

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

Capítulo 6. Desempeño de las redes de servicios de salud em relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

Natalia Morales Eraso
Carol Ximena Cardozo Guzmán
Pierre de Paepe
Amparo Susana Mogollón-Pérez

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MORALES ERASO, N., CARDOZO GUZMÁN, C. X., PAEPE, P., and MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S. Desempeño de las redes de servicios de salud em relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. 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 em Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 129-146. 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-9789587388121-14.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 6

Desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

**NATALIA MORALES ERASO, CAROL XIMENA CARDOZO GUZMÁN,
PIERRE DE PAEPE, AMPARO SUSANA MOGOLLÓN-PÉREZ**

El objetivo del capítulo es analizar el desempeño de las redes de servicios de salud en relación con la coordinación y el acceso a la atención en pacientes con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2.

La selección de estas enfermedades trazadoras obedeció a dos factores: en primer lugar, por el incremento de su incidencia con el consecuente impacto sobre las tasas de morbilidad y mortalidad en el país y que, al tratarse de enfermedades crónicas, requieren la prestación de servicios en más de un nivel asistencial, lo cual facilita identificar si el I nivel de atención resulta accesible y asegura la coordinación asistencial con los otros niveles de atención para proporcionar una respuesta oportuna de la atención especializada, como patología, cirugía, radioterapia, quimioterapia para el caso de cáncer de mama, y contribuye a prevenir o atender posibles complicaciones que se generen, como ocurre con la diabetes mellitus tipo 2.

Este análisis se hizo mediante el cálculo de una serie de indicadores definidos a partir de la revisión bibliográfica y basado en la revisión de

los registros clínicos. El proceso de elaboración y recogida de los datos está detallado en el capítulo 2.

A continuación, se muestran los resultados del desempeño de dos redes de servicios de salud para la atención de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama: una del régimen contributivo (Red 3-C) y otra del régimen subsidiado (Red 2-S) que operan en la localidad de Kennedy de la ciudad de Bogotá. Para el análisis de la atención de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, se trabajó en las dos redes anteriores y, adicionalmente, en una red del régimen contributivo (Red 4-C) que opera en el municipio de Soacha.

La fuente primaria para la recogida de datos fue la historia clínica. Para el caso de cáncer de mama, se obtuvo una muestra de 59 pacientes en la Red 2-S y 50 pacientes en la Red 3-C; en tanto que, para la diabetes mellitus tipo 2, se obtuvo una muestra de 50 pacientes en cada una de las tres redes analizadas.

Los indicadores contemplan dimensiones en el desempeño de las redes, como la calidad de la atención, el acceso y la coordinación entre niveles, mediante indicadores de proceso y de resultado. Estos indicadores fueron validados previamente mediante un pretest, como se indica en el apartado de métodos.

Los resultados muestran que, en la atención en cáncer de mama, los oncólogos son los profesionales que en mayor medida aseguran la coordinación de la atención. En cuanto a las pruebas diagnósticas, son limitadas las mamografías y ecografías mamarias que se practican a las pacientes, particularmente en la red subsidiada. En relación con el acceso, se evidencia una detección tardía de la enfermedad en la red subsidiada. Los tiempos de espera son de hasta 5 meses para iniciar el tratamiento en la red contributiva, y en la red subsidiada, los tiempos de espera entre la sospecha e inicio del tratamiento son más prolongados (alrededor de 8 meses). Estos resultados reflejan problemas de acceso al I y II nivel de atención, y de coordinación en la atención especializada, particularmente en la red subsidiada.

Los resultados en diabetes mellitus tipo 2 reflejan un inadecuado seguimiento del paciente entre niveles, particularmente en la red subsidiada, con un reducido número de exámenes de laboratorio y de consultas con especialistas. Aunque en las redes contributivas se observan resultados

algo mejores, en ninguno de los casos se cumple con las normas de atención de la enfermedad. Los indicadores de resultado también reflejan problemas de calidad de la atención, con respuestas clínicas insatisfactorias en indicadores de hemoglobina glicosilada, presión arterial y colesterol total.

Al final del capítulo se ofrece una breve discusión de los hallazgos y conclusiones finales.

Resultados del desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama

Calidad de la atención

Una de las dimensiones de calidad analizadas fue el adecuado seguimiento a las usuarias, para ello se tomó como criterio que hubieran sido atendidas por un mismo profesional en tres o más ocasiones durante el año de estudio. No obstante, como no fue posible revisar la totalidad de las historias clínicas de los diferentes profesionales, específicamente oncólogos y cirujanos de mama, se analizó información cualitativa que mostró que, en la red subsidiada, el mayor seguimiento lo efectuó el oncólogo, en tanto que en la contributiva fue realizado tanto por el oncólogo como por el cirujano de mama. En los registros con información completa, se evidenció que la mayoría de las pacientes de las dos redes cumplió con el criterio de seguimiento; un hallazgo lógico en el caso de una enfermedad grave como el cáncer de mama, donde resulta primordial la estabilidad del personal.

