

II. Análisis de las redes de servicios de salud em Colombia

Capítulo 5. La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales

Heisel Gloria León Arce
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Ingrid Vargas Lorenzo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LEÓN ARCE, H. G., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., and VARGAS LORENZO, I. La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 99-128. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-13.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 5

La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales

HEISEL GLORIA LEÓN ARCE, AMPARO SUSANA MOGOLLÓN-PÉREZ
E INGRID VARGAS LORENZO

El objetivo de este capítulo es analizar la coordinación asistencial en las redes estudiadas desde el punto de vista de los actores sociales involucrados: gerentes de aseguradoras y prestadores, profesionales de la salud y profesionales administrativos. Para ello, se analizaron cuatro redes: dos en el municipio de Soacha (departamento de Cundinamarca) —redes 1-S y 4-C— y dos en la localidad de Kennedy (Bogotá, D.C.) —redes 2-S y 3-C—, que proporcionan atención a los regímenes subsidiado y contributivo en cada área, respectivamente. Los resultados aquí presentados se generaron mediante el estudio cualitativo, basado en entrevistas individuales semiestructuradas a los distintos grupos de informantes. La descripción pormenorizada de los métodos de colecta y análisis se encuentra en el capítulo 2.

Los resultados están organizados en tres apartados. El primero aborda la opinión general sobre la coordinación asistencial en las cuatro redes analizadas. En el segundo, se identifican los factores que influyen en la configuración de redes y en la coordinación asistencial desde el punto de vista de los actores. Finalmente, en el tercero, se analiza el conocimiento de los mecanismos de coordinación existentes en la red y las opiniones

sobre su uso. Se señalan, cuando emergen, las diferencias entre redes, régimen de afiliación, ámbito geográfico y grupo de informantes.

Opinión general y factores que influyen en la coordinación asistencial

Opinión general sobre coordinación asistencial

La mayoría de los entrevistados reconoce que la coordinación entre niveles asistenciales en las redes analizadas es inexistente, excepto en el interior de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y con algunos especialistas adscritos. En estas redes, los problemas de coordinación se sitúan sobre todo en el nivel especializado (hospitalario). Algunos informantes opinan que la falta de coordinación es un problema general en el sistema de salud colombiano, no solo de las redes analizadas: *“Es una de las debilidades grandes del sistema, la coordinación asistencial [...], hay muchas fallas de articulación entre niveles”* (gerente aseguradora, Red 2-S).

Los informantes utilizan distintas expresiones para hacer referencia a la falta de coordinación entre niveles: “No existe articulación”, “No hay comunicación”, “No se comparte información”, “Cada nivel trabaja por su lado”, “No hay integración o enlace”, “Hay desagregación de los servicios”. La mayoría de las opiniones se refiere a dificultades en la coordinación de información de los pacientes, falta de comunicación y desconocimiento entre los profesionales e instituciones de los diferentes niveles de atención. En menor proporción, emergen problemas relacionados con la coordinación del acceso entre niveles (coordinación administrativa) y la coordinación de la atención del paciente a lo largo de la red por parte del médico del primer nivel (coordinación de la gestión clínica), especialmente en las redes subsidiadas: *“Lamentablemente, en ese primer nivel se deberían resolver muchas cosas, pero no ocurre así [...], desafortunadamente los médicos generales no han entendido la importancia del tema y se han convertido en remitidores de usuarios”* (gerente aseguradora, Red 2-S) (tabla 5.4).

Factores que influyen en la configuración de las redes

En los discursos de los prestadores de servicios emergen con fuerza características del sistema de salud colombiano que conducen a que los distintos actores de las redes —aseguradoras y prestadores— tengan

intereses opuestos a la conformación de redes integradas de servicios de salud. Además, en las redes subsidiadas, los entrevistados tanto de prestadores como de aseguradoras destacaron la fragmentación del POS subsidiado. Por último, se señala la debilidad del ente rector en relación con la formulación de estándares clínicos nacionales y el control de los existentes (tabla 5-1 y 5.5).

La mayoría de informantes de los prestadores públicos de las redes subsidiadas y de los prestadores de las IPS especializadas en las contributivas señaló que el modelo de competencia gestionada implantado propicia que las EPS organicen redes caracterizadas por una elevada fragmentación con múltiples prestadores —principalmente en la atención especializada— e inestabilidad por el cambio frecuente de prestadores contratados, contexto en el que resulta muy difícil la coordinación asistencial y, en particular, la transferencia de información clínica entre niveles asistenciales: *“A los pacientes les cambian mucho los servicios. Entonces, la paciente tiene una cirugía y le cambiaron el hospital. Esa historia ya no se la mandan al otro hospital [...] y ahí quedó perdido. Se pierde la coordinación entre prestadores”* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). Los gerentes de las redes del régimen subsidiado añaden que los esfuerzos de coordinación de las redes por parte de las aseguradoras son escasos y basados casi exclusivamente en el contrato, en el que únicamente establecen la actividad que deben realizar los prestadores y con el que guían la referencia de los pacientes entre los niveles asistenciales: *“No hay una reunión de prestadores para que de una manera u otra se articulen [...], entonces, no hay una coordinación real, simplemente es algo contractual en el que le dicen: ‘Vea, usted va a hacer esto, y para mis pacientes que tengan estos diagnósticos tienen que ir a mi sede”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En opinión de gerentes de IPS públicas principalmente (redes 1-S y 2-S), la causa de la configuración de este tipo de redes se relaciona con la búsqueda de rentabilidad económica de las aseguradoras, que incentiva los contratos a corto plazo y la compra fragmentada para conseguir las tarifas más bajas del mercado. De igual manera, consideran que el establecimiento de un modelo de competencia lleva a que los prestadores de servicios rivalicen por la obtención de contratos, en lugar de colaborar entre sí para mejorar la prestación de los servicios: *“El modo de contratación*

estimula la apertura de esa serie de ofertas y la competencia entre los mismos actores de la red [...], la forma de contratación estimula ese grado de competencia y rompe las redes [...], entonces, ese grado de competencia a que se está llegando en el sistema de salud lo que ha generado es aumento de los costos de todo el sistema y disminución de la calidad de la atención” (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Otro factor, que aumenta aún más la fragmentación de la atención en prestadores del régimen subsidiado, es la distinción entre eventos POS y no POS, que supone la existencia de dos tipos de redes diferentes para la atención de un mismo proceso asistencial: la red de la EPS-S (servicios POS-S) y de la Secretaría de Salud (servicios no POS). Los entrevistados destacan especialmente las deficiencias en la coordinación de la referencia de los pacientes entre las mencionadas redes por la inexistencia de acuerdos entre aseguradoras y Secretaría de Salud, y los trámites burocráticos que generan las autorizaciones para el traslado de los pacientes: *“Un mismo paciente que requiere dos aseguradores entre comillas diferentes, por la diferencia de POS, [...] genera más trabas administrativas [...], porque la Secretaría de Salud tiene unas directrices, nosotros como EPS tenemos otras, pero nunca hemos llegado a decir: ‘Si el usuario viene a esto, yo le voy a hacer esto, pero, de igual forma, usted indíqueme que va a seguir con el usuario’. No, cada uno maneja su seguimiento de manera independiente”* (gerente aseguradora, Red 1-S).

