

# Equity LA II

Impacto de las estrategias de integración  
de la atención en redes de servicios de  
salud de América Latina

Resultados comparativos  
2015/2017



# Equity LA II

**Impacto de las estrategias de integración  
de la atención en redes de servicios de  
salud de América Latina**

**Resultados comparativos  
2015/2017**

# ¿Qué es el proyecto Equity LA II?

Agradecemos especialmente a los profesionales trabajadores de la red y los usuarios encuestados que aceptaron compartir sus valoraciones y percepciones en relación a los procesos de atención y la atención recibida respectivamente con el equipo de investigación, a las instituciones prestadores de servicios de salud y sus respectivos equipos de trabajo por abrir generosamente sus puertas para poder realizar la investigación, a los cuadros de gestión de la Secretaría de Salud que acompañaron el proceso y a la Comisión Europea, Programa FP7 cuyo apoyo financiero fue imprescindible para la realización del estudio

**Equity LA II** es un proyecto de investigación cuyo objetivo es evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en América Latina.

Da continuidad al Proyecto Equity LA centrado en el análisis del acceso y la coordinación de la atención en RISS en Colombia y Brasil, incorporando cuatro nuevos países con diferentes tipos de sistemas de salud: Argentina, Chile, México y Uruguay.

## ¿Por qué es importante la investigación?

La falta de coordinación entre niveles de atención se considera uno de los principales obstáculos para conseguir resultados efectivos en la atención en salud en América Latina. Tiene como consecuencias la disminución de la calidad de la atención, la duplicación y el uso inadecuado de servicios de salud, afectando especialmente la atención de usuarios con comorbilidades y enfermedades crónicas que reciben atención de diferentes profesionales en diversas instituciones, durante largos períodos de tiempo.

## ¿Cuáles son los objetivos?

- *Analizar* el desempeño de la Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en relación a la coordinación y la calidad de la atención y los factores asociados en cada contexto particular.
- *Diseñar*, implementar y comparar una serie de intervenciones organizativas dirigidas a mejorar la coordinación y la calidad de la atención, haciendo énfasis en el personal de salud y pacientes crónicos.
- *Evaluar* la efectividad y las limitaciones de las diversas intervenciones para mejorar la coordinación y la calidad de la atención, e identificar los factores que determinan su aplicabilidad en diferentes contextos.
- *Desarrollar* herramientas que traduzcan la evidencia sobre buenas prácticas en integración de la atención, en políticas innovadoras y efectivas para una mejor organización de las RISS.

## ¿Cómo se realiza el proyecto?

Equity LA II adopta un enfoque innovador de investigación – acción, con un diseño cuasi – experimental para la evaluación de una intervención compleja en las redes de servicios de salud. La investigación consta de 4 fases (agosto 2013 – agosto 2019)

## Fase 1:

Estudio para establecer la línea de base en el desempeño de las RISS en los seis países latinoamericanos utilizando métodos cualitativos y cuantitativos.

## Fase 2:

Diseño e implementación de intervenciones en una RISS de cada país para la mejora de la coordinación y la calidad de la atención basada en el resultado del estudio de base.

## Fase 3:

Evaluación de la eficacia y las limitaciones de las intervenciones y los factores contextuales asociados.

## Fase 4:

Análisis comparativo entre países.

# Conceptos centrales de la investigación

## ¿Qué es la coordinación asistencial?

La coordinación asistencial se centra en la interacción entre profesionales y se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común.

*Existen tres tipos de Coordinación:*

- **Coordinación de la información:** Transferencia y uso de información.
- **Coordinación de la Gestión Clínica:** Provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido.
- **Coordinación Administrativa:** Coordinación del acceso del usuario a lo largo del continuo asistencial de acuerdo a sus necesidades

## ¿Qué es la continuidad asistencial?

La Continuidad asistencial es el equivalente a la coordinación, desde el punto de vista del usuario de servicios de salud. Se la define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo.

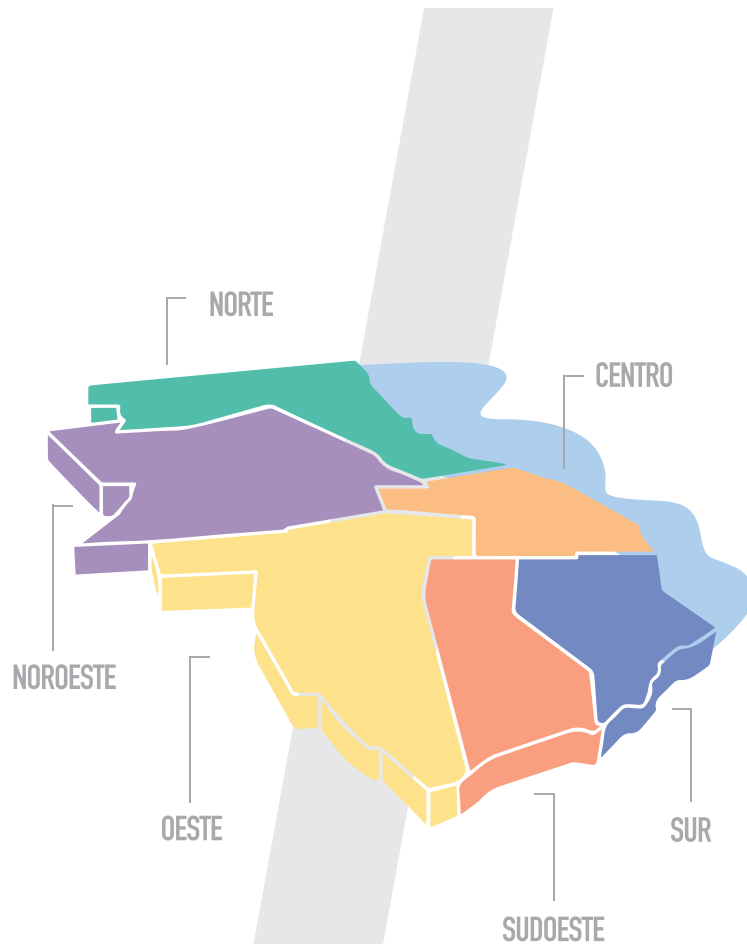
*Existen tres tipos de Continuidad:*

- **Continuidad de la Información:** Percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información por parte de los médicos que lo atienden.
- **Continuidad de la Gestión Clínica:** Percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.
- **Continuidad de Relación:** Percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más profesional/es.

# El proyecto en Argentina:

Se llevó adelante en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario, la cual está distritalizada en 6 áreas, cada una de las cuales involucra un número determinado de centros de salud junto a uno o más hospitales de referencia. A los fines de este proyecto y respetando su diseño metodológico, se seleccionaron dos subredes:

- Subred de intervención: conformada por los distritos Norte y Noroeste
- Subred de control: conformada por los distritos Sur y Suroeste



## Fase 1:

### Estudio de línea de base / 2014 y 2015

**Abordaje cualitativo:** se entrevistaron **40** trabajadores de 1° y 2° nivel, gestores y mandos medio de la red. También **25** usuarios de los efectores de las subredes en estudio.

**Abordaje cuantitativo:** Se realizaron **350** encuestas a médicos de 1° y 2° nivel de ambas subredes, que tuvieran a su cargo la atención clínica de pacientes y una antigüedad mínima de 3 meses de trabajo en el efector donde se los encuestó.

Se realizaron **789** encuestas a usuarios portadores de al menos una enfermedad crónica que hubieran consultado al 1° y 2° nivel de la subred en los últimos 6 meses por un mismo problema de salud.

## Fase 2:

### Diseño e implementación de la intervención / 2016 y 2017

La intervención fue diseñada en forma conjunta entre profesionales de 1° y 2° nivel, gestores de la red y el equipo de investigación.

## Fase 3:

### Evaluación de la intervención / finales de 2017 y primer semestre de 2018

**Abordaje cualitativo** para evaluar el proceso de intervención y cambios contextuales: se entrevistaron **14** profesionales y gestores involucrados en alguna o todas las fases constitutivas del proceso de intervención. Así mismo se entrevistaron **9** profesionales y gestores que dieran cuenta de los cambios ocurridos en materia de coordinación de la atención, no relacionados con la intervención, durante el período 2015 – 2017.

**Abordaje cuantitativo comparativo:** Se realizaron **352** encuestas a Médicos de 1° y 2° nivel de ambas subredes, que tuvieran a su cargo la atención clínica de pacientes y una antigüedad mínima de 3 meses de trabajo en el efector donde se lo encuestó.

Se realizaron **784** encuestas a usuarios portadores de al menos una enfermedad crónica que hubieran consultado al 1° y 2° nivel de la subred en los últimos 6 meses por un mismo problema de salud.

### Sobre la intervención:

La selección de la intervención, tuvo su punto de partida en los resultados del estudio de línea de base y en la retroalimentación producida en la etapa de devolución de estos resultados a profesionales y gestores de la red. En estas instancias se identificaron dificultades para asegurar un adecuado seguimiento de pacientes con patologías crónicas, siendo dos los principales descriptores de esta condición: 1- las prolongadas demoras para acceso a turnos en el 2º nivel para realizar interconsultas y algunos estudios complementarios 2- déficits en la comunicación e intercambio de información clínica entre profesionales de 1º y 2º nivel. Partiendo de este diagnóstico, la intervención apuntó a **la construcción de un acuerdo de atención de pacientes crónicos, tomando como enfermedades trazadoras las de mayor prevalencia identificadas en el estudio de línea de base: DBT y HTA**. Para lograr este propósito se planificaron dos grandes fases de trabajo:

**Primera Fase:** *Revisión de Historias Clínicas -HC- para la caracterización de la trayectoria de atención de pacientes hipertensos y diabéticos* (Febrero – Noviembre 2016)

La revisión de HC se llevó adelante con médicos de algunos centros de salud -CS- de la subred de intervención, y continuó con la revisión de las mismas HC, por algunos médicos intervinientes en el proceso de atención, en el 2º nivel.

Como resultado de esta fase se identificaron elementos orientadores para la construcción del Acuerdo de Atención:

- Constatación de heterogeneidad en las prácticas (equipos de 1 nivel que insulinizan y otros que no)
- Heterogéneos niveles de alarma (medicación, interconsultas).
- Demoras en el acceso a estudios complementarios.
- Heterogénea calidad de las referencias y contrarreferencias (la buena calidad de las referencias condiciona la buena calidad de las contrarreferencias).
- Condiciones de salud diferenciales en el momento de acceso a la atención según género (hombres debutan en la atención ya con complicaciones).