La calidad de la atención también se refleja en la existencia de objetivos comunes de tratamiento entre los niveles asistenciales y la adherencia de los profesionales a los estándares de manejo de la enfermedad. En el caso de las guías de práctica clínica para cáncer de mama, se establecen actividades y metas para proporcionar una atención adecuada de la enfermedad y la realización de radiografías de tórax y mamografías, como una de las estrategias de seguimiento y control de la enfermedad.

En relación con la frecuencia de radiografía de tórax, para la Red 2-S, la práctica de por lo menos una toma anual se efectuó en el 76,8 % (n = 56) de las pacientes, en tanto que en la Red 3-C se llevó a cabo en el 83,7 % (n = 43) de los casos. Respecto a la frecuencia de mamografía, en la Red

2-S, solo al 15,4 % (n = 50) de las usuarias se les efectuó una toma al año, en contraste con la Red 3-C, en donde al 62,2 % (n = 50) se les practicó este procedimiento. En cuanto a la ecografía mamaria, aunque en principio no se tomó como variable de estudio, en la recolección de los datos se identificó que es usada con mayor frecuencia en la Red 3-C comparada con la Red 2-S.

Acceso a los niveles de atención

El acceso adecuado del paciente al nivel de atención requerido y acorde con su problema de salud depende en gran medida de la disponibilidad de servicios, así como de factores que determinan su utilización. Se tomaron como indicadores de acceso el estadio del cáncer de mama que registra al momento del diagnóstico y los tiempos de espera para la atención transcurridos entre las diferentes fases del proceso de atención, como la consulta con especialistas, la realización de exámenes diagnósticos y el inicio del tratamiento, que serán reportadas en medianas porque las distribuciones no son normales.

Con respecto al estadio del cáncer de mama en el momento del diagnóstico clínico (indicador del acceso al I nivel e indirectamente del *screening* en la población femenina), se encontró que, en la red subsidiada, el porcentaje acumulado de los estadios III y IV es del 68,4 % mientras que en la contributiva es del 39,9 %. En estadio II es del 23,7 % en la red subsidiada y del 46,4 % en la contributiva, y en estadio I del 7,9 % en la subsidiada y del 14,3 % en la contributiva. A continuación, se muestran las diferencias entre redes, donde la subsidiada muestra peores resultados por la detección tardía de la enfermedad.

En cuanto a tiempos de espera, aunque no existe una norma que especifique el tiempo que debe transcurrir entre la consulta en el I nivel y la primera consulta con el especialista, lo deseable es que fuera corto. No obstante, los hallazgos indican que en la Red 2-S este tiempo de espera fue de 78 días y en la Red 3-C de 50,5 días. El tiempo de espera entre la primera consulta con el especialista y la solicitud de la primera biopsia fue de 11 días en la Red 2-S y de 0 días en la Red 3-C. Respecto al tiempo transcurrido entre la orden de la primera biopsia y su realización, la mediana del tiempo de espera fue de 16 días para la Red 2-S y de 6 días para la Red 3-C.

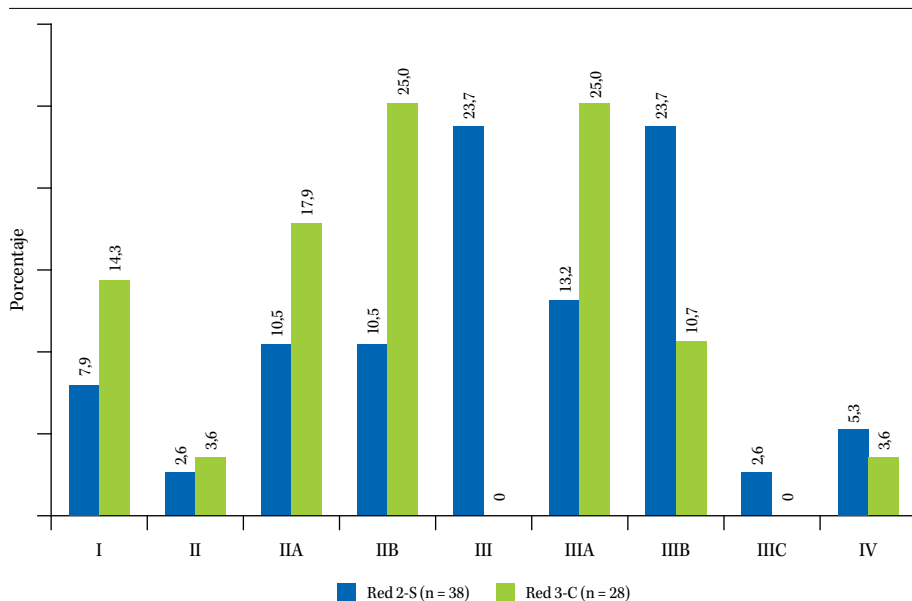


Figura 6.1. Estadio inicial del cáncer de mama, redes 2-S y 3-C, Bogotá, 2005-2010

A partir de la realización de la biopsia, se investigó el tiempo transcurrido hasta su registro en la historia clínica y se encontró que las medianas de tiempo fueron de 32,5 días para la Red 2-S y 21 días para la Red 3-C. Se calculó también el tiempo transcurrido entre la orden de la primera biopsia y el registro de su resultado por parte del médico tratante, correspondiente a una mediana de 50 días en la Red 2-S y de 30 días para la Red 3-C, datos que se acercan a la suma de los dos tiempos anteriores. Es necesario aclarar que, en cada uno de estos tiempos, el n sobre el que se basa el indicador varía en función de los registros disponibles y se trata de medianas que no se pueden sumar.