Finalmente, un grupo de informantes reconoce que los procesos de coordinación asistencial de las redes se ven afectados por la debilidad del ente rector en el cumplimiento de sus funciones; problemática que se visualiza en la ausencia de estándares clínicos nacionales y de sistemas únicos de información, la falta de voluntad política para implementar los mecanismos de coordinación establecidos por la norma y la inexistencia de una política que refuerce el rol del I nivel de atención como coordinador del paciente en las redes: *“El fortalecimiento de la rectoría es una primera cosa [...], en la medida en que se mejoren los sistemas de información y podamos tener mayor capacidad de seguimiento de los usuarios [...], no solamente atender y llenar papeles”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S); *“Falta que las normas homogenicen en cierta forma la atención de acuerdo con los niveles para que haya una unidad de criterio en las diferentes patologías,*

poner de acuerdo a todo el sistema no ha sido fácil” (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Tabla 5.1. Síntesis de los factores que influyen en la configuración de las redes

Subsidiadas		Contributivas	
Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada
Búsqueda de rentabilidad económica	Búsqueda de rentabilidad económica		
Fragmentación de la atención por prestaciones (POS y no POS)	Fragmentación de la atención por prestaciones (POS y no POS)		
Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema

Factores que influyen en la coordinación de las redes de servicios

En los discursos tanto de profesionales como de gerentes de la mayoría de redes analizadas, emergen con fuerza varios factores de las redes que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales: en primer lugar, destacan los de tipo organizativo, como las condiciones laborales de los profesionales, los mecanismos de pago a los prestadores, la falta de tiempo para usar los mecanismos de coordinación asistencial y la integración de la atención de I nivel y especializada en el mismo centro (IPS ambulatorias de las redes contributivas); en segundo lugar, los relacionados con los valores y las actitudes de los especialistas hacia la colaboración con la atención del I nivel; y en menor medida, los referentes a la formación académica de los profesionales de salud. Todos estos factores inciden en la capacidad y medios de los profesionales para coordinarse con otros niveles asistenciales —tiempo, mecanismos, conocimiento mutuo—, y con su predisposición e interés en ello (tablas 5.2 y 5.6).

Condiciones laborales de los profesionales

Los informantes, especialmente los profesionales de salud, señalan dos tipos de modelos de contratación laboral empleados por los prestadores con

consecuencias opuestas para la coordinación asistencial: la contratación por prestación de servicios, de uso creciente en los prestadores públicos de las redes subsidiadas y en las IPS especializadas de las EPS contributivas, y el contrato a término indefinido aún existente en las IPS públicas ('trabajadores de planta') y en la red propia de las redes contributivas analizadas.

Los entrevistados opinan que la contratación por prestación de servicios a través de cooperativas supone la precarización de las condiciones de trabajo para los profesionales en forma de bajos salarios, remuneración por productividad, temporalidad laboral, irregularidad en el pago y posesión de varios empleos ('profesionales taxis'). Estas condiciones favorecen la desmotivación y el desinterés por parte de los profesionales para proporcionar una atención de calidad, lo cual incluye pocos esfuerzos por coordinarse con los otros niveles (por ejemplo, en el uso de las guías o el adecuado registro de la información de los pacientes en los formatos existentes), y elevan la rotación del personal, lo que dificulta la implementación de los mecanismos de coordinación en las redes. Los informantes también señalan que en la contratación por prestación de servicios no se remunera el tiempo para dedicarse a actividades no asistenciales que mejoren la coordinación (asistencia a capacitaciones, grupos de trabajo, etc.) y, en cambio, incentiva la producción de servicios, lo cual disminuye el tiempo disponible en la consulta para usar los mecanismos de coordinación existentes: *"El no estar contractualmente vinculado a la empresa para tener unos ingresos X, tener que ir corriendo a trabajar en otro lado, hace que la persona, si no le pagan esas horas o si no está dentro de las horas que tiene destinadas para estar en la institución, no puede ir a la socialización y no puede ir a la discusión de los casos, porque obviamente no hay compromiso"* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Sistema de pago

En el discurso, sobre todo de los gerentes de los prestadores de I nivel/ ambulatorio de algunas de las redes analizadas, se identifica el sistema de pago por evento (por servicio) a la atención especializada como uno de los obstáculos para la coordinación de la atención entre niveles asistenciales, en la medida en que desincentiva la contrarreferencia por parte de los especialistas para no perder sus pacientes, ni disminuir sus ingresos económicos. Para algunos entrevistados de las IPS ambulatorias, el

sistema de pago capitolativo global a las IPS ambulatorias es más apropiado, dado que estimula que el paciente se atienda en el nivel más adecuado: *“También tiene que ver con el sistema de pago, muchas veces se paga por consulta o por procedimiento, entonces, eso le permite un mayor ingreso a los especialistas, yo creo que ese es otro elemento por el cual el paciente es, digamos, retenido por el especialista”* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C); *“El interés en la óptica del sistema capitolativo, acá se espera un manejo más integral y no se quiere que el especialista se quede con el paciente”* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Tiempo de los profesionales para la coordinación asistencial

Profesionales de salud de las cuatro redes analizadas identifican como una de las principales problemáticas la falta de tiempo para el uso de los mecanismos de coordinación (GPC, protocolos, trabajo en grupos interdisciplinarios, diligenciamiento de la contrarreferencia y revisión de la historia clínica), situación que atribuyen a la sobrecarga laboral producto del tipo de contrato y remuneración, basado en la productividad: *“El diligenciamiento de documentos, porque el tiempo de los médicos, a pesar de que está normado que sean los 15 o 20 minutos, sabemos que un usuario puede gastarse más de media hora, más de 40 minutos en una consulta. Igual depende de cómo la IPS haya contratado los servicios del especialista, puede que sea por productividad [...], puede que sea por evento [...], yo percibo que es tiempo, diligenciamiento de documentos, básicamente esos dos factores que no hacen que el usuario salga debidamente contrarreferido de una alta complejidad a un I o II nivel”* (gerente aseguradora, Red 1-S).

Integración de la atención básica y especializada en el servicio ambulatorio

Hubo consenso entre los informantes de las redes contributivas en torno a que la ubicación de la atención básica y especializada (pediatría, medicina interna, ortopedia, ginecología y cirugía general) en el mismo centro de atención favorece la coordinación entre estos niveles asistenciales. No obstante, difieren en cuanto a los motivos: mientras que, para los gerentes de los prestadores y aseguradoras, facilita la implementación de mecanismos de coordinación, como la historia clínica compartida, los grupos de trabajo interdisciplinarios o el sistema experto; para los

profesionales, favorece la comunicación informal, la relación cercana, el contacto directo y el trabajo en equipo: *“Nuestra coordinación entre los servicios de los diferentes niveles es buena, porque hay comunicación, hay un buen sistema de referencia y contrarreferencia, y contamos con una historia clínica compartida”* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C); *“Acá la relación es muy cordial, muy respetuosa, de mucho trabajo en equipo [...], eso es muy importante, y las relaciones interpersonales”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Valores y actitudes de los especialistas en la colaboración con el I nivel de atención

Otro de los factores que influye negativamente en la colaboración entre niveles asistenciales, desde el punto de vista sobre todo de los informantes del I nivel/ambulatorio de la mayoría de las redes analizadas, es el poco valor que los especialistas le conceden a este nivel. Los informantes lo atribuyen al desconocimiento de la función de coordinador de la atención del I nivel, así como a la desconfianza en su capacidad técnica y medios disponibles para el manejo adecuado de los pacientes: *“Para los especialistas, el médico general es un ‘pinche’ que no sabe nada, entonces, devalúa los conceptos técnicos del general y [...] los laboratorios de un I nivel. Por ejemplo, dice: ‘A mí no me sirven porque es un hospital de I nivel y allá no hacen las cosas bien’* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). Algunos informantes también lo fundamentan en el menor valor que en el medio académico se le concede a la atención de I nivel en relación con el resto de especialidades. Como consecuencia, los especialistas continúan con la atención de pacientes que podrían ser controlados desde los primeros niveles y muestran poco interés en compartir información y colaborar con los médicos generales: *“La misma importancia que ha venido perdiendo el médico general por los bajos niveles académicos, no creo que sea a nivel general, pero hay mucho escepticismo del especialista para con el médico general y para remitir los usuarios de nuevo”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Formación de los profesionales de salud

Gerentes de aseguradoras y algunos profesionales de salud de IPS de III nivel/especializado de las cuatro redes identifican fallas en la resolutivez clínica del I nivel/atención ambulatoria, situación que obedece al bajo nivel académico de los médicos generales, lo cual incrementa el uso de los servicios especializados y de urgencias: “Hay muchos inconvenientes que puede resolver el médico general, pero lamentablemente a veces no hay una buena capacitación y formación, entonces él no le resuelve el problema al paciente [...], porque no tiene la preparación académica [...] y termina es remitiendo siempre al usuario” (profesional de salud IPS II nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Tabla 5.2. Síntesis de los factores que influyen en la coordinación en las redes de servicios

Subsidiadas		Contributivas	
Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Precarias condiciones de trabajo IPS pública departamental	Precarias condiciones de trabajo IPS públicas	Precarias condiciones de trabajo IPS hospitalarias	Precarias condiciones de trabajo IPS hospitalarias
		Buenas condiciones laborales IPS ambulatoria y especialistas adscritos	
	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada
Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales
		Integración atención básica y especializada en IPS ambulatorias	Integración atención básica y especializada en IPS ambulatorias
Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención	Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención		Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención
Baja formación académica de médicos del I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención

Conocimiento y opinión sobre el uso de los mecanismos de coordinación existentes en la red

Los informantes señalan la implantación de mecanismos para los distintos tipos de coordinación (clínica y administrativa) basados en la programación de actividades y habilidades y en la retroalimentación. Emergen diferencias importantes en la variedad y tipo de mecanismos de coordinación por tipo de régimen de afiliación, área geográfica, entre IPS ambulatorias y no ambulatorias, y titularidad público-privada de las IPS (tabla 5.3).

