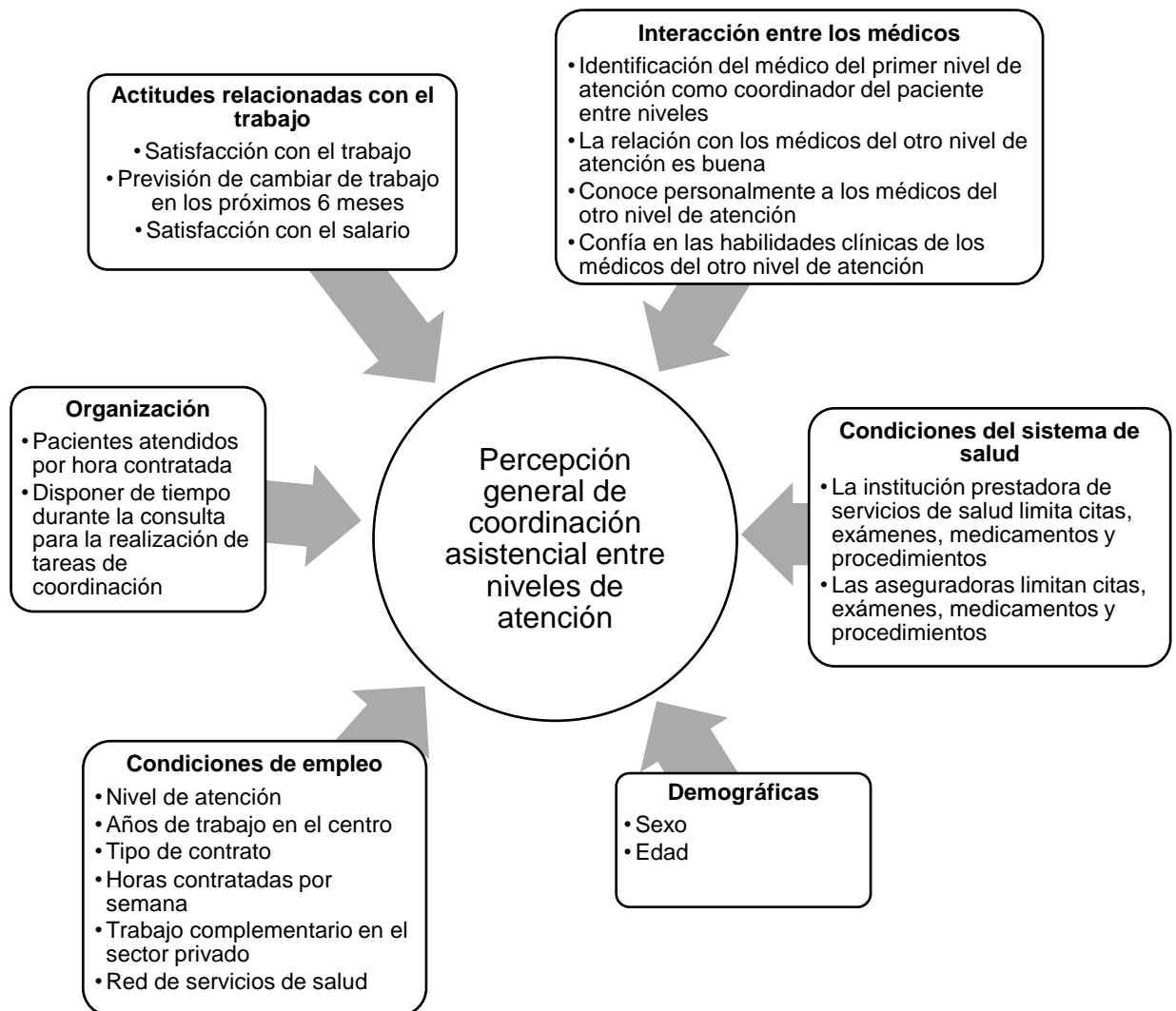


Gráfico 3. Diagrama de variables sobre los factores relacionados con la percepción de coordinación general entre niveles de atención.



5.13. Instrumento de recolección de información

Desde el macro proyecto se diseñó el cuestionario COORDENA© con el fin de analizar la coordinación entre niveles de atención (61). El cuestionario fue elaborado a partir del marco conceptual del estudio Equity-LA II, los resultados

de estudios cualitativos previos, una revisión de la literatura científica y de los instrumentos existentes.

Se identificaron las variables para cada tipo de coordinación y la primera versión del cuestionario se validó para su contenido a través de la discusión entre expertos. Esta primera versión fue adaptada al contexto y lenguaje de cada país. Para el caso colombiano, se hizo un pre-test con 5 entrevistas (3 médicos de primer nivel y 2 de niveles especializados) y una prueba piloto con 18 entrevistas (8 médicos de primer nivel y 10 de niveles especializados). En el pre-test, se valoró la comprensión de las preguntas, ritmo, duración de la entrevista y posibles problemas para su aplicación. Como resultado, algunas secciones, preguntas e instrucciones al encuestador fueron introducidas, removidas o simplificadas. Después de estos cambios, el ritmo y la carga del instrumento fueron adecuados en la prueba piloto. La prueba piloto se desarrolló en una red distrital diferente a las redes estudiadas.

El cuestionario final (COORDENA-CO) está dividido en las siguientes secciones: a) la coordinación entre niveles a través de quince ítems, tres ítems de coordinación de información, once ítems de coordinación de la gestión clínica y un ítem que mide la percepción general de coordinación; b) factores de interacción entre los profesionales; c) conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la atención en las redes; d) sugerencias para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales; e) factores de la organización y de empleo, actitudes relacionadas con el trabajo y características demográficas. Este estudio analiza los datos obtenidos en las secciones a), b) y e).

5.14. Trabajo de campo y control de calidad de los datos

El trabajo de campo se desarrolló entre el 17 junio y 19 agosto de 2015. Previo a la recogida de la información, se seleccionaron 9 encuestadores y 3 supervisores que fueron capacitados en el marco conceptual del macro proyecto, en generalidades del sistema de salud colombiano, y en la aplicación del cuestionario COORDENA-CO. El trabajo de campo se llevó a cabo de lunes a viernes de 7 am a 5 pm, se cubrieron algunos horarios nocturnos y fines de semana. Se procuró el acompañamiento de los supervisores y/o coordinadores durante la aplicación del cuestionario por parte de los encuestadores.

Previo a la aplicación del cuestionario, se diligenció en una hoja de contacto a todos los médicos abordados con el fin de registrar el cumplimiento de

criterios, aceptación o rechazo a participar en el estudio. En caso de aceptación se procedía a la firma del consentimiento informado (**Anexo A**).

La aplicación del cuestionario se hizo de manera presencial en los respectivos puestos de trabajo de los médicos u otros lugares destinados por las redes para el desarrollo de estrategias de capacitación. Todos los cuestionarios fueron revisados para asegurar el adecuado diligenciamiento de sus apartados.

Para asegurar la veracidad de los datos se llevó a cabo una supervisión aleatoria de más del 50% de los cuestionarios mediante llamadas telefónicas y supervisión in situ al momento de la aplicación. Entre las medidas adoptadas para el control de calidad, se aseguró la adecuada codificación del 100% del cuestionario, se minimizaron los errores en la digitación mediante doble entrada de datos hasta alcanzar el 100% en la consistencia de las respuestas y, se verificó el 15% de los cuestionarios digitalizados mediante la selección de una muestra aleatoria; finalmente, se depuró la base de datos, que consistió en la verificación de registros de acuerdo al tipo de variable, los valores que podría tomar la pregunta, la existencia de respuestas en los campos que debían ser diligenciados y la aplicación de saltos según correspondiera.

5.15. Control de errores y sesgos

Para el control de errores y sesgos se tuvieron en cuenta diferentes estrategias (**Tabla 1**).

Tabla 1. Posibles errores y sesgos y estrategias para su control.

Posibles sesgos y errores	Estrategia de control
Selección	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de criterios de selección y exclusión claros. • Capacitación a los encuestadores para la adecuada selección de los encuestados. • Revisión de los cuestionarios para la identificación del cumplimiento de criterios de selección.
Información	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del cuestionario a las características y lenguaje locales. • Realización del pre-test y prueba piloto del cuestionario.

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a los encuestadores para la aplicación del cuestionario a través del manual del encuestador diseñado específicamente para la encuesta. • Revisión de los cuestionarios para identificar inconsistencias en el diligenciamiento. • Supervisión aleatoria de cuestionarios a través de llamadas telefónicas o supervisión in situ al momento de la aplicación. • Control de calidad del proceso de codificación de las preguntas de cada cuestionario aplicado. • Sistematización de la información mediante doble entrada de datos de todos los cuestionarios. • Verificación adicional a la digitación mediante la revisión del 15% de los cuestionarios. • Depuración de la base de datos.
Confusión	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de análisis multivariante con introducción de posibles variables confusoras.

5.16. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Los análisis univariados fueron realizados para describir las variables dependientes e independientes. Las variables categóricas fueron descritas mediante proporciones **Tabla 2**.

Los análisis bivariados fueron realizados con pruebas chi cuadrado (X^2) para encontrar diferencias entre las redes de estudio con relación a las variables dependientes (percepción de coordinación de información y gestión clínica) e independientes (factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales). Con el fin de evaluar las diferencias entre redes y disminuir la posible confusión en los análisis, se calcularon modelos logísticos binarios con cada uno de los ítems de coordinación de información y gestión clínica entre niveles de atención, ajustando por sexo, edad (categórica) y nivel de atención **Tabla 2**.