De igual manera, se calculó el tiempo transcurrido entre la primera consulta en el I nivel y el inicio del tratamiento, el cual mostró una mediana de 240,5 días (8 meses) para la Red 2-S y de 154 días (aproximadamente 5 meses) para la Red 3-C, lo que marca diferencias importantes frente al acceso a los servicios de salud en la red subsidiada en relación con la contributiva.

Finalmente, en cuanto al tiempo de espera entre la consulta con el médico especialista y el inicio del tratamiento (de cualquier tipo: radioterapia,

cirugía, quimioterapia), las usuarias de la Red 2-S esperaron 120 días y las de la Red 3-C, 64,5 días (tabla 6.1).

Tabla 6.1. Mediana de tiempo transcurrido (en días) en las etapas entre consulta e inicio de tratamiento, cáncer de mama, redes 2-S y 3-C, Bogotá 2005-2010

Tiempos de espera	Red 2-S	Red 3-C
Primera consulta I nivel y consulta con especialista	78 días (n = 16)	50,5 días (n = 40)
Primera consulta con especialista y solicitud de primera biopsia	11 días (n = 22)	0 días (n = 35)
Orden de primera biopsia y realización	16 días (n = 26)	6 días (n = 30)
Realización de primera biopsia y registro de resultados	32,5 días (n = 56)	21 días (n = 30)
Orden de primera biopsia y registro	*50 días (n = 27)	30 días (n = 33)
Registro de resultados de primera biopsia e inicio del tratamiento	50 días (n = 53)	31 días (n = 35)
Primera consulta en I nivel e inicio de tratamiento	240,5 días (n = 24)	154 días (n = 41)
Primera consulta con especialista e inicio de tratamiento	120 días (n = 25)	64,5 días (n = 40)

* Presenta distribución normal (prueba Shapiro-Wilk).

La figura 6.2 presenta de manera resumida los resultados de los tiempos de espera en las diferentes fases de la atención.

Resultados del desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en diabetes mellitus tipo 2

Calidad de la atención al paciente diabético: indicadores de proceso

Seguimiento del paciente

De acuerdo con la norma internacional de la American Diabetes Association (ADA) (American Diabetes Association, 2012), para que exista un adecuado seguimiento al usuario con diabetes mellitus tipo 2, este debe tener como mínimo cuatro consultas médicas por año. Algunos autores consideran que “cualquier paciente debe evaluarse como mínimo cada 6 meses, aunque la realización de un control cada 3 meses parece ser la frecuencia más adecuada en nuestro medio” (Batista-Moliner, 1998).

