

IV. Conclusiones y recomendaciones

Barreras y oportunidades para la contribución de las redes integradas de servicios de salud al acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil

María Luisa Vázquez Navarrete

Ingrid Vargas Lorenzo

Amparo Susana Mogollón-Pérez

Maria Rejane Ferreira da Silva

Jean-Pierre Unger

Pierre de Paepe

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P. Barreras y oportunidades para la contribución de las redes integradas de servicios de salud al acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. 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. 297-320. 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-9789587388121-23.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/).

Barreras y oportunidades para la contribución de las redes integradas de servicios de salud al acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil

MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE, INGRID VARGAS LORENZO,
AMPARO SUSANA MOGOLLÓN-PÉREZ,
MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA, JEAN-PIERRE UNGER
Y PIERRE DE PAEPE

Este estudio se centra en el análisis de las redes integradas de servicios de salud, una de las estrategias más promovidas para responder a la fragmentación de los sistemas de salud en Latinoamérica, y de esta manera contribuir a mejorar la calidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud. A pesar del creciente interés en este tipo de experiencias, su evaluación en la región es escasa (Herrera Vázquez et al., 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2010). La principal contribución del estudio consiste en mejorar el conocimiento sobre este fenómeno en dos países de la región, Colombia y Brasil, que han promovido tipos de redes diferentes de acuerdo con la organización de sus sistemas de salud.

El diseño de estudio adoptado —estudio de casos— permite proveer información sobre la implementación de las redes integradas de servicios de salud, sin pretender generalizar los resultados desde una muestra estadísticamente representativa, sino del proceso de generación de ideas desde las especificidades de algunos casos (Gilson, 2012). La utilización de múltiples fuentes de evidencia basadas en distintos métodos, fuentes

de información, informantes y contextos da lugar a una evidencia sólida y mejor comprensión sobre el fenómeno de estudio.

Además, se trata de un estudio comparativo transnacional que permite extraer conclusiones sobre los elementos que influyen en la implantación de las redes en sistemas de salud con modelos organizativos distintos.

El tipo de redes diseñada en cada país es diferente, según el modelo organizativo de su sistema de salud. En Colombia, se identifican dos tipos: las redes organizadas por las aseguradoras (EPS) para sus afiliados tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo —redes basadas en la afiliación voluntaria— y las redes organizadas por las entidades territoriales para atender la población vinculada —redes basadas en la afiliación geográfica—. En Brasil, se configuran redes geográficas de ámbito supramunicipal. El análisis de las políticas revela la falta de definición de algunos elementos importantes en la configuración de las redes en ambos países, pero especialmente en Colombia, lo que podría influir en el desempeño de las redes analizadas. Entre ellos destaca la indeterminación en los contenidos específicos de la función de articulación o coordinación de las entidades que organizan las redes, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, la amplitud, el modelo organizativo y los mecanismos de coordinación que deben implementar.

Los resultados del estudio muestran un pobre desempeño de las redes de servicios de salud analizadas en Colombia y Brasil, en relación con sus resultados intermedios (acceso a la atención, coordinación y continuidad asistencial entre niveles de atención) y final (calidad de la atención). Estos resultados vienen determinados no solo por factores relacionados con la estructura y organización de las redes, sino también con características de los sistemas de salud que se reflejan en el diseño de las redes en las políticas y que influyen en la configuración de las redes.

A continuación, se presentan las conclusiones más relevantes de la investigación en relación con los resultados presentados en este libro, de forma comparativa entre ambos países.

El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud

Los resultados sobre el acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud analizadas tanto en Colombia como en Brasil reflejan

la existencia de múltiples barreras de acceso para la población, principalmente en lo que compete a la atención especializada, encontrando elementos diferenciadores en cuanto a los factores que las originan. Para el caso colombiano, las barreras se relacionan de manera primordial con el diseño de algunas políticas de aseguramiento y la adopción del modelo de competencia gestionada, así como con la existencia de problemas estructurales y de tipo organizativo en los prestadores de servicios de salud. Por su parte, en Brasil, se destacan los déficits en la financiación de los servicios, las fallas en la implementación de las políticas de descentralización y en gestión de las redes, lo que, unido al déficit en los recursos para la atención y los problemas organizativos a nivel de los prestadores de servicios de salud, llevan a una oferta insuficiente, sobre todo, en el ámbito especializado.

Entre los factores relacionados con el sistema de salud, emergió en ambos países la manera como las políticas adoptadas determinan el acceso a la atención primaria y especializada. Para el caso colombiano, el modelo de aseguramiento implementado tras la reforma al sistema de salud en 1993, que pretendía la universalidad en la atención, generó múltiples barreras de acceso, derivadas, entre otros aspectos, de los límites en los planes de beneficios, que afectan en mayor medida a la población del régimen subsidiado y que ha sido descrita por otros estudios como determinante del uso efectivo de los servicios de salud en el país (Hernández, 2002; Hernández y Vega, 2001). Aunque para el momento de finalización del estudio se encontraba en proceso la equiparación de los planes de beneficios de los dos regímenes, tras la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, persistían barreras en el acceso a los servicios de salud, como la exclusión de prestaciones (medicamentos, procedimientos), el proceso progresivo en cuanto a su implementación por grupos poblacionales (menores de edad, mujer, adultos, etc.) y la persistencia de indefiniciones, que continúan reflejando las inequidades entre el régimen subsidiado y el contributivo. Un segundo elemento se refiere a la fragmentación de la cobertura de los beneficios del POS por niveles asistenciales, que restringe las competencias del médico general para la prescripción de procedimientos e intervenciones que están limitados para los niveles de baja complejidad, lo que le exige derivar a la atención especializada y al paciente, superar los obstáculos existentes para acceder a ella.

Otros elementos inherentes al sistema de salud lo constituyen los copagos y cuotas moderadoras, diseñados con el objetivo de regular la utilización de los servicios de salud. Aunque este factor pareciera tener mayor relevancia para la población de las redes subsidiadas cuando deben asumir el pago de cuotas de recuperación para los eventos no POS y los copagos de las consultas para quienes poseen subsidios parciales, al ser proporcionalmente mayores, también la tiene para la población de las redes contributivas que devengan menores ingresos, quienes igualmente pueden ver restringida la utilización de los servicios de salud por esta causa.