Los entrevistados de las redes contributivas identifican una mayor variedad de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales que los de las redes subsidiadas, pero únicamente dentro de las IPS ambulatorias, y con algunos especialistas adscritos con los que dentro del contrato aparece el compromiso para su uso. Comparativamente en estas redes se han desarrollado más mecanismos de coordinación clínica basados en la programación (sistema experto y *GPC*) y de retroalimentación (puestos de enlace y mecanismos para la transferencia de información). El tipo de institución que promueve la implantación de la mayoría de estos mecanismos varía: en la Red 3-C, son propuestos desde la IPS ambulatoria —aunque EPS e IPS están integradas— y en la Red 4-C, son requisitos impuestos por la aseguradora a los prestadores.

Los informantes destacan la articulación de los mecanismos de coordinación del acceso o administrativos (puestos de enlace y comunicación informal) y los de información (sistema de referencia y contrarreferencia) entre el nivel ambulatorio y especializado de las redes contributivas y en las redes subsidiadas. En la red subsidiada de Bogotá, refieren una mayor variedad de mecanismos, pero únicamente para procesos específicos, como la atención materno-perinatal y algunas patologías crónicas. En estas redes, la mayoría de los mecanismos son propuestos por el ente territorial (Secretaría de Salud Distrital y Departamental).

También se aprecian diferencias entre grupos de informantes: los mecanismos de coordinación clínica basados en la programación, y los mecanismos formales e informales para la transferencia de información emergen con mayor fuerza en el discurso de los profesionales que en el de los gerentes. Frente a los mecanismos de coordinación administrativos, se evidencia un mayor conocimiento de los profesionales

administrativos y gerentes de IPS, en relación con los profesionales de salud en las cuatro redes.

Mecanismos de programación

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Únicamente se identifican las *Guías de práctica clínica (GPC)* compartidas entre niveles asistenciales, dentro de las IPS ambulatorias de las redes contributivas analizadas, y con algunos especialistas adscritos (tabla 5.7). En las redes subsidiadas —principalmente la de Bogotá—, los prestadores públicos de los distintos niveles han desarrollado conjuntamente *GPC* para algunos procesos asistenciales específicos, como la atención materno-perinatal, aunque esta no es compartida con los prestadores privados. Los entrevistados señalan que, aunque las IPS públicas y privadas de las redes desarrollan individualmente *GPC*, por ser un requisito de habilitación del Ministerio, no se suelen compartir con los otros prestadores de la red: *“Cada quien tiene lo suyo, yo tengo mis guías, lo que me exige la norma, pero el otro nivel no conoce mi guía y, obviamente, yo no conozco la de ellos, somos diferentes, entonces, no es estandarizado, pues cada institución tiene lo suyo”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S); *“Es difícil que se coordine esto. Sin embargo, hay guías, por ejemplo, de atención materna, en donde sí se pueden llegar a compartir cosas, en lo que tiene que ver con la red materno-perinatal se manejan guías iguales, tanto en el hospital X, Y, el hospital Z y acá, compartiendo esas guías, explicándolas y, digámoslo así, socializándolas, pero ¿hasta qué punto todos las utilizan? Pues no le sabría decir”* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Entre los factores que explican la inexistencia de guías compartidas entre las IPS que conforman las redes, algunos informantes identifican la poca voluntad política para implementar las *GPC* elaboradas por el Ministerio que servirían para unificar criterios a nivel nacional, así como para la definición del proceso de habilitación por institución, y no por red: *“En Bogotá, se hizo una tarea en una de las redes de tratar de sacar guías unificadas de atención, entonces, nos reunimos con especialistas, médicos de I nivel, para definir lo que sería lo colectivo al paciente diabético, hipertenso, al paciente con EPOC; [...] se definieron flujogramas [...], y todos los subgerentes dijeron: ‘Listo, se aprobaron’ [...] y a la fecha el único hospital*

que hizo capacitación en el tema fue este y ningún otro las puso en marcha [...]. Entonces, sí hace falta mayor voluntad política para la implementación y unificación de estos instrumentos, porque sí afecta los procesos de articulación en red y la continuidad de los usuarios” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Según los informantes, el desarrollo, difusión y evaluación de las *GPC* compartidas ha sido una iniciativa de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y de las secretarías Departamental y Distrital de las redes subsidiadas, como parte de su política de mejora de la coordinación de la red pública. Algunos gerentes de las aseguradoras destacan que, aunque las *GPC* sirven de base en la contratación para negociar con las IPS los criterios clínicos para la prestación de los servicios a sus asegurados, su desarrollo es responsabilidad de las IPS: *“No podemos decir que participamos activamente en la elaboración de la guía [...], esa es una responsabilidad de la prestación, nosotros llegamos es contractualmente a acuerdos en los que decimos: ‘Sí, estamos de acuerdo’ [...], como lo hemos visto en todo el tema de los criterios de neonatología, que ha sido tan difícil llegar a acuerdos [...].”* (gerente aseguradora, Red 3-C). Los entrevistados de las redes contributivas, principalmente de la Red 3-C, identifican diversos mecanismos de divulgación y evaluación de las *GPC*, entre los que se destacan —por frecuencia de uso— las reuniones y la disponibilidad permanente en la intranet de cada institución para su divulgación, y la evaluación a través de los procesos de auditoría de las IPS o de las aseguradoras.

La mayoría de los informantes de las redes analizadas destacó la importancia de las *GPC* para la coordinación entre los profesionales que intervienen en un proceso asistencial, al orientar el manejo clínico de las patologías y definir los criterios para la remisión de los pacientes a través de los distintos servicios. No obstante, muchos de los profesionales de salud entrevistados señalan dificultades en su uso por el tiempo insuficiente para su revisión y consulta, por el poco conocimiento de su existencia, y, en el caso específico de las subsidiadas, por las condiciones laborales precarias y el bajo compromiso de las aseguradoras y de los prestadores para su implementación, que conducen a una pobre adherencia a las *GPC*.

En las IPS ambulatorias de las redes contributivas, los profesionales de salud destacaron el uso de mecanismos complementarios de coordinación entre niveles para mejorar la capacidad resolutoria del I nivel de atención:

el *sistema experto* y los *programas de capacitación para los profesionales*. Aunque con menor énfasis, las capacitaciones también aparecen en el discurso de los profesionales de la red subsidiada de Bogotá.

En relación con el sistema experto, los entrevistados de las redes contributivas resaltan la existencia de un grupo de especialistas de apoyo a los médicos generales (*‘staff’* o *‘grupos primarios’*) a través de sesiones clínicas conjuntas mensuales o semanales para la revisión de casos o temas, visitas conjuntas a pacientes y asesoría presencial y telefónica permanente, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica del I nivel de atención, que evite derivaciones y pruebas diagnósticas innecesarias. En la Red 3-C, este mecanismo es desarrollado por la EPS, y, en la Red 4-C, es un requisito impuesto por la aseguradora. Estos espacios fueron valorados de manera positiva por los profesionales de la salud vinculados con las IPS ambulatorias al reconocer que favorecen la comunicación entre los profesionales y mejoran el trabajo en equipo: *“Estamos trabajando el programa de educación médica continuada y el fortalecimiento en la resolutivez del I nivel [...], y estamos trabajando mucho como en el fortalecimiento de esos médicos; por ejemplo, hemos creado algunas maneras de atender los pacientes con apoyo de algunos especialistas”* (gerente aseguradora, Red 3-C).