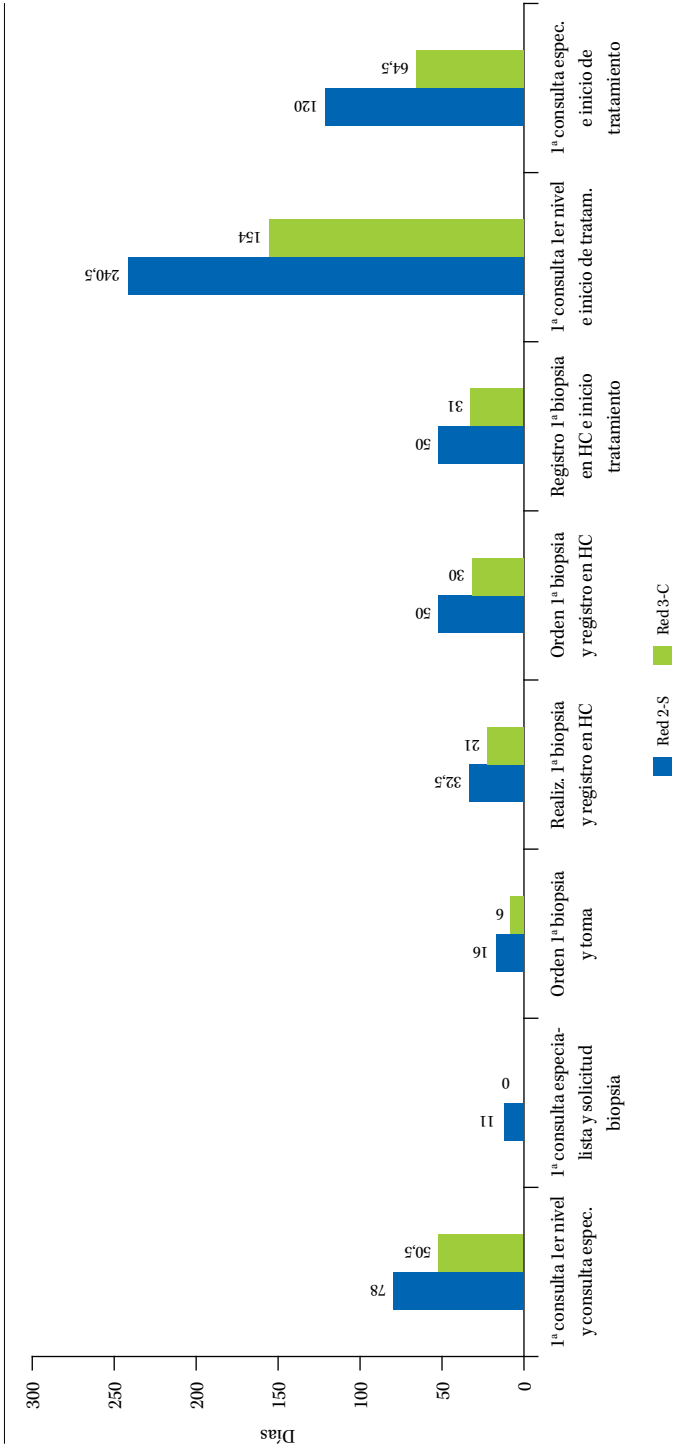


Figura 6.2. Mediana de tiempo entre consulta y tratamiento en cáncer de mama, en las redes 2-S y 3-C en Bogotá, 2005-2010

En el caso colombiano, la norma no está claramente definida, es ambigua en cuanto a la definición de consultas para diabetes mellitus tipo 2, a los responsables de su manejo y al seguimiento acorde con la presencia o no de complicaciones. No obstante, en el interior del proyecto, se consideró que, para que haya un buen seguimiento del paciente, 3 de las 4 consultas debían ser efectuadas por el mismo profesional.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que el promedio de consultas al año por medicina general fue de 4,46 para la Red 2-S; 2,92 para la Red 3-C; y 3,18 para la Red 4-C. En la atención especializada correspondió a 0,84 consultas al año para la Red 2-S; 2,18 para la Red 3-C; y 2,56 para la Red 4-C (tabla 6.4).

En relación con el seguimiento dado por un mismo profesional en tres o más consultas, para el caso de la Red 2-S se encontró que este se efectuó en menos de la mitad de los usuarios de la muestra (22 pacientes) equivalente al 44%. En contraste, en la Red 3-C el seguimiento fue del 66% y en la Red 4-C del 46%, resultado que, aunque resulta superior al de la red subsidiada, dista de ser el ideal, ya que debería realizarse a la totalidad de la población diabética.

El estudio también valoró el seguimiento realizado por enfermería en el I nivel, a pesar de que en las normativas nacionales no se establece la exigencia de un número de consultas por este profesional. A este respecto se encontró un promedio de 2,02 consultas de enfermería por paciente en la Red 3-C, mientras que las redes 2-S y 4-C no alcanzan a una consulta por paciente al año, con promedios de 0,10 y 0,84, respectivamente.

Al aplicar el criterio de un adecuado seguimiento (tres o más consultas con la misma enfermera), tampoco se evidenció cumplimiento del indicador, dado que en la Red 2-S ningún paciente cumplió con el criterio (0%), en tanto que en las redes 3-C y 4-C el porcentaje de pacientes que cumplió con dicho criterio fue del 32% y 8%, respectivamente.

Se evaluó también la concordancia con los lineamientos de las guías de atención, en relación con el número de pruebas diagnósticas recomendadas para el control de la enfermedad, entre ellas, la hemoglobina glicosilada y la microalbuminuria. Según la norma de la ADA, al paciente se le debe realizar una prueba de hemoglobina glicosilada cada tres meses y por lo menos una prueba de microalbuminuria al año. En ninguna de las redes estudiadas se cumplió con dicha recomendación, ya que en el caso

Tabla 6.2. Calidad de la atención en el paciente diabético: indicadores de proceso, Bogotá y Soacha, 2010

Variable	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Promedio de consultas por paciente/año			
Medicina general	4,46	2,92	3,18
Medicina especializada	0,84	2,18	2,56
Enfermería	0,10	2,02	0,84
Número de pacientes con 3 o más consultas por el mismo profesional			
Médicos (general/especialistas)	44 %	66 %	46 %
Enfermería	0 %	32 %	8 %
Hemoglobina glicosilada			
Proporción de pruebas por paciente por año	0,18	2,02	1,12
% de pacientes que cumplen norma (4/año)	2 %	12 %	0 %
Microalbuminuria			
Proporción de pruebas por paciente por año	0	0,32	0,42
% de pacientes que cumplen norma (1/año)	0 %	30 %	36 %
Oftalmología			
Proporción de valoraciones de oftalmología por paciente/año	0,14	0,18	0,30
% de pacientes que cumplen norma (1/año)	14 %	18 %	30 %
Tiempo entre la última consulta en atención especializada y la consulta subsecuente en I nivel (Fecha de control hasta 30 junio de 2011)			
Nº de pacientes con última atención especializada	15	34	34
n (disponibilidad de las dos fechas)	11	25	28
Mediana del tiempo transcurrido (días)	26	57	82,5
Intervalo	[3-279]	[7-165]	[1-399]
Tiempo entre el alta hospitalaria y la consulta de control por parte del nivel asistencial que realiza el seguimiento			
Nº de pacientes hospitalizados	4	2	4
n (disponibilidad de las dos fechas)	1	2	2
Promedio del tiempo transcurrido (días)	81	36,5	7
Valoración de pie			
% de pacientes con al menos una valoración de pie/año	52 %	72 %	58 %

