

Com millorar la coordinació clínica entre metges d'Atenció Primària i especialitzada?

- Contribució dels mecanismes de coordinació clínica a Catalunya (COORDENA.CAT)
- Experiències internacionals d'estratègies participatives (Equity LA II)

Ingrid Vargas, Mercé Abizanda, Elvira Sánchez, Laura Esteve, Pamela Eguiguren, Amparo Mogollón, María Luisa Vázquez, Francesc Cots pel GAIA i Equity-LA II

12 de novembre de 2020

Contenidos

- 1. La línea de investigación integración asistencial**
- 2. El grupo GAIA de evaluación de la integración asistencial**
- 3. Contribución de los mecanismos de coordinación clínica en Cataluña**
- 4. Experiencias internacionales basadas en procesos participativos**
- 5. Reflexión final y siguientes pasos**

Antecedents

Risc de fragmentació de l'atenció
(pacients crònics, pluripatològics)



Qualitat

- medicacions incompatibles
- Retard en diagnòstic i tractament
- Pèrdua continuïtat assistencial

Eficiència

- Proves (duplicació)
- Ús dels serveis (visites innecessàries)



SNS basat en APS

→ Intercanvi d'informació, comunicació fluida i acord entre professionals en gestió clínica del pacient



Integració assistencial → prioritat

Cerca de estratègies efectives → IAP



Pandemia COVID-19 y medidas adoptadas

desvío recursos sanitarios a COVID, crisis econòmica emergente, cambios pràctica assistencial y relación entre niveles, aumenta la complejidad e incertidumbre



Reformas para sostenibilidad económica y fortalecimiento sistemas públicos de salud basados en APS

Recerca en integració assistencial del SEPPS i grup GAIA

Catalunya

Llatinoamèrica

2004

Marc d'anàlisi de les OSIs



Estudi de casos de 6 OSI a Catalunya (ISCIII, PI04/2688)



Eines d'avaluació de la continuïtat i coordinació (ISCIII, PI08/90154 i ISCIII, PI0/00348)



Anàlisi coordinació i continuïtat a tres entorns diferent grau d'integració (Ciutat Vella, Girona ciutat i Baix Empordà) (ISCIII, PI08/90154 i ISCIII, PI0/00348)



La coordinació entre nivells assistencials i la seva relació en diferents entorns sanitaris del sistema públic de salut. COORDENA-CAT (PI15/00021)



Adaptació marc i eines d'avaluació (RISS)



Avaluació de la contribució de xarxes de serveis de salut a l'accés i a l'eficiència a Colòmbia i Brasil (Equity-LA) (EU, Health-F2-2009-223123)



Avaluació de l'efectivitat d'intervencions d'integració assistencial a 6 països (Equity-LA II) (EU, Health-F2-2012-305191)

2020

GAIA:

Grupo de Evaluación de la Integración Asistencial

GAIA: Grupo de Evaluación de la integración asistencial

GAIA: GRUPO DE EVALUACIÓN de la INTEGRACIÓN ASISTENCIAL (2013).

Grupo de trabajo de entidades que colaboran con el Servicio de Estudios del CSC en el desarrollo de investigación aplicada en integración asistencial en el sistema de salud catalán.

Los objetivos principales son:

- ✓ Desarrollar herramientas de medición de la integración asistencial
- ✓ Evaluar la integración asistencial en diferentes entornos de Catalunya (diferentes perspectivas y métodos)
- ✓ Proponer recomendaciones y estrategias para mejorar la integración asistencial en el territorio

El Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS) es la unidad de investigación del CSC.
Creada en el 1996 con el objetivo de contribuir al desarrollo del conocimiento del CSC



Año 2013 el GAIA fue reconocido por la Comisión Europea como grupo de investigación en el ámbito de la integración asistencial