En cuanto a la afiliación a una aseguradora (EPS), en las redes subsidiadas, se evidencia un inadecuado proceso de identificación y selección de los potenciales beneficiarios, con errores de inclusión y exclusión, así como problemas en la actualización de las bases de datos de afiliados, con la ausencia de registro como afiliado o, por el contrario, encontrarse en condición de multifiliación, circunstancias que, si bien pueden favorecer a la aseguradora (EPS) al recibir la correspondiente unidad de pago por capitación, generan un impacto directo sobre la población pobre y vulnerable al impedir su acceso efectivo a la atención en de salud, y que conlleva que, en muchos casos, el paciente deba asumir un gasto de bolsillo para el logro de la atención o enfrentarse a las consecuencias del deterioro de su cuadro clínico (Marín y Chávez, 2014).

Coincidiendo con otros autores (Hernández, 2002; Yepes et al., 2010), en las redes colombianas se señala la manera como la adopción de un modelo de mercado y de competencia en el aseguramiento y en la prestación de servicios ha privilegiado la racionalidad económica y la búsqueda de beneficios, por parte de las aseguradoras, con el consiguiente diseño de estrategias de control de la atención y la compra fragmentada de servicios. Como consecuencia, se presentan dos situaciones: de una parte, se generan múltiples barreras a lo largo del continuo asistencial y, de otra, se impacta de manera directa en la calidad de la atención (Vargas et al., 2010; Hernández, 2002). Dentro de las estrategias adoptadas para el control de la atención, se enuncian como las más significativas la inadecuada interpretación de las prestaciones POS y no POS, el exceso de trámites y los problemas para la autorización de los servicios —tanto en tiempo como frente a la definición del prestador— y la existencia de límites hacia la práctica clínica, que generan dificultades para la confirmación

diagnóstica, el inicio oportuno de un tratamiento y la continuidad de la atención. La existencia de estas barreras administrativas ha obligado a los pacientes a utilizar recursos jurídicos, como las acciones de tutela, como alternativa para el logro de la atención (Rodríguez et al., 2015). En relación con el modelo de compra de servicios, se evidencia en las redes contributivas la contratación con sus propios prestadores y, en el caso de la contratación con proveedores externos, tanto en redes contributivas como subsidiadas, la imposición de criterios tarifarios que conllevan corta duración de los contratos con cambio permanente de proveedores, así como compra fragmentada de servicios a distintos proveedores para un mismo proceso asistencial y, en muchos casos, con proveedores ubicados fuera del ámbito geográfico, también descrita por otros autores (Garcés-Palacio et al., 2014; Vargas et al., 2010). Estrategias que se han intentado controlar normativamente (Congreso de la República, 2007), pero siguen siendo utilizadas por las aseguradoras.

La generación de incentivos por la competencia no solo se da a nivel de aseguradoras (EPS), sino también de los prestadores de servicios, quienes han diseñado estrategias para favorecer su rentabilidad económica y estabilidad financiera en el largo plazo. Dentro de las prácticas más frecuentes, se encuentra la competencia tarifaria para la obtención de contratos con las aseguradoras, que han propiciado, en el caso de los prestadores de naturaleza pública, la superposición de funciones entre niveles asistenciales y el diseño de mecanismos orientados a la productividad y la reducción de costos acorde con el tipo de contrato negociado con el asegurador, lo que motiva, como ocurre en el caso de la capitación, a restringir la utilización de los servicios y a proveer un menor número de procedimientos para el paciente.

En Brasil, aunque el Sistema Único de Salud (SUS) promovió desde sus inicios la cobertura universal, la equidad en el acceso y la integralidad en la atención (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), los problemas de financiación insuficiente surgen como una de las principales barreras para el acceso a los servicios de salud en las redes estudiadas. Si bien la financiación procede del recaudo de impuestos generales y de recursos aportados por los distintos niveles de gobierno (con mayor participación del gobierno federal), y existe el compromiso de destinar un mínimo de su presupuesto al gasto en salud, emerge que el gasto federal

y estadual destinado a la salud no es suficiente. Los déficits de financiación, impiden cubrir los gastos que generan las USF en los municipios, limita la ampliación de la cobertura del Programa de Salud a la Familia (PSF), la expansión de la oferta de servicios y el desarrollo de programas a nivel municipal. En el caso de la atención especializada, emergen las restricciones en el presupuesto de inversión para los hospitales públicos, que les impide efectuar mejoras de infraestructura y disponer de recursos, principalmente a nivel de equipos diagnósticos de mayor complejidad. La insuficiente financiación de los servicios de salud se atribuye a que, durante algunos períodos, algunas esferas de gobierno no han aplicado el porcentaje de contribución mínimo establecido por la Enmienda Constitucional 29 (Piola et al., 2012). Como consecuencia los municipios terminan completando el presupuesto recibido para ofrecer la atención (Saliba et al., 2009).

La descentralización de la gestión de los servicios de salud del SUS con la división de responsabilidades entre los Estados y municipios (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988) y mayor participación de estos últimos en la gestión de los servicios de salud generó problemas con la organización funcional del sistema. De una parte, se señala la inadecuada organización de las redes, que se atribuye a la limitada coordinación entre los distintos niveles de gobierno que participan en la planificación de la oferta de servicios y la financiación de las redes. En este sentido, al no estar claramente definidas las responsabilidades entre los distintos actores (Vargas et al., 2014), no se garantiza la financiación y tampoco la oferta de algunos servicios, principalmente los de alto costo, en algunos municipios, con la consecuentes dificultades para el acceso a una atención adecuada de la población. En segundo lugar, se señala la insuficiente supervisión y evaluación por parte de los gestores municipales y estaduais de los contratos con proveedores privados que proporcionan servicios especializados, y que, según la opinión de diversos entrevistados, limitan la oferta de los servicios menos lucrativos y, además, priorizan la atención de usuarios procedentes de los seguros privados, generando un incremento en los tiempos de espera para los usuarios del SUS. Tales situaciones denotan, por un lado, las dificultades en la articulación de competencias en procesos descentralizados, junto a un pobre ejercicio de rectoría de los gestores estaduais y municipales, para garantizar el

cumplimiento de los compromisos de prestación de servicios acordados; y, de otra, la debilidad de los municipios en la planificación y gestión de los servicios de salud, particularmente en lo que compete a procesos de contratación y monitoreo de resultados (Vargas et al., 2016).