**Segunda fase:** *Reuniones conjuntas para la construcción de un acuerdo de atención de pacientes hipertensos y diabéticos* (Febrero 2017 – Diciembre 2017)

Se desarrollaron reuniones conjuntas con profesionales de ambos niveles y gestores de la red.

Se identificaron distintos aspectos a mejorar en el proceso de atención:

- Dificultades en el intercambio de información y de índole administrativa entre clínica internista y los CS en el momento en que un paciente cursa una internación.
- Dificultades en la relación entre Cs y la especialidad de endocrinología, en la dimensión clínica.
- Dificultades entre cardiología y CS, en las dimensiones clínica y administrativa.

Estos nudos problemáticos fueron los ejes rectores para la construcción de los tres componentes del Acuerdo de Atención de pacientes hipertensos y diabéticos, que al momento de esta publicación se encuentra en fase de borrador.

### Sobre esta publicación:

Esta publicación está centrada en la presentación de los resultados comparativos de las encuestas realizadas en 2015 y 2017 a médicos, para conocer los cambios en las experiencias sobre la coordinación de la atención y a usuarios, para conocer los cambios en sus opiniones sobre la continuidad de la atención, en las dos subredes en estudio.

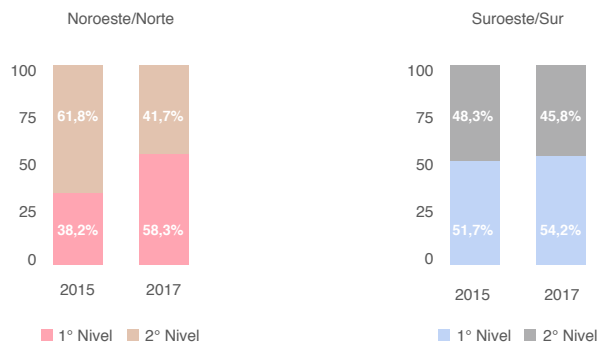
Así mismo presenta los cambios más relevantes implementados en la red en materia de coordinación, durante los años 2015 – 2017, desde la perspectiva de diferentes actores entrevistados

# RESULTADOS COMPARATIVOS 2015 - 2017<sup>1</sup>:

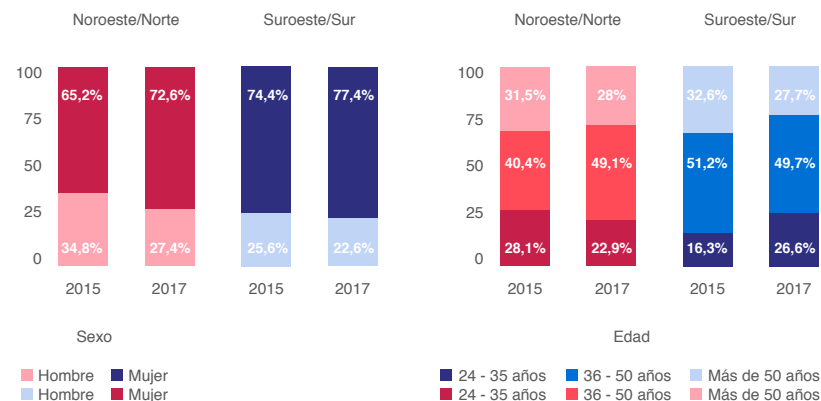
## ¿QUIÉNES PARTICIPARON?

### Los médicos encuestados

#### COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

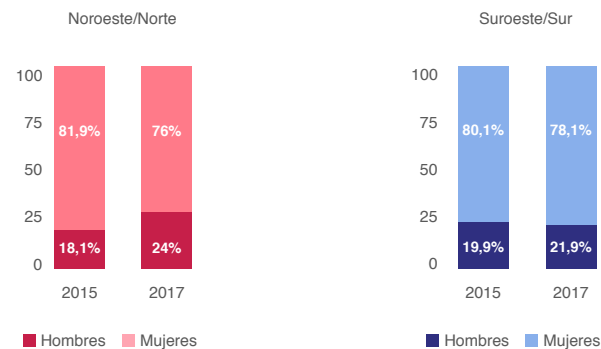


## SEXO Y EDAD



### Los usuarios encuestados

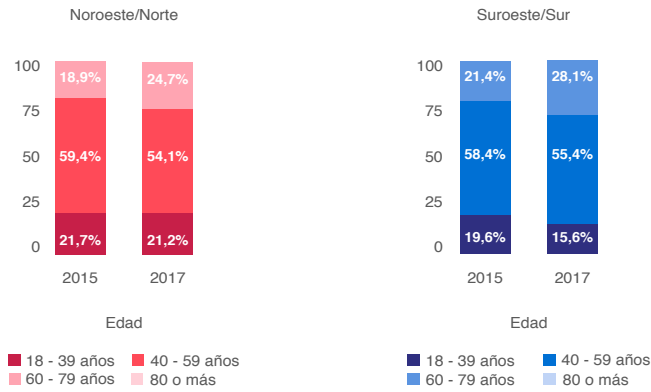
#### COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA



<sup>1</sup> Los valores perdidos (NS/NC/NA) fueron incluidos en el total pero no fueron graficados

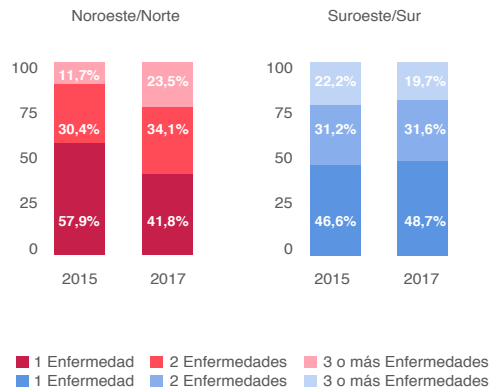
EDAD

PROMEDIO DE RESIDENCIA EN EL DISTRITO EN AMBAS REDES Y AÑOS: 26 A 29 AÑOS



CANTIDAD DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

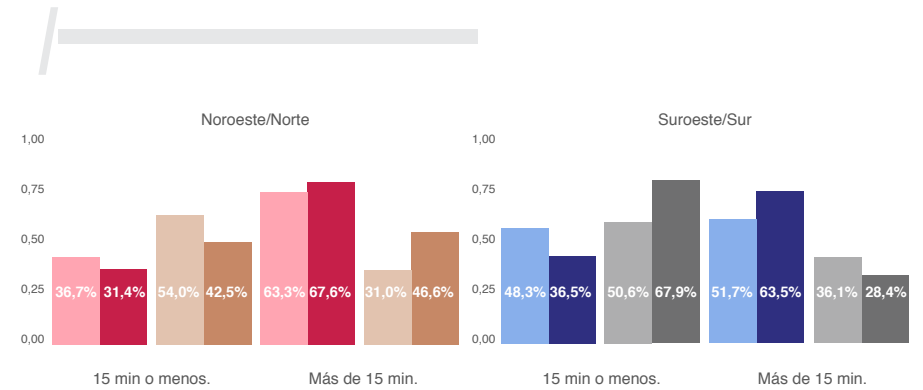
LAS DOS ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS PREVALENTES EN AMBOS AÑOS Y SUBREDES SON DIABETES E HIPERTENSIÓN



	SUBRED NOROESTE/NORTE		SUBRED SUR/SUROESTE	
	2015	2017	2015	2017
HIPERTENSIÓN	38,5	39,3	41,6	37,5
DIABETES MELITUS	17,6	29,6	21,9	25,8

¿Qué tiempo utilizan los médicos para la atención de pacientes?

Los encuestados de 1° nivel de ambas subredes, en ambos años, refirieron destinar más de 15 min. por consulta. Porcentaje de respuesta que creció en la encuesta de 2017. Por su parte, los médicos de 2° nivel de ambas subredes, en 2015 mayoritariamente respondieron utilizar 15 min. o menos para la atención. Sin embargo, en 2017, en la Subred Noroeste/Norte, se registró un pequeño aumento de quienes dicen utilizar más de 15 min. para cada consulta.



¿El tiempo en consulta que puede dedicarle a la coordinación ¿le resulta suficiente?

La mayoría de los médicos de 1° y 2° nivel, en ambas subredes y años, considera que el tiempo es insuficiente.

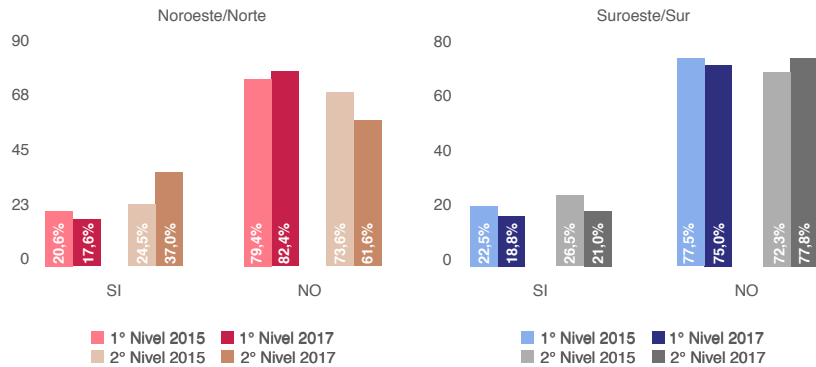


# OPINIÓN GENERAL SOBRE LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN LAS SUBREDES EN 2015 Y 2017:

## Percepción general de coordinación

¿Los médicos pensamos que la atención entre niveles está coordinada?

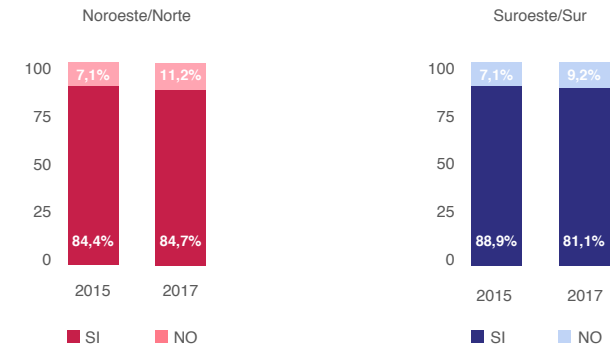
Los médicos de las dos subredes en los dos años consideran que la atención no está coordinada, aunque se observa un aumento en la subred Noroeste/Norte de médicos de 2° nivel que perciben que sí lo está.



