

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

Capítulo 7. La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

Josefina Chávez Chávez
Margin del Socorro Martínez
Sandra Carolina Valencia Lara
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Joan Sabater
Jean-Pierre Unger

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CHÁVEZ CHÁVEZ, J., MARTÍNEZ, M. S., VALENCIA LARA, S. C., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SABATER, J., and UNGER, J. P. La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con 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 en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 147-181. 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-9789587388121-15.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 7

La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

JOSEFINA CHÁVEZ CHÁVEZ, MARGIN DEL SOCORRO MARTÍNEZ,
SANDRA CAROLINA VALENCIA LARA,
AMPARO SUSANA MOGOLLÓN-PÉREZ, JOAN SABATER,
JEAN-PIERRE UNGER

El objetivo del capítulo es presentar los resultados de las redes de servicios de salud en relación con su objetivo intermedio de continuidad asistencial y los factores internos y del contexto que la influyen, mediante un estudio de caso de mujeres con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. Para este análisis, se empleó la información obtenida de las entrevistas efectuadas a las usuarias (7 mujeres con cáncer de mama y 11 con diabetes mellitus tipo 2) y a sus médicos tratantes, así como la revisión de las historias clínicas de los niveles de complejidad que manejaron sus casos. La descripción detallada del proceso se encuentra en el capítulo 2.

La continuidad asistencial en usuarias con cáncer de mama

A partir del marco teórico, los resultados se presentan con base en los tipos de continuidad y sus dimensiones. En primer lugar, se describe la continuidad de la gestión clínica, en la que se identifican las condiciones

que incidieron en la accesibilidad entre niveles asistenciales y los factores que determinaron la consistencia de la atención y la flexibilidad del tratamiento. En segundo lugar, la continuidad de información, mediante la identificación de factores que afectaron la transferencia y utilización de la información clínica entre niveles asistenciales y el conocimiento acumulado de los profesionales acerca de los casos de las usuarias. En tercer lugar, se describe la continuidad de relación por medio de la identificación de determinantes que incidieron en el vínculo entre la usuaria y el proveedor, y la consistencia de proveedores de la atención durante la trayectoria asistencial de las usuarias.

Continuidad de la gestión clínica

En el discurso de las entrevistadas, emergieron discontinuidades en las diferentes fases de la trayectoria asistencial como consecuencia de problemas relacionados con la accesibilidad entre niveles asistenciales, que fueron atribuidos a elementos asociados con las políticas y el modelo de aseguramiento, al papel de intermediación de las aseguradoras y, en algunos casos, por condiciones inherentes a los prestadores, factores que impactaron en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas (tablas 7.1 y 7.9). En lo que compete a la consistencia de la atención, estuvo influida por la percepción de regularidad en la atención proporcionada por los especialistas. No obstante, hubo discrepancias por fallas en la detección de complicaciones y falta de acuerdo entre profesionales respecto al tratamiento más indicado. Con excepción de algunos casos en la red contributiva, la mayoría de las usuarias de las distintas redes percibieron una adecuada flexibilidad en el tratamiento, dado que los médicos tratantes realizaron ajustes a partir de sus necesidades y acorde con la información proporcionada por otros especialistas (tablas 7.2 y 7.10).

Accesibilidad entre niveles asistenciales

Para la mayoría de las usuarias de las redes analizadas, las barreras de accesibilidad fueron generadoras de discontinuidad a lo largo de la trayectoria asistencial, que afectaron de manera predominante a las afiliadas de las redes subsidiadas. Durante la fase prediagnóstica, se identificaron como problemas la búsqueda tardía de atención y los tiempos de espera prolongados para la asignación de citas con medicina general. En la fase

diagnóstica, persistieron los tiempos de espera prolongados para la realización de las pruebas tendientes a la confirmación de la enfermedad, que llevaron en la mayoría de los casos a diagnósticos tardíos. Finalmente, se señalaron problemas tanto en el inicio del tratamiento como en el seguimiento, que llevaron a interrupciones en este.

Fase prediagnóstica

Los testimonios de las usuarias de las tres redes estudiadas evidenciaron ausencia de información y valoración relacionada con estrategias de detección temprana de la enfermedad. En las redes subsidiadas, las usuarias señalaron la búsqueda tardía de atención debido a factores personales, como falta de conocimiento sobre la enfermedad y subestimación de los síntomas, elementos que favorecieron la progresión del cuadro clínico. En la red contributiva, las usuarias manifestaron que, tras los primeros síntomas, buscaron atención médica de inmediato, ya que tenían conocimiento de la enfermedad y asistían a controles con especialistas que les atendían otras condiciones de salud: *“Estaba en el proceso de hacer exámenes de barrido [de cáncer de mama] con mi mamá y una noche llegué de trabajar y en mi brasier noté que había una gota de agua, entonces a raíz del proceso que llevaba con mamá, dije aquí puede estar pasando algo... así que pedí de inmediato cita con el médico”* (usuaria 3, Red 3-C).

La mayoría de las usuarias de las tres redes identificaron tiempos de espera prolongados para la asignación de la primera cita con medicina general, situación más crítica en las redes subsidiadas en donde tres usuarias tuvieron que esperar entre 1 y 2 meses. En algunas de ellas, las demoras se debieron a problemas en la depuración de la base de datos de afiliados de la EPS, que llevaron a la pérdida de afiliación: *“Pues eso que un día cualquiera fui a pedir cita a médico general y me dijeron que no estaba en el sistema, [...] pero no sabíamos por qué nos habían sacado. O sea que había sido desde la Secretaría de Salud, que habían sacado mucha gente del sistema [...]”* (usuaria 1, Red 1-S). En las usuarias de la red contributiva, las demoras se asociaron al déficit de profesionales para la atención en I nivel, lo que trajo como consecuencia la progresión del cuadro clínico y la falta de claridad sobre el manejo por seguir.

Una vez recibieron atención médica y les fueron prescritos exámenes para la confirmación diagnóstica, las usuarias de las redes subsidiadas,

contrario a lo que sucedió con las usuarias afiliadas a la red contributiva, describieron tiempos de espera prolongados para la realización de la ecografía y la mamografía, que atribuyeron a demoras en la asignación del prestador de servicios para la usuaria que recibía atención en una zona rural: *“No daban respuesta [del prestador asignado para la realización de la mamografía], y yo no tenía la facilidad de investigar el porqué, me devolví para el campo y así me tuvieron como 10 meses y nunca llegó”* (usuaria 2, Red 1-S); en tanto que, en otros casos, se señaló la baja disponibilidad de las agendas para la programación del procedimiento. En una de las usuarias, la mamografía le fue negada porque se encontraba en un rango de edad inferior al establecido dentro del plan de beneficios. Estas demoras conllevaron el empeoramiento del cuadro clínico y, en algunos casos, el incremento en el gasto de bolsillo, al asumir la familia el costo de las pruebas diagnósticas.

Fase diagnóstica

Tanto en el discurso de las usuarias como en los registros clínicos se evidenciaron tiempos de espera menores en la red contributiva para el acceso a la consulta especializada y la realización de biopsias (entre 11 y 15 días) en comparación con las redes subsidiadas (entre 1 y 8 meses). En las redes subsidiadas las demoras se debieron a los trámites de autorización, así como a problemas para la asignación del prestador por parte del asegurador: *“Duré 8 meses esperando para dónde me trasladaban, yo sentía mi seno más grande y fue cuando llamé a este hijo y me dijo: ‘Mamá, véngase, usted allá se muere’, y me vine y seguí con el proceso acá”* (usuaria 2, Red 1-S). En lo que compete al prestador, se señalaron tiempos de espera prolongados para la programación de citas y fallas en cuanto a la información proporcionada: *“Pasó desde abril hasta septiembre que me dieron la cita, pues en el hospital me decían que cita no había”* (usuaria 2, Red 2-S); elementos que conllevaron un retraso en la confirmación del diagnóstico y en el posterior inicio del tratamiento. En uno de los casos, la pérdida de la historia clínica incrementó las demoras y la usuaria debió reconstruirla con registros clínicos que conservaba o a través de su memoria: *“Pues yo ya tenía los resultados de la mamografía y allá nuevamente me tomaron los datos, porque la historia se perdió, entonces, se me demoró un poco más para que me hicieran la biopsia”* (usuaria 1, Red 2-S).

En la red contributiva, el discurso de las usuarias y los registros clínicos confirman tiempos de espera reducidos para el acceso a consulta por cirugía de mama. Solo una usuaria refirió que fue derivada a otra especialidad, lo que generó demoras en el diagnóstico.

Respecto a los tiempos de espera para la realización de las pruebas de extensión, las usuarias de la red contributiva señalaron que la fragmentación de la atención y el exceso de trámites ante el CTC requeridos para la autorización de insumos para la gammagrafía demoró la confirmación del diagnóstico. En una de las usuarias de la Red 1-S, la espera de cinco meses para la toma de las pruebas de extensión fue producto de sus creencias religiosas al intentar recibir otro tipo de abordaje para su enfermedad.