En los dos países se identifican *factores estructurales y organizativos de las redes de servicios de salud* que determinan el acceso a la atención. A nivel estructural, tanto en Brasil como en las redes subsidiadas de Colombia se señalan déficits de infraestructura, recurso humano e insumos para la atención en los centros de I nivel ubicados en las zonas marginales y más distantes de las áreas de estudio. En el ámbito especializado, en los dos países emerge el déficit en la oferta de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios: en número de profesionales, recursos tecnológicos para los procedimientos médicos y pruebas diagnósticas y medicamentos, que afectan en mayor medida a la población de menores ingresos, dado que son los hospitales públicos quienes tienen los mayores déficits de recursos y quienes deben garantizar su atención a estos colectivos. De igual manera, se evidencia tiempos de espera largos con interrupción de los tratamientos y un aumento en la utilización de los servicios de urgencias como alternativa a la falta de acceso a la atención especializada. Esta situación es atribuida en Brasil al déficit de financiación y a los problemas de gestión de algunos municipios. En el caso colombiano, además de las barreras de acceso impuestas por las aseguradoras (EPS), los problemas descritos de los prestadores de servicios de salud reflejan la crisis por la que atraviesan las empresas sociales del Estado, que, al no contar con los recursos presupuestales suficientes como consecuencia de la transformación de los subsidios de la oferta a la demanda, las demoras en los pagos y la corrupción, entre otros problemas (Yepes et al., 2010; Echeverri, 2008), no pueden competir en igualdad de condiciones con las IPS privadas, con mejor infraestructura y recursos tecnológicos y con quienes las aseguradoras prefieren contratar los servicios. Tal situación pone en riesgo su sostenibilidad en el largo plazo y, además, cuestiona la importancia conferida por el Estado al fortalecimiento de las redes públicas y al control de los impactos negativos del modelo de competencia gestionada.

En Brasil, el SUS presta los servicios de salud en redes públicas, así como contratando proveedores privados (Becerril, 2011). La mayoría de procedimientos diagnósticos y la atención hospitalaria se brinda en

instituciones privadas, donde la oferta de servicios supera a la del sector público, posiblemente debido a los problemas de infraestructura como consecuencia del déficit de recursos tecnológicos y de insumos de las instituciones de media y alta complejidad pertenecientes al sector público, ligado a una financiación insuficiente.

El crecimiento de la oferta privada de servicios de salud en áreas donde la oferta pública es insuficiente (Becerril, 2011) podría conllevar una tendencia semejante a lo ocurrido en Colombia, es decir, a que se aumente la participación de este sector en la prestación de los servicios de salud en el sistema financiado con recursos públicos, que favorece que parte de la financiación vaya al lucro para el privado y el debilitamiento de lo público.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, en las redes colombianas se describen problemas tanto para el I nivel como para la atención especializada, con distintos factores determinantes. En primer lugar, la limitada oferta de servicios en las áreas marginales, especialmente para las redes subsidiadas, es producto de la concentración de instituciones de apoyo diagnóstico y atención resolutive en las zonas de mayor desarrollo económico (Universidad Nacional, 2012), en detrimento de una oferta accesible para la población más pobre de las áreas de estudio. Además, también son consecuencia de los modelos de compra establecidos por las aseguradoras, quienes, al privilegiar su rentabilidad económica, fragmentan los procesos de atención en diversos proveedores, como también describe Echeverry (2011) y obligan al paciente a desplazarse a diversos lugares de la ciudad. Esta situación además potencializa otras barreras de acceso a los servicios de salud en la medida en que incrementan los gastos asociados al pago de transporte y el número de trámites para la obtención del servicio, lo que en muchos casos desincentiva la continuidad de la atención.

En Brasil, emergieron diferencias sobre la accesibilidad geográfica entre los centros del I nivel y de atención especializada. En general, se considera que los centros de I nivel cumplen los criterios de georreferenciación y el desarrollo de acciones domiciliarias del PSF en las zonas marginales. No obstante, se señala la inadecuada ubicación en el territorio de algunas unidades de salud de la familia, lo que conlleva dificultades para el acceso de los usuarios por condiciones topográficas del terreno, principalmente en las ubicadas en las zonas marginales de las áreas de estudio, demostrando las restricciones que existen para la implantación

del modelo de territorialización de la APS (Da Silva, 2011). En lo que compete a la atención especializada, las principales barreras para la población residente en Caruarú y Recife se refieren a las largas distancias que deben recorrer para llegar a los hospitales de referencia y la baja disponibilidad de transporte público existente.

En cuanto a los factores organizativos, en las redes de los dos países se enuncian dificultades con los mecanismos de solicitud de citas y los tiempos de espera para la atención. En Brasil, se señalaron problemas en las unidades básicas de salud, atribuidos a la restricción en el número de días o de franjas horarias, así como a la existencia de filas para llevar a cabo el proceso, que conllevan un incremento de los tiempos de espera para la atención y la búsqueda de servicios en la atención especializada como alternativa para obtener respuesta a sus necesidades de atención (Oliveira y Veira, 2010). En Colombia, se identificaron problemáticas similares en relación con los mecanismos presenciales, siendo más difícil el proceso de obtención de citas a nivel especializado. Aunque en las redes de estudio de ambos países se han creado *call centers*, se denotan problemas para la obtención de una comunicación efectiva, lo que implica en muchos casos que el usuario brasileño deba retornar a las unidades de salud para solicitar el respectivo agendamiento, y en el caso colombiano, a que se incurra en nuevos desplazamientos y trámites para la atención, principalmente cuando se genera vencimiento de la autorización o la aseguradora ha finalizado el contrato con el prestador.

En ambos países se destacan los largos tiempos de espera para la atención, primordialmente para la atención especializada, atribuidos en gran medida al déficit de especialistas y a la insuficiencia de recursos tecnológicos para la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, que en el caso colombiano resulta más crítico en las redes subsidiadas, en especial cuando el paciente requiere la realización de un procedimiento considerado de alto costo.

Finalmente, en cuanto a los *factores relacionados con la población*, emerge la falta de recursos económicos como la principal barrera que incide en el acceso a los servicios de salud tanto en Colombia como en Brasil y que ha sido descrita en estudios previos (Vargas, 2009; Vásquez y Velandia, 2003; Mishima, 2010; Rodríguez, 2010). Aunque en las redes contributivas de Colombia el bajo nivel de ingreso se presenta con menor

intensidad, aparecen otras limitantes, como la dificultad para la obtención de permisos laborales y la falta de apoyo familiar, principalmente en el caso del adulto mayor o las personas con discapacidad, lo que les impide la realización de trámites y la asistencia a consultas programadas. Así mismo, el desconocimiento de los derechos y del uso adecuado de los servicios fue señalado como otra barrera en ambos países. En Colombia, se visualizan dos tendencias: de una parte, el personal de salud lo atribuye al bajo nivel sociocultural de los usuarios, en tanto que estos consideran que la información proporcionada por los servicios y, en el caso particular de las aseguradoras (EPS), resulta insuficiente, lo que denotaría un interés por restringir el uso de los servicios de salud. En Brasil, pese a que se destacan fallas en la información proporcionada por los prestadores de servicios, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, pareciera que existe un mejor conocimiento de la población en relación con el sistema. Por último, en los dos países la alta utilización de los servicios de urgencias por parte de la población, según los prestadores de servicios y evidenciada en la encuesta (García-Subirats et al., 2014), podría estar relacionada con la búsqueda de mejores respuestas a sus necesidades de atención en salud o como estrategia para superar las numerosas barreras que les impiden acceder a la atención.