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

¿Qué percepción tienen los usuarios sobre la colaboración entre los médicos de 1° y 2° nivel que lo atienden?

La amplia mayoría en ambas subredes y años, considera que trabajan conjuntamente para resolver sus problemas de salud.



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

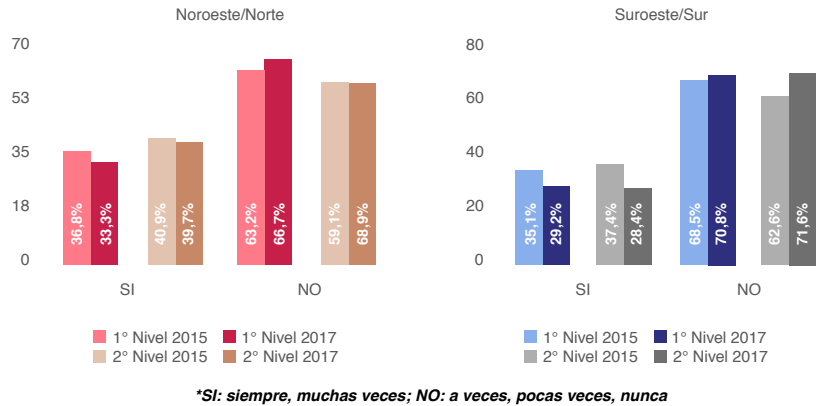
## Opinión sobre el intercambio de información.

¿Los médicos de 1° y 2° nivel intercambiamos información sobre la atención (diagnósticos, exámenes, tratamientos) de los pacientes que atendemos?

La mayoría de los médicos de 1° y 2° nivel de ambas subredes, dicen no intercambiar información sobre los pacientes que atienden.



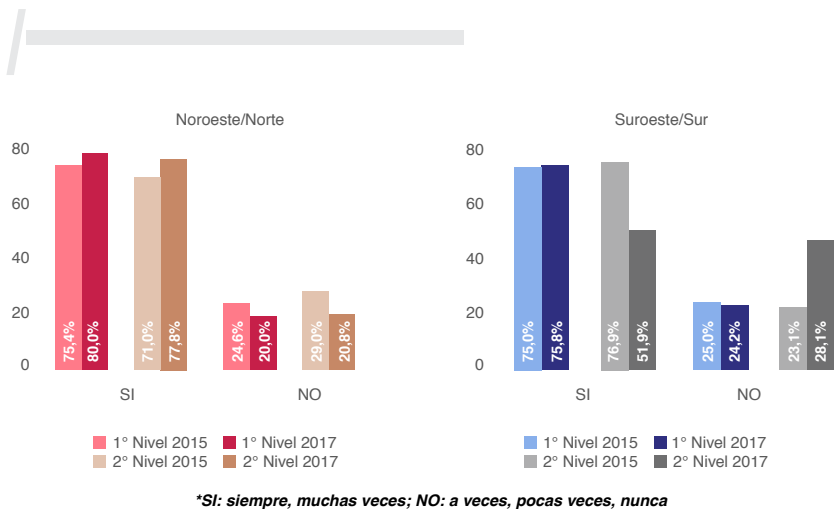
### INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE MÉDICOS DE 1º Y 2º NIVEL



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

### ¿La información intercambiada ¿es la necesaria para la atención de los pacientes?

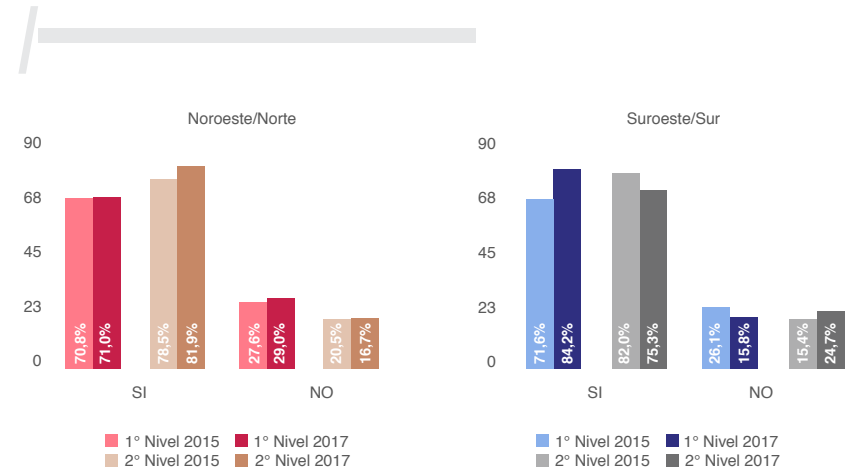
La mayoría de los médicos de 1º y 2º nivel, en las dos subredes consideran que sí, aunque hubo una importante disminución de esta respuesta entre los médicos de 2º nivel de la subred Sur/Suroeste en 2017.



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

### ¿Los médicos de 1º y 2º nivel tomamos en cuenta la información que intercambiamos de los pacientes que atendemos?

La amplia mayoría de los profesionales de ambos niveles en las dos subredes y en ambos años, tienen en cuenta la información intercambiada. Sin embargo, esta respuesta registra un aumento en 2017, entre los médicos de 1º nivel de la Subred Sur/Suroeste .



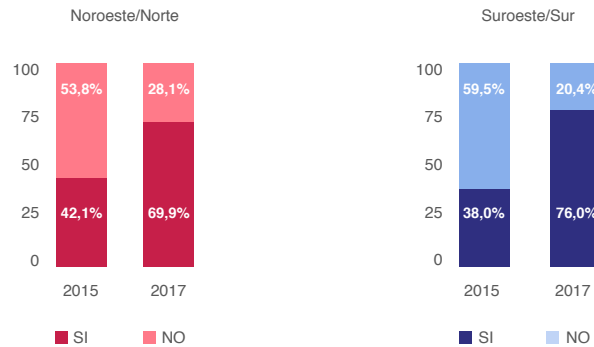
\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

### ¿Cómo perciben los usuarios la transferencia de información entre los médicos de 1º y 2º nivel que lo atienden?

En el año 2015, en ambas subredes, los usuarios percibían que tanto el médico de 1º como de 2º nivel desconocían el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del otro nivel le había dado. Esta percepción cambió en 2017, donde la mayoría de encuestados, percibe que los médicos que lo atienden conocen diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del médico del otro nivel.

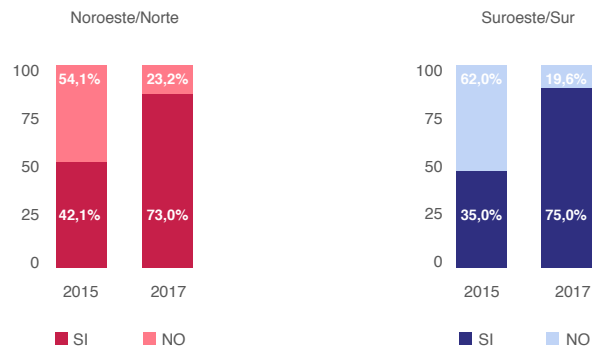


### ¿EL MÉDICO DE 1º NIVEL CONOCE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES QUE EL DE 2º NIVEL LE HA DADO?



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

### ¿EL MÉDICO DE 2º NIVEL CONOCE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES QUE EL DE 1º NIVEL LE HA DADO?

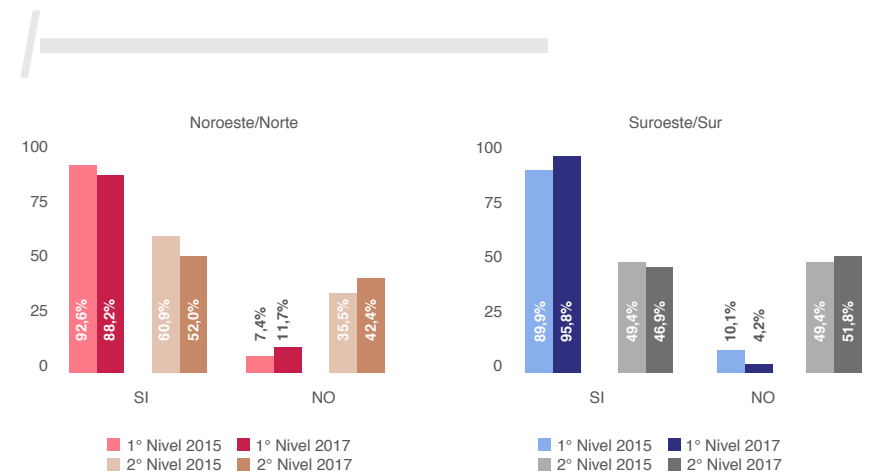


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

### Opinión sobre consistencia de la atención.

¿Los médicos de 1º nivel derivan a los pacientes al médico de 2º nivel cuando es necesario?

Hay diferencias importantes entre médicos de los dos niveles sobre la derivación oportuna del 1º al 2º nivel, en ambas subredes, en ambos años. La opinión sobre si la derivación es oportuna es más marcada entre los médicos de 1º nivel.



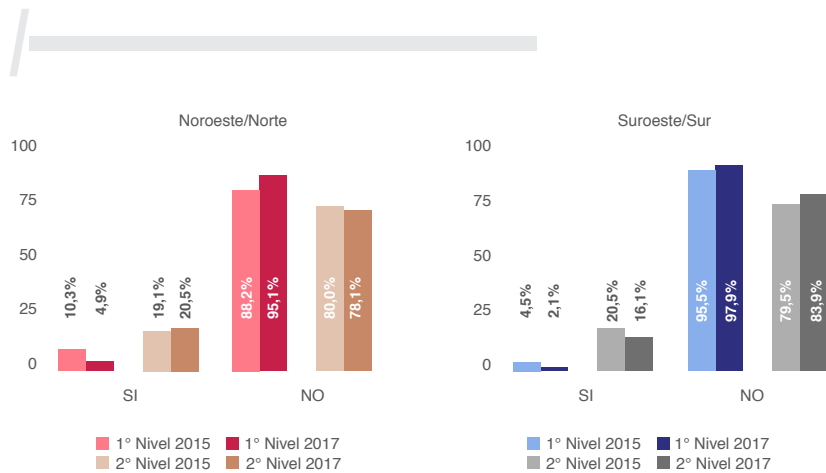
\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

¿Los médicos repetimos los exámenes que previamente han indicado los médicos del otro nivel?