Fase de tratamiento y seguimiento

En el inicio de la atención oncológica, se evidenciaron mayores dificultades en las usuarias afiliadas a las redes subsidiadas, ya que el tiempo de espera fue mayor en estas redes (entre 1 y 2 meses), en comparación con la red contributiva (entre 15 y 25 días). En las redes subsidiadas, se debió a la realización de trámites de autorización ante la aseguradora y a la baja disponibilidad de oncólogos en una de las redes, que, asociado a las fallas en el mecanismo telefónico de solicitud de citas por parte de los prestadores, implicó retraso en el inicio del tratamiento. Solo la usuaria de la Red 1-S que pospuso la realización de las pruebas de extensión por sus creencias religiosas, de igual manera, demoró 10 meses para iniciar el tratamiento, lo que condujo a un avance significativo de su cuadro clínico cuando finalmente decide dar inicio al tratamiento.

Durante esta fase, las usuarias de las tres redes coincidieron en que debieron realizar trámites ante la EPS para la autorización de las diferentes modalidades de tratamiento. Sin embargo, solo una de las usuarias de la red contributiva hizo referencia a los trámites adicionales que debió efectuar ante el Comité Técnico Científico (CTC) para la autorización de los medicamentos y procedimientos no POS requeridos: *“Las quimioterapias, los medicamentos, todos iban por CTC [...], a mí me correspondía ir a llevar al CTC la autorización [...], el TAC, el del corazón, mi cirugía también tuvo que pasar por CTC [...], luego esperar 10 días hábiles, a veces se podían convertir en 15”* (usuaria 3, Red 3-C). En una usuaria de la red contributiva, la falta de acuerdo entre el CTC y el cirujano de mama sobre

el procedimiento quirúrgico autorizado implicó la realización de nuevos trámites y mayores tiempos de espera para acceder al tratamiento.

En las tres redes, las usuarias experimentaron en algún momento discontinuidad en el tratamiento de quimioterapia o radioterapia. En las redes subsidiadas, la suspensión temporal del tratamiento de quimioterapia se debió a los cambios efectuados por las EPS frente a la contratación de proveedores. Una de las usuarias de la Red 2-S experimentó discontinuidad ocasionada por la poca información proporcionada por la EPS sobre los trámites de autorización y asignación de citas, por errores en el diligenciamiento de las órdenes por parte de los prestadores y, en uno de los casos, por el olvido de una de las usuarias de los trámites, lo que implicó demoras en la realización oportuna de la quimioterapia. En la red contributiva, una usuaria manifestó tiempos de espera prolongados para la valoración y el manejo de complicaciones, lo que le obligó a interrumpir la radioterapia durante cinco meses. También reportó dificultades para el tratamiento de las complicaciones odontológicas derivadas de la quimioterapia, que le fue negado por ser considerado no POS, lo que la llevó a interponer una acción legal para acceder a la atención.

Tabla 7.1. Síntesis de accesibilidad entre niveles asistenciales en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad entre niveles asistenciales			
Accesibilidad fase prediagnóstica			
Estrategias de detección temprana	Inasistencia programadas de tamización	Ausencia de valoración clínica de la mama Falta de información sobre autoexamen de la mama Subestimación de síntomas por parte del profesional tratante	Ausencia de valoración clínica de la mama Falta de información sobre autoexamen de la mama
Búsqueda inicial de atención	Tardía	Tardía	Inmediata
Atención médica inicial	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados
Realización de mamografía y ecografía	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos

Continúa

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad fase diagnóstica			
Programación de primera cita con especialista	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos
Realización de exámenes diagnósticos	Biopsia y pruebas de extensión: tiempos de espera prolongados	Biopsia: tiempos de espera prolongados	Biopsia: tiempos de espera oportunos Pruebas de extensión: tiempos de espera prolongados
Accesibilidad fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad			
Inicio tratamiento oncológico	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos
Desarrollo del tratamiento oncológico	Interrupción quimioterapia	Interrupción quimioterapia	Interrupción radioterapia

Consistencia de la atención

En relación con la consistencia de la atención, hubo diferencias de opinión en el interior de las redes y entre redes en cuanto a la coordinación/colaboración entre proveedores, la secuencia de la atención y el seguimiento adecuado de los casos.

La coordinación/colaboración entre proveedores fue percibida de manera diferencial. En lo que compete a la colaboración evidenciada entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, usuarias y médicos tratantes de la Red 1-S y la Red 3-C coincidieron que no hay acuerdo en la planeación y realización del tratamiento, ya que cada uno maneja la enfermedad desde el nivel que le corresponde y, una vez la usuaria es atendida por el especialista, no vuelve a ser remitida al I nivel. En relación con la colaboración entre proveedores de un mismo nivel asistencial, en este caso entre especialistas, hubo diferencias en los discursos tanto en el interior de la red como entre redes. Algunos informantes de la Red 1-S y la Red 3-C defendieron la existencia de una adecuada colaboración entre proveedores, que evidenciaron en el interés por proporcionar un manejo integral de la enfermedad, en la identificación de necesidades de remisión a otros profesionales y en el ajuste del tratamiento acorde con la opinión emitida por otros especialistas: *“Ella me dijo pues que había que iniciar quimioterapia, pero que primero me tenía que ver el cirujano a*

ver qué decidía [...], que el cirujano dijera qué había que hacer” (usuaria 1, Red 1-S). En el interior de la Red 3-C, se destacaron algunas diferencias de opinión, mientras una usuaria reivindicó la existencia de la Junta de Oncología como instancia para la toma de decisiones conjunta entre los distintos especialistas, las demás enunciaron la falta de acuerdo entre el cirujano de mama y la Junta de Oncología frente al manejo de sus casos, así como entre los distintos profesionales frente al abordaje de sus complicaciones, situaciones que desde su perspectiva conllevaron un aumento en los tiempos de espera para el inicio del tratamiento, desconfianza frente a los procedimientos quirúrgicos requeridos y un incremento de las consultas a los servicios de urgencias: *“El oncólogo me mandó una resonancia, yo la llevé al neurólogo, me dijo: ‘Eso no sirve para nada; siendo un oncólogo, tiene es que mandar lo que es, ¿qué resonancia!; usted tiene que irse por un TAC’, y me lo hicieron y no tenía nada [...], me parece mal, o sea, yo pienso que ellos nunca se comunican las enfermedades de los pacientes”* (usuaria 1, Red 3-C).

En cuanto a la secuencia de la atención, la mayoría de las usuarias de las tres redes y sus registros clínicos señalaron que, una vez se corroboró la presencia de lesiones en la mamografía o la ecografía, fueron remitidas desde el I nivel de atención hacia el nivel especializado para la toma de la biopsia. No obstante, dos usuarias, una de la red contributiva y otra de las redes subsidiadas consideraron que los médicos subestimaron los síntomas, lo que llevó a una progresión del cuadro clínico y a una confirmación tardía de su diagnóstico. Una vez iniciado el tratamiento, el manejo de la enfermedad se supeditó al ámbito especializado, con interconsultas entre especialistas para la realización de las distintas opciones de tratamiento y el manejo de complicaciones: *“El oncólogo me decía: ‘Qué tiene, qué le duele’, yo le comentaba, entonces él me mandaba donde los especialistas, me mandó a donde el neurólogo porque de tanta quimioterapia quedé con un dolor fuerte a la cabeza”* (usuaria 1, Red 3-C). Ninguno de los casos fue derivado nuevamente al I nivel de atención.

En lo que respecta al seguimiento de los casos, en la mayoría de los discursos de las usuarias de las tres redes, así como en la información obtenida de los registros clínicos, se evidenció regularidad en la atención proporcionada por los especialistas durante el tratamiento y los controles subsiguientes. En todas las redes, las citas de control eran programadas

por el oncólogo de acuerdo con el esquema de manejo planteado. Dicho seguimiento buscaba identificar los resultados del tratamiento mediante la valoración clínica y pruebas de laboratorio: *“Antes de someterme a una quimioterapia, el oncólogo miraba los exámenes de laboratorio para poderme mandar la quimioterapia”* (usuaria 1, Red 3-C). En la red contributiva, donde el seguimiento también lo efectuaba el cirujano de mama, las usuarias indicaron la existencia de controles periódicos para el seguimiento de sus casos. Una vez finalizado el tratamiento oncológico, las usuarias indicaron que los controles les fueron programados cada 3 o 4 meses, con las pruebas de laboratorio de rutina y la vigilancia de la recurrencia de la enfermedad.

En lo que respecta al manejo y seguimiento de las complicaciones asociadas al tratamiento, la mayoría de las usuarias de las tres redes que las desarrollaron manifestaron que la atención inicial era proporcionada por los servicios de urgencias y, posteriormente, el control era retomado por sus médicos tratantes. No obstante, en la red contributiva, una de las usuarias señaló fallas por parte de los especialistas en el seguimiento de las complicaciones derivadas del tratamiento, que atribuyó a la subestimación que le efectuaron de sus síntomas: *“Cuando nos dimos cuenta fue cuando ya me reventó eso [absceso quirúrgico] y, como las citas son cada tres meses pues imagínese, yo siempre decía tengo algo ahí [...], ellos decían que era normal, que era por la cirugía y luego que se colocaba colorado por la radiación [...], yo pienso que, de pronto, tanto el cirujano como el oncólogo tal vez hubieran hecho otro examen o alguna cosa [...], como más controles, como más exámenes”* (usuaria 2, Red 3-C).