La coordinación de la atención entre niveles en las redes de servicios de salud y los factores que influyen, según los actores involucrados

Los resultados de las redes de ambos países señalan una limitada coordinación entre niveles de atención —excepto en centros muy específicos de atención ambulatoria de las redes del régimen contributivo en Colombia—, que en las redes colombianas refieren principalmente a la falta de coordinación de información y, en Brasil, además, a deficiencias en la coordinación del acceso de los pacientes y en la coordinación de la gestión clínica. Esta diferencia podría estar relacionada con la mayor presencia de barreras de acceso y baja calidad del I nivel de atención en Brasil (García-Subirats et al., 2014).

Se encuentran importantes diferencias en los factores que influyen en la coordinación entre niveles de atención, relacionados, en primer lugar, con las características de los sistemas de salud, que, a su vez, influyen

sobre los relativos a la organización de los servicios y los profesionales, que se interrelacionan entre sí.

Entre los factores relacionados con las características de los sistemas de salud, destaca en ambos países la existencia de desincentivos económicos a la coordinación de la atención. En Colombia, se deben a la búsqueda del beneficio económico inherente al modelo de competencia gestionada, que lleva a las aseguradoras a establecer con los prestadores de salud contratos a corto plazo y una compra fragmentada de servicios, y a los proveedores a competir entre sí. Además, en las redes subsidiadas, la coordinación de la gestión clínica se dificulta por la fragmentación del paquete de beneficios (POS-S) que está bajo la responsabilidad de distintas entidades, la aseguradora (servicios POS-S) y la Secretaría de Salud (no POS-S).

En Brasil, la descentralización del sistema de salud, junto con mecanismos de asignación de recursos basados en producción, y el poco uso de mecanismos de contratación y control, genera fuertes incentivos para competir por los recursos y no proveer los servicios de atención como se planificaron en la red, tanto para proveedores públicos como para los privados contratados. A esto se añade la insuficiente capacidad técnica de los municipios para desarrollar sus competencias en la organización de la red, lo que cuestiona la conveniencia de descentralizar funciones tan complejas a los municipios, especialmente los pequeños. Esto se potencia con la interferencia de intereses de políticos partidarios en los diferentes niveles de gobierno, que se traducen en inversiones con fines electorales, con desarrollo paralelo de redes de servicios.

Por lo tanto, ambos países poseen características en sus sistemas de salud que no favorecen la configuración de redes orientadas a la coordinación entre los prestadores que la conforman.

Entre los factores organizativos que influyen en la coordinación entre niveles de atención en las redes de servicios en ambos países, destacan, en primer lugar, las condiciones laborales, factor que no se suele considerar en los estudios internacionales sobre coordinación (Mc Donald et al., 2007; Ovretveit, 2011). Por un lado, los modelos de contratación con contrato indefinido/tiempo completo la favorecen, mientras que los contratos parciales y/o temporales, cada vez más extendidos de acuerdo con las corrientes dominantes, conducen a la elevada rotación de personal y su desmotivación, dificultando el uso de mecanismos de coordinación.

Estos resultados también son descritos en Brasil como causa de la falta de registro de información en la contrarreferencia por parte de los especialistas por otros autores (Harris, 2007). Un segundo factor importante es el insuficiente tiempo disponible para el uso de los mecanismos de coordinación, con diferentes causas según el país y que se relaciona con el modelo de sistema de salud. En Brasil, se atribuye a la carga de trabajo por la insuficiencia de recursos humanos, agudizada por el incumplimiento del horario laboral debido al pluriempleo. Mientras en Colombia, a los incentivos para reducir el tiempo por consulta médica, por la remuneración por producción de los profesionales. Finalmente, en algunas de las redes subsidiadas en Colombia y en Brasil se señala el pago por servicio a los profesionales como obstáculo para la coordinación de la gestión clínica, por disuadir a los especialistas de contrarreferir a pacientes para mantener ingresos, coincidiendo con otros estudios (Ham y Smith, 2010; Yau et al., 2011).

A pesar de que las políticas de salud de ambos países (Ministério de Saúde, 2006a; República de Colombia, 2011d), en consonancia con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (2009), promueven la creación de redes en torno al I nivel, que actúa como coordinador de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial, los resultados muestran una capacitación inapropiada de los profesionales para desarrollar este papel, dificultando su implantación. Este factor, principalmente referido a la inadecuada formación universitaria y educación continuada, por un lado, contribuye al débil ejercicio del rol de responsable de la atención por parte de los médicos del I nivel, y, por otro, a la limitada predisposición de los especialistas a colaborar por el desconocimiento y poco valor y confianza que conceden al I nivel.

Muy limitadamente emerge la presencia de mecanismos de coordinación como factor facilitador de la coordinación, principalmente en los centros de atención ambulatoria de las redes contributivas en Colombia, donde han implementado una mayor variedad de mecanismos de coordinación de la gestión clínica (historia clínica compartida, sistema de experto y guías de práctica clínica). Así mismo, en estos centros, la existencia del I nivel y atención especializada en un mismo centro favorece su coordinación en la gestión clínica, según los administradores porque facilita la implementación de mecanismos de coordinación, y, según

los profesionales, porque favorece la comunicación informal, el trabajo en equipo, los vínculos y la comprensión mutua. Este tipo de modelo de organización de los servicios podría resultar ineficiente sin una planificación adecuada que tenga en cuenta el tamaño de población necesario para que se mantengan las economías de escala, y si los especialistas no actúan como expertos, ayudando a mejorar la capacidad resolutive de los médicos del I nivel, lo que no parece darse en los casos analizados, que son los que han desarrollado más extensamente las estrategias de sistema experto.