También se registran diferencias en las experiencias de los médicos de 1º y 2º nivel, en ambos años. En este sentido los médicos de 2º nivel experimentan más repeticiones que los de 1º nivel.

El motivo principal de dichas repeticiones en ambas subredes y años fue por antigüedad/caducidad de los estudios. (Subred Noroeste/Norte 2015: 22,9%, 2017: 37,8% - Subred Sur/Suroeste 2015: 35,7%, 2017: 25,2%)

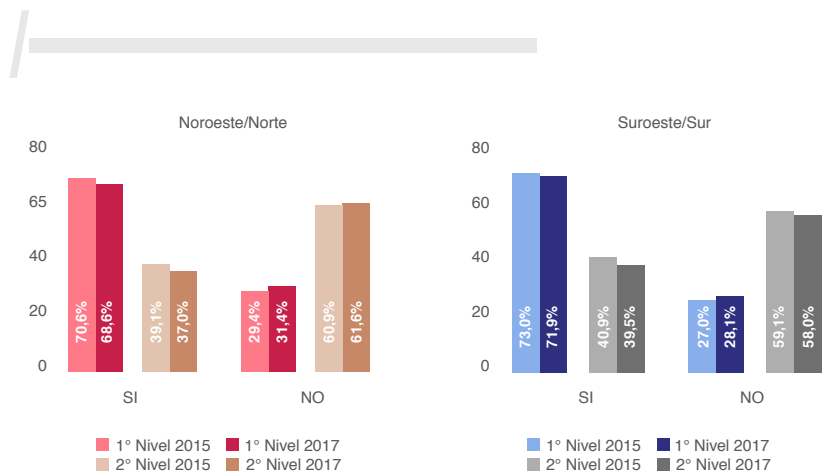




\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Los médicos ¿estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes?**

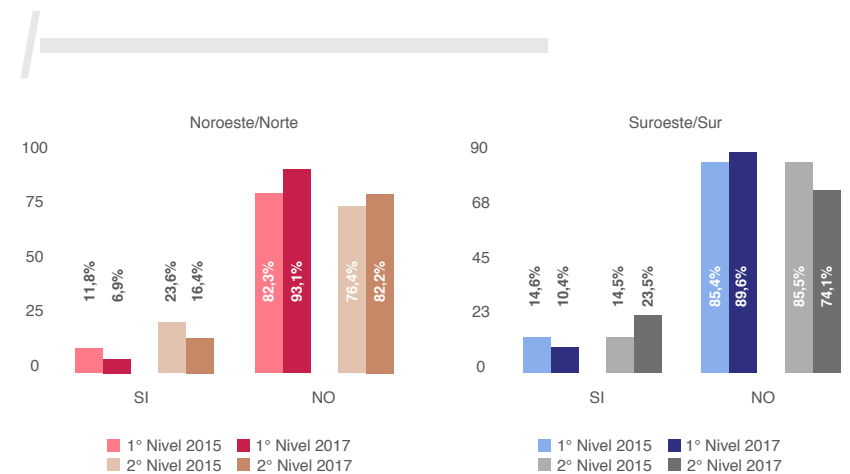
En ambas subredes, en ambos años, los médicos de 1° nivel consideran la existencia de acuerdos entre los médicos de los dos niveles. En cambio, menos de la mitad de los médicos de 2° considera que existan acuerdos.



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**¿Existen contraindicaciones y/o duplicaciones en los tratamientos que los médicos de 1° y 2° nivel prescribimos?**

La mayoría de los médicos de 1° y 2° nivel, en ambas subredes y años, consideran que no existen contradicciones y/o duplicaciones en los tratamientos indicados a los pacientes. Esta experiencia aumenta en 2017 entre los médicos de ambos niveles en la subred Nordeste/Norte, particularmente entre los médicos de 1° nivel.



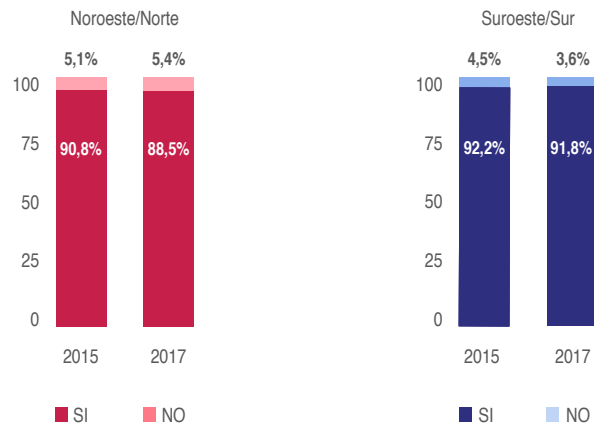
\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Los usuarios ¿perciben que sus médicos están de acuerdo con los tratamientos, recomendaciones y diagnósticos que el profesional del otro nivel le dio?**

La amplia mayoría de los usuarios, en ambos años y en ambas subredes, percibe que existe acuerdo entre sus médicos de los dos niveles en relación a los tratamientos, recomendaciones y diagnósticos.

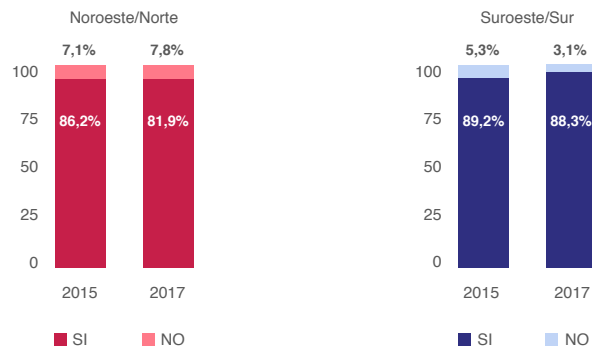


## ¿PERCIBEN QUE SU MÉDICOS DE 1º NIVEL ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TRATAMIENTOS, RECOMENDACIONES Y DIAGNÓSTICOS QUE EL DE 2º



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

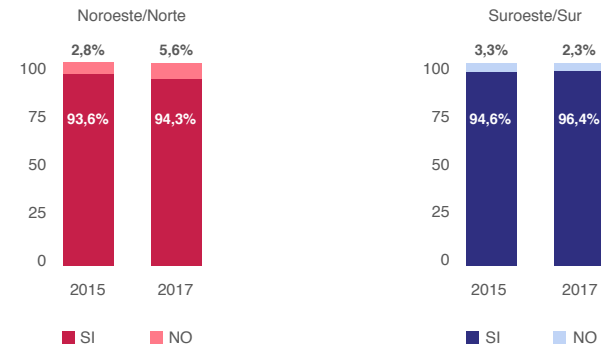
## ¿PERCIBEN QUE SU MÉDICOS DE 2º NIVEL ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TRATAMIENTOS, RECOMENDACIONES Y DIAGNÓSTICOS QUE EL DE 1º NIVEL LE DIO?



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

## ¿Consideran que la derivación del 1º al 2º nivel es oportuna?

La casi totalidad de los encuestados, en ambas subredes y años, percibe que su médico del 1º nivel lo deriva oportunamente.



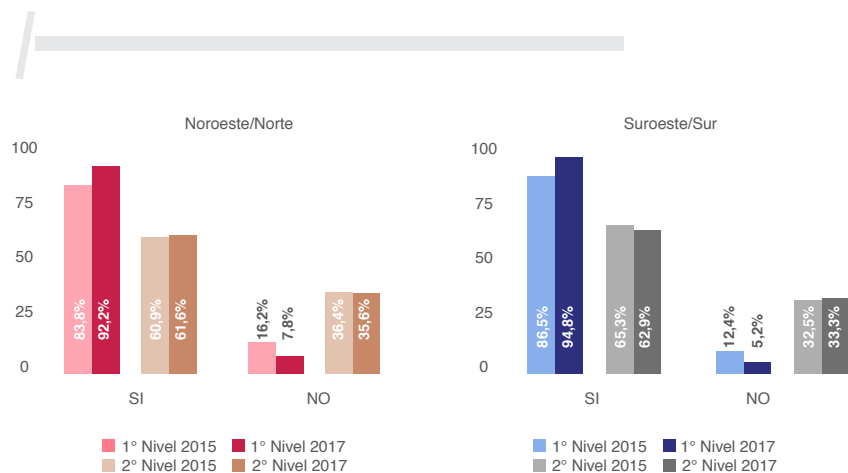
\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

## Opinión sobre el seguimiento adecuado del paciente

### En la práctica ¿los médicos de 1º nivel son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención?

En ambas subredes la mayoría de los encuestados coincide en que los médicos de 1º nivel son los responsables del seguimiento del paciente. Sin embargo, esta mayoría es más significativa entre los propios médicos de 1º nivel. Respuesta que aumentó en ambas subredes en 2017.