GAIA: Grupo de Evaluación de la integración asistencial

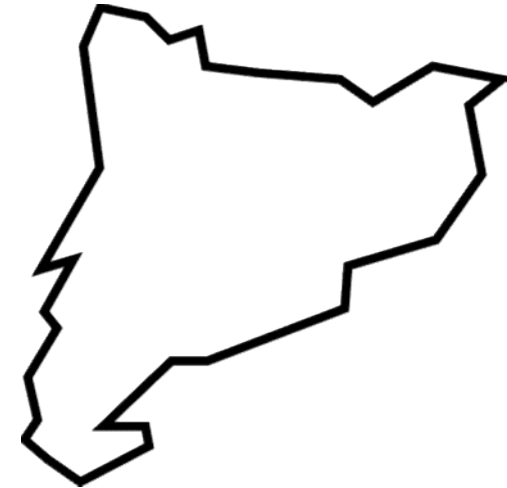
Entidades que forman parte:



GAIA: Grupo de Evaluación de la integración asistencial

Proyectos desarrollados por el GAIA:

- ❖ **La coordinación entre niveles de atención y su relación con la calidad asistencial en diferentes entornos sanitarios del sistema de salud (COORDENA-CAT) (2016-2019)**
- ❖ La relación entre continuidad y coordinación entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios (2011-2013)
- ❖ La continuidad asistencial en diferentes entornos sanitarios (2009-2010)
- ❖ Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña (2004-2007)
- ❖ Factores que obstaculizan y favorecen la implantación de un sistema de compra en base poblacional en Cataluña (2005-2006)



> 20 publicaciones científicas

GAIA: Grupo de Evaluación de la integración asistencial

Qué aportamos:

- ❖ Conocimiento de la situación de la coordinación/integración asistencial en Cataluña
- ❖ Instrumentos y herramientas de medición (cuestionario, indicadores..)
- ❖ Identificación y validación de indicadores de coordinación asistencial

Finalidad: mejorar las estrategias de coordinación y integración en nuestro entorno

La coordinación entre niveles de atención en diferentes entornos sanitarios del sistema de salud:

COORDENA-CAT



Entitades participants



Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic



Hospital Sant Celoni

Baix Montseny Salut



Institut Català de la Salut



CONSORCI SANITARI DE TERRASSA



CONSORCI SANITARI DEL MARESME



GiPSS



Serveis de Salut Integrats Baix Empordà



Consorti Sanitari Integral



CONSORCI HOSPITALARI DE VIC



HOSPITAL Sant Joan de Déu MARTORELL



Fundació Salut Empordà



ALBERA SALUT



Corporació Parc Taulí



Badalona Serveis Assistencials



HOSPITAL d'OLOT COMARCAL DE LA GARROTXA



Hospital General de Granollers Fundació Privada Hospital Asil de Granollers



consorci sanitari de l'anoia



GRUP sagessa



HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL Hospital Comarcal del Ripollès



Institut d'Assistència Sanitària



althaia Xarxa Assistencial Universitària Manresa



FUNDACIÓ HOSPITAL DE PUIGCERDÀ



Corporació de Salut del Maresme i la Selva



CONSORCI SANITARI Garraf



HOSPITAL COMARCAL SANT BERNABÉ



Parc de Salut Barcelona

MAR



Consorti de Salut i Social de Catalunya

¿Porqué se hace el estudio COORDENA-CAT?

- **Ausencia de integración** → uso ineficiente de los recursos, pérdida de continuidad y disminución de calidad asistencial
- **Limitada evidencia** internacional y nacional sobre **determinantes** de la coordinación de la atención y la relación con la calidad asistencial
- Estudios previos en **Cataluña** sobre percepción de coordinación, uso de los mecanismos y factores que influyen son de carácter cualitativo
- Buenos resultados de coordinación y continuidad en los entornos analizados (Ciutat Vella, Girona ciutat i Baix Empordà) incrementa el **interés de analizar** áreas con características diferentes y también con los cambios consecuencia de la crisis



Estudio COORDENA-CAT (2016-2018)
(ISCI, PI15/00021)

Marco conceptual: definición, tipos y factores

Coordinación clínica entre niveles de atención

Concertación de todos los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, sin conflictos.