Aunque con diferencias entre países y redes, los resultados muestran el predominio de las dificultades percibidas principalmente por los profesionales en el uso de los mecanismos existentes, con consecuencias importantes para la atención de los pacientes.

Los mecanismos de coordinación más conocidos y utilizados en la transición del paciente entre el I nivel y la atención especializada son los relativos a la transferencia de información clínica y, entre ellos, en las redes de ambos países, el formato de referencia y contrarreferencia, con numerosas dificultades en su uso. En todas las redes, aunque con más intensidad en las brasileñas, emerge la insuficiencia de registro en la referencia y el no uso del formato por parte del especialista, problema también señalado por otros estudios en países tanto de renta alta (Gandhi et al., 2000; Grol et al., 2003; Lin, 2012; Mehrotra et al., 2011; Ovretveit, 2011) como de renta media y baja (Harris et al., 2007; Omaha et al., 1998). Aunque menos utilizado, en ambos países la transferencia de información y la regularidad en los informes de alta hospitalaria es mejor, pese a que en las redes de Brasil consideran que la información es incompleta, con excepciones. En Colombia, en las redes contributivas, destaca la disponibilidad de la información clínica para ambos niveles asistenciales en la historia clínica compartida, con ciertas limitaciones: no contiene información sobre atención hospitalaria o de algunos especialistas y el insuficiente registro de información. En ambos países, se utiliza al paciente para obtener información sobre sus antecedentes médicos. Coincidiendo con la literatura, los informantes señalan los costes que supone la inadecuada transferencia de información entre niveles —derivaciones y hospitalizaciones evitables, y duplicación de pruebas—, así como el impacto en la calidad de la atención y salud de los pacientes, asociado al

retraso en el diagnóstico e interrupción del tratamiento y seguimiento inadecuado (Lin, 2012; Mehrotra et al., 2011; Ovretveit, 2011).

A pesar de que la coordinación de la gestión clínica es central en la coordinación de la atención, los resultados muestran poco desarrollo de mecanismos de este tipo, con algunas excepciones.

Entre los mecanismos para la coordinación de la gestión clínica, únicamente se describen el sistema de experto presente en los centros de atención ambulatoria de las redes contributivas de Colombia y en una de las redes en Brasil en fase inicial de implementación y las guías de práctica clínica, utilizadas por los centros ambulatorios, así como por los proveedores públicos de las redes subsidiadas, pero para procesos específicos. El sistema experto basado en el desarrollo de capacidades es especialmente valorado por las profesionales de las redes que lo han implantado no solo para mejorar la capacidad resolutoria del I nivel de atención y la adecuación de la derivación, sino porque son espacios que favorecen la comunicación entre profesionales, coincidiendo con otros estudios (Heno et al., 2009). En las redes contributivas de Colombia, existen grupos de especialistas para el apoyo a los médicos generales mediante sesiones clínicas mensuales o semanales para revisión de casos, consultas conjuntas y asesoramiento en persona o por teléfono, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica del I nivel y evitar referencias y pruebas diagnósticas innecesarias. No obstante, solo funciona para la red propia de la aseguradora, de modo que ciertas especialidades quedan excluidas. Se destaca la importancia de la *GPC* para la coordinación entre los profesionales mediante la orientación clínica y la definición de los criterios para la referencia de pacientes a los diferentes servicios, así como las dificultades en su uso, como la falta de tiempo para su consulta, y el limitado conocimiento de su existencia. Estos mecanismos se introducen de forma aislada, sin formar parte de estrategias de gestión compartida que comprendan su utilización simultánea y la planificación individual de la atención del paciente, lo que, según la literatura, disminuye la efectividad de las intervenciones (Chen et al., 2000; Ovretveit, 2011; Shortell et al., 1996; Wagner, 1996b).

En todas las redes analizadas existen centrales de referencia (de regulación) como mecanismo para la coordinación administrativa entre niveles del acceso de los pacientes. En las redes colombianas, coordinan

la referencia de pacientes para la atención urgente, ingreso hospitalario o traslados, mientras que, en Brasil, el acceso a cualquier nivel de atención de la red. Los resultados del estudio ponen de manifiesto problemas en el funcionamiento de estas centrales, especialmente en las redes de Brasil analizadas. También evidencian que las dificultades, además de relacionarse con el instrumento, se asocian con otros elementos del sistema de salud, como las barreras estructurales de acceso a los servicios de salud y la fragmentación del modelo descentralizado. El primero contribuye a que las centrales de referencia no consigan derivar los pacientes al lugar y en el tiempo adecuado por la insuficiencia de la oferta de servicios disponible; y el segundo, a la existencia de múltiples actores (estatales, municipales) con incentivos para competir por los recursos, en lugar de colaborar entre sí (Vargas et al., 2015) para coordinar las diversas centrales de referencia que gestionan en la red. El uso frecuente de la red informal basada en contactos personales y de la influencia política para conseguir acceder a los servicios de salud no resulta una alternativa deseable al mecanismo institucional, tal y como indica la mayoría de los informantes, por las graves consecuencias que conlleva para la equidad de acceso del sistema de salud.

Desempeño de las redes de servicios de salud

En este estudio se ha llevado a cabo la evaluación del desempeño de las redes de servicios de salud de Colombia y Brasil, mediante el análisis de la atención de dos enfermedades trazadoras, la diabetes y el cáncer de mama. La atención adecuada de estas dos patologías requiere aspectos distintos: la diabetes precisa coordinación del seguimiento del paciente por parte del I nivel de atención (Drabik et al., 2012), mientras que la atención al cáncer de mama necesita buen acceso al I nivel, referencia rápida al nivel especializado y coordinación adecuada dentro de ese nivel entre especialistas, y de exámenes, como mamografía y anatomopatología. El análisis conjunto proporciona una imagen del funcionamiento global de la red.

Se analizaron alrededor de 50 casos de diabetes y cáncer de mama en las redes seleccionadas. Es un número pequeño pero suficiente para encontrar diferencias significativas. El trabajo para revisar las historias clínicas en todos los niveles y todas las especialidades fue enorme, particularmente en Bogotá, donde las aseguradoras contratan múltiples

proveedores. Pero gracias a ese trabajo se dispone de datos fidedignos de desempeño en diabetes y cáncer de mama, datos no disponibles hasta la fecha en los dos países.