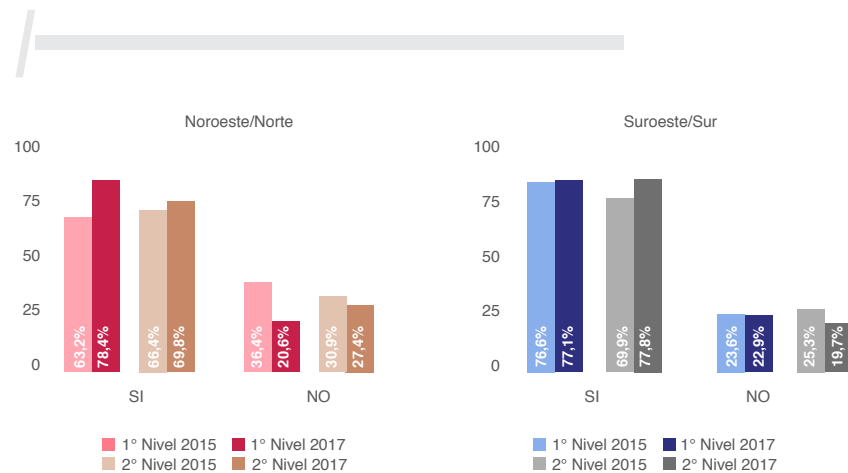




\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Los médicos de 2° nivel ¿envían a los pacientes al 1° nivel para su seguimiento?**

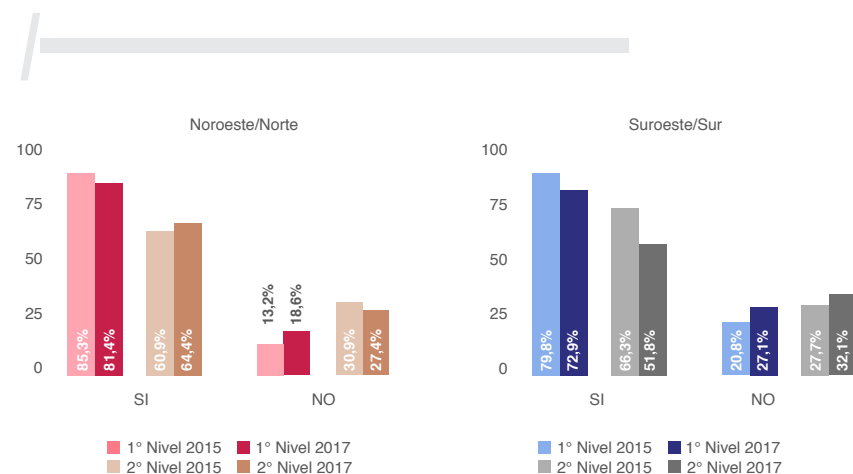
Los médicos de ambos niveles en las dos subredes coinciden en que los médicos de 2ª nivel envían a los pacientes al 1° nivel para su seguimiento, aunque esta respuesta registra un aumento en 2017 entre los médicos de 1° nivel de la Subred Noroeste/Norte y de 2ª nivel de la Subred Sur/Suroeste.



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Después de ser atendido en el 2° nivel, ¿el paciente realiza una consulta de seguimiento con el Médico de 1° nivel?**

La mayoría de los médicos considera que si, respuesta más acentuada entre los médicos de 1° nivel. Si bien esta tendencia se mantuvo en 2017, se registró una disminución de esta respuesta, más acentuada entre los médicos de 2° nivel, en la subred Sur/suroeste.

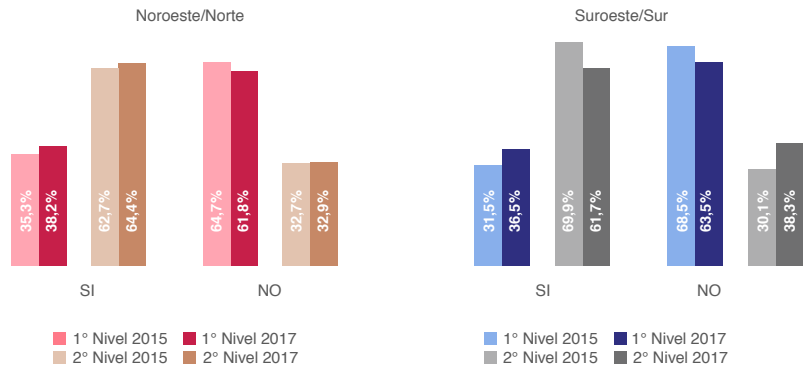


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Los médicos de 2° nivel ¿hacen recomendaciones (diagnósticos, tratamiento, otras orientaciones) al médico de 1° Nivel sobre el seguimiento de los pacientes?**

En ambos años y en ambas subredes, se registró una marcada diferencia de opinión entre los médicos de los dos niveles. La respuesta afirmativa, es mayoritaria entre los médicos de 2° nivel, quienes afirman realizar recomendaciones para el seguimiento del paciente, al médico de 1°.

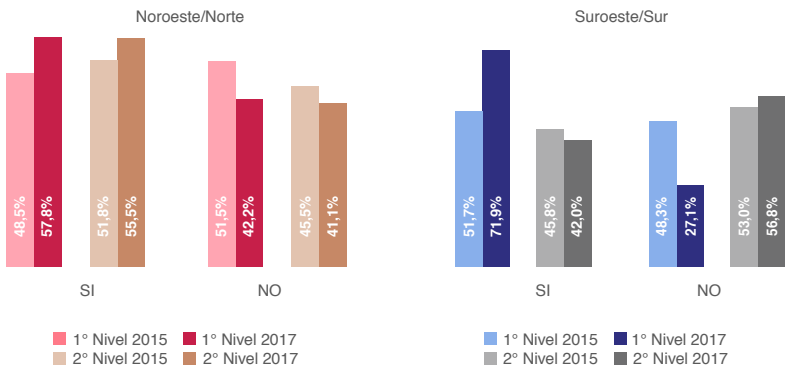




\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Los médicos de 1° nivel ¿consultan a los de 2° nivel las dudas que tienen sobre el seguimiento de los pacientes?**

Las opiniones son similares entre niveles en la subred Noroeste/Norte en donde además hubo un aumento en 2017. En la subred Sur/Suroeste se destaca el importante aumento de esta opinión entre los médicos de 1° nivel en 2017.

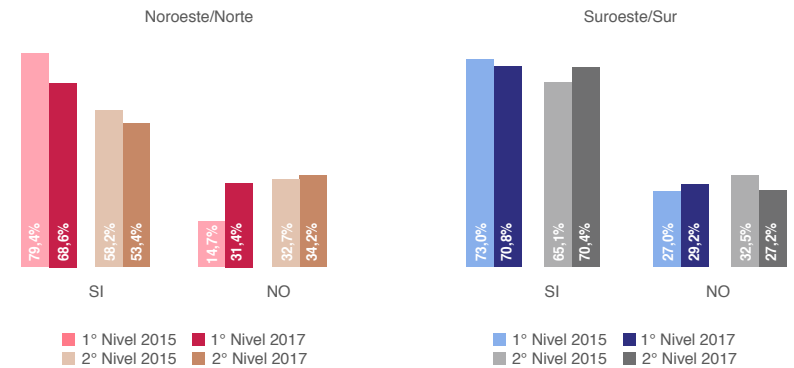


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Opiniones sobre accesibilidad entre niveles**

**Al ser derivado al médico de 2°, ¿el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta?**

La mayoría de los médicos de ambos niveles en ambas subredes, opinan que sí, aunque en la subred Noroeste/norte, se observa una disminución de esta respuesta en ambos niveles.

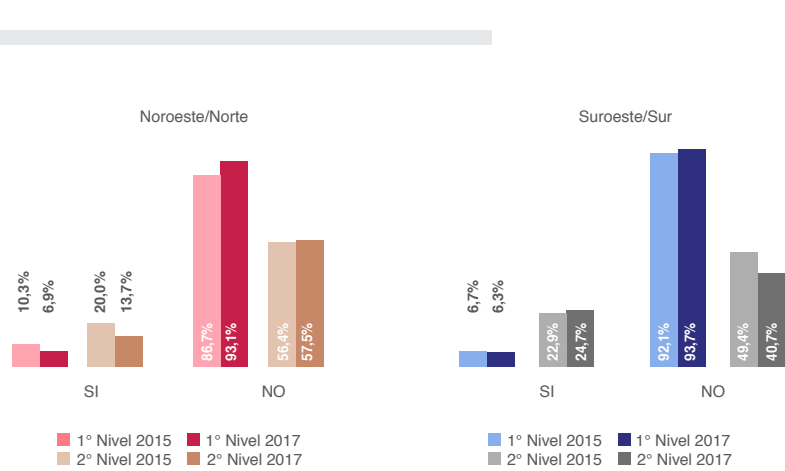


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**Tras la consulta con el médico de 2° nivel, cuando el paciente solicita un turno con el médico de 1° nivel ¿espera mucho tiempo hasta el día de la consulta?**

La mayoría de los médicos en ambos años y subredes considera que no. Esta opinión aumentó en 2017 entre los médicos de 1° nivel de la subred Noroeste/Norte y disminuyó entre los de 2° nivel de la subred Sur/Sudoeste.



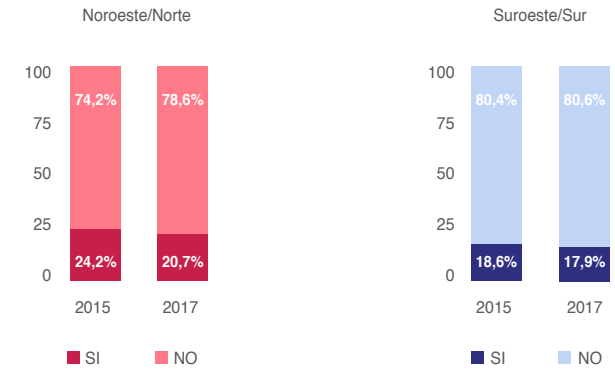


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**¿Cuál es la percepción de los usuarios en relación al tiempo de espera para acceder a la consulta en 1° y 2° nivel?**

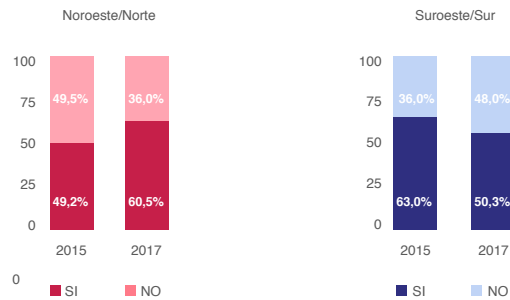
En relación al acceso a la consulta en 2° nivel, en 2017 en la subred Norroeste/Norte aumentó el porcentaje de usuarios que refieren esperar mucho tiempo mientras que en la Sur/Suroeste, disminuyó. En cambio, para el acceso a la consulta de 1° Nivel, en las dos subredes y años los usuarios percibieron poco tiempo de espera.