Flexibilidad del tratamiento

En opinión de la mayoría de informantes de todas las redes, los profesionales realizaron ajustes al tratamiento a partir de los resultados de los exámenes, la preferencia de las usuarias y los efectos secundarios del tratamiento. Las usuarias destacaron que dicho ajuste favoreció el adecuado manejo del impacto que tuvo el tratamiento en su condición de salud, aumentó la confianza en la calidad técnica del profesional y su participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento: *“El doctor X me había formulado nueve ciclos, pero el doctor Y me dijo: ‘Vamos a hacer la totalidad de lo que dice el doctor X y vamos mirando el proceso en el camino*

[...]; con la primera quimio, a mí me redujo cuatro centímetros el tumor, y, por eso, él decidió en la quimio cuatro que me iba a hacer solamente cinco, por lo bien que me fue” (usuaria 2, Red 2-S).

Tabla 7.2. Síntesis de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Consistencia de la atención			
Colaboración entre proveedores	Entre niveles asistenciales		
	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento
	Intraniveles (especialistas)		
	Interés por manejo integral de la enfermedad Identificación de necesidades de remisión Ajustes tratamiento acorde a opinión de otros especialistas		Interés por manejo integral de la enfermedad Identificación de necesidades de remisión Ajustes tratamiento acorde a opinión de otros especialistas Junta de oncología: toma de decisiones conjuntas
			Divergencia de opiniones sobre acuerdo entre Junta Oncológica y cirujano de mama
Secuencia de la atención	Remisión adecuada a especialistas	Remisión adecuada a especialistas	Remisión adecuada a especialistas
		Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista en un caso	Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista en un caso
Seguimiento apropiado	Controles periódicos durante tratamiento oncológico	Controles periódicos durante tratamiento oncológico	Controles periódicos durante tratamiento oncológico
	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas
			Falta de seguimiento a complicaciones en una usuaria
Flexibilidad del tratamiento			
Ajustes al tratamiento	Acorde a necesidades de las usuarias	Acorde a necesidades de las usuarias	Acorde a necesidades de las usuarias

Continuidad de información

En los discursos de las usuarias sobre la continuidad de información, se destacó el problema asociado con la transferencia de información, el cual resultó complejo en todas las redes debido al escaso uso de mecanismos formales, pues la historia clínica en la mayoría de los casos no estaba sistematizada y no se compartía. Se señalaron fallas en la información brindada por los especialistas sobre la enfermedad y el tratamiento, particularmente con algunos oncólogos y la poca importancia que algunos médicos tratantes le conceden al conocimiento acumulado en relación con los valores, creencias y contexto social de las usuarias (tablas 7.3 y 7.11).

Transferencia de información

Las usuarias convergen en identificar ausencia de mecanismos formales de transferencia de información entre niveles asistenciales, hecho que coincide con lo señalado por uno de los médicos tratantes, ya que no existe historia clínica sistematizada que le permita al especialista conocer la trayectoria asistencial de las usuarias desde el I nivel de atención: *“No hay información porque yo no tengo la historia, deberíamos tener una historia de I nivel o una historia de consulta en su sitio de I nivel y esto sí nos puede decir a nosotros qué pasó”* (médico tratante, usuaria 2, Red 2-S). Aunque se evidencian avances en la red contributiva para la sistematización de la información que inciden en un mayor conocimiento de los casos, algunos profesionales adscritos no tienen acceso a la historia clínica electrónica.

La inexistencia de mecanismos formales de transferencia de información en las tres redes genera desconocimiento de los casos, interfiere en el flujo de información entre niveles asistenciales y traslada la responsabilidad de su transferencia a las usuarias o sus familias: *“A mí me tocaba traer los resultados [...], yo iba y reclamaba los resultados y volvía a pedir la cita para llevárselos al doctor [...]; tenía que ir a recoger los exámenes, para llevárselos al médico”* (usuaria 1, Red 3-C).

En el discurso de las usuarias de las distintas redes, se evidenciaron discrepancias frente a la entrega de información por parte de los profesionales. Algunas usuarias de la Red 1-S señalaron que el oncólogo les proporcionó explicaciones acerca de la enfermedad, sobre el tratamiento requerido y les brindó indicaciones acerca del manejo. No obstante, para

otro grupo de usuarias, existieron fallas en la entrega de información, dado que fue gracias a su iniciativa que obtuvieron la información requerida: *“Las inquietudes sí me las resuelve porque se las pregunto, pero que le aclare a uno por decisión propia del oncólogo no, uno tiene es que estar es preguntando, por qué salió esto, por qué salió mal esto, por qué esto”* (usuaria 1, Red 3-C). Respecto al cirujano de mama, emergieron opiniones diversas entre las usuarias de la red contributiva y una de las redes subsidiadas. Las afiliadas a la red contributiva enunciaron suministro de información adecuada sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados, contrario a lo que evidenciaron las usuarias de una de las redes subsidiadas.

La entrega de información oportuna por parte de los especialistas tuvo como impacto un mayor conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, así como una mejor detección, prevención y manejo de posibles complicaciones. Por su parte, para quienes identificaron fallas en la entrega de información, hubo mayor desconocimiento de las características de la enfermedad por parte de las usuarias y la búsqueda tardía de atención para las complicaciones. Una de las usuarias de la red contributiva reconoció que durante el tratamiento quimioterapéutico encontró en la IPS un grupo de apoyo interdisciplinario que le suministró información sobre el manejo nutricional y psicológico requerido, lo cual incrementó el grado de conocimiento sobre la enfermedad, la motivación para enfrentarla y la vinculación de la familia en el proceso.

Conocimiento acumulado

Las usuarias discreparon en relación con la importancia conferida por los profesionales al conocimiento de sus factores contextuales. Algunas usuarias de la Red 1-S y Red 3-C evidenciaron interés por parte de oncólogos y cirujanos de mama en torno a sus factores contextuales, que, en consecuencia, incrementó la confianza mutua, mejoró la comunicación y favoreció el involucramiento de la familia en el tratamiento. En contraste, en la Red 2-S y una minoría de usuarias en la Red 3-C percibieron su ausencia y consideraron que dicha situación afectó la comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento por parte de las usuarias: *“Para el oncólogo, yo era una paciente como todas [...], él solamente sabe de mi enfermedad y de lo mío ya por el tiempo que llevo con él y porque lo busca a uno en el sistema y ya tiene mi historia [...], sabrá por el sistema*

que soy casada pero de resto no [...], eso no facilita el diálogo entre nosotros [...], es como una barrera entre el médico y el paciente, y eso no debería ser así porque el oncólogo es el médico para toda la vida” (usuaria 1, Red 3-C).

Tabla 7.3. Síntesis continuidad de información en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Transferencia de información			
Mecanismos formales de transferencia	Historia clínica no sistematizada	Historia clínica no sistematizada	Historia clínica sistematizada en IPS ambulatoria propia Historia clínica no compartida con profesionales adscritos
Mecanismos informales	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica
Entrega de información a las usuarias	Oncólogo: adecuada información sobre el tratamiento	Oncólogo: diferencias en opinión proporcionada entre oncólogos Cirujano de mama: adecuada información sobre la enfermedad y el tratamiento	Oncólogo: diferencias en opinión proporcionada entre oncólogos Cirujano de mama: adecuada información sobre la enfermedad y el tratamiento Grupos de apoyo interdisciplinario que brindan información
Conocimiento acumulado			
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	Interés de oncólogo por contexto social y familiar de las usuarias	Desconocimiento del oncólogo del contexto social y familiar	Desconocimiento del oncólogo del contexto social y familiar Interés de cirujano de mama por contexto de usuarias

Continuidad de relación

Aunque las usuarias de las tres redes identificaron al oncólogo como el responsable de su manejo, manifestaron la existencia de un gran número de prestadores con los que tuvieron contacto, producto de la compra fragmentada de servicios y el cambio de proveedores. Una gran parte de las usuarias coincidió en que las características personales y las condiciones en las que opera el sistema de salud interfieren con el establecimiento de una relación de confianza (tablas 7.4 y 7.12).

Vínculo entre las usuarias y los profesionales

Durante las diferentes etapas de la trayectoria asistencial, las usuarias de las tres redes fueron atendidas por un amplio número de profesionales, sin embargo, coinciden en identificar al oncólogo como el médico tratante, dado que fue el profesional responsable de determinar la secuencia de las diferentes modalidades de tratamiento y efectuó mayor seguimiento de sus casos. Los registros clínicos ratifican esta percepción: *“Él, dentro del grupo de trabajo, es la cabeza visible, no se hace nada si él no dice sí, así haya la junta, [...], porque es él quien conoce mi caso, es él quien me hace los exámenes, es el que me revisa, es el que psicológicamente sabe cómo estoy yo, aunque yo puedo llegar allá y encontrar a la doctora [cirujana de mama], no es lo mismo que si lo supiera el doctor”* (usuaria 2, Red 2-S).

Existen importantes discrepancias entre las usuarias de las redes subsidiadas y la contributiva frente al establecimiento de un vínculo de confianza con el médico tratante. Para la mayoría de las usuarias de las redes subsidiadas, existió una relación de confianza que facilitó la comunicación con el oncólogo; en tanto que en la red contributiva, la mayoría señaló barreras para establecer un adecuado vínculo con este profesional. Situación opuesta a la que experimentaron estas últimas en la relación con el cirujano de mama, quien favoreció el diálogo y proporcionó un trato amable hacia las usuarias.