Otros mecanismos identificados por los informantes para mejorar la coordinación asistencial son los programas de capacitación virtual y presencial organizados por las aseguradoras, con el objetivo no solo de mejorar la resolutivez del I nivel, sino también la adherencia a las *GPC* por parte de los profesionales de las IPS ambulatorias: *“Tenemos un sistema de capacitación virtual, entonces, una parte de la capacitación a los prestadores se hace a través de la red virtual. Tenemos procesos de capacitación, presenciales, y hay temas que hemos abordado con capacitación escrita, con material impreso, por ejemplo, guías de manejo sobre las patologías más relevantes”* (gerente aseguradora, Red 3-C).

Mecanismos de coordinación administrativa de la atención

Informantes de la aseguradora de la Red 3-C identifican las guías para coordinar el acceso de los pacientes a lo largo de la red dentro de los mecanismos de coordinación administrativa desarrollados en consonancia con las *GPC*: *“Se tiene priorizado cuáles patologías deben tener guía de*

práctica clínica y guía administrativa; nosotros no contemplamos en los programas tener solo una guía administrativa sin guía de práctica clínica ni lo contrario. O solo guía de práctica clínica sin guía administrativa, porque tienen que estar muy articuladas precisamente para que sean coherentes y la IPS las pueda implementar fácilmente” (gerente aseguradora, Red 3-C).

Mecanismos de retroalimentación

Mecanismos para la transferencia de información clínica entre niveles

Frente a los mecanismos para compartir la información clínica de los pacientes entre el I nivel/atención ambulatoria y el II y III nivel/atención especializada, en todas las redes los informantes destacaron la existencia de los documentos de referencia y contrarreferencia (elaborado por el Ministerio) y el informe de alta, los cuales son entregados a los pacientes. Únicamente en las IPS ambulatorias de las redes contributivas —y con algunos especialistas adscritos en particular— se señaló la existencia de la historia clínica compartida.

En el discurso de la mayoría de los informantes de las cuatro redes analizadas, emergen con especial intensidad las dificultades en el uso de los *formatos de referencia y contrarreferencia*, que difieren según el grupo de informantes (tabla 5.8). Por un lado, los profesionales y gerentes de I nivel/atención ambulatoria y los gerentes de EPS indican problemas con la contrarreferencia, por el registro insuficiente cuando se utiliza o por su inexistencia, como ocurre en las redes contributivas, en particular con la red especializada externa. En cambio, los especialistas reportan un precario registro de información en la referencia por parte de muchos médicos generales, lo cual contrasta con la opinión de algunos profesionales del I nivel/atención ambulatoria, quienes lo consideran suficiente: *“Nosotros tenemos un sistema de referencia, el médico remite, explica todo, pero, cuando llega el momento de contrarreferir, los médicos especialistas nunca contrarrefieren. Entonces, acá el médico queda igual, el cardiólogo, el ginecólogo: ¿Qué le dijo el médico allá?, les están preguntando a la paciente porque nunca dan la contrarreferencia”* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S); *“Hay médicos que hacen muy buenas referencias, hay otras que son pésimas con una información mínima, nadie mide*

que lo que viene escrito en un papel puede terminar en otra institución orientando una conducta que de pronto sea errada; entonces, la calidad de la información, la cantidad de la información no es buena” (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

En la red subsidiada de Bogotá, algunos informantes destacan el adecuado registro de información en la contrarreferencia por parte de los profesionales de las IPS públicas vinculados a los programas promovidos por la Secretaría Distrital de Salud (sida, gestantes y patologías crónicas), pues los especialistas cuentan con personal de apoyo de enfermería para el registro de información en la contrarreferencia: *“A nosotros nos funciona la contrarreferencia en Sida, en crónicos y en gestantes, porque la operación del programa implica tener un componente administrativo que apoye al médico en eso, me explico, como existen eventos POS y no POS para contrarreferir, entonces el perinatólogo, para una gestante de alto riesgo, tiene una consulta larga [...], tiene una enfermera que les apoya en el diligenciamiento y tienen un sistema unificado que hace que no tenga que volver a copiar lo mismo tres veces [...], tiene un apoyo administrativo al pie, eso hace parte del programa para que el paciente se vaya bien remitido”* (gerente aseguradora, Red 2-S).

En cuanto al *informe de alta*, se encuentran opiniones contrarias frente a su uso adecuado: por un lado, un grupo de profesionales de I nivel/atención ambulatoria manifiesta que este no es enviado desde algunas IPS especializadas, lo cual contrasta con la opinión de un grupo de profesionales de III nivel/especializado, quienes afirman que este informe es entregado a los usuarios junto con los resultados de las pruebas diagnósticas, cuando es dado de alta del hospital: *“El problema a veces es cuando el paciente ha estado hospitalizado, como te decía, que algunas instituciones o profesionales no entregan el informe de alta o epicrisis, como otras sí lo hacen de manera muy juiciosa”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C); *“Se le da un resumen, que es una epicrisis, en el cual va escrita una muy corta síntesis de lo que se hizo y una corta experiencia, cómo le fue durante el hospital”* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). Algunos profesionales de las redes contributivas identifican que, en algunas ocasiones, este informe es usado por las IPS especializadas como instrumento administrativo para los procesos de facturación con las aseguradoras y no como mecanismo de transfe-

cia de información clínica al I nivel de atención: “*Nosotros le enviamos a cuentas médicas de la EPS la historia clínica en la cuenta, la epicrisis, de por qué ingreso, por qué salió, las evoluciones médicas, prácticamente, se le envía copia de la historia, y en la epicrisis va todo lo que se le hizo al paciente, esto nos ayuda para hacer el cobro*” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 3-C).

Finalmente, muchos de los informantes de las IPS ambulatorias de las redes contributivas —en su mayoría profesionales de salud— opinan que la *historia clínica (HC)* compartida facilita la consulta permanente de la información y su uso como medio para la transferencia de información clínica del paciente entre los profesionales (médico general/familiar con especialistas adscritos), pero también señalan como debilidades que no se comparta con la red especializada externa y que su registro sea insuficiente: “*El sistema de información clínica funciona y nosotros tenemos el sistema donde el médico ingresa, hace sus comentarios y, cada vez que hay otro médico, puede ver la historia donde dice cuál especialista lo vio y cuál fue su concepto*” (profesional administrativo IPS I nivel de atención/ IPS ambulatoria, Red 3-C). En cuanto a las redes subsidiadas, algunos de los gerentes de aseguradoras entrevistados manifiestan la dificultad de implantar las HC compartidas informatizadas en estas redes, por el escaso desarrollo tecnológico de los prestadores públicos que están obligados a contratar y que usan HC en papel. En este sentido, los déficits en los sistemas de información son atribuidos, por los entrevistados, a la insuficiente financiación de los prestadores públicos: “*La coordinación como tal implica tener los medios físicos [...], buenos sistemas de información, personal, uno con los medios puede suplir cualquier necesidad, pero, si no tiene los medios, siempre va a haber un déficit, y es el caso de muchos hospitales con los que tenemos contratos, donde se evidencian déficits en los dos aspectos*” (gerente aseguradora, Red 2-S).

Entre las causas del poco uso o utilización inadecuada de los mecanismos de transferencia de información clínica, los entrevistados destacan que en las redes subsidiadas hay desinterés y escasa conciencia de trabajo en equipo para la toma de decisiones entre médicos generales y especialistas a través del circuito de referencia y contrarreferencia, discursos que predominan en los profesionales de salud de I y II nivel y

gerentes de la aseguradora. En las redes contributivas, los profesionales de salud de las IPS especializadas señalan que el principal obstáculo para el diligenciamiento de la contrarreferencia y el adecuado registro de la HC es la sobrecarga laboral y la falta de tiempo de los especialistas.