Tipos

Coordinación de la información clínica

- Transferencia de información
- Uso de la información

Coordinación de la gestión clínica

- Consistencia de la atención
- Seguimiento del paciente
- Accesibilidad entre niveles

Factores

Factores de los profesionales

- Características demográficas y laborales
- Actitud ante el trabajo
- Interacción

Entorno sanitario

Factores organizativos

- Mecanismos de coordinación
- Disponibilidad tiempo

Estudio COORDENA.CAT – Métodos

Objetivo general

Analizar la **coordinación asistencial entre niveles de atención** en diferentes entornos del sistema sanitario catalán.

Estudio transversal

Encuesta online a médicos/as del sistema sanitario catalán.

Población de estudio

Médicos/as de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria

- Más de un año experiencia en la organización
- Atención directa a los pacientes
- Relación con médicos/as del otro nivel

Recogida de datos

Octubre – Diciembre 2017

Muestra

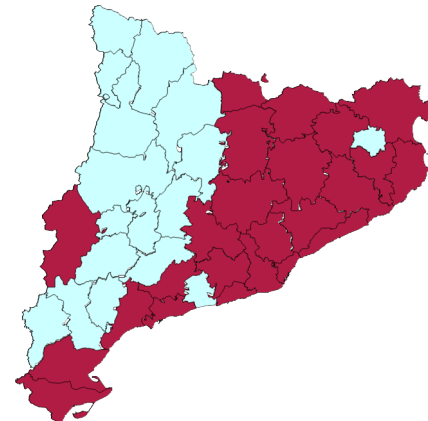
3308 médicos/as

Instrumento

Cuestionario COORDENA-CAT

Áreas de estudio

32 entornos sanitarios del sistema de salud catalán, constituidos por sus **áreas básicas de salud, hospitales y centros sociosanitarios** de referencia.



Análisis realizados hasta el momento

1. Experiencia de coordinación y factores asociados a la percepción general de coordinación entre niveles de atención en diferentes entornos del sistema sanitario catalán, **según nivel asistencial**.
2. Experiencia y percepción general de coordinación entre niveles de atención en diferentes entornos del sistema sanitario catalán y conocimiento y uso de mecanismos de coordinación, **según el tipo de gestión del área**.
3. Experiencia y percepción general de coordinación, factores relacionados y conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación en Cataluña, **según la especialidad hospitalaria**.

Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación y sugerencias de mejora

Resultados parciales COORDENA-CAT



(PI15/00021)