En todas las redes estudiadas, el análisis de los indicadores muestra problemas de acceso para las pacientes con cáncer de mama: detección tardía en el régimen subsidiado en Bogotá y largas demoras para el tratamiento, particularmente en la red de Recife y el régimen subsidiado en Bogotá, y también, aunque en menor medida, en el régimen contributivo. La detección tardía de esta patología fue constatada también en otra investigación en Brasil (Goss et al., 2013) y para mujeres del régimen subsidiado en Colombia (Velásquez-De Charry et al., 2009), mientras que un estudio reciente en Brasil también encontró demoras largas entre diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento (Maia et al., 2006). Estos problemas indican la existencia de barreras de acceso a lo largo del continuo asistencial, y en la coordinación entre el I nivel y el especializado e intranivel especializado.

En relación con los pacientes diabéticos, en las redes de ambos países, las consultas realizadas en el I nivel de atención a los pacientes diabéticos son pocas e insuficientes para cumplir con las normas establecidas para el control de diabetes (en Recife, apenas 1,3 consultas por año de los pacientes diabéticos) y casi no hubo consultas de enfermería. Estos resultados cuestionan el desempeño del I nivel en el control de la atención del paciente. Así mismo, en ambos países, y coincidiendo con otro estudio (Martínez, 2013), se llevan a cabo pocas consultas con el especialista, sobre todo en el régimen subsidiado de Colombia y la red de Recife (0,35 consultas de especialista por año por paciente diabético), lo que podría indicar importantes barreras de acceso a este nivel, así como el limitado papel del I nivel como coordinador de la atención. En Brasil, el SUS sufre de una escasez de especialistas, por un lado, porque se forman demasiado pocos; por otro lado, porque las condiciones laborales en el sector privado a veces son más atractivas. En Colombia, las aseguradoras (EPS) contratan especialistas que pueden trabajar en otra parte de la ciudad de Bogotá, lo cual dificulta el acceso para los pacientes, especialmente para los del régimen subsidiado, que disponen de pocos recursos para su desplazamiento. Y en Colombia también algunas especialidades médicas escasean.

En todas las redes analizadas, los resultados del control de la diabetes, medidos a través de los tres indicadores principales —hemoglobina glicosilada, presión arterial, colesterol— fueron inferiores a los estándares de calidad establecidos, coincidiendo con otros estudios en Colombia y Brasil que también señalan problemas en el control metabólico de los pacientes diabéticos (Fontbonne et al., 2013; Gomes et al., 2009; Machado-Alba et al., 2009; Mendes et al., 2010).

Un hallazgo preocupante en las redes analizadas y para las dos enfermedades trazadoras fue la inexistencia de contrarreferencia de información por parte de los especialistas hacia el I nivel de atención, con consecuencias importantes para el seguimiento del paciente por los equipos de salud del I nivel de atención, particularmente en el caso de la diabetes. Por un lado, hay negligencia de los especialistas, y, por otro lado, se ha detectado desconfianza de los especialistas con respecto a la capacidad de los médicos de I nivel para controlar al paciente diabético.

Los resultados muestran problemas de acceso y oportunidad en la atención del cáncer de mama, y la baja calidad en la atención de los pacientes diabéticos, con diversas implicaciones para la salud de los pacientes: para las mujeres con cáncer de mama, menor cantidad de casos curados y mayor mortalidad, así como el sufrimiento añadido por los elevados tiempos de espera, para diagnóstico y tratamiento; y para los pacientes diabéticos, la posible presencia de una mayor cantidad de complicaciones evitables (insuficiencia renal, retinopatía, amputaciones de pie, etc.).

Es interesante mencionar que experiencias con pacientes diabéticos en otros países enfatizan el papel de las enfermeras en la coordinación de la atención, y la importancia de un especialista que coordine la atención de los crónicos entre niveles de atención, como también del esfuerzo para armonizar la provisión de salud, el trabajo social y el soporte informático para asegurar una atención 'holística' (Rigby et al., 2013). Estos elementos se encontraron poco presentes en Colombia y Brasil, con la excepción de la Red 3-C, donde enfermería se involucra en la atención a los pacientes diabéticos.

Finalmente, el estudio reveló importantes limitaciones en los sistemas de información de ambos países: múltiples sistemas de información, no confiables y baja calidad de los datos que se registran, que, por un lado, cuestionan los resultados de otros estudios basados en estos sistemas de

información, y, por otro, dificultan la evaluación por parte de las autoridades de salud del desempeño de las redes.

Con respecto a las limitaciones de este estudio de desempeño de las redes en Pernambuco y Bogotá, por un lado, hay que enfatizar que el Estado de Pernambuco tiene un desempeño (*performance*) por debajo del promedio nacional en lo que al SUS se refiere, y, por otro lado, que las EPS estudiadas en Bogotá están clasificadas entre las mejores del país. Puede haber un sesgo en la selección de las EPS en Bogotá, ya que entraron al estudio las que aceptaron ser evaluadas, y es probable que las que rechazaron entrar no eran las mejores. Estos factores hacen que no sea posible extrapolar estos resultados al resto del territorio de ambos países.

Para detectar el efecto de una mejor coordinación de la atención, por ejemplo, de parte de los médicos de familia, un enfoque más apropiado para enfermedades crónicas sería el seguimiento de una cohorte a largo plazo, por ejemplo, durante tres años (Kiivet et al., 2013).

La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud: estudio de casos de usuarias con cáncer de mama

Los resultados de los estudios de casos de usuarias portadoras de cáncer de mama mostraron deficiencias en la continuidad de la atención en ambos países, en particular en la continuidad de gestión clínica y de información, y, en Colombia, también en la continuidad de relación.

Con respecto a la primera dimensión de la continuidad, la que se refiere a la *continuidad de la gestión clínica entre niveles de atención*, ninguna de las pacientes, ni en Brasil ni en Colombia, habían sido sometidas a pruebas preventivas, como está previsto en los protocolos nacionales (ecografías y mamografías) a pesar de haber sido atendidas por otros problemas de salud. Una vez aparecieron los síntomas, hubo retrasos para la primera consulta en el I nivel de atención, bien porque las pacientes no buscaron atención inmediatamente, o bien por la demora en la asignación de la cita. También se atribuyen retrasos en el diagnóstico a que algunos profesionales subestimaron los síntomas. Es interesante destacar la importancia del establecimiento de una relación de confianza con el médico de familia en la detección temprana de cáncer de mama, tal y como muestra un estudio en los Estados Unidos (Mainous et al., 2004).