de la hemoglobina glicosilada, en la Red 3-C, solo en el 12 % de los pacientes se cumple con la norma; en la Red 2-S, en el 2%; y en la Red 4-C, en el 0%. Similar situación se presenta con la prueba de microalbuminuria, en donde el porcentaje de cumplimiento está por debajo del 40%: 36 % en la Red 4-C, 30 % en la Red 3-C y 0 % en la Red 2-S.

Respecto a las valoraciones por oftalmología, la ADA recomienda efectuar por lo menos un control oftalmológico anual. En ninguno de los casos se cumplió con esta norma. En la Red 4-C, tan solo 15 pacientes cumplen la norma (30%); en la Red 3-C, 9 pacientes (18 %); y en la Red 2-S, 7 pacientes (14 %).

Otro indicador analizado fue el tiempo transcurrido entre la última cita con el especialista y la subsecuente cita de control con el responsable de su seguimiento en el I nivel. Para el cálculo de este indicador, se tuvieron en cuenta las fechas comprendidas hasta el 30 junio de 2011; debido a la distribución no gaussiana de los tiempos, se tomó como medida de tendencia la mediana, la cual fue de 26 días para la Red 2-S, 57 días para la Red 3-C y 82,5 días para la Red 4-C.

No se encontró una recomendación que sugiriera el tiempo de espera entre una hospitalización y la consulta subsecuente con el I nivel de atención. En el estudio, se evidenciaron pocas hospitalizaciones, 2 en la Red 3-C y 4 en las redes 2-S y 4-C. Sin embargo, solo se pudo determinar un tiempo de espera en la Red 2-S correspondiente a 81 días; en la Red 3-C, dos tiempos: 14 y 59 días, con un promedio de 36,5 días; y, finalmente, en la Red 4-C, los tiempos fueron de 6 y 8 días, lo que arroja un promedio de 7 días. Resultados que no permiten concluir respecto al tiempo transcurrido entre la hospitalización y consulta subsecuente.

La valoración del pie se constituyó en otro de los indicadores de proceso seleccionados para evaluar la calidad de la atención en el paciente diabético. El Diabetes Quality Improvement Project (DQIP) (Fleming, 2001) considera que los pacientes deben tener como mínimo un control anual de pie, en tanto que la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2006) sugiere que la inspección de los pies debe efectuarse cada 3 o 4 meses.

Al tomar el parámetro de contar como mínimo con una valoración anual del pie (donde se registre de manera explícita la revisión de condiciones de piel, aspectos circulatorios, sensibilidad, etc.), ninguna de las

redes cumplió con la norma: en la Red 2-S, este examen se practicó al 52 % de los usuarios; en la Red 3-C, al 72 %; y en la Red 4-C, al 58 %.

Finalmente, se hizo un análisis del funcionamiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia en las redes de estudio, mediante la confirmación de la existencia de la contrarreferencia tanto a nivel manual como en formato electrónico. Para el caso de la red subsidiada, aunque cuenta con un formato unificado de referencia y contrarreferencia en las instituciones que integran la red pública, el registro es manual al igual que la historia clínica. En este caso, la posibilidad de que se comparta información clínica entre los niveles de atención es menor, dado que es el paciente quien porta el documento y este no siempre se adjunta a la historia clínica. Es preciso señalar que, de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio cualitativo de coordinación asistencial, existen fallas en el uso del mecanismo, principalmente de la contrarreferencia. En las dos redes contributivas, se halló que estas poseen una historia clínica sistematizada, que es compartida entre los profesionales que integran las IPS ambulatorias y algunos profesionales adscritos, lo que en teoría facilitarían la revisión de la historia por cualquier tipo de profesional. No obstante, se encontró que no todos los profesionales tienen acceso a este *software*, como ocurre con algunos especialistas adscritos que laboran en IPS externas y en las IPS hospitalarias. Así mismo, se evidenció que en el *software* que contiene información sobre la historia clínica en la Red 3-C no existe un campo para el registro de la contrarreferencia, a diferencia de lo que ocurre en la Red 4-C.