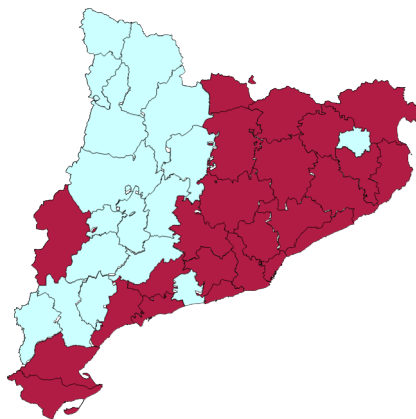
Métodos

Objetivo específico

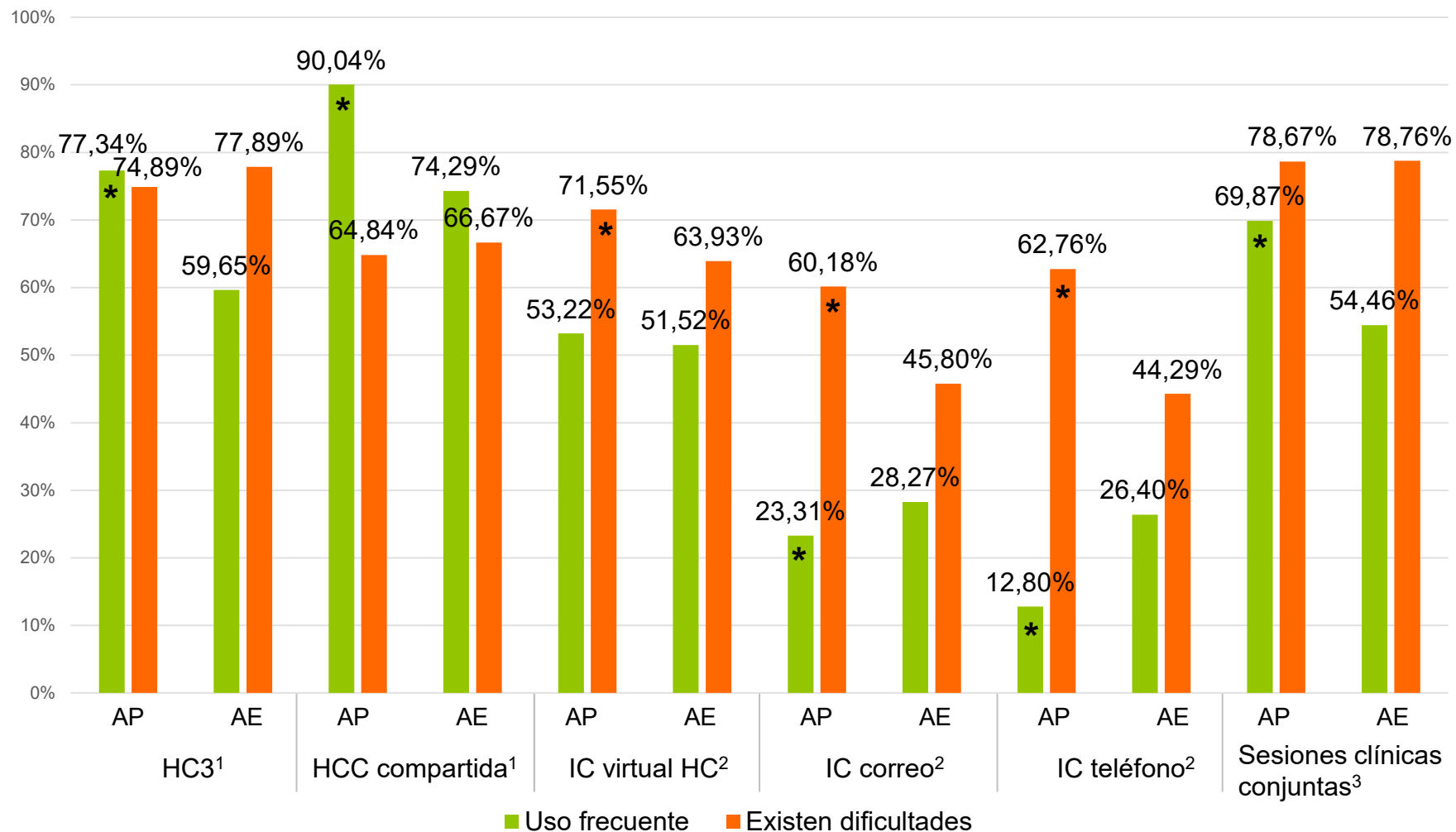
Analizar las **dificultades en el uso** de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles asistenciales, y las **sugerencias para la mejora** de la coordinación clínica en diferentes entornos del sistema sanitario catalán, según nivel asistencial.