**TRAS LA CONSULTA CON EL MÉDICO DEL 2° NIVEL, CUANDO SOLICITA UNA CONSULTA EN EL 1°**



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

**CUANDO EL MÉDICO DE 1° NIVEL LE DERIVA AL MÉDICO DEL 2°,  
¿DEBE ESPERAR MUCHO TIEMPO HASTA EL DÍA DE LA CONSULTA?**



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca

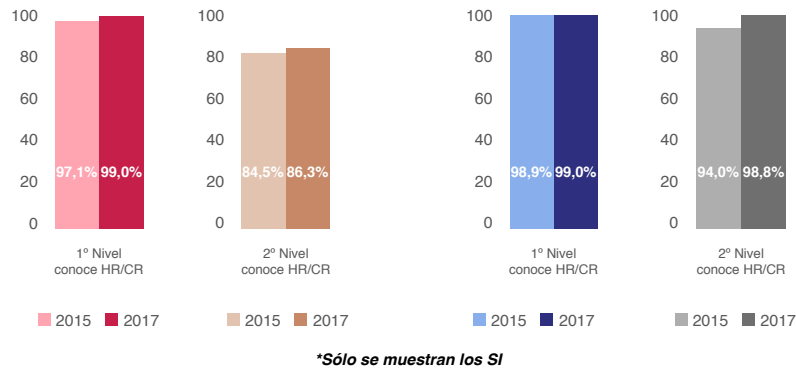


# CONOCIMIENTO Y USO DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN

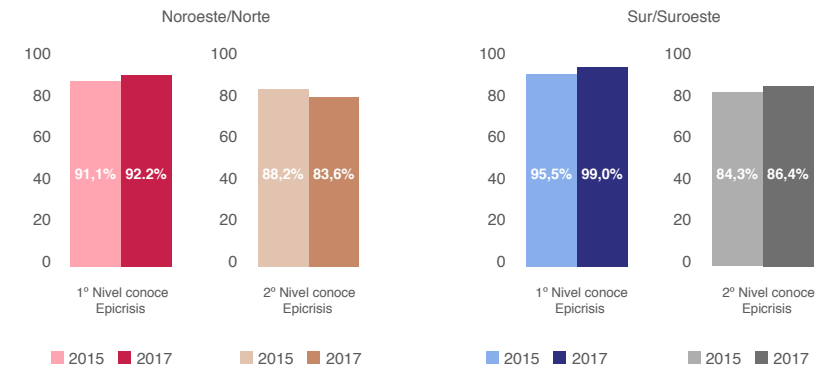
## Experiencia de conocimiento de mecanismos de coordinación:

Hoja de Referencia Contrarreferencia y Epicrisis continúan siendo los mecanismos más conocidos por la casi totalidad de los médicos de ambas subredes, principalmente entre los médicos de 1° nivel.

## CONOCIMIENTO DE LA HOJA DE REFERENCIA/CONTRA-REFERENCIA

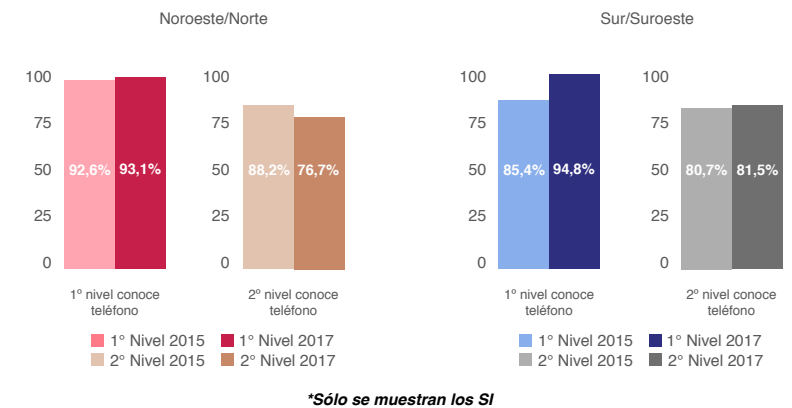


## CONOCIMIENTO DE LA EPICRISIS O INFORME DE ALTA HOSPITALARIA



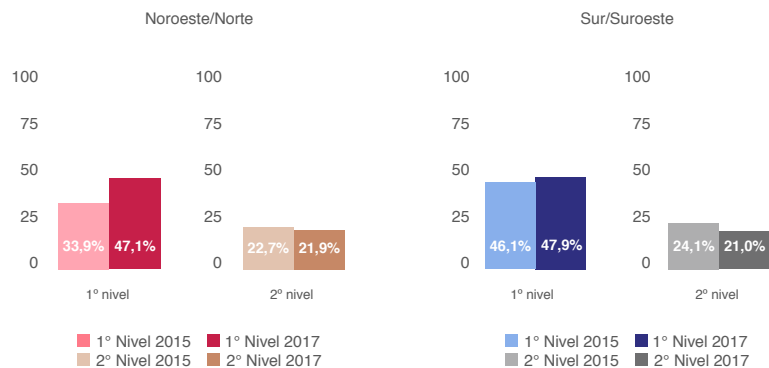
El conocimiento del *Teléfono Institucional* también continuó siendo mayoritario en 2017, aunque disminuyó entre los médicos de 2° nivel de la Subred Noroeste/Norte y aumentó entre los de 1° de la subred Sur/Suroeste.

## CONOCIMIENTO DEL TELÉFONO INSTITUCIONAL



Si bien, siguen siendo menos de la mitad de los médicos quienes refieren conocer las Normas, protocolos, GPC compartidas y criterios de derivación, se observa un aumento para 2017 en la subred Noroeste/Norte entre médicos de 1° nivel.

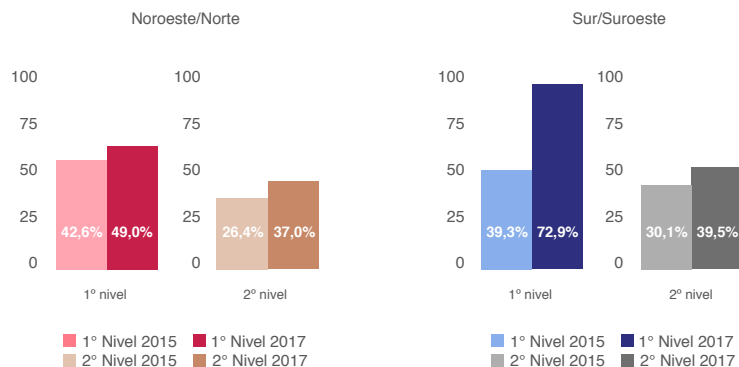
### CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS, GPC COMPARTIDAS Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN



\*Sólo se muestran los sí

El conocimiento de las *Reuniones Conjuntas*, aumentó en 2017, principalmente entre los médicos de 1° nivel de la subred Sur/Suroeste.

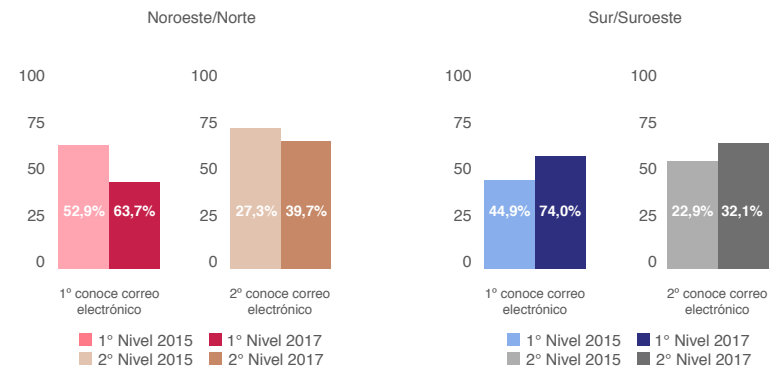
### CONOCIMIENTO DE LAS REUNIONES CONJUNTAS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN



\*Sólo se muestran los SI

El conocimiento del *Correo electrónico* institucional también aumentó en 2017 entre los médicos de 1° y 2° nivel de ambas subredes, principalmente entre médicos de 1° nivel.

### FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO PARA TRATAR DE ATENCIÓN DE PACIENTES



\*Sólo se muestran los SI

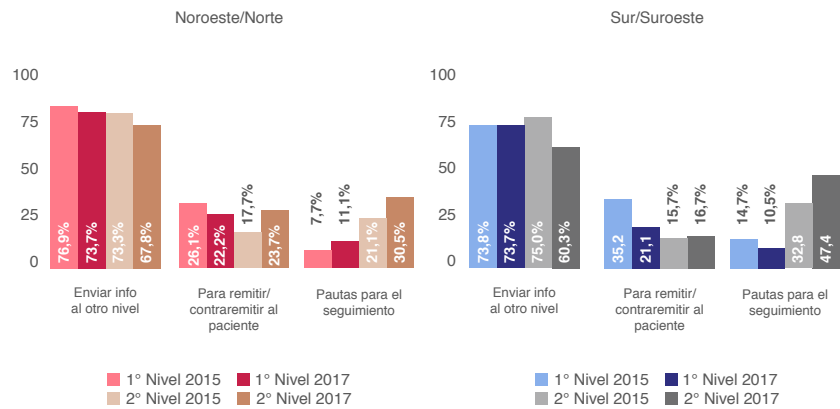
**Experiencia de uso de mecanismos de coordinación:**

**Hoja de Referencia/Contrarreferencia**

**¿Para qué se usa?**

La mayoría de los médicos de 1° y 2° nivel de ambas subredes, en ambos años, consideró que la utilizan para “Enviar información al otro nivel (antecedentes, diagnósticos, tratamientos, pruebas)”

**PARA QUÉ SE UTILIZA LA HOJA DE REFERENCIA/CONTRA-REFERENCIA?**

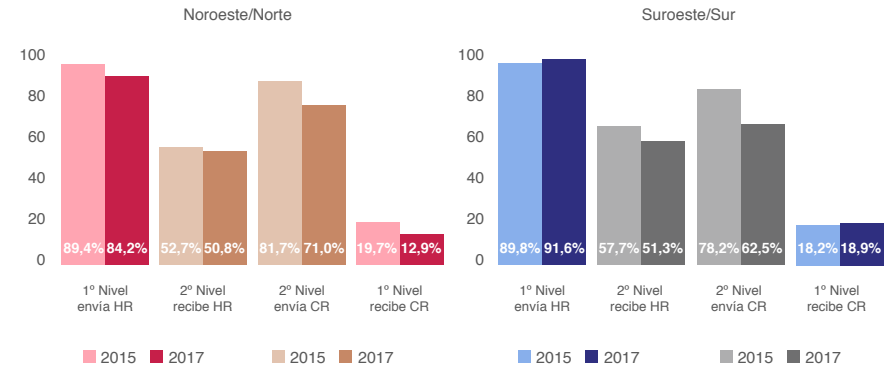


**Envío y recepción**

En ambas subredes y años, la amplia mayoría de los médicos de 1° refiere enviar la Hoja de referencia a sus colegas de 2° nivel. Sin embargo, sólo alrededor de la mitad de sus pares de 2° nivel refieren recibirla, brecha que se acentúa en 2017, especialmente en la subred Sur/Suroeste.