Para el análisis multivariado, un modelo de regresión logística fue generado para evaluar la hipótesis de la posible influencia de diferentes factores (variables independientes) en la percepción general de coordinación entre niveles **Tabla 2**. Ajustes de covarianza robusta empleando la variable de *red de estudio* fueron usados para medir las observaciones correlacionadas debido a las agrupaciones (clustering). La multicolinealidad entre variables independientes fue medida a través de un análisis de factor de inflación de la

varianza (VIF), el cual no mostró significancia (valores de VIF menores a 1.5.). Se calcularon odds ratio ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para la alta percepción de coordinación.

Para llegar al modelo final, las variables se añadieron por grupos: primero, *demográficas*; segundo, *condiciones laborales*; tercero, *de la organización*; cuarto, *actitudes frente al trabajo*; quinto, *de interacción entre los profesionales*; y por último, *condiciones del sistema de salud*. En caso de que en algún grupo ninguna de las variables fuese significativa, se dejaba al menos una, para asegurar el impacto de diferentes tipos de variables en el ajuste del modelo. El ajuste del modelo fue evaluado con el test de bondad de ajuste Hosmer Lemeshow, se consideró que los datos se ajustaban cuando el test daba valores p superiores al 0.05. Los análisis estadísticos fueron desarrollados usando los softwares STATA versión 14 y SPSS versión 24.

Tabla 2. Análisis de los datos

	Objetivos específicos	Variables	Presentación de resultados	Medidas
1.	Caracterizar demográficamente la muestra de estudio	Sexo, grupos de edad	Tablas de contingencia para las variables según red	Frecuencias absolutas y relativas Chi cuadrado, valor p
2.	Describir la percepción general de coordinación, así como la percepción de coordinación de información y de gestión clínica entre niveles de atención que tienen médicos pertenecientes a las redes analizadas.	Variables que representan la coordinación de información y gestión clínica (ítems de la escala de coordinación)	Tablas de contingencia para las variables según red	Frecuencias absolutas y relativas
		Percepción general de coordinación	Gráfico de barras según red	Frecuencias relativas
3.	Explorar las diferencias entre las redes analizadas en la percepción que tienen los médicos sobre la coordinación de información y de gestión clínica entre niveles de atención.	Variables que representan la coordinación de información y gestión clínica (ítems de la escala de coordinación)	Tablas de contingencia para las variables según red	Chi cuadrado, valor p crudo Análisis de regresión logística ajustando por sexo, edad (categórica) y nivel de

				atención, valor p ajustado
4.	Explorar las diferencias entre las redes de estudio en la percepción de los médicos sobre los factores del sistema de salud, organizativos y de los profesionales que influyen en la coordinación entre niveles de atención.	<p>a) Demográficas: sexo, edad;</p> <p>b) Condiciones de empleo: nivel de atención, años de trabajo en el centro, tipo de contrato, horas contratadas por semana, trabajo complementario en el sector privado, red de servicios de salud;</p> <p>c) De la organización: pacientes atendidos por hora contratada, tiempo para la coordinación clínica;</p> <p>d) Actitudes relacionadas con el trabajo: satisfacción con el trabajo, previsión de cambiar de trabajo en los próximos 6 meses, satisfacción con el salario;</p> <p>e) Factores de interacción entre los médicos: identificación del médico de atención primaria como coordinador del paciente entre niveles, conocimiento y confianza en las habilidades clínicas;</p> <p>f) Condiciones del sistema de salud: la institución prestadora de servicios de salud limita citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos</p>	Tablas de contingencia para las variables según red	Chi cuadrado, valor p
5.	Analizar la asociación entre los factores del sistema de salud, organizativos y de los profesionales con la percepción general de coordinación entre niveles	<ul style="list-style-type: none"> Variable dependiente: Percepción general de coordinación Variables independientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Demográficas: sexo, edad; 	Tablas de contingencia	Chi cuadrado, valor p OR crudos

<p>asistenciales en las redes de estudio.</p>	<p>b) Condiciones de empleo: nivel de atención, años de trabajo en el centro, tipo de contrato, horas contratadas por semana, trabajo complementario en el sector privado, red de servicios de salud;</p> <p>c) De la organización: pacientes atendidos por hora contratada, tiempo para la coordinación clínica;</p> <p>d) Actitudes relacionadas con el trabajo: satisfacción con el trabajo, previsión de cambiar de trabajo en los próximos 6 meses, satisfacción con el salario;</p> <p>e) Factores de interacción entre los médicos: identificación del médico de atención primaria como coordinador del paciente entre niveles, conocimiento y confianza en las habilidades clínicas;</p> <p>f) Condiciones del sistema de salud: la institución prestadora de servicios de salud limita citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> Variable dependiente <p>Percepción general de coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> Variables independientes Todas las variables que al análisis bivariado de un valor $p < 0.25$ entran al modelo de regresión logística 	<p>Tabla resumen del modelo de regresión logística binaria con ajuste por covarianza robusta con las variables más explicativas</p>	<p>OR ajustados</p> <p>Intervalos de confianza al 95%</p>

5.17. Plan de divulgación de los resultados

- Presentación de resultados derivados de la investigación en seminarios relacionados con el campo de conocimiento (**Anexo C**).
- Retroalimentación a los participantes del estudio en las redes analizadas.
- Elaboración de un artículo de investigación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto representa una investigación sin riesgo, dado que no se realiza ninguna intervención y/o modificación intencionada sobre la persona y, en el que se utiliza la encuesta como método de recolección de información, según lo establecido en la Resolución N° 008430 DE 1993 artículo 11 (67).

De igual forma, el presente estudio se integra dentro del macro proyecto "Equity LA II" el cual se ha desarrollado bajo la legislación actual de la UE (68,69), convenciones y declaraciones internacionales (Declaración de Helsinki) (70) y la legislación nacional actual de los países participantes y reglamentación ética, códigos profesionales y de protección de datos de cada país involucrado (España, Bélgica, Colombia, Brasil, Chile, México, Argentina y Uruguay). El protocolo del proyecto fue aprobado por los comités de ética de todos los países. En el caso de Colombia el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Adicionalmente, en Colombia el protocolo del proyecto se sometió para su aprobación, al comité de ética del hospital de primer nivel seleccionado en la red 1 y al comité de ética del hospital de segundo nivel de la red 2. Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que accedieron a participar, previa aclaración de su participación voluntaria, ausencia de riesgo, privacidad y confidencialidad de la información, así como el derecho a suspender la entrevista si no quería terminarla y a la aclaración de cualquier duda relacionada con el estudio (**Anexo A**).

7. RESULTADOS

7.1. Características de la muestra

La mayoría de los médicos eran hombres, con diferencias estadísticamente significativas entre redes (Red 1: 59.7%; Red 2: 70.9%). Para ambas redes, la mayor proporción estaba conformada por jóvenes (23 a 35 años) (Red 1: 55.8%; Red 2: 47.8%), mientras, los médicos mayores de 50 años representaban la proporción más baja (<23%). En cuanto a las condiciones de empleo, alrededor del 30% de los médicos trabajaban en los centros de primer nivel, en más del 60% la experiencia de trabajo en el centro fue superior a un año, más del 70% de los médicos tenían contratos por prestación de servicios y más del 30% complementaban su trabajo con servicios privados fuera de la red. Con diferencias significativas entre redes, la mayoría trabajaban más de 40 horas por semana (Red 1: 60.8%; Red 2: 51.1%) (**Tabla 3**).

En relación con la organización, más del 40% de los encuestados atendía 3 o más pacientes por hora contratada, la mayoría no disponía de tiempo durante la consulta para realizar tareas de coordinación, con diferencias entre redes (Red 1: 87.3%; Red 2: 79.1%; $p=0.037$). En cuanto a las actitudes relacionadas con el trabajo, no se encontraron diferencias entre redes, más del 80% de los médicos se declaraban satisfechos y manifestaron que no tenían previsto cambiar de trabajo en los próximos 6 meses, en tanto que, más del 50% no se encontraba satisfecho con el salario (**Tabla 3**).

Con respecto a la interacción entre los médicos, alrededor del 50% identificó al médico del primer nivel de atención como el responsable del seguimiento del paciente. Adicionalmente, la mayoría manifestó no conocer a los médicos del otro nivel, encontrándose diferencias entre las redes (Red 1: 96.1%; Red 2: 86.2%; $p=0.003$). Finalmente, más del 50% de los médicos expresó que confiaba en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel de atención. En cuanto a las condiciones del sistema de salud, más del 85% de los médicos percibieron que los prestadores no imponían límites a la prestación de servicios a los pacientes. La mayoría identificó límites impuestos por las aseguradoras para la solicitud de citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, con diferencias entre redes (Red 1: 86.9%; Red 2: 94.8%; $p=0.010$) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Estadísticos de resumen de las variables independientes.