Dentro de los impactos positivos de una relación de confianza con los médicos tratantes, se indicó una mayor adherencia al tratamiento, mejor comunicación con el profesional para indagar acerca de su enfermedad, mayor confianza en el manejo clínico recibido y la percepción de que los ajustes al tratamiento concuerdan con sus necesidades y expectativas: *“Él le da como esa confianza a uno, la confianza de paciente a médico, y ese doctor se deja hablar, le pregunta a uno, ese doctor [cirujano de mama] es mejor dicho uno A”* (usuaria 1, Red 3-C). En contraste, la falta de confianza en el oncólogo de la red contributiva y, en uno de los casos, de las redes subsidiadas no permitió el establecimiento de una adecuada comunicación para la resolución de dudas sobre la enfermedad y el tratamiento requerido.

En el discurso de las usuarias, se encontró una estrecha relación entre el establecimiento de un vínculo de confianza y la percepción de interés de los profesionales por los casos. En aquellos discursos en los que se

señala interés y preocupación de los médicos por sus casos —oncólogo en las redes subsidiadas y cirujano de mama en la contributiva—, se encontró que el conocimiento de las condiciones individuales y sociales de las pacientes facilita la resolución de inquietudes, la derivación a otros profesionales y el contacto y la comunicación en caso de emergencias: “*Él [cirujano de mama] me dijo que cualquier cosa lo llamara a la clínica, me dijo: ‘Me llama y me deja cualquier razón, que yo le devuelvo la llamada’. Le dije: ‘Bueno, doctor’. Y dijo: ‘En caso de cualquier caso grave, tiene que hospitalizarse, que la hospitalicen, pero no, usted salió muy bien, no hay necesidad de nada’*” (usuaria 1, Red 3-C). Por su parte, quienes perciben que no existe interés de los profesionales por sus casos manifiestan que la atención se centra en la planeación del tratamiento y el control de sus resultados, lo que limita la comunicación, la comprensión y el manejo de la enfermedad y sus complicaciones.

Consistencia de personal

Las usuarias de las tres redes señalaron la existencia de un gran número de prestadores con los que tuvieron contacto, lo que impactó en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas. En su opinión, estos factores impiden el desarrollo de un vínculo de confianza con los proveedores, el conocimiento a profundidad de los casos y la integralidad de la atención.

Respecto a la consistencia de personal que tuvo a cargo la atención de las pacientes desde la detección de la enfermedad hasta el tratamiento, se evidenció en el discurso de las usuarias, así como en sus registros clínicos, la existencia de un mayor número de proveedores en la Red 2-S. Esta circunstancia fue atribuida a los mecanismos de compra y a la duración de los contratos establecidos por las aseguradoras que conllevan la compra fragmentada de servicios y la rotación de proveedores: “*Pues me tocó cambiar de oncólogo cuando se terminó el convenio [...], el otro doctor permaneció atendiéndome y haciéndome controles hasta que duró el contrato*” (usuaria 2, Red 2-S). Adicionalmente, en una de las redes subsidiadas, se mencionó que la rotación de prestadores obedecía a que la provisión de servicios estaba soportada por médicos en proceso de formación posgradual (residentes), en tanto que en la red contributiva el cambio de proveedor fue solicitado por una usuaria, al no estar conforme con el manejo proporcionado.

Para las usuarias, la falta de consistencia de personal restringe la posibilidad de establecer un adecuado vínculo usuaria-proveedor, limita la comunicación y el conocimiento a profundidad de los casos. Por su parte, los médicos tratantes indicaron que la fragmentación de los servicios impacta la coordinación asistencial y conlleva la pérdida de la integralidad en la atención.

Tabla 7.4. Síntesis de continuidad de relación en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Vínculo usuaria-proveedor			
Identificación del responsable de la atención	Identificación del oncólogo como responsable de la atención	Identificación del oncólogo como responsable de la atención	Identificación del oncólogo y cirujano de mama como responsables de la atención
Confianza con el profesional	Confianza con oncólogo	Confianza con oncólogo	Falta de confianza con oncólogos, adecuada con cirujano de mama
Interés profesional por el caso	Interés por parte del oncólogo	Falta de interés de uno de los oncólogos	Falta de interés del oncólogo
Consistencia de personal			
Número de proveedores	Elevado	Elevado	Elevado
Regularidad de la atención	Permanencia de oncólogo	Rotación de oncólogos	Permanencia de oncólogo

La continuidad asistencial en usuarias con diabetes mellitus tipo 2

Continuidad de la gestión clínica

Las usuarias y médicos tratantes reportaron problemas en la continuidad de la gestión clínica, tanto a nivel de la accesibilidad como en la consistencia de la atención y la flexibilidad del tratamiento. Los problemas de accesibilidad se denotaron durante todas las fases de la enfermedad, principalmente para acceder a la atención médica, así como a medicamentos e insumos (tablas 7.5 y 7.13). Las fallas en la consistencia de la atención fueron atribuidas a los pobres mecanismos de coordinación que limitaron la comunicación y colaboración entre proveedores, la secuencia adecuada de la atención por el bajo número de pruebas de laboratorio y

de remisiones a la atención especializada, y a fallas en el seguimiento a lo largo del continuo asistencial. Solo las usuarias de la Red 2-S manifestaron problemas en cuanto a la flexibilidad del tratamiento, evidenciado por la baja importancia otorgada a los ajustes de los medicamentos acorde con sus necesidades (tablas 7.6 y 7.14).

Accesibilidad entre niveles asistenciales

La gran mayoría de las usuarias evidenció problemas de accesibilidad en todas las fases de evolución de la enfermedad, las cuales, durante la presentación de los primeros síntomas, condujeron a diagnóstico y manejo tardíos. Una vez iniciado el tratamiento, las problemáticas persistieron, con mayor predominio en las redes subsidiadas, principalmente en términos de problemas de afiliación, tiempos de espera prolongados para la atención, falta de atención con medicina especializada y dificultades de acceso oportuno a medicamentos. Estos factores conllevaron la inexistencia de un seguimiento regular, que condujo a la presencia de múltiples complicaciones y a cuadros de descompensación clínica, que en la mayoría de los casos fueron atendidos en los servicios de urgencias.

Fase prediagnóstica y diagnóstica

Para el momento en que se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad, ninguna de las usuarias pertenecía a las redes objeto de estudio. La mayoría de ellas se encontraba afiliada a otras redes subsidiadas y contributivas, en tanto que algunas no contaban con aseguramiento. Todas indicaron la presencia de barreras para acceder a la atención médica inicial, que les llevó a diagnósticos tardíos y a un inadecuado manejo de la enfermedad.

Las usuarias que en su momento se encontraban afiliadas a otras redes subsidiadas manifestaron que fueron diagnosticadas durante el análisis de otros eventos de salud o ante cuadros de descompensación metabólica. Ninguna tuvo seguimiento de la enfermedad, dado que algunos médicos priorizaron el manejo de otras patologías y, en otros casos, los servicios les fueron negados por multifiliación: *“Con la EPS-S X, estuve tres meses y luego aparecí vinculada a la otra EPS-S, de ahí en adelante siempre estuve por fuera del sistema, que porque tenía doble vinculación [...], siempre me atendían solo por urgencias [...], para sacar cita no podía*

porque en ninguna parte me atendían con cita” (usuaria 1, Red 1-S). Un último grupo de usuarias abandonó el tratamiento por falta de credibilidad en el manejo planteado.

De las afiliadas a otras redes contributivas, solo una manifestó haber recibido un diagnóstico oportuno y un tratamiento inicial, mientras que las restantes refirieron que no les estudiaron sus síntomas, padecieron la enfermedad durante varios años y desarrollaron complicaciones que fueron manejadas de manera exclusiva en servicios de urgencias. Otro grupo manifestó que se afilió a las redes analizadas en busca de un diagnóstico preciso y un tratamiento regular. Finalmente, las usuarias sin aseguramiento hicieron uso de la consulta a nivel particular hasta que lograron obtener un cupo en el régimen subsidiado: *“Cuando me atendía el médico particular, me tomaba de vez en cuando el medicamento [...]; ya cuando estuve en la EPS, ahí ya me ordenaron que tenía que tomarme la droga”* (usuaria 3, Red 3-C).

Fase de tratamiento y seguimiento

Una vez afiliadas a las redes del estudio, las usuarias pertenecientes a las redes subsidiadas fueron controladas por medicina general con mínimos ingresos a medicina especializada. En tanto que las usuarias de la red contributiva fueron manejadas, en la mayoría de los casos, por nefrología en una IPS especializada externa y una minoría por medicina interna en la IPS ambulatoria propia. En relación con las dificultades evidenciadas para el seguimiento, se destacaron: restricciones en el acceso a medicina general y especializada, dificultades para acceder a pruebas de laboratorio clínico y baja disponibilidad de medicamentos e insumos, factores que impactaron en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas.

En relación con el seguimiento médico, se destacaron barreras para el acceso a medicina general en las redes subsidiadas, así como dificultades para acceder a la atención especializada, que afectaron a las usuarias de las distintas redes, con excepción de aquellas que recibían atención en la IPS especializada externa de la red contributiva, quienes describieron adecuadas condiciones de acceso a los servicios.