En relación a la hoja de contrarreferencia, la mayoría de los médicos de 2° nivel, refiere enviarla al médico de 1° nivel, aunque se registra una importante disminución de esta respuesta en 2017. Sin embargo, es muy bajo el porcentaje de médicos de 1° nivel que refieren recibirla, respuesta que se acentúa en 2017 entre los médicos de 1° nivel de la subred Noroeste/Norte.

**ENVÍO/RECEPCIÓN FRECUENTE DE LA HOJA DE REFERENCIA/CONTRA-REFERENCIA**

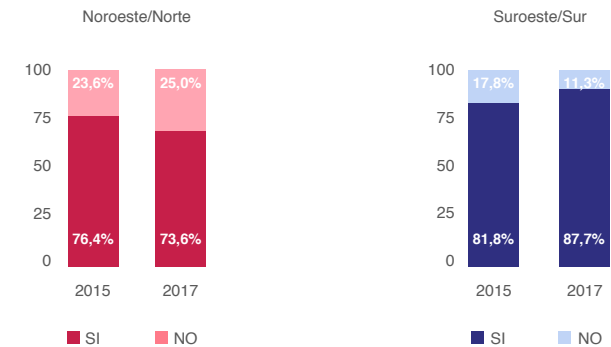


*\*Siempre y muchas veces*

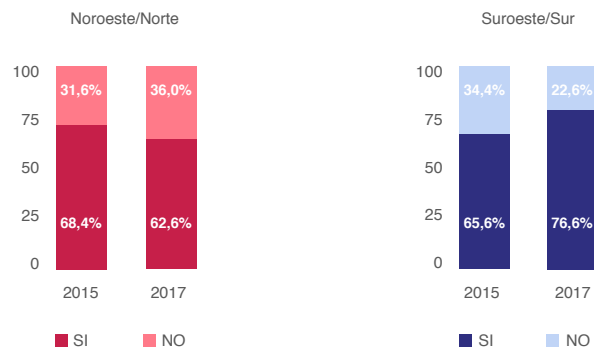
**Opinión de los usuarios:**

Por su parte, los usuarios perciben, en ambos años y subredes, que los médicos que lo atienden le dan un informe para entregar al médico del otro nivel

**EL MÉDICO DE 1° NIVEL LE DIO UN INFORME PARA ENTREGAR AL MÉDICO DE 2° NIVEL?**



## EL MÉDICO DE 2º NIVEL LE DIO UN INFORME PARA ENTREGAR AL MÉDICO DE 1º NIVEL?



### Información recibida en la Hoja de Referencia/Contrareferencia:

En cuanto a la información recibida en la referencia, los médicos del 2º nivel mayormente refieren:

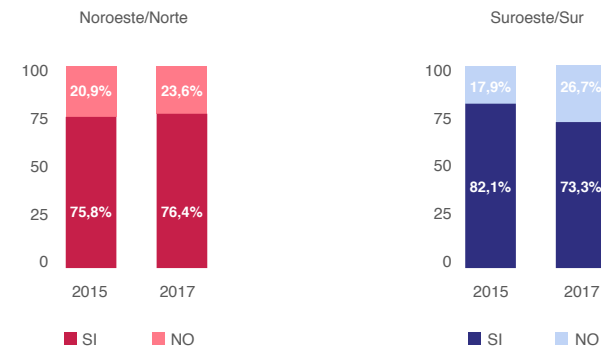
- **Antecedentes.**
- **Motivo de la derivación.**
- **Tratamientos.**

La información más frecuente recibida en la contrareferencia por los médicos de 1º nivel es:

- **Diagnósticos.**
- **Tratamiento.**
- **Pruebas.**

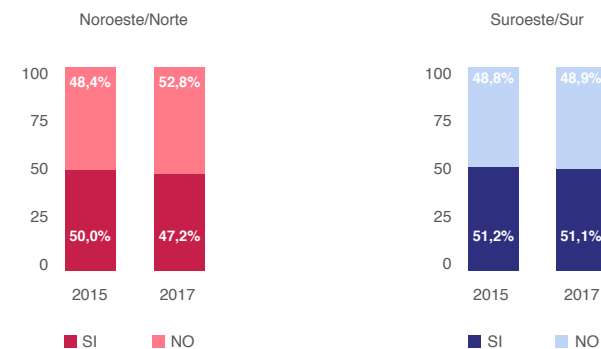
En ambos años y subredes, los médicos de 1º nivel, aseguran que la Contrareferencia responde al motivo de la Referencia y solo la mitad la recibe en un tiempo útil para la toma de decisiones.

## LA CONTRA-REFERENCIA RESPONDE AL MOTIVO DE LA REFERENCIA



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca  
\*Sólo para médicos de 1º Nivel de atención

## RECIBE LA CONTRA-REFERENCIA EN UN TIEMPO ÚTIL PARA LA TOMA DE DECISIONES

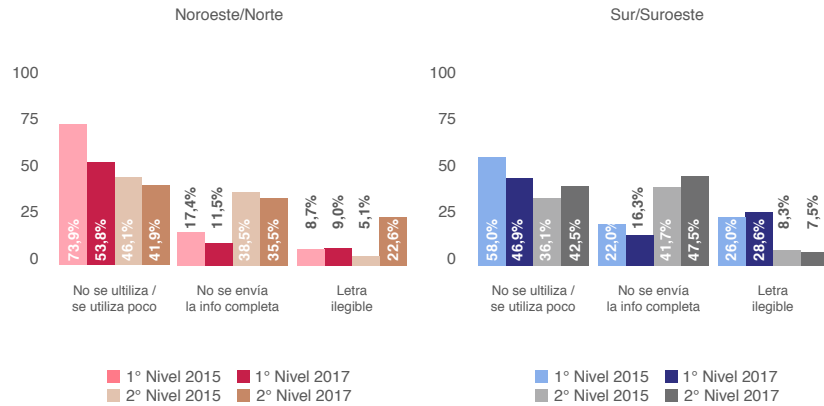


\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca  
\*Sólo para médicos de 1º Nivel de atención

La dificultad principal de este mecanismo para los médicos de 1º nivel es que no se utiliza/se utiliza poco, mientras que los médicos de 2º nivel además consideran que no envían la información completa.



## DIFICULTADES EN EL USO DE LA HOJA DE REFERENCIA / CONTRA-REFERENCIA

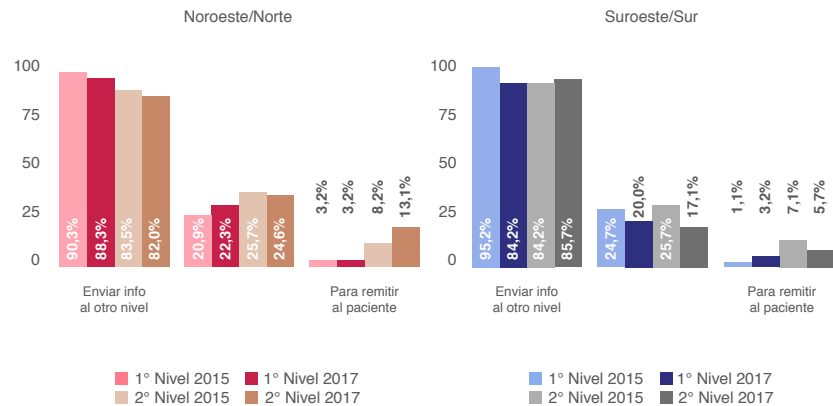


### Epicrisis

#### ¿Para qué se usa?

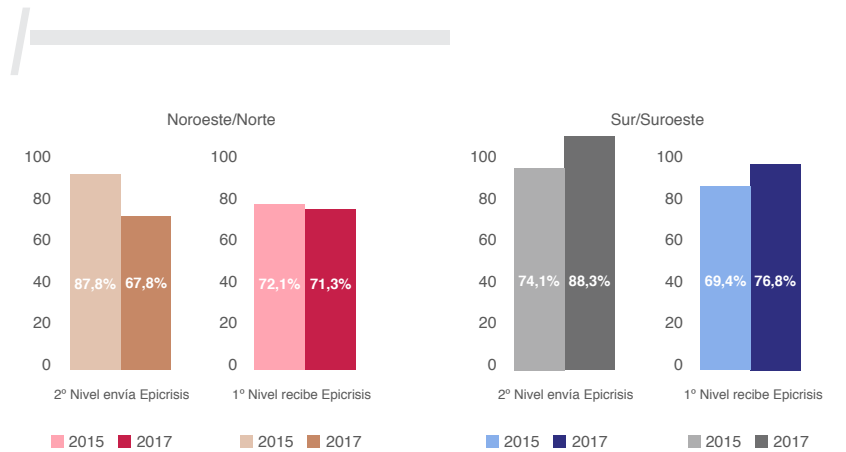
La mayoría de los médicos de ambos niveles, en las dos subredes y años, considera que sirve para “Enviar información al otro nivel (antecedentes, diagnósticos, tratamientos, pruebas)”.

## ¿PARA QUÉ SE UTILIZA LA EPICRISIS O INFORME DE ALTA HOSPITALARIA?



## Envío y recepción

La mayoría de los médicos que tienen a su cargo la elaboración de Epicrisis refiere enviarla frecuentemente, porcentajes que aumentaron en la Subred Sur/Suroeste y disminuyeron en la Noroeste/Norte. Estos altos niveles de envío coinciden con los de los médicos de 1° nivel que refieren recibirla con frecuencia.