	Red 1 (n = 181) n (%)	Red 2 (n = 182) n (%)	Valor p
Sexo			
Mujeres	73 (40.3)	53 (29.1)	0.025
Hombres	108 (59.7)	129 (70.9)	
Grupo edad			
23 – 35	101 (55.8)	86 (47.8)	0.274
36 – 50	42 (23.2)	53 (29.4)	
>50	38 (21.0)	41 (22.8)	
Nivel de atención			
II y III nivel de atención	115 (63.5)	130 (71.4)	0.108
I nivel de atención	66 (36.5)	52 (28.6)	
Años de trabajo en el centro			
<= 1 año	65 (35.9)	55 (30.2)	0.249
> 1 año	116 (64.1)	127 (69.8)	
Tipo de contrato			
Fijo/ indefinido	51 (29.3)	51 (28.0)	0.788
Prestación de servicios	123 (70.7)	131 (72.0)	
Horas de trabajo por semana			
< 20 horas	18 (9.9)	13 (7.1)	0.042
20 a 40 horas	53 (29.3)	76 (41.8)	
>40 horas	110 (60.8)	93 (51.1)	
Complementa su trabajo en servicios privados			
Si	68 (37.8)	63 (34.8)	0.557
No	112 (62.2)	118 (65.2)	
Pacientes atendidos por hora contratada			
<= 3 pacientes	104 (57.8)	103 (57.2)	0.915
> 3 pacientes	76 (42.2)	77 (42.8)	
Dispone del tiempo durante la consulta para la realización de tareas de coordinación entre niveles^b			
Si	23 (12.7)	38 (20.9)	0.037
No	158 (87.3)	144 (79.1)	
Satisfacción con el trabajo^a			
Si	152 (84.4)	158 (87.3)	0.437
No	28 (15.6)	23 (12.7)	
Previsión de cambiar de trabajo en los próximos 6 meses^a			
Si	34 (19.2)	31 (17.2)	0.627
No	143 (80.8)	149 (82.8)	
Satisfacción con el salario^a			
Si	88 (48.9)	76 (42.0)	0.188
No	92 (51.1)	105 (58.0)	
Identifica al médico del primer nivel como coordinador del paciente entre niveles de atención^b			
Si	101 (56.7)	88 (50.0)	0.204
No	77 (43.3)	88 (50.0)	
Conoce personalmente a los médicos del otro nivel^b			
Si	6 (3.9)	20 (13.8)	0.003
No	147 (96.1)	125 (86.2)	
Confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel^b			
Si	106 (59.6)	98 (54.1)	0.301
No	72 (40.4)	83 (45.9)	
El prestador (IPS) limita citas exámenes, medicamentos y procedimientos			
Si	20 (11.1)	21 (11.9)	0.808
No	160 (88.9)	155 (88.1)	
Aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos			
Si	152 (86.9)	164 (94.8)	0.010
No	23 (13.1)	9 (5.2)	

^a Si (Totalmente de acuerdo/ De acuerdo); No (Ni de acuerdo, ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo)

^b Si (Siempre/ Muchas veces); No (A veces/ Pocas veces/ Nunca)

7.2. Percepción de coordinación de la información y de gestión clínica entre niveles de atención

En relación con la coordinación de información entre niveles de atención no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las redes en ningún ítem. Menos del 50% de los profesionales en ambas redes percibieron la transferencia de la información clínica como alta. La mayoría de los médicos que dijeron intercambiar información (>70%), consideraron los datos registrados como necesarios y los tenían en cuenta para la atención del paciente (**Tabla 4**).

Respecto a la coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención, en coherencia de la atención, no se encontraron diferencias entre las redes. Cerca del 80% de los profesionales percibieron que la derivación desde el primer nivel a los centros especializados se realizaba cuando era necesario; menos del 70% percibieron que no se repetían exámenes ya realizados en otro nivel; alrededor del 40% reconoció el acuerdo con los tratamientos prescritos por el otro nivel y cerca del 75% manifestó que no existían contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos prescritos entre los profesionales de los distintos niveles de atención. En la dimensión de seguimiento adecuado entre niveles, menos del 40% consideró que existía derivación del paciente desde la atención especializada al primer nivel de atención (**Tabla 4**).

Hubo diferencias significativas entre redes en cuanto a las recomendaciones que brindaba el especialista al médico de primer nivel en aspectos relacionados con la atención del paciente (Percepción alta: Red 1= 32.8%; Red 2= 44.8%; $p=0.038$); y sobre la consulta de dudas por parte del médico general al especialista (Red 1=39.7%; Red 2=53.8%; $p=0.011$). Finalmente, en la dimensión de accesibilidad, menos del 25% percibió que no existían tiempos de espera prolongados para la consulta de los pacientes con el especialista, en tanto que, más de la mitad de los profesionales reconocieron que los pacientes no esperaban mucho tiempo para la consulta en el primer nivel (Red 1=43.4%; Red 2=34.0%) (**Tabla 4**).

Tabla 4. Percepción de coordinación de información y gestión clínica entre niveles de atención, por redes de estudio.

	Red 1 (n =181)		Red 2 (n=182)		Asociación entre redes (Valor p)	
	Alto† n (%)	Bajo† n (%)	Alto† n (%)	Bajo† n (%)	Crudo	Ajustado**
Coordinación de información						
Transferencia y utilización de la información						
Los médicos generales y los especialistas intercambiamos información clínica (diagnósticos, exámenes, tratamientos) de los pacientes que atendemos	71 (39.2)	110 (60.8)	88 (48.4)	94 (51.6)	0.080	0.139
Esta información es la necesaria para la atención a los pacientes *	115 (70.6)	48 (29.4)	109 (71.2)	44 (28.8)	0.893	0.558
Los médicos generales y los especialistas tenemos en cuenta la información que intercambiamos para la atención de los pacientes*	128 (78.5)	35 (21.5)	119 (77.8)	34 (22.2)	0.872	0.319
Coordinación de gestión clínica						
Coherencia de la atención entre niveles						
Los médicos generales remiten los pacientes a los especialistas cuando es necesario	149 (82.8)	31 (17.2)	145 (80.1)	36 (19.9)	0.515	0.920
Los médicos no solicitamos la repetición de exámenes que ya se han realizado en otros niveles de atención	118 (65.2)	63 (34.8)	125 (68.7)	57 (31.3)	0.480	0.264
Los médicos estamos de acuerdo con los tratamientos prescritos o indicados por médicos de otros niveles de atención	74 (40.9)	107 (59.1)	81 (44.5)	101 (55.5)	0.486	0.321
No existen contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos que prescribimos médicos generales y especialistas††	132 (73.3)	48 (26.7)	136 (75.6)	44 (24.4)	0.629	0.664
Seguimiento adecuado entre niveles						
Los especialistas remiten a los pacientes al médico general para su seguimiento	66 (37.1)	112 (62.9)	58 (32.6)	120 (67.4)	0.373	0.868
Los especialistas hacen recomendaciones al médico general acerca del diagnóstico, tratamiento y otras orientaciones para el seguimiento del paciente	59 (32.8)	121 (67.2)	81 (44.8)	100 (55.2)	0.020	0.038
Los médicos generales consultan a los especialistas las dudas que tienen sobre el seguimiento del paciente	71 (39.7)	108 (60.3)	98 (53.8)	84 (46.2)	0.007	0.011
Accesibilidad entre niveles asistenciales						
Cuando el paciente es remitido al especialista, no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta ††§	24 (14.1)	146 (85.9)	40 (22.7)	136 (77.3)	0.039	0.102
Después de la consulta con el especialista, cuando el paciente solicita una cita con el médico general, no espera mucho tiempo hasta el día de la consulta ††◇	110 (72.4)	42 (27.6)	98 (64.1)	55 (35.9)	0.119	0.268

† Alto (Siempre, Muchas veces) y Bajo (A veces, Pocas veces, Nunca)

†† Alto (Siempre, Muchas veces, A veces) y Bajo (Pocas veces, Nunca)

* Este ítem presenta un menor número de respondientes debido al salto de pregunta en la categoría "nunca" en el ítem 1

§ Este ítem presenta un porcentaje de valores perdidos superior al 5%

◇ Este ítem presenta un porcentaje de valores perdidos superior al 15%

**Las asociaciones se encuentran ajustadas por las covariables sexo, edad categorizada y nivel de atención

7.3. Percepción general de coordinación entre niveles y factores asociados

Con relación a la percepción general de coordinación, solo el 25.4% en la Red 1 y el 23% en la Red 2, percibieron una alta coordinación entre niveles de atención al interior de su red de servicios de salud (**Gráfico 4**).

Los factores que se asociaron a la alta percepción de coordinación se refirieron tanto a variables del sistema de salud, como de la organización y las características de los profesionales.

Entre los variables demográficas, ser mujer (95% CI=1.28-1.70) y ser médico con una edad superior a los 50 años se asoció a una mejor percepción de coordinación (95% CI= 1.13-2.46). Como condiciones del empleo, trabajar en la atención especializada (95% CI=1.31-2.70), llevar un año o menos de trabajo en el centro (95% CI=1.10-4.30), trabajar menos de 20 horas (95% CI= 2.43-2.86) y ser médico de la Red 1 (95% CI=1.00-1.38) se asociaron a una mejor percepción de coordinación.

Como factores de la organización, el disponer de tiempo durante la consulta para realizar tareas de coordinación se asoció con una mejor percepción de coordinación (95% CI=1.34-1.96). Frente a las actitudes relacionadas con el trabajo, la satisfacción estuvo relacionada con la percepción de coordinación, quienes estaban satisfechos con el trabajo percibieron una mejor coordinación (95% CI=1.97-3.35). Finalmente, como condiciones del sistema, las limitaciones impuestas por las aseguradoras estuvieron relacionadas con la percepción de coordinación, es más probable que quienes no identificaban limitaciones percibieran una mejor coordinación entre niveles de atención (95%CI=1.47-2.67) (**Tabla 5**).