Calidad de la atención: indicadores de resultado

Entre los indicadores de resultado que reflejan la calidad de la atención en el paciente diabético, se encuentran los valores de los exámenes clínicos para el seguimiento de objetivos metabólicos. En las guías de la ADA (American Diabetes Association, 2009; American Diabetes Association, 2010), se consideran como objetivos de tratamiento: glucemia preprandial entre 70-130 mg/dl, hemoglobina glicosilada < 7 %, microalbuminuria < 30 mg/g, colesterol total < 200 mg/dl y presión arterial < 130/80 mmHg. El índice de masa corporal (IMC) se considera como un factor de riesgo para diabetes en valores $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Para la glucemia preprandial, los resultados muestran que en las tres redes menos del 50 % de los usuarios tuvieron un control adecuado, ya que las medianas de los últimos reportes fueron superiores a 130 mg/dl. La Red 4-C fue la que presentó la mayor proporción de pacientes con por lo menos una toma al año (92 %); además, se reportó que en la última medición el 30,4 % de los pacientes se encontraban controlados con valores inferiores a 130 mg/dl. En la Red 2-S, los pacientes controlados fueron el 26,7 % y, en la Red 3-C, el 31,7 % (tabla 6.3).

Según los valores de control para la hemoglobina glicosilada (HbA1c) recomendados por la ADA, se evidencia que la Red 2-S no cumple con lo establecido, ya que solo al 12 % de los usuarios se les practicó este examen con una mediana de HbA1c del 9,9 %. Por su parte, la Red 3-C, a pesar de contar con un alto porcentaje de pacientes a quienes se les realizó una o más mediciones en el año (86 %), presenta una mediana de HbA1c del 8,3 % en su última medición y solo el 11,6 % de pacientes tuvieron valores < 7 %. La Red 4-C es la que más se acerca a los estándares internacionales con una mediana de HbA1c del 6,75 %, y un 52,8 % de pacientes controlados.

En lo que compete a la microalbuminuria, se encontró que la Red 2-S no cumple con lo estipulado en las normas, dado que a ningún paciente (0 %) se le realizó esta prueba durante el año. Para la Red 3-C, se reporta una mediana en la última medición de 24,6 mg/g en el 30 % de los pacientes a quienes se les efectuó al menos una prueba; se estableció además que el 60 % de los usuarios se encontraban en un control adecuado. La Red 4-C también se acerca a los estándares, puesto que la mediana en la última medición es de 15 mg/g, muy inferior a los 30 mg/g establecidos por la ADA; adicionalmente, el 88,9 % de los pacientes se encuentran controlados.

En cuanto al colesterol total, la Red 3-C tiene el mayor porcentaje de usuarios controlados (66,7 %). Por su parte, en las redes 2-S y 4-C las medianas fueron de 212,6 mg/dl y 204 mg/dl, con un porcentaje de cumplimiento del 28,6 % y 48,8 %, respectivamente.

Para la presión arterial, según los estándares de la ADA y la guía de diagnóstico, control y tratamiento de la ALAD, se considera que un paciente con diabetes debe mantenerse en un rango de presión < 130/80 mmHg. Bajo este parámetro, la revisión de los registros mostró que, en la Red 2-S, un 23,3 % de los pacientes tienen controlada su presión arterial; en la Red 3-C, un 35,4 %; y en la Red 4-C, un 31,9 %. Estos porcentajes aumentan

si se acoge la recomendación de la International Diabetes Federation a través de las *Global guidelines* (International Diabetes Federation, 2012), que acepta valores de presión arterial < 130/80 mmHg. En este caso, en la Red 2-S el porcentaje sería del 62,8 %; en la Red 3-C, del 66,7 %; y en la Red 4-C, del 78,7 %.

El dato de IMC se obtuvo a través del registro efectuado por el médico o calculado a partir de los registros de peso y talla consignados en la historia clínica. Los resultados de este índice evidencian un incumplimiento de la meta: solo el 26,2 % de usuarios en la Red 2-S cumplen el criterio, el 12,5 % en la Red 3-C y el 25,5 % en la Red 4-C.

Tabla 6.3. Calidad de la atención a pacientes diabéticos: indicadores de resultado

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Glucemia preprandial			
% de pacientes con valores < 130 mg/dl*	26,7 % (n = 30)	31,7 % (n = 41)	30,4 % (n = 46)
Mediana de última medición	145,25	138	145,5
Intervalo intercuartil	[120-206,25]	[120-191]	[122,5-227,5]
Intervalo	[77,6-346,7]	[95-318]	[72-332]
Hemoglobina glicosilada			
% de pacientes con valores < 7 %*	0 % (n = 6)	11,6 % (n = 43)	52,8 % (n = 36)
Mediana de última medición	9,9	8,3	6,75
Intervalo intercuartil	[8,78-11,03]	[7,15-9,45]	[5,15-8,65]
Intervalo	[7,5-15,2]	[6-13,9]	[2,7-13,1]
Microalbuminuria			
% de pacientes con valores < 30 mg/g*	nd	60,0 % (n = 15)	88,9 % (n = 18)
Mediana de última medición	-	24,6	15
Intervalo intercuartil	-	[10,04-44,96]	[10,85-24,35]
Intervalo	-	[2,18-79,64]	[4,1-30,1]
Colesterol total			
% de pacientes con valores < 200 mg/dl*	28,6 % (n = 21)	66,7 % (n = 33)	48,8 % (n = 43)
Mediana de última medición	212,6	176	204
Intervalo intercuartil	[184-239]	[161-205]	[167,5-228]