Para subsanar las deficiencias en la transferencia de información clínica, la mayoría de los profesionales entrevistados coincide en que con frecuencia recurren al paciente como transmisor de dicha información entre niveles asistenciales. Esto genera problemas relacionados con la calidad y cantidad de información que obtienen de los pacientes, por lo cual se ven en la necesidad de remitirlos nuevamente a los servicios para solicitar la HC o el informe de alta: *“Hay veces cuando son pacientes que vienen de hospitalización no traen la historia clínica, entonces ahí sí quedamos como mal, porque obviamente lo poco que nos pueda decir el paciente con su nivel de entendimiento acerca de la parte médica es muy pobre”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). Las consecuencias que la falta de información genera en la práctica asistencial varían según el nivel. Los profesionales del I nivel/atención ambulatoria reportan dificultades para la definición del diagnóstico y tratamiento de los pacientes, así como para su seguimiento; mientras que los profesionales de la atención especializada destacan el retraso en el diagnóstico y tratamiento que supone repetir pruebas diagnósticas o solicitar la HC previa: *“A veces no viene muy completo el resumen de la historia clínica, entonces aquí pues los profesionales se limitan mucho, y les toca volver a empezar. Bueno, tomaron el TAC, pero ¿cuándo?, ¿dónde? ‘No, no me acuerdo’, y entonces uno dice: ‘Volvamos a empezar’”* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Puestos de enlace

En las redes contributivas analizadas, algunos gerentes identificaron figuras que actúan como puesto de enlace entre los niveles asistenciales, con características diferentes según la red. En la Red 3-C, se señala la existencia de enfermeras que actúan como gerentes de casos para población obstétrica y para algunas enfermedades crónicas, con funcio-

nes orientadas a facilitar la comunicación entre los profesionales de la IPS ambulatoria y los especialistas adscritos, así como la programación de las citas y exámenes de control de los pacientes en los diferentes niveles: *“Está como un puesto de enlace exactamente, para pacientes con patología crónica que requieran atención programada, así es. Generalmente es una enfermera profesional que está a cargo de los diferentes programas”* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C). En la Red 4-C, aparece la figura de un médico de la EPS que tiene acceso a las HC de los pacientes de las IPS especializadas, con el propósito de facilitar la transferencia de información y la derivación al I nivel de atención/IPS ambulatoria, cuando el resultado de la valoración en urgencias (*triage*) establece que puede ser atendido en dicho nivel: *“La comunicación entre especialistas o médicos remitores y médicos receptores. Como te digo, siempre interviene el médico que tiene acceso a la historia clínica del usuario remitido de otras IPS”* (gerente IPS atención especializada, Red 4-C); frente a esta figura, existe divergencia de opiniones, ya que, mientras algunos entrevistados consideran que, al tratarse de un médico externo a la institución, restringe la autonomía en la toma de decisiones de los profesionales, otros opinan que facilita la transferencia de información clínica entre las IPS ambulatorias y las especializadas, así como la coordinación administrativa.

En la Red 4-C, el auditor aparece como puesto de enlace, dado que es quien envía semanalmente el censo hospitalario a las IPS ambulatorias, con el propósito de fortalecer el seguimiento a los usuarios y la transferencia de información clínica entre niveles: *“Todos los días nos llega la información de los hospitales, la información que recogen los auditores concurrentes de los casos que se han hospitalizado. Nos llega esa relación de pacientes, cómo van, qué les están haciendo en los diferentes servicios de los hospitales, cómo va el estado de salud, nos informan los partos, los niños”* (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Mecanismos de coordinación administrativa

En casi todas las redes analizadas, los informantes señalaron el uso de puestos de enlace para coordinar la referencia de pacientes entre los servicios de la red. En las redes subsidiadas, los entrevistados identifica-

ron el uso de otros mecanismos, como la comunicación informal entre profesionales para la coordinación del acceso de los pacientes y los comités permanentes.

Excepto en la red subsidiada de Soacha, los informantes destacaron la creación de un puesto de enlace para coordinar la referencia de pacientes urgentes, ingresos o traslados hospitalarios por parte de las aseguradoras, bajo distintas denominaciones como central de referencia y contrarreferencia, línea de atención al prestador o línea 24 horas. Entre las funciones de estos puestos de enlace, resalta la autorización de la prestación del servicio urgente, la elección del centro para remitir al paciente y contacto para evaluar la disponibilidad de camas, y la coordinación del servicio de ambulancia. Adicionalmente, los informantes de las IPS públicas de las redes subsidiadas destacaron el rol que cumple el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) para asesorar a las distintas instituciones en torno a la atención de urgencias, situaciones de emergencias y desastres, y para derivar a los usuarios hacia los centros asistenciales más adecuados, según disponibilidad de recursos y localización.

Algunos entrevistados señalan varias ventajas de este tipo de mecanismo para la coordinación del acceso de los pacientes entre niveles asistenciales: gerentes de las aseguradoras y profesionales administrativos de la Red 3-C destacan la reducción en el tiempo de espera de las remisiones urgentes, mientras los profesionales de salud de la Red 4-C resaltan el apoyo a la atención especializada en la transferencia de la información clínica del paciente. No obstante, muchos de los profesionales de salud en las cuatro redes identifican dificultades que varían según la red: en la Red 4-C, señalan prolongados tiempos de espera para la remisión de pacientes urgentes; en la Red 3-C, falta de una comunicación directa entre los profesionales de salud de los diferentes niveles para la transferencia de información clínica a través de la central. En las redes subsidiadas, la falta de formación del personal responsable de la remisión, bien sea porque rotan los médicos y desconocen los procedimientos (Red 1-S), o porque el personal administrativo no tiene la formación clínica necesaria para la coordinación de la remisión (Red 2-S): *“Hay mucha demora para la referencia entre que llaman a la otra ciudad, llamen a la institución prestadora, porque ellos son como el intermediario entre las dos*

partes y hay demora en esa parte, es mucho tiempo” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C); *“El tema de remisiones, de notificaciones de urgencias, se ha vuelto un trabajo de radioperadores, rara vez un médico pasa a un teléfono para remitir un paciente [...], por ejemplo, una remisión para cuidado intensivo. ¿Quién llama?, es el radioperador. El radioperador aquí por norma es auxiliar de enfermería, pero a veces ni lo son. Entonces, manejando una información clínica, técnica, muchas veces con telegramas ilegibles, porque leen lo que dice el médico, o los que le pasan el dato, y muchas veces se necesita complementar esa información para ver si aceptan al paciente o no, o si tienen criterios de ingreso a una unidad de cuidado intensivo”* (gerente aseguradora, Red 2-S).

En las redes contributivas, muchos de los profesionales administrativos, especialmente de las IPS especializadas, reportan que, para la remisión de pacientes, se apoyan en el auditor de la aseguradora, quien actúa como enlace entre las IPS de la red. Aunque destacan muchos elementos positivos para la coordinación administrativa, como la agilización de las remisiones y de las autorizaciones por parte de las aseguradoras, algunos entrevistados opinan que el objetivo de este mecanismo es el control de costos: *“La auditoría se centra mucho en el control de los costos y los precios y deja de lado los procedimientos clínicos de la IPS hospitalaria”* (profesional de salud IPS especializada, Red 4-C).

En las redes subsidiadas, tanto gerentes como profesionales de salud destacan el uso de mecanismos de comunicación informal (teléfono y correo electrónico e internet) entre los profesionales de los servicios para coordinar el acceso de los pacientes urgentes en procesos específicos (materno-perinatal y cáncer de cuello uterino). En la Red 1-S, estos mecanismos se emplean puntualmente para resolver casos complejos, mientras que en la Red 2-S son diarios y sistemáticos: *“Esa comunicación entre urgencias y el hospital X, por ejemplo, hoy en día es diaria, es una revista que telefónicamente se hace”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S). Aunque los entrevistados señalan que estos mecanismos permiten reducir el tiempo de espera en la remisión, también identifican dificultades por problemas técnicos con las líneas telefónicas y el servicio de internet en las IPS de I nivel.