Gráfico 4. Percepción general de coordinación entre niveles de atención por red

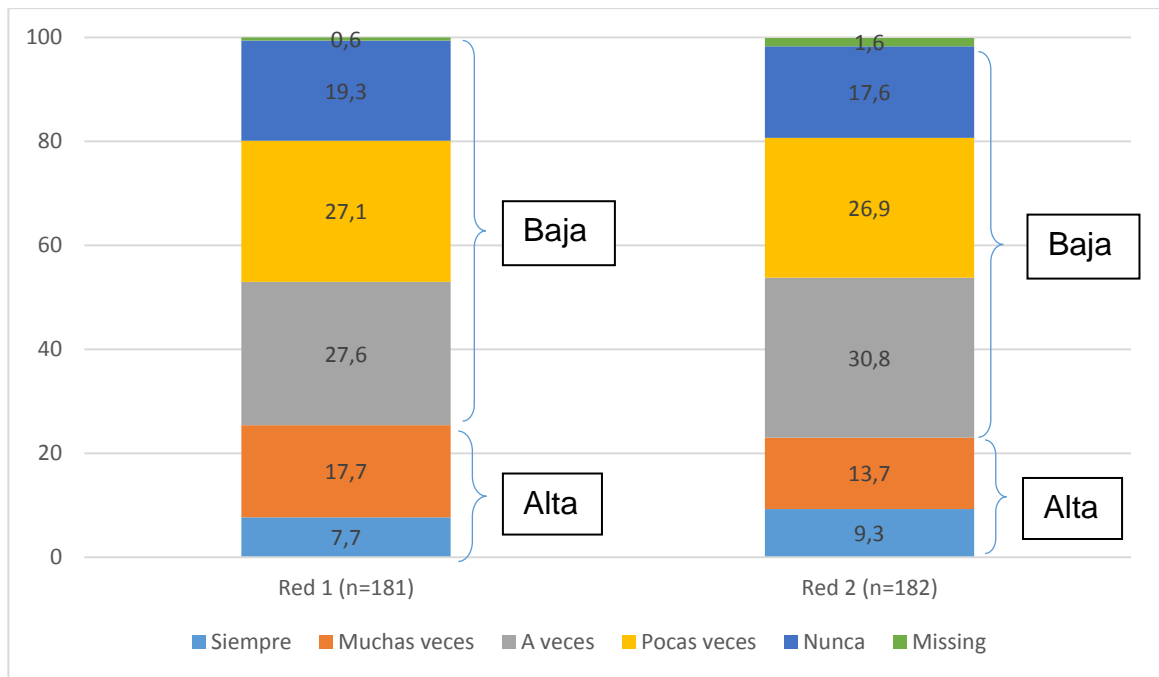


Tabla 5. Factores asociados a la alta percepción de coordinación entre niveles de atención

	La atención proporcionada por los médicos generales y los especialistas en la red está coordinada		
	OR (ajustado)	IC 95%	Valor p
Sexo			
Mujer	1.48	1.28 – 1.70	0.000
Hombre	1		
Grupo edad			
23 – 35	1		
36 – 50	0.97	0.79 – 1.19	0.785
>50	1.67	1.13 – 2.46	0.009
Nivel de atención			
II y III nivel de atención	1.88	1.31 – 2.70	0.000
I nivel de atención	1		
Años de trabajo en el centro			
≤ 1 año	2.18	1.10 – 4.30	0.024
> 1 año	1		
Horas de trabajo por semana			
< 20 horas	2.64	2.43 – 2.86	0.000
20 a 40 horas	1.25	0.78 – 1.99	0.351
>40 horas	1		
Red			
Red 1	1.17	1.00 – 1.38	0.050
Red 2	1		
Dispone del tiempo durante la consulta para la realización de tareas de coordinación entre niveles			
Si	1.62	1.34 – 1.96	0.000
No	1		
Está satisfecho con su trabajo			
Si	2.57	1.97 – 3.35	0.000
No	1		
Confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel			
Si	1.57	0.92 – 2.67	0.092
No	1		
Aseguradoras limitan citas, exámenes, medicamentos y procedimientos			
No	1.47	1.09 – 2.67	0.011
Si	1		

OR – odds ratio; IC – intervalo de confianza.

8. DISCUSIÓN

En las dos redes estudiadas, a partir de la percepción de médicos de los distintos niveles de atención fueron reconocidas limitaciones para los distintos tipos y dimensiones de la coordinación clínica entre niveles. Para la coordinación de información, se destaca la poca transferencia de información clínica de los pacientes, mientras que, para la coordinación de la gestión clínica, los resultados indican dificultades para la coherencia de la atención, el seguimiento del paciente entre niveles asistenciales y la accesibilidad a la atención especializada. Estos resultados, con pocas diferencias entre las redes de estudio, reflejan la dificultad para la comunicación y el trabajo colaborativo entre niveles de atención.

- 8.1. Dificultades para la transferencia de información clínica, la coherencia de la atención, el seguimiento del paciente y la accesibilidad entre niveles de atención

En el presente estudio los resultados señalan la inadecuada percepción de transferencia de información clínica entre niveles de atención en las redes analizadas, y que, en consistencia con resultados de estudios previos, asocian esta situación con las dificultades para el establecimiento de adecuados canales comunicativos entre profesionales para el conocimiento de las acciones realizadas en el otro nivel y para la retroalimentación sobre la atención proporcionada al paciente. En las redes de estudio, la inadecuada transferencia de información entre niveles puede conllevar a dificultades para el seguimiento adecuado del paciente y la coherencia de la atención, ya que promueve interrupciones o retrasos en los diagnósticos o tratamientos, errores médicos, aumento de referencias inapropiadas y repetición o duplicación de acciones, los cuales producen un impacto negativo sobre la eficiencia de estas organizaciones (11,12,25).

Para el momento en el que se llevó a cabo el estudio, la carencia de sistemas de información integrados entre las instituciones de distinto nivel de complejidad, tal como, una historia clínica electrónica, era una característica propia de las redes públicas involucradas, lo que supone una barrera para la comunicación entre los profesionales y que estaría reflejado en su baja percepción de transferencia de información en los presentes hallazgos. De otra parte, en las redes analizadas, los médicos de los distintos niveles de atención percibieron la falta de tiempos suficientes durante la consulta para tareas de coordinación entre niveles, y aunque se requieren mayores análisis, podría estar relacionado con el bajo nivel percibido de transferencia de

información clínica, lo que es coherente con lo señalado por estudios anteriores (11,25).

En cuanto a la percepción de coordinación de la gestión clínica, en la dimensión de coherencia de la atención, los presentes hallazgos señalan para las redes de estudio, la existencia de un porcentaje considerable de médicos que perciben una repetición innecesaria de exámenes, desacuerdos, contradicciones y duplicaciones en los tratamientos provistos por los distintos niveles. Estos problemas pueden derivarse de la falta de un plan compartido entre los diferentes niveles asistenciales para la provisión de una atención secuencial y complementaria acorde a las necesidades del paciente (43), así como a un pobre desempeño del primer nivel, en su capacidad resolutoria y rol coordinador.

Adicionalmente, para las redes involucradas en este estudio, parte de la falta de coherencia de la atención puede estar atribuido al desconocimiento y desconfianza entre profesionales, principalmente por el tipo de formación médica (general vs especialista); y a las limitaciones impuestas por el sistema a la práctica clínica en los niveles primarios para la prescripción de exámenes y medicamentos, elementos que han sido señalados en estudios previos (11,12,51).

En el contexto de este estudio, adicional a la desconfianza entre profesionales y los límites para la práctica en el primer nivel, se relaciona la inexistencia de mecanismos de coordinación de gestión clínica compartidos, tales como guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de atención. Si bien la implementación de estos mecanismos está normado a nivel nacional, esencialmente para la habilitación y evaluación de prestadores (19), su uso para la coordinación entre niveles es deficiente (71). En el caso de las redes estudiadas, esta inexistencia de GPC compartidas entre las IPS que las componen, se relaciona con la falta de unificación de criterios de manejo entre los distintos niveles de atención, lo cual hace posible que se puedan presentar desacuerdos y contradicciones entre profesionales.

Por otra parte, en ambas redes, el alto reporte de derivaciones desde el primer nivel sugiere, en alineación con la evidencia, la existencia de problemas relacionados con la calidad de la atención de los prestadores primarios, principalmente debido a las restricciones impuestas por el sistema (72,73), condiciones laborales precarias que impiden la actualización continua de los profesionales y que los desincentiva a adoptar conductas colaborativas, como la consulta de dudas para el seguimiento del paciente; así como, a un sistema de pago per cápita que promueve a las IPS de baja complejidad referir a los pacientes hacia el ámbito especializado (74). Por otra parte, el hecho de que

no se devuelva el paciente al primer nivel ni se den recomendaciones para el manejo desde la atención especializada, resalta la manera como en las redes estudiadas, el rol del médico del primer nivel puede estar subvalorado por parte de los especialistas, al mismo tiempo que, el sistema de pago por evento en los centros de mayor nivel de complejidad puede contribuir a la retención del paciente (12).

Finalmente, para la coordinación de gestión clínica, en la dimensión de acceso, la percepción de los médicos reitera la dificultad para el acceso del paciente a la atención especializada por los tiempos de espera prolongados (12,75). Estos hallazgos reflejan, no solo, el acceso limitado de la población para dar respuesta a sus necesidades en salud, sino también, las fallas o retrasos para el seguimiento del paciente y para la continuidad de los manejos provistos desde los niveles especializados, lo cual es consistente con otros estudios (75). Para el caso de las redes analizadas, la falta de acceso oportuno a la atención especializada puede ser explicada por el déficit de capacidad instalada, así como de talento humano especializado, tal como es reportado por algunos informes en el distrito (76,77).

8.2. Los factores del sistema de salud, de la organización y de los profesionales asociados a la percepción de coordinación entre niveles de atención

Los presentes hallazgos evidencian la importancia de intervenir sobre aspectos de la organización de las redes, los profesionales médicos y del sistema de salud colombiano que se asocian a la percepción de coordinación entre niveles de atención. Estos factores se han relacionado principalmente con algunas características demográficas, condiciones de empleo, existencia de tiempos para la coordinación, actitudes relacionadas con el trabajo y límites impuestos por las aseguradoras para la prestación de los servicios.