Continúa

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Intervalo	[135-320]	[120-327]	[132-371]
Índice de masa corporal			
% de pacientes con valores < 25*	26,2 % (n = 42)	12,5 % (n = 48)	25,5 % (n = 47)
Mediana de última medición	27,44	28,4	28,8
Intervalo intercuartil	[24,77-31,92]	[26,33-30,63]	[24,96-31,96]
Intervalo	[19,27-37,1]	[22,29-35,4]	[21,11-42,58]
Presión arterial			
% de pacientes con valores < 130-80 mmHg (ALAD-ADA)*	23,3 % (n = 43)	35,4 % (n = 48)	31,9 % (n = 47)
% de pacientes con valores ≤ 130-80 mmHg (IDF)*	62,8 % (n = 43)	66,7 % (n = 48)	78,7 % (n = 47)

* n indica la cantidad de historias clínicas con el dato del respectivo indicador registrado.

nd indica que el dato no estaba disponible.

Acceso al primer nivel de atención

El acceso adecuado tanto a la atención de I nivel como especializada se evidencia en el establecimiento de un diagnóstico temprano y en el inicio oportuno del tratamiento. Para el caso de la diabetes mellitus tipo 2, se propuso evaluar el porcentaje de diabéticos con complicaciones al momento del diagnóstico clínico, como medida del acceso al I nivel de atención. No obstante, la dificultad para determinar la fecha exacta del diagnóstico fue el principal obstáculo dentro del estudio, dado que la mayoría de los usuarios procedían de otras EPS o presentaban imprecisiones en el tiempo de evolución de la enfermedad.

En aquellos casos en los que se contó con una fecha de diagnóstico, los registros de complicaciones fueron bajos, dado que en la Red 2-S solo se encontraron 2 usuarios (n = 37); en la Red 3-C, 2 usuarios (n = 3); y en la Red 4-C, 1 usuario (n = 15). Por lo tanto, es de destacar que el registro deficiente de historias clínicas no permite la elaboración de conclusiones sobre el acceso al I nivel de atención para los pacientes diabéticos.

Diferencias entre las redes de estudios

Se observan diferencias importantes entre las redes (tabla 6.4): en las contributivas (redes 3-C y 4-C) se presenta un mayor acceso a la consulta

con especialista que en la subsidiada (Red 2-S). Los pacientes de la red subsidiada tienen más consultas en el I nivel de atención, en tanto que los de las redes contributivas tienen más consultas con especialistas. Los indicadores de control de la enfermedad favorecen a los pacientes de las redes contributivas (redes 3-C y 4-C), lo que evidencia un mejor acceso a los servicios de salud, un seguimiento y control más aceptable de su enfermedad y una mejor calidad de la atención, tanto en términos de procesos como de resultados. Esta situación refleja la inequidad entre los planes de beneficios del régimen subsidiado en relación con el contributivo en el período de la investigación (año 2010).

Tabla 6.4. Indicadores seleccionados de calidad de la atención al paciente diabético

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Promedio de consultas con médico general	4,46	2,92	3,18
Promedio de consultas con médico especialista	0,84	2,18	2,56
% de pacientes con al menos un control de HbA1c	12%	86%	72%
% de pacientes con HbA1c que cumple la norma	0%	11,6%	53%
% de pacientes con al menos un control de microalbuminuria	0%	30%	36%
% de pacientes con microalbuminuria que cumple la norma	0%	60%	89%
% de pacientes con colesterol total que cumple la norma	29%	67%	49%

Conclusiones

El análisis de la calidad de la atención mostró diferencias frente al seguimiento de los eventos trazador. En lo que compete al cáncer de mama, más del 50% de las pacientes obtuvo seguimiento de sus casos, al tener más de tres consultas con un mismo profesional, particularmente con oncólogos y cirujanos de mama. En la diabetes mellitus tipo 2, aunque los pacientes de la red subsidiada consultan más con los médicos de I nivel y los de las redes contributivas más con especialistas, es reducido el porcentaje de usuarias que logran ser atendidas por el mismo médico en cada consulta, lo que genera un impacto negativo sobre la continuidad asistencial y el establecimiento de una relación de confianza.

Se evidencian inequidades frente a la consistencia de la atención en cáncer de mama, en lo que compete a la realización de exámenes como la mamografía y la ecografía, particularmente en la red subsidiada. Aunque

se establece que estas pruebas se constituyen en un requerimiento para la detección oportuna y el adecuado seguimiento de la enfermedad, es la red contributiva la que presenta un mayor acercamiento a los estándares internacionales.