Finalmente, algunos entrevistados de las redes subsidiadas mencionaron la existencia de comités permanentes de referencia y contra-

referencia con el propósito de mejorar el uso de este mecanismo entre las IPS públicas para la atención a la población general de la Red 1-S y para la población gestante y crónica de la Red 2-S. En estos comités, creados por las secretarías de salud, participan los responsables de los procesos clínicos involucrados y de las IPS públicas. Dentro de las debilidades de este mecanismo, los informantes de la Red 1-S señalan la falta de continuidad en la participación y el inadecuado perfil de los asistentes, mientras que en la Res 2-S la falta de voluntad por parte de los gerentes de las IPS para corregir los problemas detectados en los comités.

Tabla 5.3. Síntesis de los mecanismos de coordinación asistencial identificados por los informantes en las redes según tipo de coordinación

Tipo de coordinación	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Mecanismos de programación				
Gestión Clínica	Guías de práctica clínica por prestador	Guías de práctica clínica por prestador	Guías de práctica clínica (I nivel/atención ambulatoria)	Guías de práctica clínica (I nivel/atención ambulatoria)
			Sistema experto (grupo primario)	Sistema experto (<i>staff</i>)
		Capacitación presencial para profesionales de I nivel por especialistas	Capacitación presencial para profesionales de IPS ambulatoria por especialistas y virtual para profesionales de IPS ambulatoria y adscritos	Capacitación presencial para profesionales de IPS ambulatoria por especialistas y virtual para profesionales de IPS ambulatoria y adscritos
Administrativa			Guías administrativas para coordinar el acceso de usuarios entre niveles de atención	

Continúa

Tipo de coordinación	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Mecanismos de retroalimentación				
Información	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia
	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria
	Historia clínica no compartida entre instituciones	Historia clínica no compartida entre instituciones	Historia clínica compartida (IPS ambulatoria y especialistas adscritos)	Historia clínica compartida (IPS ambulatoria y especialistas adscritos)
Gestión clínica			Puestos de enlace —gestor de caso— (IPS ambulatoria y médicos especialistas)	Puestos de enlace —médico hospitalario— (IPS ambulatoria e IPS hospitalarias)
Administrativa		Línea 24 horas	Central de referencia y contrarreferencia	Línea del prestador
	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)		
	Comunicación informal: teléfono/ internet (materno-perinatal, cáncer cérvix)	Comunicación informal: teléfono/ internet (materno-perinatal, cáncer cérvix)		
	Comité de referencia-contrarreferencia (población general)	Comité de referencia-contrarreferencia (gestantes y crónicos)		

Conclusiones

Los resultados en las cuatro redes analizadas evidencian la inexistencia de procesos de coordinación asistencial entre los diferentes niveles de atención, excepto en los prestadores ambulatorios de las redes contributivas.

El modelo de competencia gestionada se constituye en el principal factor determinante de la configuración de las redes, que, al incentivar la rentabilidad económica de las aseguradoras y la competencia entre prestadores, para lograr su sostenibilidad financiera, genera un alto nivel de fragmentación en la atención, cambio frecuente de proveedores y múltiples prestadores para los servicios POS y no POS, principalmente en el régimen subsidiado. Adicional a esta problemática, se destaca la debilidad del ente rector frente a la formulación y control de estándares clínicos nacionales, factores que, en su conjunto, dificultan el trabajo colaborativo entre los distintos niveles asistenciales.

Como factor determinante de la coordinación asistencial, se destacan las inadecuadas condiciones de trabajo, que conllevan la precarización de los profesionales de salud, principalmente de aquellos vinculados con las IPS públicas de las redes subsidiadas y las IPS hospitalarias de las redes contributivas, lo que desincentiva su participación en procesos de coordinación asistencial y el uso inadecuado de mecanismos existentes para la transferencia de información clínica.

El trabajo colaborativo entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales se afecta por las actitudes negativas y el desconocimiento del rol articulador del I nivel por parte de la atención especializada, lo que, unido a la baja capacidad resolutive del médico general y a los incentivos que genera el sistema de pago por evento, promueven la retención de usuarios en los niveles de mayor complejidad, el bajo uso del mecanismo de contrarreferencia y la falta de trabajo en equipo para la toma de decisiones consensuadas que permitan un adecuado seguimiento y control de los usuarios.

En relación con el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación asistencial, destaca un mayor desarrollo de los mecanismos clínicos en las IPS ambulatorias de las redes contributivas. No obstante, se debe valorar su impacto frente a la disminución de la eficiencia, el acceso y la calidad de la atención, como consecuencia de los límites a la

práctica clínica que imponen las aseguradoras a los prestadores que son de su titularidad.

Los mecanismos de retroalimentación para la transferencia de información clínica evidencian mayor implementación en las redes contributivas. Sin embargo, se evidencian fallas en cuanto a su uso, dado que no se comparten con la red hospitalaria externa. También existen problemas en el registro de la información clínica y una inadecuada aplicabilidad del informe de alta hospitalaria, así como del mecanismo de contrarreferencia. Problemáticas que limitan el trabajo articulado en red y la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En todas las redes analizadas, se identifican mecanismos de programación, como las guías de práctica clínica y los programas de capacitación continua, así como el sistema experto en las redes contributivas. No obstante, la existencia de lineamientos diferentes en cada prestador restringe la toma de decisiones clínicas consensuadas y el trabajo articulado entre los profesionales de los distintos niveles de atención.

Finalmente, se reconocen los mecanismos administrativos como facilitadores del acceso de los usuarios a los distintos niveles asistenciales. Sin embargo, se presentan dificultades relacionadas con su operación e implementación, por la intermediación ejercida por las aseguradoras, que limita la comunicación directa entre los prestadores, a lo que se suma la falta de voluntad de los prestadores para mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios.

Tabla 5.4. Ejemplos de citas sobre la opinión general frente a la coordinación asistencial

Inexistencia de coordinación entre niveles asistenciales	<p>“No hay un sistema de coordinación asistencial definido [...], no lo hay, entre niveles, pues aquí lo que se ve es que cada nivel trabaja por su lado ¿no? Realmente no hay un buen enlace” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).</p> <p>“No hay articulación para que haya continuidad en el proceso porque yo hago labores aisladas, cumplo mi pedazo y lo envío hacia el II o III nivel del prestador” (gerente aseguradora, Red 2-S).</p>
Buena coordinación asistencial en las IPS ambulatorias de las redes contributivas	<p>“En la IPS es diferente, aquí la relación entre nosotros es muy buena, es mucho más cercana, más personal, más de amigos, entonces, nos podemos encontrar en el pasillo, en la cafetería, entonces es mucho más fácil, cada uno tiene su extensión o voy interrumpo a la doctora para preguntarle algo, pues yo la puedo llamar y decirle si me ayuda, aquí la comunicación entre nosotros es muy fácil” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).</p>

Continúa

Causas de la inexistencia de coordinación	
Falta de comunicación entre niveles de atención	<p>“Entre niveles la comunicación no es fácil, o sea, la comunicación no fluye entre nosotros los del I nivel al II nivel, al III nivel, la comunicación no fluye muy fácil, yo pienso que coordinación casi no existe” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).</p> <p>“El I nivel le autoriza tal cosa, pero a partir del II es de ustedes, pero, si no existe comunicación entre los profesionales del II nivel y el I nivel, no estamos manejando ninguna integralidad” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).</p>
Desconocimiento entre los profesionales e instituciones de los diferentes niveles	<p>“Yo soy una ESE, yo atiendo a mis pacientes y yo no sé qué está pasando con el resto, no tengo acceso, no conozco, ni contactos con la otra entidad pública, no conozco ni al coordinador, ni al sistema como tal, no sé cómo esté funcionando. Solo que uno ve a las instituciones y yo sé que existen, pero nada de coordinarnos” (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).</p>
Baja resolutiveidad del I nivel de atención	<p>“Hay fallas porque cualquier patología sin esperar un tiempo prudencial lo mandan a un II nivel, es remitido directamente a un III o IV nivel, y eso con-gestiona los servicios” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).</p>

Tabla 5.5. Ejemplos de citas sobre factores que influyen en la configuración de las redes