Con respecto a las variables demográficas, a diferencia de otros estudios que no consideran el sexo como un elemento asociado a la coordinación entre niveles de atención en redes de servicios de salud (18), en la presente investigación, el hecho de ser mujer en el ámbito clínico puede implicar una mayor disposición a comunicar y establecer acuerdo con los médicos de los otros niveles. Esta idea puede sustentarse en hallazgos de estudios relacionados con las diferencias de sexo en la comunicación médico-paciente, en donde, las médicas que se caracterizan por mayores comportamientos centrados en el paciente y orientadas hacia las relaciones interpersonales, demuestran estilos comunicativos diferentes a los hombres, y por tanto,

tienden a dar mayor información y mostrar interés por el bienestar psicosocial de los pacientes (78).

Por otra parte, los resultados muestran diferencias en la percepción de coordinación de acuerdo con la edad, en donde, existe una mayor probabilidad de percibir mejor coordinación a mayor edad del médico (>50 años). Esta diferencia en la percepción puede atribuirse al hecho de que son los médicos mayores quienes reconocen y valoran en mayor medida la información que se transmite hacia los otros niveles de atención. Según Vargas et al (30), ser médico mayor de 50 años se encuentra asociado estadísticamente al uso frecuente del formato de referencia para la transferencia de información clínica entre niveles de atención en redes públicas de servicios de salud en Latinoamérica.

Con relación a las condiciones de empleo, el que los especialistas reconozcan una mejor experiencia de coordinación refleja las diferencias en las percepciones de los médicos de distintos niveles de atención, y que contrasta con lo reportado con la literatura. Según otros autores, el bajo interés frente al uso de los mecanismos disponibles para la transferencia de información y la subestimación de las competencias de su colega en el primer nivel, son factores que determinan la escasa coordinación de información y de gestión clínica por parte de los especialistas (11,12). No obstante, en el ámbito de las redes analizadas, los resultados podrían atribuirse a una mayor crítica por parte de los médicos del primer nivel, quienes reconocen en mayor medida la falta de articulación entre los distintos niveles de atención en sus redes.

Por otra parte, los resultados destacan que llevar menos o igual a 1 año de experiencia y trabajar un número inferior a 20 horas en el centro se asocia a una mejor percepción de coordinación en las redes analizadas. Estos hallazgos contrastan con la literatura, que indica cómo contratos de corta duración o bajo número de horas de trabajo dedicadas en una institución, característicos de condiciones de empleo precarios, no solo contribuyen al pluriempleo y alta rotación profesional, sino también, inciden en la desmotivación y el desinterés del médico hacia los procesos de coordinación entre niveles (12). En el contexto de las redes analizadas, los resultados encontrados podrían estar reflejando cómo los médicos con contratos más estables y que dedican la mayor parte de su tiempo laboral a la red de servicios, poseen una visión más crítica y conocimiento en relación con la situación de integración entre los niveles de atención, en comparación con sus colegas menos experimentados o que dedican un pequeño porcentaje de sus actividades laborales a la atención dentro de la red.

Los resultados también evidencian la importancia de disponer de tiempo durante la consulta para realizar las actividades relacionadas con la coordinación. Lo anterior, a la luz de otras investigaciones, es considerado un factor que, a pesar de no ser tenido en cuenta en múltiples ocasiones por gestores de servicios de salud, condiciona la adecuada implementación y uso de los mecanismos de coordinación (11,18). En este sentido, se ha señalado que contar con tiempos suficientes propicia que los médicos, principalmente los médicos generales, envíen de manera adecuada y justificada la referencia del paciente o se motiven a realizar consultas a los profesionales de los otros niveles de atención (25,54).

A su vez, la disponibilidad de tiempos puede encontrarse influida por otros factores, tales como, la carga administrativa y reembolsos de la atención al profesional. Según O'malley y Reschovsky (25), es más probable que médicos con una alta carga administrativa y un menor reembolso, sientan la presión de atender más pacientes, lo cual disminuye el tiempo disponible para la comunicación efectiva. No obstante, de acuerdo con los resultados del análisis multivariado en el presente estudio, dicha carga laboral de los médicos medida a través del número de pacientes atendidos por hora contratada resultó no estar asociada a la percepción de coordinación entre niveles.

Adicional a la existencia de tiempos, otro factor asociado con una mejor percepción de coordinación fue la satisfacción con el trabajo. Se argumenta que en contextos clínicos donde se comparten objetivos y conocimientos, y existe respeto mutuo y mayor alineación entre profesionales, no solo se relaciona con aumento en el desempeño y eficiencia laboral, sino también con el bienestar físico y emocional del profesional de salud, lo cual favorece la satisfacción laboral (58,59). Así mismo, los resultados del presente estudio señalan la importancia de la alta flexibilización laboral del recurso humano en salud en las redes analizadas, que vista desde los altos porcentajes de médicos con contratos de corta duración, por prestación de servicios o de medio tiempo, pueden estar relacionadas con su satisfacción y a su vez con la coordinación entre niveles de atención.

De acuerdo con los resultados del análisis de regresión logística, la confianza e identificar el rol del médico de primer nivel como coordinador del paciente entre niveles de atención, aspectos de la interacción entre profesionales, no se encuentran asociados a la percepción de coordinación asistencial, lo cual contrasta con lo reportado por otras investigaciones, en donde se destaca que la confianza y el respeto mutuo son elementos claves de la comunicación y la relación entre los profesionales, que inciden favorablemente en la

coordinación entre niveles de atención (51,54). Para el caso de las redes analizadas, la falta de confianza entre los profesionales, la cual es altamente prevalente en la muestra de médicos, puede no suponer una de las principales dificultades para la coordinación entre niveles medida de forma general, pero tal vez, si pueda explicar otras dimensiones y atributos, tal como se ha reiterado anteriormente.

La red puede ser un elemento asociado con una mejor percepción de coordinación. A pesar de que las redes distritales, entre ellas las de estudio, obedezcan a lineamientos nacionales y distritales definidos, cada una puede determinar procesos de integración distintos, lo cual permite reconocer la mayor probabilidad que ser médico de la Red 1 perciba una mejor coordinación entre niveles comparado con ser de la Red 2. No obstante, para entender a qué elementos específicos de las redes se atribuyen estas diferencias en el presente estudio, es necesario evaluar otros procesos internos que puedan influir en la coordinación de la atención, como podría considerarse el liderazgo ejercido por los directivos y las dinámicas de trabajo colaborativo entre distintos equipos de profesionales (29).

Finalmente, con relación a los factores relacionados con el sistema de salud, los hallazgos de este estudio confirman el papel que han asumido las entidades de aseguramiento, como lo constituyen las EPS, que imponen mecanismos de control de la atención, como estrategia para la generación de mayor rentabilidad económica; al mismo tiempo que incentivan la competencia entre prestadores, lo cual afecta la estabilidad de las redes de servicios de salud e impiden la transferencia de información, la comunicación efectiva y la colaboración entre prestadores de servicios (12). De acuerdo con estudios cualitativos previos, otros elementos del sistema que influyen la coordinación entre niveles de atención, lo constituyen el diseño fragmentado del plan de beneficios entre niveles asistenciales y la existencia de mecanismos de contención de costos por parte de las IPS que limitan la autonomía profesional (12,79). No obstante, en el presente estudio, no se evidenció la asociación entre las limitaciones impuestas por las IPS y la percepción de coordinación entre niveles.

8.3. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del estudio, los resultados no pueden ser generalizables al contexto de otras redes públicas de servicios de salud distritales o de otros territorios nacionales. No obstante, estos hallazgos pueden servir en la comprensión de la coordinación entre niveles de atención

en contextos concretos a través de la identificación de elementos comunes a las redes analizadas.

Por otra parte, no se puede inferir causalidad de los elementos que surgieron asociados estadísticamente a la percepción de coordinación entre niveles de atención. Esta limitación es considerada propia de los diseños transversales.

De otro modo, y aunque se aplicaron estrategias para el control de posibles errores y sesgos, que van desde la formulación del estudio hasta la ejecución de los análisis, esta investigación puede no estar exenta de sesgos, como los de memoria en los participantes. Estos resultados que se basaron en la percepción de médicos generales y especialistas sobre la coordinación entre niveles de atención requieren ser comparados con estudios que analicen el mismo fenómeno mediante otras fuentes de información, por ejemplo, registros clínicos; y que minimicen este tipo de errores sistemáticos.

Finalmente, otra limitación del presente estudio se encuentra el no haber utilizado la razón de prevalencias (RP) como medida de asociación diferente al odds ratio (OR). Aunque se reconoce que estas medidas de asociación clásicamente utilizadas en los diseños trasversales permiten el análisis de la asociación entre una variable dependiente con una independiente, el uso de la OR se ha generalizado por su facilidad en el cálculo mediante regresiones logísticas. Sin embargo, se reconoce que el OR puede sobrestimar la RP cuando la variable dependiente presenta una prevalencia superior al 10%. En vista de lo anterior, y reconociendo que para el análisis de los factores asociados a la coordinación entre niveles de atención, la variable dependiente presentó una prevalencia del 25%, se supone que los ORs sobrestimarían las RPs. Por otra parte, aunque existen métodos simples para el cálculo de los RPs a partir de los ORs, donde $PR = OR / (1 + P_1 * [OR - 1])$, existe el problema en la estimación de los intervalos de confianza, especialmente si se ha ajustado para distintas covariables. Es por tanto, que se requerirían de otras metodologías de análisis multivariado que permitan la estimación directa de los PR como el uso de regresión log-binomial, modelos de regresión de Cox o modelos de regresión Poisson con varianza robusta (80,81).