Las barreras para acceder a medicina general fueron identificadas por las usuarias de las redes subsidiadas, dado que las de la red contributiva eran controladas por medicina especializada. En las primeras, se señalaron

problemas de multifiliación por fallas en la depuración de las bases de datos de las EPS, lo que generó atención exclusiva por urgencias y deterioro del cuadro clínico: *“Me dijeron que tenía doble afiliación y que no podía estar acá y en otra a la vez. Cuando me dio el coma diabético, en la IPS de II nivel del municipio me dieron los primeros auxilios, pero no me hicieron nada más, dijeron que con el Sisbén me atendían en Girardot”* (usuaria 1, Red 1-S). En relación con los prestadores, se identificaron tiempos de espera prolongados para la asignación de citas atribuidos a la baja disponibilidad de médicos, lo que limitó la obtención de citas de control y el adecuado seguimiento del caso. Como consecuencia, las usuarias suspendieron la medicación y tuvieron que incurrir en gastos para adquirir los medicamentos de manera particular. Así mismo, señalaron fallas en el mecanismo de solicitud de citas presenciales, por la congestión, la restricción en el número de fichas y en los horarios para el trámite, lo que condujo a un incremento en los tiempos de espera para las citas, a desistir de la búsqueda de atención y, por ende, a la suspensión del tratamiento.

Frente a la atención especializada, la mayoría de usuarias y médicos tratantes de las redes subsidiadas y la usuaria atendida en la IPS ambulatoria propia de la red contributiva identificaron la existencia de barreras para la atención procedentes tanto de las aseguradoras como de los prestadores de servicios, que originaron falta de seguimiento especializado y desarrollo de complicaciones, como cuadros de descompensación metabólica, desprendimiento de retina y complicaciones vasculares. Dentro de los factores relacionados con las aseguradoras, los informantes destacaron demoras en las autorizaciones de las citas, las cuales tardaron hasta seis meses en las redes subsidiadas: *“El año pasado tenía que volver a la IPS de III nivel y resulta que duré como tres meses pidiendo la autorización y no la hubo, que no hay sistema, que no hay no sé qué; a lo último me dio mal genio y no volví”* (usuaria 3, Red 1-S). Esto contrasta con lo descrito por las usuarias de la IPS especializada externa de la red contributiva, quienes indicaron que los prestadores solicitaban directamente la autorización de los servicios a la EPS, lo que facilitó la obtención oportuna de las citas. También describieron compra fragmentada de servicios y fuera del territorio, lo que, sumado a la falta de recursos y de asistencia familiar, restringió el acceso a las usuarias, excepto en la IPS especializada externa, quienes contaban con recursos económicos y apoyo familiar. Adicional-

mente, para las usuarias del municipio de Soacha, las condiciones geográficas de la zona de residencia, la falta de transporte y de vías de acceso suficientes se convirtieron en limitantes para la atención especializada: *“Nos toca coger un carro hasta la avenida o nos vamos a pie a coger el bus que va para allá. Nos vemos en problemas porque muchas veces está bien el transporte y muchas veces no, porque brega uno para coger un bus, no pasan”* (usuaria 1, Red 1-S).

En cuanto a los prestadores, las usuarias de las distintas redes indicaron tiempos de espera prolongados para la asignación de citas, atribuidos al reducido número de especialistas disponibles y a fallas en el mecanismo telefónico para solicitud de citas: *“No he vuelto a la IPS de II nivel, porque no me contestaron, no pude sacar cita, el teléfono timbra y timbra, ya después suena ocupado, como si lo descolgaran”* (usuaria 1, Red 2-S). Estas situaciones ocasionaron falta de seguimiento a sus complicaciones. Las usuarias atendidas en la IPS especializada externa de la red contributiva refirieron tiempos de espera oportunos, dada la asignación periódica de las citas por parte del proveedor y la adecuada disponibilidad de agendas de los profesionales.

La restricción para acceder a exámenes de laboratorio de control y seguimiento de la enfermedad (principalmente hemoglobina glicosilada) fue evidenciada por las usuarias y los médicos tratantes en las redes subsidiadas. Tal situación fue atribuida a la clasificación establecida del POS por niveles asistenciales, que impide que el médico general la prescriba, lo que dificulta aún más su realización por las restricciones para acceder a la atención especializada: *“La hemoglobina glicosilada no está cubierta por I nivel, sino por el nivel especializado, por eso, la importancia de que puedan acceder a los controles con medicina interna”* (médico tratante, usuaria 2, Red 1-S). De manera contraria, a quienes fueron atendidas en la Red 3-C les fueron prescritas estas pruebas con mayor regularidad.

Finalmente, las usuarias de todas las redes identificaron fallas en el suministro de insumos (jeringas, gafas, glucómetros), debido a la falta de cobertura en el plan de beneficios, lo que condujo a que solo aquellas usuarias con capacidad económica, particularmente de la Red 3-C, pudieran adquirirlos. Para las usuarias de las redes subsidiadas, conllevó problemas para el control de la enfermedad o el riesgo de complicaciones sistémicas. Respecto al suministro de medicamentos del POS, gran parte

de las usuarias de las tres redes, excepto aquellas controladas en la IPS externa de la Red 3-C, mencionaron demoras y entregas incompletas por parte de los proveedores, lo que condujo a que algunas usuarias de las redes subsidiadas optaran por utilizar medicamentos de otros familiares o desistieran de su búsqueda tras visitas infructuosas al proveedor: *“Cuando no me entregan la insulina, pues me toca correr donde mi mamá, que ella tiene la misma droga y me da, porque es costosa y yo no tengo los recursos para comprarla y no tengo ayuda de nadie [...], a veces duro hasta quince días pidiéndola y no la hay, ya a lo último no la sigo pidiendo, porque se cansa uno de estar yendo”* (usuaria 3, Red 1-S).

Tabla 7.5. Síntesis de accesibilidad entre niveles asistenciales en diabetes mellitus tipo 2

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad entre niveles asistenciales			
Fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad en las redes analizadas			
Controles y seguimiento por medicina general	Negación de los servicios por multiafiliación	Negación de los servicios por multiafiliación	
	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	
	Problemas para la obtención de citas	Problemas para la obtención de citas	
Controles con especialistas	Tiempos prolongados en la autorización de servicios	Tiempos prolongados en la autorización de servicios	IPS ambulatoria propia: tiempos prolongados en la autorización de servicios IPS especializada externa: oportunidad en autorizaciones
	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio
	Barreras de accesibilidad geográfica		
	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	IPS ambulatoria propia: tiempos de espera prolongados para las citas IPS especializada externa: oportunidad en la asignación citas

Continúa

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Controles con especialistas	Problemas para la obtención de citas telefónicas	Problemas para la obtención de citas telefónicas	IPS ambulatoria propia: problemas para obtención de citas telefónicas IPS especializada externa: asignación directa de citas
Prescripción de pruebas para el control de la enfermedad	Restricción de la prescripción de hemoglobina glicosilada en I nivel	Restricción de la prescripción de hemoglobina glicosilada en I nivel	Acceso oportuno y regular a pruebas de hemoglobina glicosilada
Suministro de medicamentos e insumos	Exclusión de jeringas, gafas y glucómetro	Exclusión de jeringas, glucómetro y gafas	Exclusión de jeringas, glucómetro y gafas
	Demoras en entrega y suministro parcial de medicamentos	Suministro parcial de medicamentos	IPS ambulatoria propia: suministro parcial de medicamentos IPS especializada externa: suministro completo de medicamentos

Consistencia de la atención

Los testimonios de los informantes reflejaron problemas en la consistencia de la atención en las redes subsidiadas y, en menor medida, en la IPS ambulatoria propia de la red contributiva, que se manifestaron en la inexistencia de coordinación/colaboración entre proveedores, fallas en la secuencia de la atención y seguimiento inadecuado de los casos.

En las tres redes analizadas, se evidencia la inexistencia de coordinación/colaboración para el desarrollo de acuerdos frente a la planeación y realización de tratamiento entre los proveedores, que fue atribuida en las redes subsidiadas a la rotación permanente de personal: *“Por tanto cambio de médico no llevan un orden de lo que me está pasando, maluco porque uno hace una cosa y el otro hace otra”* (usuaria 2, Red 2-S); y, en todas las redes, a la ausencia de comunicación entre profesionales: *“Entre especialistas y médicos generales, no hay absolutamente nada de comunicación, no hay articulación”* (médico tratante, usuaria 2, Red 1-S), lo que desde la perspectiva de los médicos tratantes de la Red 1-S produce duplicación de esfuerzos y recursos entre los niveles asistenciales. En contraste, las usuarias de la IPS especializada externa de la red contributiva consideran que existe una adecuada coordinación/colaboración entre profesionales, lo que incrementa la confianza de las pacientes y un mejor control de la patología. No obstante, identificaron falta de comunicación entre

especialistas adscritos y los profesionales de la IPS ambulatoria propia de la red contributiva.

Otra falla evidenciada por la mayoría de las mujeres de las redes subsidiadas y los registros de sus historias clínicas es la secuencia de la atención, ya que indicaron baja prescripción de exámenes de laboratorio básicos (cuadro hemático y parcial de orina dos o tres veces al año); y mayor frecuencia solo en quienes pertenecían a grupos de control de enfermedades crónicas (cada dos meses). En relación con la toma de hemoglobina glicosilada y la microalbuminuria, solo las pudieron efectuar cuando lograron acceder a citas con medicina interna o en los servicios de urgencias: *“Los otros exámenes solo me los hicieron en urgencias [...], los controles de glucemia pre y pos, esos sí me los han venido haciendo periódicamente”* (usuaria 5, Red 1-S). En contraste, los médicos tratantes y las usuarias de la red contributiva indicaron la prescripción regular de exámenes de laboratorio, lo que permitió un mejor seguimiento de su patología.