Durante la fase diagnóstica emergieron problemas de acceso, especialmente en Colombia, pero también en la red de Caruarú (Brasil), a los exámenes (biopsias y de extensión del cáncer) que tuvieron como consecuencia, en el primer caso, retrasos en el diagnóstico (por ejemplo, un tiempo de espera para la biopsia de hasta tres meses); y en el segundo, gastos de bolsillo de la atención en servicios privados para evitar la demora en los servicios públicos, así como retrasos en el inicio del tratamiento. Solo en Recife, las pacientes obtuvieron resultados de la biopsia en menos de 40 días, tal y como obligan las normas nacionales. En ambos países, las usuarias atribuyen el atraso en el diagnóstico en parte debido a la limitada disponibilidad de los equipos y/o de los profesionales, y en el caso de Colombia, además, a la necesidad de obtener autorizaciones para la realización de las pruebas por parte de las aseguradoras (EPS) y comités científico técnicos, también descrito como una posible barrera en un caso en Caruarú.

En el tratamiento de la enfermedad, en ambos países se identificaron problemas en cuanto al abordaje de los efectos secundarios de la quimioterapia; en algunos casos, por la falta de disponibilidad de medicamentos prescritos, lo que significó un gasto de bolsillo importante para las usuarias, y, en Colombia, la interrupción del tratamiento en algún caso. En el caso de Colombia, también se atribuyó a la falta de cobertura del POS en el régimen subsidiado, además de las largas distancias a los servicios de salud como consecuencia de la compra fragmentada de las aseguradoras de servicios distantes del lugar de residencia de las usuarias.

Tanto las pacientes de Brasil como de Colombia consideraron que el tratamiento se había adaptado a sus necesidades, a pesar de señalar numerosos problemas en la comunicación, coordinación y colaboración entre los proveedores de atención especializada, así como los desacuerdos entre los especialistas acerca de las pruebas de diagnóstico, tratamientos alternativos y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad. En los Estados Unidos, un estudio reciente también mostró un porcentaje considerable de pacientes crónicos (27 %) que percibían problemas en la coordinación de la atención (9 % problemas graves y 18 % problemas menores) (Maeng et al., 2012). Hay que tener en cuenta que algunos pacientes son reacios a denunciar dificultades en la continuidad de su atención (King et al., 2009).

En ambos países emergen problemas de continuidad de información entre niveles asistenciales, principalmente entre especialistas, en algunos casos convirtiendo a las pacientes en el medio para transferir la información al resto de profesionales. En una red de Brasil, se destacó la ausencia de transferencia de información de los especialistas al I nivel de atención, por considerarlo innecesario. Esto indica la posible existencia de desconfianza del médico de II nivel hacia su colega de I nivel, problema conocido y muchas veces descrito (Beaulieu, 2013).

En Brasil se percibe un mejor conocimiento por parte de los oncólogos de los contextos socioeconómicos, mientras que, en Colombia, hubo diferencias en cuanto al nivel de conocimiento del oncólogo y/o cirujano de las circunstancias personales de las pacientes, atribuido al interés mostrado hacia el paciente.

Solo los usuarios de la red contributiva en Colombia señalaron la existencia de una historia clínica compartida entre los profesionales del I nivel y la atención especializada.

En cuanto a la percepción de *continuidad de relación*, en ambos países las usuarias atribuyen al oncólogo la responsabilidad del seguimiento, aunque se evidencian discontinuidades en la relación. En Colombia, eso se atribuye al gran número de profesionales que participan en la atención de los pacientes por la compra fragmentada de servicios por parte de las aseguradoras, y, en Brasil, a la escasa estabilidad del personal en el I nivel, además de considerar que los profesionales del I nivel no tienen el conocimiento adecuado para el seguimiento de la enfermedad.

La importancia de la estabilidad del médico de I nivel se destaca también en otros estudios, por ejemplo, una revisión sistemática hecha por Sampson *et al.* (2015) encuentra que una buena relación con el médico de I nivel se basa en la confianza y el entendimiento, ambos imposibles cuando ese médico cambia permanentemente. La relación estable con un solo médico de cabecera se ha asociado con un mejor acceso a actividades preventivas, incluso en sistemas de salud de cobertura universal sin barreras financieras en el acceso (Menec *et al.*, 2005). Un estudio en Suecia mostró que una atención personalizada y continua en pacientes con cáncer de mama tenía un efecto positivo sobre el estado emocional de la paciente, su bienestar mental y su percepción de dolor posoperativo, a un año de la cirugía (Boman *et al.*, 1999). Si bien en Brasil, en general,

se señala una buena relación con los oncólogos, y, en consecuencia, una mayor confianza para preguntar y expresar dudas sobre la enfermedad y el tratamiento, en el caso de Colombia, esa relación varía mucho según el interés mostrado, tanto por el oncólogo como por el cirujano. En ambos países, la paciente una vez diagnosticada es atendida en el II nivel, sin intervención alguna por el médico de cabecera, lo cual no favorece la continuidad relacional y desmejora la imagen y el prestigio del médico de familia (Kvamme, 2015).

La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud: estudio de casos de usuarias con diabetes mellitus de tipo 2

Los resultados del estudio de casos con usuarias portadoras de diabetes mellitus de tipo 2 mostraron problemas en la continuidad de la atención en ambos países. En la revisión de la literatura, se detectó que todavía son escasos los estudios que abordan el tema de la continuidad asistencial en Latinoamérica, particularmente en Colombia y Brasil, por lo que la discusión de resultados con otras investigaciones realizadas en ambos países es limitada.

Con respecto a la *continuidad de la gestión clínica entre niveles de atención*, en ambos países emergieron problemas de acceso en la fase prediagnóstica, generando un diagnóstico y tratamiento tardío, y situaciones de crisis. En Brasil, se atribuye la falta de detección en la atención primaria a la insuficiente oferta de servicios de apoyo al diagnóstico, sobre todo en la red de Caruarú, lo que coincide con la revisión presentada por Toscano (2004). En Colombia, el atraso en el diagnóstico se atribuye a una limitada cobertura del POS, especialmente en las redes del régimen subsidiado, que restringe la realización de pruebas de laboratorio. En ambos casos, se generan gastos de bolsillo de las usuarias. La diabetes está considerada como una enfermedad en ascensión y exige un adecuado I nivel de atención para la detección precoz y, sobre todo, para coordinar la atención del paciente a lo largo de los distintos niveles asistenciales (Brito et al., 2012; Zanetti et al., 2001), lo que parecería ser más difícil de alcanzar en el sistema de salud de Colombia, ya que el límite de la atención está definido por la cobertura proporcionada por los distintos regímenes del SGSSS.