La implementación del modelo de competencia gestionada	
Compra fragmentada de servicios y cambio frecuente de prestadores	<p>“Por la división por contratación, yo ya no puedo saber qué pasó con el usuario, a no ser que el usuario te cuente o que el oncólogo te haga un resumen de historia y lo envíe con el usuario, lo demás se pierde” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S).</p> <p>“Los contratos fragmentados no favorecen la comunicación entre los distintos niveles, todos estos procesos son afectados” (profesional de salud IPS II nivel de atención, Red 1-S).</p>
Relación asegurador/prestador centrado en vínculos contractuales	<p>“El subsidiado no genera un proceso de continuidad, porque yo hago labores aisladas, cumplo mi pedazo, lo envío hacia el II o III nivel del prestador, generalmente no hay contrarreferencia. Como son cosas muy puntuales en lo contractual, puede que haya un laboratorio, algo que yo no pude hacer por <i>x</i> o <i>y</i> motivo, y el siguiente cómo lo genera, como es un requisito contractual que venga previamente, entonces le genera una barrera, no continúa hasta que no traiga lo que a mí me dijeron que tenía que traer de carácter obligatorio, entonces el usuario siempre termina en un peloteo muy complicado” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).</p>
Búsqueda de rentabilidad económica	<p>“La ESE ya descentralizada [...] trata de resolver ellos mismos sus problemas [...], sobre todo su sostenibilidad financiera. Eso ha generado una serie de competencias con otras IPS en municipios anexos o incluso en su misma localidad, porque puede haber en ciudades grandes dos o tres ESE. Esas necesidades de tener una sostenibilidad financiera, visto independientemente, rompe cualquier red, se vuelven competitivas” (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).</p>

Continúa

Fragmentación de los servicios del POS subsidiado	
Existencia de diferentes redes de prestadores para la atención del POS-s y no POS	“El usuario accede allá en Soacha a su servicio de salud total o parcial, sea que nosotros lo contratemos o sea que la Alcaldía lo tenga en el I nivel, ya la limitante existe a partir del III e, incluso, la alta complejidad, porque pues la Secretaría tiene unas instituciones, nosotros (aseguradora) tenemos otras, no siempre coinciden; para este caso, la que nos coincide es la IPS de III nivel, pero no siempre son coincidencia” (gerente aseguradora, Red 1-S).
Debilidad del ente rector frente al cumplimiento de sus funciones	
Ausencia de estándares clínicos nacionales y falta de voluntad política para su implementación	“El Ministerio de Salud sacó hace unos años todo un trabajo muy bueno sobre las guías de manejo de casi todos los eventos, sin embargo, casi no las utilizan, las utilizan algunos como referente, pero cada uno tiene su jurisdicción local” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Ausencia de sistemas únicos de información	“La Ley de Seguridad Social establece un manejo de redes y un sistema de referencia y contrarreferencia, separación por niveles, con acceso, formas de migrar a través del sistema y volver, pero no se ha logrado, por ejemplo, establecer un sistema único de información establecido desde el 95, es una necesidad básica para que funcione el sistema, porque las bases de datos están en cada asegurador [...]” (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

Tabla 5.6. Ejemplos de citas de factores que influyen en la coordinación de las redes de servicios

Condiciones laborales de los profesionales	
Contratación por prestación de servicios	“La estructura de la coordinación se ha desvirtuado un poquito con la aparición de las cooperativas, es una coordinación fragmentada, los bajos salarios hacen que los profesionales se vayan con mucha frecuencia, hay otras instituciones en donde les paguen más, esto no nos permite una coordinación óptima” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Bajos salarios y profesionales desmotivados	“Hay que mejor remuneración y pienso que eso ayudaría a mejorar los procesos de coordinación, porque la gente ya está desmotivada, estamos en que ya no se quiere trabajar, eso es importante para que un profesional trabaje con gusto con los otros” (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).
Alta rotación de profesionales	“Y en esas condiciones, la rotación laboral incide en la oportunidad, en la continuidad de los procesos, en la articulación con los demás niveles” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Bajo uso y registro inadecuado de los mecanismos de coordinación	“Las dinámicas de la rotación de los profesionales influyen sobre el nivel de adherencia a las guías y protocolos, cuando evaluamos encontramos de todo, profesionales con muy buen nivel de adherencia y otros no, se debe al flujo constante del personal” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Sistemas de pago	
Sistema de pago por evento en la	“Tengo un paciente de I nivel que me llega a urgencias, que puede ser manejado en un CAMI, lo manejan en III para hacer el recobro, sabiendo que podían

Continúa

atención especializada	remitirlo al I nivel, lo hacen porque genera un ingreso económico por evento, entonces no lo mandan, ese tipo de ejercicios desestimulan la conformación de redes coordinadas” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
------------------------	--

Tiempo de los profesionales

Tiempo para el uso de los mecanismos de coordinación	“Utilizar la guía implica tiempo y hay una agenda asignada con unos tiempos específicos, y el hecho de venir y sentarse y revisar la guía implica tiempo, analizarla no solo leerla, sino coger, analizar y ubicar cómo está mi paciente, la historia clínica de mi paciente; el hacer el análisis implica tiempo que muchas veces los profesionales no tienen” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).
--	--

Integración de la atención básica y especializada en el servicio ambulatorio

Existencia de mecanismos de coordinación compartidos entre profesionales (IPS ambulatoria y adscritos)	“La coordinación entre nosotros es buena en los servicios que nosotros tenemos, porque tenemos cosas de I nivel, de II nivel y algunas de III nivel, nosotros tenemos medicina general, varias especialidades básicas y subespecialidades, por ejemplo: neurología pediátrica, cirugía pediátrica, cirugía vascular, cirugía artroscópica, entonces, la coordinación entre los servicios de diferentes niveles es buena, porque hay comunicación, hay un buen sistema de referencia y contrarreferencia, y contamos con una historia clínica compartida y eso es importante para estos procesos” (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
--	--

Existencia de mecanismos de comunicación informal entre profesionales	“A nivel interno con los especialistas es una comunicación informal, aquí en la institución, pues uno los conoce y uno les comenta del paciente, es una comunicación informal y a veces por teléfono” (profesional de salud IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
---	--

Valores y actitudes de los especialistas en la colaboración con el I nivel de atención

Desconfianza del especialista hacia el médico general	“Me he dado cuenta de que hay una gran desconfianza y celos entre las especialidades, hay muchas patologías que podría manejar un médico general o un médico familiarista, que la supraespecialidad” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
---	---

Desinterés de los especialistas frente a la comunicación y el trabajo en equipo	“Tenemos problemas ahí, nuestros especialistas cada vez menos quieren pasar a un teléfono y hablar con el colega de la otra institución, para que entre los dos se entiendan qué es lo que necesita el paciente; entonces, como ya lo escribí en un papel” (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).
---	---

Formación de los profesionales de salud

Nivel académico de los médicos y baja resolutivead	“Parte de lo que nos está fallando es la resolutivead del recurso humano en salud de puerta de entrada y es un problema de formación que hemos tratado de suplir con guías, con protocolos, con capacitaciones, pero es un problema mucho más estructural. Es decir, el médico general que está saliendo hoy no es tan resolutiveo como el médico general de antes, el médico internista que se está graduando hoy no es tan resolutiveo, igual el pediatra, etc. Entonces, eso afecta todos los procesos de la atención y la comunidad está cayendo más en la atención supraespecializada, contrario a cualquier modelo de gestión clínica” (gerente aseguradora, Red 3-C).
--	--

Continúa

Tabla 5.7. Ejemplos de citas sobre el conocimiento de los mecanismos de programación existentes en las redes

Mecanismos de coordinación de gestión clínica	
Mecanismos de normalización del trabajo	
Guías de práctica clínica	“Esas guías son basadas en evidencia, pero nunca se comparten, es a libre albedrío si las instituciones las adoptan o no. Entonces, nunca hay posibilidad de que concuerde la guía de la IPS hospitalaria 1 o 2 con la de nosotros” (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Mecanismos de normalización de habilidades del trabajador	
Sistema experto	“El paciente antes se siente mejor porque es visto por dos médicos, no es una consulta de especialista, es una consulta de médico general, la hemos llamado ‘medicina general integral’, y permite que el especialista lo acompañe, eso ha mejorado la oportunidad. Los médicos generales se sienten mucho más seguros en la consulta, porque uno de los problemas que comentábamos era el de la formación médica. También trabajamos todo lo de educación médica continuada” (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Educación continua	“Hay una reunión mensual donde van médicos del I nivel y hay charlas para definir un temario académico durante el año; esos son los temas que se necesita fortalecer en todos los niveles y se hace un proceso de capacitación en manos de especialistas de II y III dirigido a médicos y enfermeras de I nivel” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Mecanismos de coordinación administrativa de la atención	
Guías administrativas	“Contamos con guías administrativas que apoyan los procesos clínicos, nos ayuda y facilitan los procesos en la EPS [...]” (gerente aseguradora, Red 3-C).