9. CONCLUSIONES

Se encontró una limitada percepción de la coordinación en sus diferentes dimensiones por parte de los médicos de los distintos niveles de atención, con escasas diferencias entre las redes analizadas. Dichas fallas denotan la baja importancia que se le ha conferido a esta problemática. Lo anterior, aunque se requiere seguir profundizando en su estudio, podría reflejar el desconocimiento que se tiene de su impacto sobre la eficiencia y la calidad de la atención.

Los resultados evidencian fallas en la coordinación de información y de gestión clínica entre niveles de atención. Con algunas diferencias entre redes, se destaca las dificultades para: a) la transferencia de información clínica entre niveles de atención; b) la coherencia de la atención por la alta repetición de exámenes ya realizados en otros niveles de atención, la falta de acuerdo y la presencia de contradicciones entre los médicos de primer nivel con los de segundos y terceros niveles de atención con relación a los tratamientos prescritos a los pacientes; c) el seguimiento del paciente, dado el inadecuado seguimiento del paciente por parte de los médicos del primer nivel así como la poca devolución del paciente y recomendaciones por parte de la atención especializada, siendo peor en la Red 1; y d) la accesibilidad, principalmente por los tiempos de espera prolongados a la atención especializada. Estos hallazgos se traducen para las redes públicas de servicios de salud en problemas para el conocimiento de las acciones realizadas en el otro nivel, la toma de decisiones clínicas consensuadas entre los profesionales de los distintos niveles y la falta de un plan compartido entre niveles de atención para la provisión de una atención secuencial y complementaria acorde a las necesidades de los pacientes.

Aunque para ambas redes se destacan factores de la organización y de los profesionales que podrían reflejar situación de precarización laboral -alta existencia de médicos con contratos por prestación de servicios, jornadas laborales superior a las 40 horas, poco tiempo para la realización de tareas de coordinación-; y poca interacción entre profesionales -desconocimiento entre los médicos de los distintos niveles de atención-, los resultados son más desfavorables para la red 1, lo que podría reflejar la adopción más drástica del modelo de competencia gestionada. Por otra parte, fueron los médicos de la red 2, quienes percibieron mayores barreras impuestas por las EPS, posiblemente atribuibles a menores estrategias para su control por parte de la red.

Se encontró una limitada percepción general de coordinación entre niveles de atención. Con mayor relevancia, los factores que se encontraron asociados a

esta percepción se relacionaron con las condiciones de empleo: la experiencia en el centro, horas de trabajo y red de atención; y la disposición de tiempos suficientes durante la consulta para las actividades de coordinación. Así mismo, como factor del sistema de salud, se destacan los límites impuestos por las aseguradoras para la prescripción de citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, lo cual se asocia a la percepción de coordinación.

10. RECOMENDACIONES

Se realizan algunas recomendaciones y sugerencias para el Sistema de salud y las redes de servicios de salud para la mejora de la coordinación entre niveles de atención, así como para continuar con procesos investigativos en el área.

10.1. Recomendaciones para el Sistema de Salud

En Colombia la existencia de un modelo de competencia gestionada provoca dificultades para la integración de los servicios de salud. Por lo cual, se debería trabajar en favor de:

- Disminuir la competencia entre las instituciones de distintos niveles de complejidad que conforman redes de servicios de salud y propiciar su adecuada colaboración para la atención de los pacientes.
- Plantear políticas comunes para las redes de servicios, que no solo enfatizan en la coordinación entre niveles de atención, sino también, definan los roles que cada institución tiene dentro de la organización y de esta manera evitar la superposición de funciones.

Dada la existencia de problemas en la coordinación de gestión clínica que se traduce en la falta de acuerdo, remisiones inadecuadas y contradicciones en los manejos clínicos, se considera importante fortalecer la capacidad resolutive de los primeros niveles de atención. Para alcanzar lo anterior es necesario:

- Eliminar las restricciones a las que se ven expuestos los profesionales de la salud, principalmente por la diferenciación del plan de beneficios por niveles de atención, que restringen la prescripción de exámenes, medicamentos y procedimientos básicos para la atención del paciente.

- Reforzar las habilidades y competencias clínicas de los profesionales que se desempeñan en los niveles primarios, a través de programas de actualización de conocimientos o educación médica continua.
- Articular esfuerzos entre el sector salud y educación, con el fin de orientar la formación del recurso humano especializado hacia las necesidades de salud que denotan los mayores déficits de profesionales.
- Asegurar que desde el ente rector, se garantice la suficiencia de insumos y recursos para el adecuado funcionamiento de las instituciones de baja complejidad.

Ante las múltiples formas de contratación entre prestadores y aseguradores, que confluyen en intereses opuestos sobre la coordinación entre niveles de atención, se recomienda:

- Vigilar los acuerdos contractuales e incentivos establecidos, eliminando aquellos centrados en la búsqueda de rentabilidad económica que en la actualidad priman sobre la calidad de la atención.

Dadas las condiciones de precariedad laboral reflejadas por el alto porcentaje de profesionales contratados por prestación de servicios, medio tiempo o contratos de corta duración, que debilitan su desempeño y satisfacción laboral, y afectan su interés para la coordinación entre niveles de atención; se subraya la necesidad de:

- Favorecer políticas que en lugar de tender hacia la flexibilización laboral, dignifiquen el quehacer profesional y aseguren condiciones adecuadas para la estabilidad y la satisfacción.

Por otra parte, aunque se reconocen normativas nacionales que exigen a las instituciones prestadoras de servicios de salud la implementación de ciertos mecanismos (ej. el formato de referencia, contrarreferencia, epicrisis y guías de práctica clínica), estos se denotan para procesos distintos a la coordinación entre niveles de atención. Para ello se recomienda:

- Regular el uso de estos mecanismos
- Garantizar que los entes rectores supervisen y evalúen su uso por parte de las instituciones prestadoras de servicios.

Finalmente, en relación con la existencia de problemas de accesibilidad se recomienda:

- Eliminar barreras asociadas al funcionamiento de las aseguradoras como la existencia de procesos de autorización para la solicitud de servicios como exámenes, medicamentos y procedimientos; que impactan la capacidad resolutive de los profesionales y conducen a dificultades para su coordinación con los otros niveles de atención.

10.2. Recomendaciones para las Redes de Servicios de Salud

Ante los déficits de coordinación percibida entre los médicos de los distintos niveles, se sugiere:

- Fortalecer una cultura colaborativa y de comunicación entre los profesionales que pertenecen a la red de servicios de salud.
- Propender por el desarrollo de procesos de capacitación/ educación médica continua de los profesionales de salud, principalmente sobre temas relacionados con el manejo (diagnóstico, seguimiento, derivación, tratamiento) de las patologías más prevalentes de atención de las redes, que redunde sobre la capacidad resolutive de los profesionales.

Teniendo en cuenta las debilidades para la coordinación y la falta de interacción entre profesionales, es una necesidad propiciar estrategias que fomenten el conocimiento, el respeto y la confianza entre los médicos de los distintos niveles de atención. En este sentido, se recomienda:

- Desarrollar espacios compartidos, tales como reuniones conjuntas, que promuevan mediante la revisión de temas clínicos (ej. análisis de casos), la búsqueda de acuerdos de manejo, de comunicación, de actualización de conocimientos y de interacción entre profesionales, centradas en la eliminación de relaciones de poder y del conocimiento exclusivo del especialista, al mismo tiempo que promover la valoración del rol del médico del otro nivel de atención.

Ante la falta de transferencia de información clínica entre los distintos niveles, se recomienda:

- Realizar seguimiento al uso adecuado de mecanismos dispuestos para tal fin, ya sea a través de formatos como la referencia, contrarreferencia, alta hospitalaria, entre otros; de tal manera que se pueda, garantizar la calidad de los contenidos registrados, así como

la disponibilidad de la información al momento de la toma de decisiones.

- Unificar los sistemas de información clínica entre las instituciones que conforman las redes, que aporte a la transferencia y consulta ágil de la información, y que evite los errores comúnmente asociados al uso de los mecanismos dispuestos en forma física.

Con respecto a las debilidades encontradas para la coordinación de la gestión clínica, se sugiere:

- Implementar y unificar mecanismos para la normalización de procesos, como las guías de práctica clínica y protocolos de atención, que permitan la mejora de la coherencia de la atención y el seguimiento del paciente a través de pautas de manejo estandarizadas entre los médicos de primer nivel y de los niveles especializados.
- Destinar tiempos suficientes durante la consulta para que los médicos puedan hacer uso adecuado de los mecanismos, anteriormente mencionados, que están dispuestos para la coordinación entre niveles de atención, o en otro sentido, estén en la capacidad de establecer consultas con otros profesionales involucrados en la atención del paciente.

10.3. Recomendaciones para la investigación

Se requieren estudios con diseños de investigación que permitan:

- Evaluar la causalidad de los elementos que para este estudio resultaron asociados a la percepción de coordinación entre niveles de atención.
- Desarrollar investigaciones que evalúen la coordinación entre niveles de atención a través del uso de otro tipo de datos, tal como registros clínicos, y que permitan el control de los posibles sesgos que pudo conllevar el análisis de percepción de profesionales.
- Analizar la coordinación entre niveles en otros contextos, ya sea para redes de otros territorios nacionales o de redes basadas en la afiliación voluntaria.