En el seguimiento de la enfermedad, en ambos países, existen problemas en el acceso a insumos y medicamentos considerados básicos para el adecuado control de la enfermedad. En Brasil, hay una falta de insumos/medicamentos en las unidades de salud, mientras que, en Colombia, además de la limitada cobertura de servicios, existen diversas barreras en el acceso a los insumos y medicamentos, como, por ejemplo, los trámites para la obtención de las autorizaciones impuestos por las aseguradoras y, en menor medida, por los proveedores de servicios, especialmente en las redes subsidiadas. El acceso a los insumos y medicamentos es uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud pública. A pesar de que en Brasil, entre el año 2005 y 2009, hubo aumento del 65,3 % de los recursos financieros del Ministerio de la Salud para adquisición de medicamentos, y se amplió el volumen de las transferencias a los Estados, y en 2009, hubo un incremento de 20,6 veces en la partida destinada al Programa Farmacia Popular y hubo un crecimiento del 41,6 %, en los recursos destinados a la estructuración de servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2009; Vieira, 2013), los resultados de este estudio parecen señalar la insuficiencia de estos recursos para garantizar la atención adecuada. Los resultados mostraron también barreras de acceso para el seguimiento en la atención especializada, con excepción de una red en Colombia, con elevados tiempos de espera para la atención con los especialistas y dificultades en la comunicación a través del *call center* para la programación de consultas y pruebas de laboratorio, coincidiendo con otro estudio realizado en Brasil (Pereira et al., 2012). Además, en el caso de Colombia, los sistemas de información permiten la multiplicidad en los registros de afiliación de las usuarias en las redes subsidiadas, lo que impide que reciban atención. En Brasil, el control de las complicaciones en el nivel especializado está limitado principalmente por la insuficiente oferta de servicios del SUS, de forma más evidente en Caruarú (Barragán et al., 2011; Morales et al., 2011). En cuanto a la consistencia de la atención, en ambos países existen irregularidades en el seguimiento de las pacientes por los especialistas. Sin embargo, en general, los médicos de nivel básico tienen en cuenta y siguen los tratamientos recomendados por la atención especializada. Además, con mayor evidencia en Brasil, los médicos generales adaptan el tratamiento y refieren a los especialistas en caso de síntomas emergentes, lo que es descrito más limitadamente en Colombia.

En ambos países, emergen problemas en la *continuidad de información entre niveles* asistenciales, debido a uso limitado o la inexistencia de mecanismos formales de transferencia de información entre los diferentes niveles asistenciales. En Brasil, es más evidente en Caruarú, y, en Colombia, en las redes subsidiadas. Según los médicos, cuando se produce un intercambio de información entre niveles, especialmente en la contrarreferencia, el contenido suele ser insuficiente para un seguimiento adecuado de la enfermedad. En general, predomina la comunicación informal entre los profesionales y destaca la responsabilidad de las usuarias en la transmisión de información, lo que también fue observado por Almeida et al. (2010, 2011).

En Brasil se percibe un mejor conocimiento de los médicos de familia de las historias y contextos de las usuarias, al contrario de lo que se observa en las redes de Colombia, donde los profesionales muestran una falta de conocimiento, a excepción de una de las redes contributiva, en la que psicólogos y asistentes sociales denotan un mayor interés por las historias y las condiciones de vida de las usuarias.

En cuanto a la percepción de la *continuidad de relación*, en ambos países se evidencian dificultades diferenciadas por tipos de red. En Brasil, se percibe más la continuidad de relación entre los médicos de familia y usuarias, y menos entre las usuarias y los especialistas. No obstante, depende del área: mientras que en Recife la estabilidad de los equipos de atención primaria parece favorecer la consolidación del vínculo y la confianza entre las usuarias y los médicos de familia, en Caruarú la rotación y el número reducido de especialistas impiden el establecimiento del vínculo entre las usuarias y cualquier profesional. En Colombia, emerge una peor continuidad de la relación. La ruptura de la continuidad de la relación entre las usuarias y los profesionales se debe a la inestabilidad del proveedor, entre otros, como resultado de cambios de afiliación, especialmente en pacientes que son atendidas en el I nivel de atención de las redes subsidiadas. Estos hallazgos son semejantes al estudio en Brasil de Medeiros *et al.* (2010), que describe una alta rotación de médicos y enfermeros en la atención primaria, y su influencia negativa en el fortalecimiento de vínculos entre equipo de salud y usuarios.

Se ha analizado la diabetes como ejemplo de las enfermedades crónicas que requieren de una atención coordinada entre diferentes niveles,

basada en el papel del equipo de atención primaria como coordinador de la atención a lo largo de la trayectoria asistencial. Sin embargo, los límites en el acceso y continuidad de la atención de los casos analizados en Brasil parecen estar más relacionados con la organización y oferta de servicios de salud, y con la insuficiente financiación del sistema de salud. No obstante, en Colombia, las limitaciones están más relacionadas con las medidas, definidas por las propias aseguradoras (EPS) en consonancia con las políticas del propio sistema de salud.

Limitaciones del estudio

En Colombia, la mayoría de EPS que operaba en las áreas de estudio con las que se contactó rechazaron participar en el estudio. Esto podría significar que las cuatro EPS finalmente seleccionadas obtienen mejores resultados que las excluidas. No obstante, los resultados muestran precisamente un pobre desempeño en las redes analizadas. Además, los resultados del estudio en relación con el acceso a lo largo del continuo asistencial muestran barreras similares a otros estudios realizados en Colombia con EPS distintas a las analizadas (Vargas et. al., 2013, 2010). La falta de estudios previos o información estadística sobre coordinación entre niveles de la atención y la calidad dificulta la comparación de los resultados con los de otros estudios. Estas características se deberían tener en cuenta en la interpretación de los resultados, y su transferencia a otros contextos.

Otra limitación importante del estudio, con respecto al análisis del desempeño de las redes en la atención de las enfermedades trazadoras, la constituyó la deficiente calidad y fragmentación de los registros de los servicios de salud (historias clínicas y registros administrativos de los pacientes). Como consecuencia de la inexistencia de información en los registros, el tamaño de la muestra en algunos indicadores fue insuficiente para los análisis de significación estadística.

Finalmente, en relación con el estudio de caso de continuidad de usuarias en Colombia, no se pudo entrevistar a los médicos que habían atendido a algunas usuarias. No obstante, su repercusión fue mínima porque la fuente principal de información de este estudio son las usuarias, y se pudo triangular la información con las HC.