Tabla 5.8. Ejemplos de citas sobre el conocimiento de los mecanismos de retroalimentación existentes en las redes

Mecanismos de retroalimentación de coordinación de la gestión clínica	
Dispositivos de enlace	
Gestores de caso	“Yo tengo aquí una enfermera que es el enlace entre el especialista, entonces, ella me lleva la base de datos de la sífilis, y es el enlace entre el médico general y el ginecólogo, y llevamos una matriz de seguimiento a esos casos, buscando que no se pierda la continuidad. Es el enlace que se tiene porque no se hace el tema de referencia y contrarreferencia, se puede correr el peligro de que ese paciente con sífilis congénita pueda tener un problema, sobre todo en enfermedades de vigilancia epidemiológica, esa persona de enlace, que es una enfermera, garantiza el manejo de los usuarios” (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Médico hospitalario de la EPS	“Este médico se conecta, busca por el número de cédula del paciente, entra a ese sistema de información, que es el sistema de historia clínica de la EPS-C 4, lo consulta para conocer y pues solo él tiene acceso, él como empleado de la EPS tiene la clave de acceso para revisar esa historia clínica, la revisa y lo

Continúa

Médico hospitalario de la EPS	que él considera relevante que sea tenido en cuenta por nuestro especialista para definir conducta o tratamiento de ese paciente lo da a conocer a nuestro especialista no de una forma impresa, sino se lo comenta en la revista, en la evolución del paciente” (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).
-------------------------------	---

Auditor	“A través de los informes de los auditores, quienes permanentemente nos están mandando un boletín de qué pacientes de esta IPS están hospitalizados; entonces, indican el nombre, la cédula, en qué clínica está y qué diagnóstico, entonces se entra a la historia y ahí aparece la nota del auditor, hace una pequeña nota y comenta en qué situación está el paciente, está crítico, no está crítico, está bien, lo van a dar de alta, etc., entonces ese es el canal que tenemos” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
---------	--

Mecanismos para la transferencia de información clínica entre niveles

Circuito de referencia y contrarreferencia

No hay contrarreferencia	“Yo pienso que es mala, porque es unidireccional. Ellos salen de aquí con la remisión completa, su resumen de historia clínica, sus exámenes, su ecografía, todo lo que se les ha hecho en el I nivel y cuando regresan no tienen nada. Escasamente les dan un papel ‘control en seis meses’ o les dan una fórmula, que es la misma con la que salió de aquí y ni siquiera les entregan medicamentos, pero nunca regresa una respuesta y, en muchos casos, si les hacen algún examen especializado, no llega, no nos llega a nosotros” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).
--------------------------	---

Registro de información insuficiente e ilegible	“El problema de este documento es que no lo llenan completo, nosotros lo vemos día a día, y el mismo problema de la legibilidad, porque no lo llenan por el sistema, sino a mano y, sobre todo, incompleta la información” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
---	--

Falta de compromiso de los especialistas en su diligenciamiento	“[...] entonces, la referencia y contrarreferencia, eso hay que trabajarlo mucho, yo pienso que es más de conciencia y compromiso de los profesionales en el uso de los recursos y en particular ese” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).
---	---

Usuario como medio para la transferencia de la información clínica	“La información que viene en este formato de remisión está muy incompleto, entonces: ‘Señor usuario, tráigame un resumen o tráigame la historia clínica en su otra institución’ (gerente aseguradora, Red 1-S).
--	---

Informe de alta hospitalaria

Transferencia de información clínica entre niveles	“Cuando el paciente sale y le dan el alta médica, a ellos les entregan un documento que es una epicrisis y digamos un resumen de la historia clínica, de todo lo que le hicieron allá, y eso lo entrega directamente la clínica, ahí explica el médico por qué ingresa el paciente, qué signos tenía, qué exámenes se le hicieron, cómo salieron los resultados, qué especialistas lo vieron, a qué conclusiones llegaron, por qué le dan la salida, con qué medicamentos le dan la salida, o con qué otras órdenes le dan la salida, y esa parte sí nos las trae el paciente a nosotros, cuando le hacemos la consulta del poshospitalizado, entonces, ese es el contacto que tenemos allá para hacerle el seguimiento” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
--	---

Continúa

Como instrumento administrativo en los procesos de facturación	“No hay un mecanismo para enviar eso, nosotros ese tipo de información la estamos enviando con la factura, que es el soporte para ellos, básicamente, de ahí a que ellos retroalimenten sus ips básicas no sabría decirte, pero nosotros, si enviamos con la factura, anexamos todo el soporte clínico de lo que se le hizo al paciente” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).
--	--

Historia clínica

Solo se comparte entre los profesionales de las IPS ambulatorias	“En II nivel, igual nos podemos comunicar con los especialistas, por la historia, ahora es mejor porque antes era escasa, entonces ahora sí están en línea los especialistas adscritos y los especialistas en otras sedes. Con otras sedes también nos podemos comunicar, podemos ver la historia clínica de nuestros pacientes” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
No se comparte con la red hospitalaria externa	“La historia clínica en el nivel hospitalario no se comparte con el nivel básico, aún no ocurre” (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Mecanismos de coordinación administrativa

Central de referencia y contrarreferencia/línea 24 horas	<p>“Estamos trabajando el tema de la contrarreferencia. El paciente, una vez que entra a la red hospitalaria, se mueve muy fácil, está la urgencia, la hospitalización, está articulado todo el proceso autorizador. Si el paciente requiere una remisión, contamos con una central de referencia y contrarreferencia que se llama central de acompañamiento al prestador, donde hemos logrado mejorar los tiempos de remisión de pacientes en un año que lleva operando la central, pasamos de 18 horas de remisión de pacientes a 2 horas y media” (gerente aseguradora, Red 3-C).</p> <p>“Existe un CRUE allá en la Gobernación, que es el que debería coordinar todo el tema de las urgencias de su territorio y debería controlar la misma red, porque supuestamente ellos son los que saben si tienen o no tienen camas disponibles, porque allá llevan un control. Pero uno ve el CRUE como un intermediario más, ¿estoy llamando del CRUE, entonces más allá de como un mediador que en realidad ejerce su función, si usted no atiende a ese usuario, yo se lo asigno a tal persona y allá el tema de la facturación ya es problema de ustedes, porque aquí se brega muchísimo para el tema de la referencia de los usuarios, no hay camas, no hay disponibilidad, entonces como políticas existen, pero no son tangibles” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S)</p>
Comités interniveles de referencia y contrarreferencia	<p>“El jefe de urgencias asiste a una reunión mensual de referencia y contrarreferencia donde básicamente va a que nos den ‘fuate’ por las remisiones que nosotros hacemos por los códigos azules, porque de pronto a veces manda uno un paciente pues angustiado en el momento y resulta que no tocaba mandarlo así o para ellos no era tan prioritario o tan urgente o no era un código azul” (profesional de salud IPS II nivel de atención, Red 1-S).</p> <p>“La Secretaría motiva un espacio de encuentro entre los subgerentes de la red suroccidente, entre los gerentes de la red y revisamos asuntos de la coordinación asistencial, de referencia y contrarreferencia, convenios y demás. Los subgerentes tenemos una reunión mensual, llega el asesor de la red suroccidente de la Secretaría y nos encontramos los cuatro subgerentes y revisamos temas de coordinación” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).</p>