La mayoría de usuarias de las redes subsidiadas y los registros clínicos señaló bajo número de remisiones a medicina especializada, debido a que algunos médicos del I nivel no identificaron necesidades de derivación, pese a los factores de riesgo y las complicaciones presentadas por las usuarias, lo que conllevó un mayor deterioro de sus cuadros clínicos y supeditar la atención a medicina general: *“Yo le dije a la doctora (médico general), yo veo borroso, así como encandelillado, y ella me vio y me dijo: ‘Pero no tiene nada’, no me remitió a ninguna parte, dijo que tocaba esperar a ver cómo seguía, entonces fue cuando ya al poco tiempo me dio el derrame y el retinólogo me dijo que eso se había podido evitar”* (usuaria 2, Red 2-S). En contraste, los médicos de I nivel indicaron la derivación a la atención especializada acorde con las necesidades de las usuarias. En el interior de la red contributiva, se presentaron diferencias en que se evidencia que las usuarias de la IPS especializada externa tuvieron mayores derivaciones a otros especialistas a diferencia de aquellas que eran atendidas en la IPS ambulatoria propia.

En relación con el seguimiento de los casos, en las redes subsidiadas, este fue realizado por médicos generales y, en la red contributiva, por especialistas: medicina interna en la IPS ambulatoria propia y nefrología en una IPS especializada externa. No obstante, en cuanto a la regularidad

de la atención, solo las usuarias atendidas en la IPS externa mencionaron controles periódicos cada tres meses, ya que, en las redes subsidiadas y en la IPS propia de la Red 3-C, la frecuencia se vio alterada por tiempos de espera prolongados para la asignación de las citas. Las usuarias de las redes subsidiadas coincidieron en afirmar que la mayoría de las veces los controles se dieron exclusivamente para renovación de fórmulas médicas: *“Controles con la IPS de I nivel, cada dos meses, siempre voy es por la droga no más, para poder estar en control con la droga que me mandan ellos”* (usuaria 2, Red 2-S).

Adicionalmente, algunas usuarias de las redes subsidiadas percibieron falta de interés de los médicos generales para hacer seguimiento a los procedimientos efectuados en los otros niveles, incluso tras el alta hospitalaria. En la Red 2-S, señalaron como única evidencia que los médicos generales siguieran las recomendaciones y la prescripción farmacológica hecha por los internistas: *“Lo que me formuló el médico internista, eso mismo me está dando el doctor en la IPS de I nivel, él lleva ese ritmo”* (usuaria 3, Red 2-S). En la Red 3-C, se evidenció seguimiento adecuado gracias a la información clínica en línea.

Flexibilidad del tratamiento

En relación con la flexibilidad del tratamiento, se encontraron diferencias entre redes y en el interior de ellas. Mientras algunas usuarias de las redes 1-S y 3-C, identificaron flexibilidad en el tratamiento, en la Red 2-S, hubo testimonios que revelaron su ausencia. En el primer grupo, se mencionaron ajustes en la dosis o tipo de medicamento, de acuerdo con los resultados de las pruebas de laboratorio y las reacciones de intolerancia que presentaban las usuarias. Por su parte, las usuarias de la Red 2-S indicaron que, a pesar de la descompensación y la intolerancia al hipoglucemiante, no les fueron modificados sus esquemas de manejo: *“Me tocó dejar de tomar la metformina, por el ardor que me daba en el estómago, entonces me dijo la doctora que tenía que tomármela con las comidas, pero yo hice todo y no, no la he podido aceptar y la dejé”* (usuaria 2, Red 2-S).

Tabla 7.6. Síntesis de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Consistencia de la atención			
Colaboración entre proveedores	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Existencia de acuerdos para planeación y realización de tratamiento en IPS especializada externa Falta de comunicación entre IPS propia y especialistas adscritos
Secuencia de la atención	Baja prescripción de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista	Baja prescripción de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista	Prescripción periódica de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Mayor número de remisiones a especialistas en IPS externa
Seguimiento apropiado	Controles médicos irregulares	Controles médicos irregulares	Controles médicos IPS propia: irregulares IPS externa: regulares
	Desinterés de médicos generales en seguimiento a acciones desarrolladas por otros profesionales	Seguimiento desde medicina general de ajustes realizados en medicina interna	Seguimiento adecuado a acciones desarrolladas por otros profesionales
Flexibilidad del tratamiento			
Ajustes al tratamiento	Prescripción de medicamentos acordes con condiciones de usuarias	Falta de alternativas de tratamiento ante intolerancia a medicamentos	Prescripción de medicamentos acordes con condiciones de usuarias

Continuidad de información

Las usuarias evidenciaron problemas frente a la transferencia de información entre niveles asistenciales, principalmente en las redes subsidiadas, donde predomina la falta de historia clínica compartida y los mecanismos informales. En la Red 1-S, se percibieron fallas en el registro y utilización de la información de las historias clínicas, mientras que, para algunas usuarias de la Red 2-S y los médicos tratantes, no se transfiere información de los niveles superiores al I. Fue común en los informantes de las distintas redes la baja importancia atribuida al conocimiento acumulado de las usuarias (tablas 7.7 y 7.15).

Transferencia de información

La existencia de mecanismos de transferencia de información entre niveles asistenciales no fue clara para las usuarias de las redes subsidiadas. Solo algunas usuarias de la Red 3-C destacaron la existencia de la historia clínica en línea, principalmente en el interior de las IPS, lo que desde su perspectiva facilitó la toma de decisiones entre proveedores y generó una mayor confianza en la capacidad profesional de los médicos, al percibir un mejor conocimiento de sus casos: *“La historia está en el sistema, ellos siempre entran al sistema y lo encuentran a uno, yo creo que es muy importante, porque se les facilita más saber la enfermedad que uno está padeciendo a todo nivel, pues tienen ahí el reporte”* (usuaria 1, Red 3-C). De igual manera, describieron una inadecuada utilización de la información registrada en la historia, lo que conllevó en la Red 1-S a repetición de la trayectoria asistencial en cada consulta: *“Cuando voy me dice el médico: ¿Cuál es el motivo de su consulta?, ¿de qué sufre?, ellos teniendo la historia ahí, ¿por qué no la leen? Entonces, toca otra vez volver a contarle al médico”* (usuaria 1, Red 2-S). Por su parte, los médicos tratantes evidenciaron fallas en el mecanismo de contrarreferencia, que atribuyeron a la falta de interés de los especialistas y, en otros casos, al tiempo reducido para su diligenciamiento, lo que se traduce en falta de conocimiento del manejo proporcionado en otros niveles asistenciales y limitación de la continuidad del tratamiento.

En las redes subsidiadas, las usuarias y los médicos tratantes señalaron el predominio de mecanismos informales al ser estas las portadoras de la información clínica, particularmente de fórmulas médicas y reportes de exámenes de laboratorio.

Conocimiento acumulado

La falta de conocimiento acumulado emergió en las opiniones de usuarias y médicos tratantes, con excepción de quienes fueron atendidas en la IPS especializada externa de la red contributiva, en donde psicólogos y trabajadores sociales se interesaron por los aspectos contextuales de las usuarias.

Desde la perspectiva de usuarias y médicos tratantes, existe poco conocimiento de los factores contextuales y sociofamiliares de las pacientes, que atribuyeron al tiempo reducido de las consultas y, en otros casos, a que se privilegia una relación centrada en el proceso clínico o

en la formulación de medicamentos: *“Ellos no preguntan eso, no lo conocen bien a uno, no le preguntan, me preguntan es qué me duele, no más”* (usuaria 3, Red 2-S). No obstante, las usuarias que fueron atendidas en la IPS especializada externa de la Red 3-C identificaron que los psicólogos y trabajadores sociales fueron los únicos profesionales que ahondaron en sus condiciones sociofamiliares: *“La psicóloga, la de trabajo social le pregunta a uno, con quién vive, qué cosas me podían afectar, ellos me preguntan de mi forma de vivir, con quién vivo, los hijos cómo se manejan conmigo, que soy pensionada”* (usuaria 1, Red 3-C), lo que les generó diversas percepciones encontradas: para algunas, el conocimiento de su contexto fortalece el vínculo de confianza con los profesionales, en tanto que, para otra de las usuarias, no produce ningún impacto sobre el abordaje de su enfermedad.

Tabla 7.7. Síntesis de la continuidad de información en diabetes mellitus tipo 2

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Transferencia de información			
Mecanismos formales de transferencia de información	Inexistencia de historia clínica compartida Baja utilización de información HC Problemas con la contrarreferencia	Inexistencia de historia clínica compartida Problemas con la contrarreferencia.	HC compartida en el interior de IPS ambulatoria propia y entre la IPS especializada externa y algunos especialistas adscritos
Mecanismos informales	Predominio de mecanismos informales	Predominio de mecanismos informales	
Conocimiento acumulado			
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	Inexistente	Inexistente	IPS ambulatoria propia: inexistente. IPS especializada externa: conocimiento acumulado por otros profesionales

Continuidad de relación

Todas las usuarias de las redes subsidiadas percibieron pobres relaciones usuaria-proveedor, así como la falta de identificación del responsable de sus casos. Igualmente, evidenciaron problemas de consistencia del personal, dada la continua rotación de médicos. Solo las usuarias de la

red contributiva identificaron al responsable de su manejo, con quien establecieron adecuadas relaciones de confianza. En todas las redes, esta última dimensión fue determinante en la consolidación de la relación usuaria-proveedor (tablas 7.8 y 7.16).