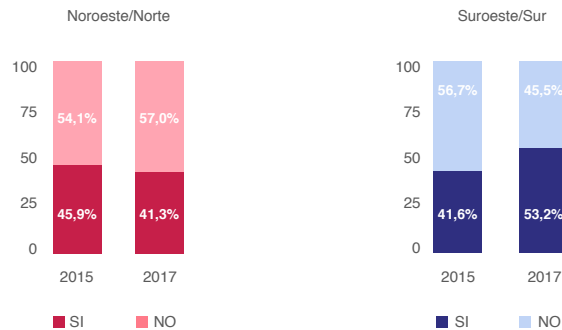


\*Sólo se muestran los SI

## Opinión de los usuarios

Los usuarios encuestados en la subred Noroeste/Norte, mayoritariamente refieren que el médico de guardia no le entrega un informe para el médico de 1° nivel, respuesta que registra un aumento en 2017. En la subred Sur/Suroeste, aumentó el porcentaje de usuarios que refieren recibir un informe.

### ¿EL MÉDICO DE URGENCIAS LE DIO UN INFORME PARA ENTREGAR AL MÉDICO DE 1º NIVEL?



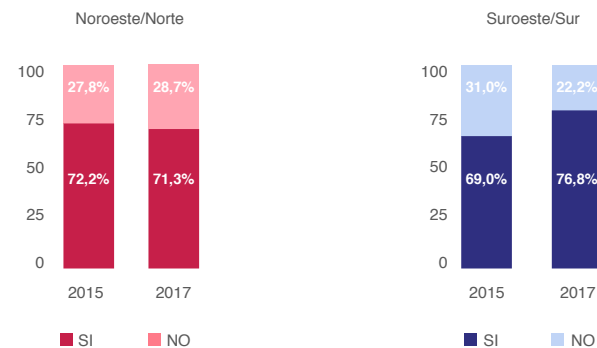
### Información recibida en la epicrisis

La información más frecuente que los médicos de 1º nivel explicitan recibir en la Epicrisis es la siguiente:

- Diagnóstico
- Motivo de hospitalización
- Indicaciones para el seguimiento
- Tratamiento farmacológico
- Resultados de estudios
- Intervenciones realizadas

La mayoría de los médicos de 1º nivel en ambas subredes y años, reciben la información en un tiempo útil para la toma de decisiones y no registran dificultades en su utilización.

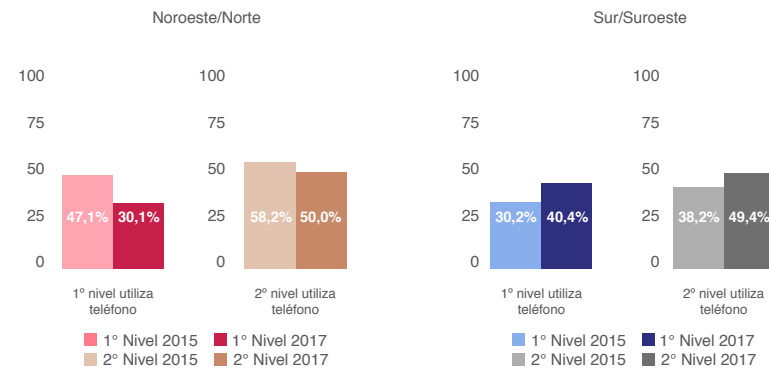
### RECIBE LA EPICRISIS EN UN TIEMPO ÚTIL PARA LA TOMA DE DECISIONES



\*SI: siempre, muchas veces; NO: a veces, pocas veces, nunca  
\*Sólo para médicos de 1º Nivel de atención

### Teléfono

En relación a la frecuencia de uso del teléfono, en la subred Noroeste/Norte disminuyó la proporción de médicos de 1º y 2º nivel que lo utilizan, mientras que en la subred Sur/Suroeste aumentó.



\*Diariamente y semanalmente

# Cambios en la red de servicios de salud municipal en el período 2015–2017 que pudieran influir en la coordinación entre niveles asistenciales

Se identificaron tres nuevos dispositivos que permitieron una reestructuración de la lógica del trabajo en red: las reuniones de directores, las reuniones distritales con presencia del hospital de referencia, y la central de turnos; se trata de espacios que si bien tienen funciones diferentes, trabajan de manera articulada, definiendo u operativizando otros cambios que también se registran para el período: reestructuración de los equipos de gestión de los efectores de segundo nivel, revisión de los criterios para la redistribución de cupos, informatización de los efectores de primer nivel/vinculación de sistemas informáticos de primer y segundo nivel, gestión de turnos por sistema informático desde los Centros de Salud, creación de un primer nivel de atención en los efectores hospitalarios.

- **Creación del espacio de reunión de directores**

Se trata de un espacio para la construcción de problemas de forma integrada, entre la Dirección de Servicios de Salud y la Dirección de Centros de Salud. Por la primera participan los directores de los hospitales de referencia del segundo nivel y por la Dirección de Centros, el director y las coordinaciones distritales. El espacio tiene como objetivo discutir y resolver de forma centralizada e integrada los problemas que se identifican en las reuniones distritales, respetando las particularidades de cada distrito, en relación a la conformación del hospital de referencia, los Centros de Salud y el territorio; teniendo como eje rector las necesidades poblacionales. Estas reuniones tienen una frecuencia quincenal.

- **Reuniones distritales con presencia del hospital de referencia**

En relación a las reuniones distritales con presencia de actores del hospital de referencia, los informantes puntualizan que se trata de un espacio que comenzó a funcionar a principios del año 2017, con frecuencia quincenal, y que convoca a los equipos de gestión de cada centro de salud del distrito, a la figura de coordinación distrital y al equipo de gestión del hospital de referencia.

Tiene como objetivo explicitar cuáles son los problemas existentes en el vínculo Centro de Salud/Hospital, en relación al proceso de atención de pacientes convocando a los actores necesarios en función de la resolutivez del problema.

Los entrevistados puntualizan que la posibilidad del encuentro con una frecuencia regular entre

actores de primer y segundo nivel, implica un mayor compromiso y responsabilidad en las actividades cotidianas que se llevan adelante en cada nivel asistencial.

- **Creación de la central de turnos**

La central de turnos es un espacio con frecuencia quincenal. Participan del mismo las unidades ambulatorias, directores de cada efector de segundo nivel de la red y actores de la Dirección de Centros de Salud -director/coordinaciones distritales-. El dispositivo tiene un perfil técnico-operativo y responde a una estrategia política definida: una distribución equitativa de los turnos existentes. El objetivo de la central es la puesta en común y el ordenamiento de la oferta de turnos total de la red de servicios. Para ello se comenzó a realizar un trabajo en relación a la estructuración de cada especialidad y a qué necesidades deberían dar respuesta. Desde su puesta en marcha y hasta la actualidad, la evaluación y redistribución de turnos pudo realizarse solo con algunas especialidades, aquellas que presentaban mayor dificultad en el acceso: oftalmología, neumonología, cardiología y traumatología. Sin embargo, se proyecta avanzar en esta misma dirección utilizando el mismo criterio con todas las especialidades.

- **Reestructuración de los equipos de gestión de los efectores de segundo nivel**

Este es otro cambio importante vinculado a la reestructuración de los equipos de gestión de los efectores de segundo nivel, que actualmente combinan actores con un perfil y una trayectoria en la gestión hospitalaria y actores con un perfil y una trayectoria vinculados a la gestión de efectores de primer nivel y conocimiento del territorio. “

- **Revisión de los criterios para la redistribución de cupos**

A partir de la creación de la central de turnos, desde el espacio de Reunión de Directores se problematizó la pertinencia de la cupurización como modalidad para el reparto de turnos y los criterios que regían el mismo. Actualmente, la cantidad de cupos otorgada a cada centro, está en relación directa a la cantidad de población a cargo y el perfil epidemiológico de la misma).

- **Informatización de efectores de primer nivel y la vinculación de sistemas informáticos entre primer y segundo nivel**

Otro cambio realizado fue el sostenido proceso de informatización de los Centros de Salud en el transcurso del último año. Paralelamente, en el CEMAR se ha llevado a cabo la vinculación de los sistemas informáticos entre primer y segundo nivel a partir de la introducción del Sistema SIS Rosario en dicho efector que se espera replicar en el resto de los efectores de 2° nivel de la Red.

- **Gestión de turnos desde los Centros de Salud por sistema informático**

La modalidad de gestión de turnos desde el Centro de Salud a través del sistema informático, también se menciona como un avance en relación a la mejora de la coordinación, implementada durante el período 2016/2017.

Desde el segundo y tercer nivel se genera la agenda de turnos disponibles para las consultas con las distintas especialidades y luego se libera para su utilización desde el primer nivel. Los Centros de Salud, mediante la utilización del sistema informático, asientan el turno directamente en la agenda, acordándolo en el momento con el usuario.

Si bien se considera superadora en relación a las otras existentes, esta modalidad de gestión de turnos no se utiliza en todos los efectores ni con todas las especialidades, la misma convive con

modalidades previas como: el sistema de turnos por planillas, llamado telefónico y cupo manual.

- **Creación de un primer de atención en los hospitales**

Se avanzó en la delimitación de la población adscripta al hospital, en la conformación de equipos de referencia que puedan responsabilizarse de esa población, y a definir los circuitos de derivación correspondientes.



**Universidad Nacional de Rosario:**

Rector:

**Héctor Floriani**Directora del Centro de Estudios Interdisciplinarios:  
**Isabel Martínez de San Vicente****Maestría en Salud Pública:**

Director:

**Mario Rovere**

(Investigador Principal del Proyecto Equity LA II)

**Equipo de investigación**

Coordinadora e investigadora Senior:

**Delia Inés Amarilla**

Investigadora Senior:

**Marisel Colautti**

Investigadoras Juniors:

**Julia Puzzolo****María Justina Moreno****Natalí Pellegrini**

Responsable financiero:

**Martín Rascioni****Secretaría de Salud Pública de la  
Municipalidad de Rosario:**

Secretario de Salud:

**Leonardo Caruana**

Sub Secretaria de Salud:

**Silvia Marmioli****Participantes en Equity LA II**

El proyecto está liderado por el Consorci de Salut i Social de Catalunya, a través de su servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS).



y participan las siguientes instituciones:

Prince Leopold Instituut Voor Tropische Geneeskunde (Bélgica)



Colegio Mayor de Nuestra Señora  
del Rosario (Colombia)

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira (Brasil)



Universidad de Chile (Chile)



Universidad Veracruzana (México)



Universidad Nacional de Rosario (Argentina)

Universidad de la República (Uruguay)