En la diabetes mellitus tipo 2, los indicadores de proceso reflejan problemas, como el escaso número de consultas por oftalmología y de exámenes, como la microalbuminuria. La identificación de complicaciones mediante el examen de pie, la valoración oftalmológica y la realización de la microalbuminuria resultó escasa. En cuanto a los indicadores de resultado para el análisis de la consistencia de la atención, se refleja que los valores de glucemia preprandial, hemoglobina glicosilada y colesterol total se encuentran alejados de las normas establecidas. En la mayoría de los casos, indicadores de proceso deficientes conllevan que los resultados se encuentren por debajo de las normas establecidas, lo que refleja problemas frente a la calidad de la atención proporcionada al paciente con diabetes mellitus tipo 2, principalmente en la red subsidiada objeto de análisis.

En las tres redes estudiadas, existen serias falencias en el funcionamiento en red: hay pocas contrarreferencias, lo que impide que el I nivel de atención asuma el papel de coordinador que le corresponde en la atención de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, en donde el paciente debe ser tratado de manera preferente por el I nivel de atención y solo ocasionalmente referido al especialista (diabetólogo, endocrinólogo, cardiólogo, oftalmólogo, etc.), para que este a su vez lo contrarrefiera al I nivel con la información clínica necesaria para continuar su tratamiento de una forma consistente y eficaz. En el caso de las redes contributivas que disponen de una historia clínica sistematizada para buena parte de los proveedores, la contrarreferencia adquiere poco significado, dado que el médico teóricamente puede encontrar la información sobre las consultas y los exámenes de su paciente en los sistemas establecidos para tal fin. Un elemento adicional que debe tenerse en cuenta es que las redes muchas veces contratan el pago por cápita en el I nivel y el pago por evento en el nivel especializado, lo que puede constituirse en un incentivo negativo para el funcionamiento de la referencia y la contrarreferencia que impide la adecuada articulación entre niveles asistenciales.

Se reportaron problemas de acceso para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, principalmente en la red subsidiada, donde el 68,4 % de

las pacientes llega a la consulta en estadios avanzados de la enfermedad (III y IV) y, en algunos casos, sin siquiera precisararlo, con el consecuente riesgo de diseminación del tumor y de incremento en la mortalidad. Tal situación da cuenta de la fragmentación de la atención, del incumplimiento de los roles de los distintos niveles de atención, como ocurre con el I nivel, en donde se evidencian dificultades para la realización periódica de mamografías a las mujeres pertenecientes a la red subsidiada. Adicional a estas barreras de acceso a los servicios de salud, se encuentra la debilidad legislativa por la falta de inclusión de la mamografía preventiva periódica en el paquete de servicios del POS-S, situación que se presentaba de manera común antes de la equiparación de los planes de beneficios.

En lo que compete a los tiempos transcurridos entre la primera consulta con el especialista y el inicio del tratamiento, que se constituye en un indicador del acceso intranivel, se evidencia una demora de 64,5 días para la red contributiva y de 120 días para la subsidiada. De otra parte, como indicador de acceso entre niveles de atención, se encontró que el tiempo transcurrido entre la consulta de I nivel y la consulta con especialista fue de 154 días para la red contributiva y de 240,5 días para la subsidiada, cifras que superan ampliamente las recomendaciones establecidas a nivel internacional y ratifican las amplias dificultades que enfrentan las pacientes para lograr ser atendidas dentro del SGSSS.

Los tiempos de espera entre la sospecha de cáncer de mama e inicio del tratamiento en la red contributiva resultan superiores a los datos internacionales, que recomiendan un tiempo no superior a tres meses, lo que indica una coordinación inadecuada entre la puerta de entrada —el I nivel— y el nivel especializado, y de este con los servicios diagnósticos involucrados en el proceso. La red subsidiada denota una demora aún mayor entre la primera consulta y el inicio del tratamiento, tiempo que resulta suficiente para que el tumor evolucione y la persona pase a otro estadio con un pronóstico menos favorable frente al tratamiento de su enfermedad. Tales diferencias entre regímenes de aseguramiento parecen éticamente injustificables en un sistema de salud que pretende ofrecer cobertura casi universal y acceso equitativo a los servicios de salud.

Queda claro que transcurridos veinte años del proceso de reforma asumido tras la adopción de la Ley 100 de 1993 persisten inequidades que resultan inaceptables entre los regímenes subsidiado y contributivo

en cuanto al control de la diabetes mellitus tipo 2 y el manejo del cáncer de mama. Indudablemente, los resultados en el control de enfermedades crónicas reflejan la calidad del sistema de salud. Hacen falta esfuerzos para realizar una verdadera gestión de la enfermedad en el caso de la diabetes mellitus tipo 2 (sin que esto implique la creación de programas verticales), con coordinación efectiva entre niveles de atención, un seguimiento longitudinal por parte del I nivel, por lo que se precisan contratos estables para los profesionales, el involucramiento de un especialista que facilite la transición entre niveles de atención para la gestión de caso individual, la unificación de los sistemas de información y la eliminación de incentivos que obstaculizan la coordinación de la atención.