Vínculo entre las usuarias y los profesionales

Hay coincidencia en el discurso de los entrevistados en que la permanencia de los profesionales de la salud incide en el establecimiento de una relación sólida y de confianza mutua. Como factores diferenciales entre las redes, se encontró que para la mayoría de usuarias de las redes subsidiadas fueron casi nulas las relaciones de confianza con sus médicos tratantes, debido a la continua rotación de profesionales, de mayor incidencia en la Red 2-S, en donde se evidenció que máximo dos controles fueron realizados por el mismo profesional. Estos factores hicieron que ninguna identificara un profesional responsable de su caso: “*No tengo ningún médico responsable del tratamiento*” (usuaria 1, Red 2-S). Situación diferente fue notificada por las usuarias de la Red 3-C y una minoría de la Red 1-S, quienes mencionaron la existencia de relaciones de confianza mutua, buena comunicación y trato amable, gracias a la permanencia de los profesionales, esto permitió que identificaran un responsable de su caso y percibieran que son controladas por profesionales idóneos, lo que genera mayor adherencia al tratamiento. No obstante, ninguno de los profesionales de la Red 1-S las identificó y debieron remitirse a la información de las historias clínicas para brindar sus testimonios. Este desconocimiento fue atribuido al elevado número de usuarios que atienden, situación que, a su juicio, dificulta recordarlas.

Consistencia de personal

De acuerdo con las versiones de los informantes y de los registros de las historias clínicas, se pudo identificar en las redes subsidiadas atención por parte de un elevado número de proveedores y una permanente rotación de profesionales, con mayor incidencia en la Red 2-S, hecho atribuido por los médicos tratantes a los modelos de contratación que no ofrecen estabilidad laboral, y por las usuarias, a la atención por parte de médicos que están en servicio social obligatorio, con poca experiencia profesional, lo que, desde su perspectiva, genera desconfianza en su capacidad técnica

y, en otros casos, a desistir de la búsqueda de atención: *“He tenido como cinco médicos, eso los cambian mucho”* (usuaria 2, Red 2-S). En contraste, se encontró en el testimonio de las usuarias y en los registros clínicos de la Red 3-C la permanencia en el tiempo de los prestadores de servicios propios y externos, circunstancia que, desde su perspectiva, favoreció un mejor seguimiento de su caso y confianza en el tratamiento: *“Hace más de seis años que estoy en la IPS ambulatoria y estoy todavía asistiendo con el mismo médico general”* (usuaria 2, Red 3-C). *“Es mejor una secuencia con el mismo porque le llevan a uno un historial, ya le conocen a uno el organismo y, como hay más afecto, tiene uno más confianza con el médico y le dicen a uno las cosas como son”* (usuaria 1, Red 3-C) (tablas 7.8 y 7.16).

Conclusiones

En cáncer de mama, los principales problemas de accesibilidad se presentaron durante la fase prediagnóstica, diagnóstica y la atención oncológica inicial, que condujeron a una detección tardía de la enfermedad, con el consecuente retraso en el inicio del tratamiento. Como causas generadoras de discontinuidad, confluyeron problemas de afiliación al seguro de salud, la autorización de consultas con especialistas y pruebas diagnósticas por parte de las EPS, y los prolongados tiempos de espera para la asignación de citas por parte de los prestadores, tanto en el nivel básico como especializado; aspectos que resultan más críticos en las redes subsidiadas. Una vez iniciado el tratamiento oncológico, se evidencian menores dificultades frente al manejo y seguimiento de la enfermedad.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, se destaca el diagnóstico tardío y el inadecuado manejo proporcionado a la enfermedad durante su permanencia en otras redes, así como la existencia de múltiples problemas generadores de discontinuidad en las redes analizadas, como consecuencia de las barreras para acceder a la atención especializada, para la realización de las pruebas de laboratorio y las restricciones para disponer de manera oportuna y suficiente de los insumos y medicamentos necesarios para el control de la enfermedad. Estas situaciones que se observaron con mayor preponderancia en las redes subsidiadas supeditaron la atención y el control de las complicaciones al I nivel.

En cuanto a la consistencia de la atención, se evidencia un mejor seguimiento y control para el cáncer de mama en las redes analizadas una

vez iniciado el tratamiento, lo cual contrasta con la irregularidad en el seguimiento a la diabetes mellitus tipo 2, en donde se presentan fallas en la coordinación asistencial, principalmente en las redes subsidiadas. Finalmente, se evidencia una mayor flexibilidad en el tratamiento del cáncer de mama, con la realización de ajustes acordes a las necesidades de las usuarias.

En relación con la continuidad de información, la principal falla tiene que ver con la inexistencia de mecanismos formales para su transferencia entre los diferentes niveles asistenciales en las dos patologías trazadoras, situación que es más crítica en las redes subsidiadas. En la mayoría de los casos, predominan los mecanismos informales en los que las usuarias son portadoras de la información con el riesgo de un elevado porcentaje de pérdida de esta. El conocimiento acumulado se valora como importante dentro de los tratamientos. En cáncer de mama, se presenta un mayor interés de algunos oncólogos y cirujanos de mama por conocer el contexto social y familiar de las usuarias, lo que contrasta con lo que ocurre con la diabetes mellitus tipo 2, en la que los profesionales muestran falta de conocimiento acumulado, a excepción de la red contributiva en la que psicólogos y trabajadores sociales tienen una participación en el tema.

Respecto a la continuidad de relación, en cáncer de mama se identifica a un responsable de la atención, lo que permite la construcción de relaciones de confianza usuaria-proveedor en la mayoría de los casos. Esto contrasta con el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, en la que no se identifica con claridad un médico tratante, principalmente en las redes subsidiadas, dada la existencia de un mayor número de proveedores y a la alta rotación de profesionales.

En cuanto a la consistencia de personal, en cáncer de mama, aunque hay un elevado número de proveedores, existe regularidad en la atención por parte del oncólogo, mientras que en el seguimiento a la diabetes mellitus tipo 2 se presenta alta rotación de profesionales, especialmente en las redes subsidiadas, lo que genera poca adherencia al tratamiento.

Tabla 7.8. Síntesis de continuidad de relación en diabetes mellitus tipo 2

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Vínculo usuaria-proveedor			
Confianza con el profesional	Mínimos vínculos de confianza usuaria-proveedor	Inexistencia de vínculos	Vínculos de confianza y buena comunicación
Identificación del responsable de la atención	Mínima identificación del responsable de la atención	No identificación del responsable de la atención	Identificación de médicos responsables de la atención
Consistencia de personal			
Número de proveedores	Elevado	Elevado	Reducido
Regularidad de la atención	Rotación de profesionales	Rotación de profesionales	Permanencia de profesionales

Tabla 7.9. Ejemplos de citas de accesibilidad entre niveles asistenciales en cáncer de mama

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Fase prediagnóstica	
Búsqueda inicial atención	“Nunca lo asocié a que podía tener un tumor, eso era algo que yo creía que era normal y eso pudo influir en la evolución de la enfermedad, no le paré muchas bolas, mi esposo me decía que fuera al médico, pero yo no iba” (usuaria 2, Red 2-S).
Atención médica inicial	“Esa cita [primera consulta con médico general] fue entre 8 y 10 días, y luego como unos 15 días para el control con los resultados de la mamografía, ese tiempo es largo, pero ellos dicen que hay muchos usuarios” (usuaria 1, Red 3-C).
Realización de mamografía y ecografía	“Fui al hospital, y me aterrorizó que me dijeran que se demoraban tres meses para hacerme el examen y yo sentía una masa [...]; en ese momento lo único que me preocupaba es que, si me hago la ecografía, son tres meses que me van a demorar [...]; como en ese entonces salía un bono en el directorio, yo cogí el bono que me hacían el descuento de un 30%, pagué 30 mil pesos” (usuaria 1, Red 2-S).
Fase diagnóstica	
Programación de la primera cita con especialista	“[...] no sé si diez días son prudentes en el caso de autorizaciones, pero con la tecnología que hay hoy en día, internet, teléfonos, correo electrónico, es que diez días en cáncer es mucho para decidir, pienso que debe ser menos tiempo” (usuaria 2, Red 1-S).
Realización de exámenes diagnósticos	“Fui al hospital a finales de noviembre. Creía que ya estaba todo listo, fui a pedir la cita [...], pero la biopsia fue un poquito demorada, la demoraron allá como un mes” (usuaria 1, Red 1-S).

Continúa

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Tiempo de espera para realización de pruebas de extensión	“Fue una gammagrafía que le hicieron, esa si fue demoradita un poquito, pero la autorizaron [...] que porque era con una droga [radiotrazadores] muy costosa y que la traían de otro lado” (acompañante usuaria 2, Red 3-C).
Fase de tratamiento y seguimiento de enfermedad	
Inicio de tratamiento oncológico	“Cuando fui a iniciar el tratamiento oncológico, me daban una orden y yo iba allí a la EPS-s para que me autorizaran, y tocaba esperar el tiempo definido por la EPS para dar respuesta” (usuaria 1, Red 2-S).
Desarrollo del tratamiento oncológico	“[...] empezaron a hacer las quimios, fueron como 4, 5 quimios las que me alcanzaron a hacer ahí; después, la EPS nos dijo que habían terminado los contratos con ellos y ya nos mandaron para donde estamos ahorita” (usuaria 2, Red 1-S).