- Profundizar sobre el grado en que la coordinación entre niveles de atención influye sobre la calidad y la eficiencia de la atención en redes de servicios de salud.
- Enfocar el análisis estadístico de los factores que se asocian a la coordinación de información y gestión clínica entre niveles de atención con el fin de brindar evidencia para la implementación de futuras acciones específicas para los casos.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Han W. Health care system reform in developing countries. *J Public health Res* [Internet]. 2012;1(3):31. Available from: <http://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/jphr.2012.e31>
2. Okma KG, Paraje G, Chinitz D, Tenbensen T, Ashton T, Cheng T-M, et al. Health Care Reforms across the World. *Am Aff*. 2018;2(1).
3. Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff (Millwood)*. 1998;17(2):85–108.
4. Elhauge E. The Fragmentation of U.S health care. Causes and solutions. Elhauge E, editor. Oxford University Press; 2010.
5. PAHO. Renewing Primary Health Care in the Americas. Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Washington, DC; 2011.
6. Conill E. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Fundación Oswaldo Cruz; 2007. p. 1–68.
7. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating Health Care Fragmentation through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas: Lessons Learned. *Publ J Integr Care*. 2011;19(5).
8. Leichsenring K, Rodrigues R, Winkelmann J, Falk R. Integrated Care, Choice and Competition. Challenges and strategies of care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden. Vienna; 2015.
9. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 Nov [cited 2016 Aug 9];20(6):485–95. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911106715485>
10. Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Vazquez Navarrete ML. Capítulo 3. Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) de Colombia. In: *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad de Rosario; 2017. p. 45–60.
11. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in

care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15:213. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4447020&to=ol=pmcentrez&rendertype=abstract>

12. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger J-P, Vázquez M-L. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 Jul;31(6):736–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874327>
13. Garcia-Subirats I, Aller MB, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Adaptación y validación de la escala CCAENA para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(2):88–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.009>
14. Vargas I, Vazquez ML, Mogollon-Perez AS, Unger J-P. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:297.
15. Vargas I, Unger JP, Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: Results from a qualitative study in Colombia. *Int J Health Plann Manage*. 2013;28(1).
16. Giorgi M, Borracci R, Calderon G, Manente D, Mulassi A, Piñeiro D, et al. Survey on the Use of Clinical Practice Guidelines by Latin American Physicians: preliminary results. *Rev Argent Cardiol*. 2012;80:108–12.
17. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(6):478–85. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=71530495&lang=es&site=ehost-live>
18. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10–9.
19. León Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I. La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales. In: *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad de

Rosario; 2017. p. 99–128.

20. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Labonte R, Sanders D, Dahlblom K, et al. Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of Bogota, Colombia. *Int J Heal Plann Mgmt*. 2014;29:347–67.
21. Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* [Internet]. 1999;77(1):77–110. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1468-0009.00125>
22. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, von Schrader S, Starfield B. Coordination of Specialty Referrals and Physician Satisfaction With Referral Care. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2000;154(5):499. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpedi.154.5.499>
23. Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med* [Internet]. 2008;358(10):1064–71. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMhpr0706165>
24. Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013;12(24):114–29.
25. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians finding common ground. *Arch Intern Med*. 2011;171(1):56–65.
26. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. The National Academies Press; 2003. 160 p.
27. Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination Measures Atlas. Agency for Healthcare Quality and Research; 2011. 286 p.
28. Pan American Health Organization. La salud en las Américas. Washington, DC: PAHO; 2002.
29. Vázquez ML, Vargas I, Unger J-P, Mogollón A, Silva MRF da, Paepe P de. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2009;26(4):360–7. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

30. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollon-Perez A-S, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros A-I, et al. 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 Plan.* 2018;(April):1–11.
31. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. 1997;41(1):1–36.
32. 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.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Rendición de cuentas. Informe de Gestión 2016 [Internet]. Bogotá, D.C; 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PE/Informe-gestion-2016-rendicion-cuentas.pdf>
34. Guerrero R, Gallego A, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):S144–55.
35. República de Colombia. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” [Internet]. Diario Oficial 49538; 2015. Available from: <https://goo.gl/wuDSYZ>
36. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Colombia; 2011. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
37. República de Colombia. Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente.” Bogotá, D.C; 2016.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte marzo 29° de 2018 [Internet]. [cited 2018 Mar 30]. Available from: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_eps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=
39. Ministerio de Salud, República de Colombia. Ley Número 1122/2007 de 9 de enero, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia; 2007.
40. Vásquez ML, Vargas I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?*. *Rev Ciencias Salud.* 2006;4(1):5–9.
41. Concejo de Bogotá. 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” [Internet]. Colombia; 2016. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686>
42. Aller M-B, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(1):1–16. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109244330&es&site=eds-live>
 43. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing The Confusion: Concepts And Measures Of Continuity Of Healthcare*. 2002.
 44. Bertrán P. *Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación*. Universitat Pompeu Fabra; 2006.
 45. Vargas, I; Vázquez, ML; Henao, D; De Campos C. *Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes de Servicios de Salud*. Washington, DC; 2012.
 46. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud. In: Vazquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira da Silva MR, Unger J-P, De Paepe P, editors. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos*. Bogotá, D.C: Editorial Universidad de Rosario; 2017. p. 3–20.
 47. O'Malley AS, Tynan A, Cohen G, Kemper N, Davis M. Coordination of Care by Primary Care Practices: Strategies, Lessons, and Implications. *Res Brief*. 2009;Apr(12):1–16.
 48. Gittell JH. Organizing work to support relational co-ordination. *Int J Hum Resour Manag* [Internet]. 2000 Jan [cited 2016 Sep 7];11(3):517–39. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/095851900339747>
 49. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20734531>
 50. Ham C, Smith J. *Removing the policy barriers to integrated care in England*. Nuff Trust. 2010;Briefing.
 51. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores

que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *GacSanit.* 2009;23(4):280–286.

52. Andvig E, Syse J, Severinsson E. Interprofessional Collaboration in the Mental Health Services in Norway. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2014;1–8. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/849375/>
53. Berendsen AJ, Benneker WH, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JP, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006;6(1):155. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-155>
54. Daveson BA, Harding R, Shipman C, Mason BL, Epiphaniou E, Higginson IJ, et al. The real-world problem of care coordination: A longitudinal qualitative study with patients living with advanced progressive illness and their unpaid caregivers. *PLoS One.* 2014;9(5).
55. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams M V, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA.* 2007;297(8):831–41.
56. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries. *Jama* [Internet]. 2009;301(6):603–18. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.126>
57. Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: How effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health.* 2015;21(4):391–408.
58. Gittell JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes. *Hum Resour Manag J.* 2008;18(2):154–70.
59. Havens DS, Gittell JH, Vasey J. Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout. *J Nurs Adm* [Internet]. 2018;0(0):1. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-900000000-99905>
60. Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary – secondary interface : how effective is it and what determines

effectiveness ? Aust J Prim Health. 2015;21(epub ahead of print: Sep 2, 2015):391–408.

61. Mogollón-Pérez A, Vázquez M, Vargas I, Unger J, de Paepe P, Samico I, et al. Cuestionario de coordinación entre niveles de atención (COORDENA-CO). Proyecto de investigación “Impacto de las estrategias 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”. Health-2012-305197, EC-FP7 Work Programme: Cooperation.
62. Vázquez M-L, Vargas I, Unger J-P, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. BMJ Open [Internet]. 2015;5(7):e007037. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26231753>
63. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. Bogotá; 2013.
64. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Red Prestadora de Servicios de Salud Bogotá, 2015 - 2016 [Internet]. Bogotá; [cited 2016 Aug 18]. Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Red Prestadora de Servicios de Salud - Bogota - 2015-2016.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Red%20Prestadora%20de%20Servicios%20de%20Salud%20-%20Bogota%20-%202015-2016.pdf)
65. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Diagnóstico Distrital de Salud 2010. Bogotá; 2012.
66. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Boletín estadístico 2014: aseguramiento [Internet]. Bogotá; Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/BoletinEstadistico.aspx?RootFolder=%2FDPYS%2FCodificacin%2FBoletin Estadístico 2014%2F2. ASEGURAMIENTO&FolderCTID=&View=%7B5ABBE625-B30A-46FE-84A7-C406EE8398DE%7D](http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/BoletinEstadistico.aspx?RootFolder=%2FDPYS%2FCodificacin%2FBoletin%2FBoletin%2F2014%2F2.%2FASEGURAMIENTO&FolderCTID=&View=%7B5ABBE625-B30A-46FE-84A7-C406EE8398DE%7D)
67. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución N° 008430/1993 de 4 de Octubre, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia; 1993.
68. European Parliament and of the Council. Directive 95/46/EC of 24 October 1995, on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. 1995;
69. European Parliament and of the Council. Directive 2001/20/EC of 4 April

- 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for huma. 2001;
70. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310:2191–4.
 71. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específ. Colombia; 2000.
 72. Otálvaro-Castro G, Zuluaga-Salazar SM, Blanco-Santamaria D, Restrepo-Pérez LF. Gestión de la Atención Primaria de la Salud en un contexto de mercado: Análisis de caso en un hospital público de Bogotá – Colombia, 2008 – 2011. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(3):316–29.
 73. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. Bogotá, D.C; 2012. 1-124 p.
 74. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015;39(105):300–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es
 75. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014;106:204–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>
 76. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Diagnóstico sectorial de salud [Internet]. Bogotá; 2015. Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/Empalme del Sector Salud 20122016/DIRECTIVA 09 DE 2015/1 DIAGNOSTICO SECTORIAL DE SALUD.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf)
 77. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud. Reorganización de la red pública de servicios de salud Bogotá D.C. Bogotá, D.C; 2016.