Tabla 7.10. Ejemplos de citas de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en cáncer de mama

Consistencia de la atención	
Colaboración entre proveedores	
Planeación y realización del tratamiento	“El cirujano de mama, con mi ginecólogo oncológico, previeron hacerme esa cirugía de extraerme el útero por lo mismo agresivo de mi cáncer [...], el oncólogo también aprobó [...], ellos me explicaron que era importante porque, como yo había tenido un cáncer agresivo, el tumor mío era muy grande y que, como yo ya no voy a procrear más hijos, era importante por la calidad de vida mía” (usuaria 3, Red 3-C).
Secuencia de la atención	
De I nivel a especializado	“La doctora [médico general] me dijo: ‘La vamos a mandar para el hospital X para cirugía’; entonces, allá me mandaron una biopsia en enero” (usuaria 1, Red 2-S).
En el nivel especializado	“De ahí [después de la cirugía] me tocaba volver donde el oncólogo, pero, como me salieron dos ganglios ya infectados, como al mes volví a entrar a cirugía [...], después de eso el cirujano me remitió de nuevo a donde el oncólogo para seguir con el tratamiento con quimioterapias” (usuaria 1, Red 3-C).
Seguimiento apropiado	
Programación de controles	“Sigo con controles cada tres meses con el oncólogo y cada año me manda hacer todos los exámenes de rigor, para ver si hace metástasis [...], si yo le digo que me duele esto, que llevo bastante, ahí entonces la mira y me manda otros” (usuaria 1, Red 3-C).
Flexibilidad del tratamiento	
Ajustes al tratamiento	“De tanta quimioterapia quedé con un dolor fuerte a la cabeza, pero el oncólogo me dijo: ‘Puede ser de mucha droga que ya tiene su cuerpo’; él tuvo que reducir el medicamento, porque ya no lo soportaba y me mandó donde el neurólogo” (usuaria 1, Red 3-C).

Tabla 7.11. Ejemplos de citas de continuidad de información en cáncer de mama

Transferencia de información	
Mecanismos formales de transferencia	“Usted no encuentra un computador que esté en una red afiliada a cualquiera de los hospitales. Si yo no me acerco y pido un resumen de mi historia médica, los doctores no pueden saber qué me han hecho” (usuaria 2, Red 2-S).
Mecanismos informales de transferencia	“Yo llevaba al oncólogo la historia que me dio el cirujano [...], él se puso a leer y a digitar. Así se enteró de mi caso [...], se basaban en todo lo que yo llevaba, aparte de que miraban la historia [que la usuaria llevaba], me tocaba relatarles todo” (usuaria 1, Red 3-C).
Entrega de información a la usuaria	“Doctor, ¿qué es lo que tengo?’. Me dijo: ‘¿Usted no sabe que tiene?’. Le dije: ‘Yo sé por lo que me han contado, no porque los médicos me hayan dicho algo” (usuaria 1, Red 3-C).
Conocimiento acumulado	
Conocimiento de las creencias, valores y contexto social	“El doctor [cirujano de mama] me atendió y preguntó todo lo que le preguntan a uno [...]; yo siempre al principio iba con mi nuera, pero un día dijo el doctor que a él le gustaría que fuera alguno de mis hijos para explicarles [...]: ‘Porque usted necesita a su familia, que la acompañe’ [...]. Cuando la operación él los conoció a todos y él habló con todos, sirvió para que ellos estuvieran más pendientes. Eso fue muy bueno” (usuaria 2, Red 3-C).

Tabla 7.12. Ejemplos de citas de continuidad de relación en cáncer de mama

Vínculo usuaria-proveedor	
Confianza con el profesional	“Como me brindó esa confianza, yo no tuve necesidad de irme a tomar nada más, solamente me quedé con lo que el doctor me decía, porque me brindaba esa confianza y yo le dije a mi mamá: ‘Yo me siento tan segura con ese doctor que no me voy a tomar absolutamente nada, porque yo sé que en las manos de él me van a sanar, porque es una persona que me brinda lo que yo necesito, me habla, me explica” (usuaria 2, Red 2-S).
Interés de profesionales por el caso	“El mastólogo vivía pendiente, yo salí a los tres días del hospital y ese mismo día me llamó que cómo estaba [...], es algo muy estimulante como ser humano, saber que ellos no simplemente lo hicieron porque ese es su trabajo y ya, no, [...] me miraba el drenaje, que si me estaba pasando bien, y todos los cuidados” (usuaria 3, Red 3-C).
Consistencia de personal	
Número de proveedores	“Con respecto al número, pues, por un lado, bueno tener varios [médicos], pero, por otro, malo, en el sentido de que, si un médico no es como muy atento con uno, que no le presta mucha atención, pues el otro le puede mostrar mejor atención, pero malo, porque muchas veces es a lo que le preguntan a uno o se basan en la historia clínica y como que así se dispersa más la atención al paciente [...], no va a ser una atención completa, porque unos van a opinar una cosa, otros otra, el tratamiento va ser como más lento, digámoslo menos completo” (usuaria 1, Red 1-S).

Tabla 7.13. Ejemplos de citas de accesibilidad entre niveles asistenciales en diabetes mellitus tipo 2

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad en las redes analizadas	
Controles y seguimiento por medicina general	<p>“Hace por ahí seis meses que no he podido sacar citas ni nada por el problema de la doble afiliación” (usuaria 2, Red 2-S).</p> <p>“Dicen que por teléfono se la dan [citas], pero entonces es más demorado, porque muchas veces está eso lleno y no contestan” (usuaria 1, Red 1-S).</p>
Controles con especialistas	<p>“Cuando me salió eso en los ojos, la doctora colocó que era urgente ir al oftalmólogo y se demoraron dos meses para darnos la autorización; cuando fuimos a la cita con oftalmología, la orden estaba vencida, tocó ir a ponerle un sello y volver a ir a pedir la cita; cuando volví fue cuando ya me examinaron y me dijeron que tenía un desprendimiento de retina” (usuaria 2, Red 2-S).</p> <p>“A la IPS de III nivel, hace como un año estoy pidiendo cita, porque yo como desde el mes de marzo empecé a llamar y que no habían citas para medicina interna” (usuaria 3, Red 1-S).</p>
Prescripción de pruebas para control de la enfermedad	<p>“La hemoglobina glicosilada, esa a veces se demora 2 o 3 meses en ser autorizada” (médico tratante, usuaria 3, Red 1-S).</p>
Suministro de medicamentos e insumos	<p>“Las jeringas me toca comprarlas, son a \$600, compro dos mientras tanto, porque no me alcanza muchas veces la plata [...], tampoco he tenido la plata para el glucómetro” (usuaria 1, Red 1-S).</p>

Tabla 7.14. Ejemplos de citas de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Consistencia de la atención	
Colaboración entre proveedores	<p>“Que yo sepa, no se comunican los médicos [...], la verdad no sé cómo hacen el seguimiento de mi caso entre instituciones” (usuaria 1, Red 2-S).</p>
Seguimiento apropiado	<p>“Después de la cirugía de los ojos, casi no me han visto, yo quiero que me den una cita, me dan es goticas y no más, pero yo me siento muy enferma de los ojos y les pido que me envíen al oftalmólogo, pero ellos lo único que hacen es darme más gotas” (usuaria 3, Red 2-S).</p>
Flexibilidad del tratamiento	
Ajustes al tratamiento	<p>“Me siento regular; cuando me tomo las pastas, me da diarrea, me dan ganas de vomitar; ahora he tenido varios médicos, yo les comento eso y ellos me dicen que tengo que tomarme la droga sea como sea, así me dé diarrea, que no hay otra opción” (usuaria 1, Red 2-S).</p>

Tabla 7.15. Ejemplos de citas de continuidad de información en diabetes mellitus tipo 2

Transferencia de información	
Mecanismos formales de transferencia	“De la IPS de III nivel a la de I no mandan nada [...], el doctor X sabe lo que me pasó, porque mi hermana le contó” (usuaria 1, Red 1-S).
Utilización de información de la HC	“Esta historia la llevé a la doctora que me hizo el examen, pero no la miró siquiera” (usuaria 4, Red 1-S).
Conocimiento acumulado	
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	“Con respecto a otros aspectos de la usuaria, no conozco [...], sé que es ama de casa, que no tiene la mejor estabilidad económica, si tuviera algún empleo fijo no estaría en el régimen subsidiado [...], pero que uno la conozca, no” (médico tratante, usuaria 1, Red 2-S).

Tabla 7.16. Ejemplos de citas de continuidad de relación en diabetes mellitus tipo 2

Vínculo usuaria-proveedor	
Confianza con el profesional	“Ella [médica general] es una persona que le da a uno mucha moral para vivir, por eso, es que yo la quiero mucho a ella” (usuaria 5, Red 1-S).
Consistencia de personal	
Número de proveedores	“Lo cambiaban a uno, iba uno a pedir una cita con el médico que lo había atendido y, entonces, ya no se la daban con ese, sino que me la daban con otro [...], porque el otro ya no está” (usuaria 2, Red 1-S).