78. Street Jr RL. Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Educ Couns* [Internet]. 2002;48(3):201–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00171-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00171-4)
79. Molina Marín G, Vargas Jaramillo J, Muñoz Echeverri IF, Acosta Gómez JJ, Sarasti Vanegas D, Higueta Higueta Y, et al. 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. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2010;Suplemento(18):103–17.
80. Espelt A, Marí-Dell’olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*. 2017;29(2):105–12.
81. Schiaffino A, Rodriguez M, Pasarin MI, Regidor E, Borrell C, Fernandez E. ¿Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies]. *GacSanit* [Internet]. 2003;17(1):70–4. Available from: pm:12605749

ANEXOS

Anexo A. Formulario de consentimiento

"IMPACTO DE ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE INTEGRACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA"

Fecha: ____ / ____ / ____ N° cuestionario ____

Este documento de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pida al entrevistador que le explique cualquier cosa que no entienda.

Se le ha solicitado que participe en el estudio, "*El impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina*", dirigido en Colombia por AMPARO SUSANA MOGOLLON PEREZ.

1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

El propósito de la investigación es originar nuevo conocimiento sobre estrategias de integración asistencial en redes de servicios de salud a partir de su experiencia como médico que labora al interior de la red. Sus opiniones y experiencias nos ayudarán a comprender la efectividad de diferentes estrategias de integración en salud en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en diversos sistemas de salud en América Latina, con énfasis en la atención de enfermedades crónicas. El análisis de la información nos ayudará a identificar las necesidades en relación a la mejora de la coordinación y la calidad de la atención al interior de las redes y proporcionar recomendaciones para optimizar su funcionamiento.

2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?

Si decide participar, se le realizará un cuestionario sobre sus experiencias y opiniones frente a la coordinación y calidad en la prestación de servicios de salud. La encuesta tendrá lugar en BOGOTÁ y tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos.

En ningún momento se escribirá su nombre en el cuestionario. Sólo se utilizará un código para identificarlo.

Es probable que posterior a la encuesta lo contacte el supervisor por vía telefónica o personalmente para efectuar un control de calidad o para precisar algunas respuestas, lo cual no le tomará más de 10 minutos.

3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?

No hay ningún riesgo por participar en este estudio.

4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que la sociedad pueda beneficiarse con los resultados de la investigación.

5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?

Es libre de decidir no participar en el estudio.

6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?

Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada, ni tampoco el de la institución prestadora de servicios de salud. Con el fin de proteger su información, el investigador (*AMPARO SUSANA MOGOLLON PEREZ*) mantendrá protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información. Y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.

7. ¿QUÉ COSTES Y PAGOS HAY?

Los investigadores quieren que su decisión de participar en el estudio sea absolutamente voluntaria, por tanto, no está previsto el reconocimiento económico a su participación.

8. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Después de haber recibido y comprendido la información necesaria, consciente de mis derechos y habiendo aclarado todas mis dudas, estoy de acuerdo en participar en el estudio y otorgo mi consentimiento para ser entrevistado/a. Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación. Se le entregará una copia de este formulario.

Su firma a continuación indica que es consciente de participar en el presente estudio.

Nombres y apellidos del entrevistado

CC: _____ Teléfono: _____

_____ **Firma**

Nombres y apellidos del testigo 1

CC: _____ Teléfono _____

_____ **Firma**

Nombres y apellidos del testigo 2

CC: _____ Teléfono _____

_____ **Firma**

9. DECLARACIÓN DEL ENTREVISTADOR

"Certifico que he explicado a la persona citada arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado al participante una copia de este documento firmado".

Nombre y apellidos del entrevistador

Firma del entrevistador

Si usted quiere cualquier otra información sobre su participación en el estudio puede contactar con:

Supervisor/a 1. Carol Cardozo

Asistente de investigación

Teléfono: 2970200. Ext.3506

Amparo Susana Mogollón Pérez

Coordinadora proyecto

Teléfono: 2970200 Ext.3417

Anexo B. Tabla de Variables

Variables dependientes

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Rango de valores	Unidad de medida	Relación
1	Percepción general de coordinación	Es la percepción de los profesionales sobre la coordinación entre niveles asistenciales al interior de su red de trabajo	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces / nunca. 1) Siempre/ muchas veces	No aplica	No aplica	Dependiente

Nombre de la variable		Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
Percepción coordinación de información	Transferencia de información clínica	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces / nunca. (1) Siempre/ muchas veces
	Utilización información			

Percepción de coordinación de gestión clínica	Coherencia atención	Los médicos generales remiten los pacientes a los especialistas cuando es necesario	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces / nunca. (1) Siempre/ muchas veces
		Los médicos no solicitan la repetición de exámenes que ya se han realizado en otros niveles de atención			
		Los médicos están de acuerdo con los tratamientos prescritos o indicados por médicos de otros niveles de atención			
		Existen contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos que prescriben médicos generales y especialistas			
Percepción de coordinación de gestión clínica	Seguimiento adecuado del paciente	Los especialistas remiten a los pacientes al médico general para su seguimiento	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces / nunca. (1) Siempre/ muchas veces
		Los especialistas hacen recomendaciones al médico general acerca del diagnóstico, tratamiento y otras orientaciones para el seguimiento del paciente			
		Los médicos generales consultan a los especialistas las dudas que tienen sobre el seguimiento del paciente			
	Accesibilidad	Cuando el paciente es remitido al especialista, espera mucho tiempo hasta el día de la consulta			
		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			

Variables independientes

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Rango de valores	Unidad de medida
1	Sexo	Sexo del profesional	Cualitativa	Nominal	(0) Hombre (1) Mujer	No aplica	No aplica
2	Edad	Edad del profesional (categorizada)	Cualitativa	Ordinal	(0) 23 – 35 años (1) 36 – 50 años (2) > 50 años	No aplica	No aplica
4	Años de trabajo en el centro	Tiempo de vinculación del profesional con la institución de salud	Cualitativa	Nominal	(0) >1 año (1) <=1 año	No aplica	No aplica
5	Complementa su trabajo en servicios privados	El profesional complementa su trabajo en servicios privados fuera de la red de servicios	Cualitativa	Nominal	(0) Si (1) No	No aplica	No aplica
6	Red	Red de servicio de salud en la que trabaja el profesional	Cualitativa	Nominal	(0) Red 2 (1) Red 1	No aplica	No aplica
7	Nivel de atención	Nivel de atención en la que se desempeña el profesional	Cualitativa	Nominal	(0) Primer nivel (1) Niveles especializados	No aplica	No aplica
8	Pacientes atendidos por hora contratada	Número de pacientes que atiende el profesional por hora contratada con la institución	Cualitativa	Nominal	(0) Mayor a 3 pacientes (1) Menor o igual a 3 pacientes	No aplica	No aplica
9	Dispone del tiempo durante la consulta para la realización de tareas de	Disponibilidad de tiempo durante la consulta para la realización de tareas de coordinación, bien sea, diligenciamiento de la hoja de	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces/ nunca (1) Siempre/ muchas veces	No aplica	No aplica

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Rango de valores	Unidad de medida
	coordinación entre niveles	ref/contrarreferencia, revisión de GPC.					
10	Tipo de contratación	Tipo de contratación que tiene el profesional con la institución	Cualitativa	Nominal	(0) Fijo/ indefinido (1) Prestación de servicios	No aplica	No aplica
11	Horas de trabajo por semana	Número de horas que trabaja por semana el profesional en la institución	Cualitativa	Nominal	(0) Mayor a 40 horas (1) Menor o igual a 40 horas	No aplica	No aplica
12	EPS limita citas, exámenes, medicamentos y procedimientos	El profesional reconoce limitaciones a citas, exámenes, medicamentos y procedimientos impuestos por la EPS	Cualitativa	Nominal	(0) Si, limitan (1) No, limitan	No aplica	No aplica
13	IPS limita citas, exámenes, medicamentos y procedimientos	El profesional reconoce limitaciones a citas, exámenes, medicamentos y procedimientos impuestos por la institución de salud	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica
14	En la práctica, los médicos generales son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención	Los profesionales reconocen Identifica al médico del primer nivel como coordinador del paciente entre niveles de atención	Cualitativa	Nominal	(0) A veces/ pocas veces/ nunca (1) Siempre/ muchas veces	No aplica	No aplica
15	La relación con los médicos del otro nivel es buena	La relación del profesional con los médicos del otro nivel asistencial es buena	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Rango de valores	Unidad de medida
16	Conoce personalmente a los médicos del otro nivel	El profesional conoce personalmente a los médicos del otro nivel asistencial	Cualitativa	Nominal	(0) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo/en desacuerdo/totalmente en desacuerdo (1) Totalmente de acuerdo/de acuerdo	No aplica	No aplica
17	Confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel	El profesional confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel asistencial	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica
18	Previsión de cambiar de trabajo en los próximos 6 meses	El profesional tiene prevista cambiar de trabajo en los 6 meses	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica
19	Percepción de recibir una buena remuneración por el trabajo	El profesional percibe recibir una buena remuneración por el trabajo dentro de la institución de salud	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica
20	Percepción de satisfacción con el trabajo	El profesional percibe estar satisfecho por el trabajo dentro de la institución de salud	Cualitativa	Nominal		No aplica	No aplica

Anexo C. Presentación de resultados en seminarios académicos

Modalidad	Título	Evento	Fecha
Ponencia oral	“Percepción de coordinación asistencial entre niveles en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá”	IV Congreso Internacional de Sistemas de Salud”	Bogotá, 3 – 5 de Octubre 2016.
Poster	“Percepción de coordinación asistencia entre niveles y sus factores asociados en dos redes de servicios de salud de Bogotá”	I Encuentro Internacional en Ciencias de la Salud, Universidad Industrial de Santander.	Bucaramanga, 13 – 16 de Junio 2017