Análisis

- Uso frecuente y dificultades uso mecanismos coordinación, sugerencias mejora
- Análisis descriptivos y bivariados (χ^2), por nivel asistencial
- Análisis descriptivos de preguntas abiertas, por nivel asistencial



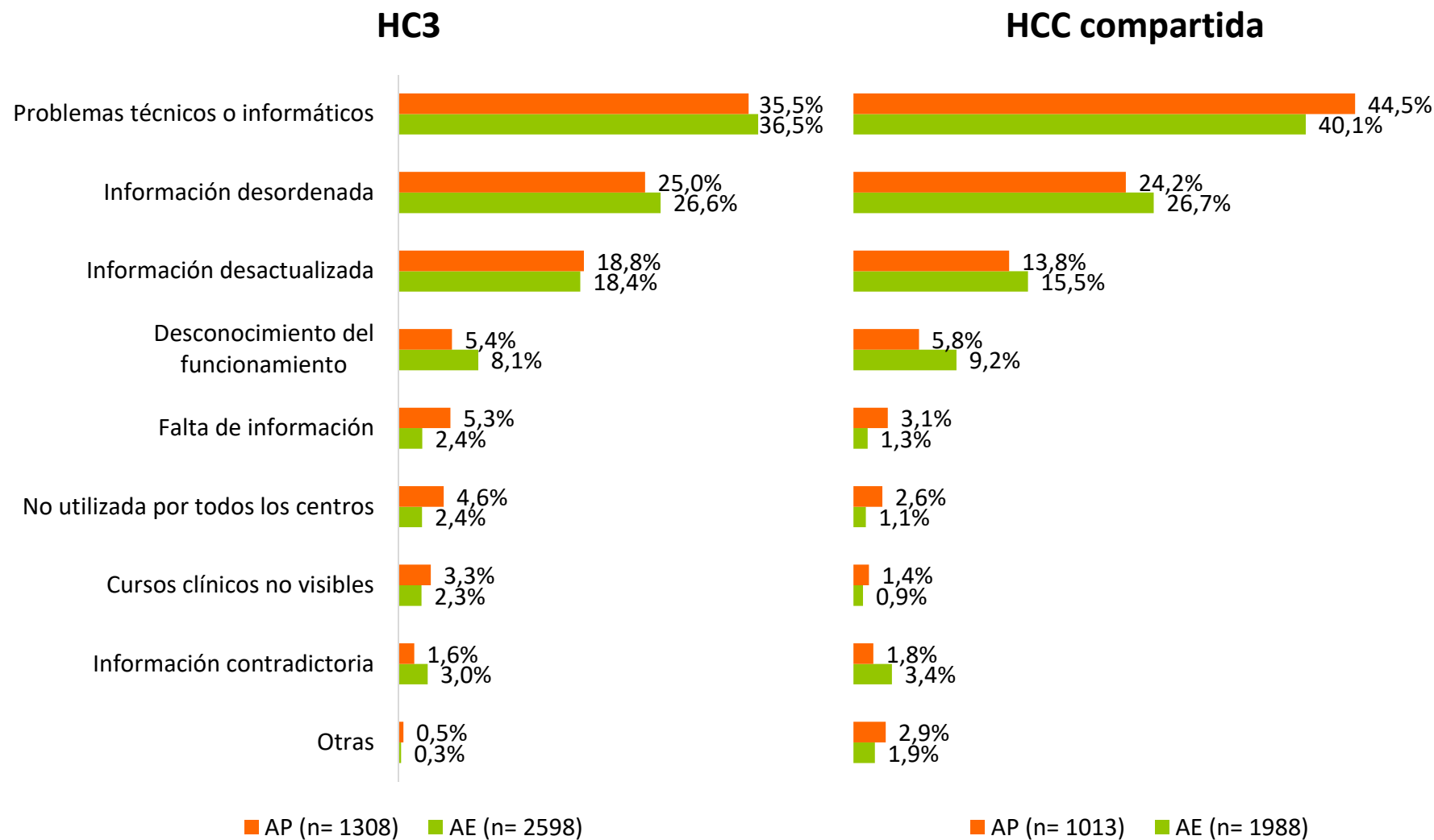
Uso frecuente y existencia de dificultades en el uso de mecanismos



Uso considerado frecuente ¹Diario, ²Diario o semanal y ³Diario, semanal o mensual

AP (N=1141), AE (N=2167)

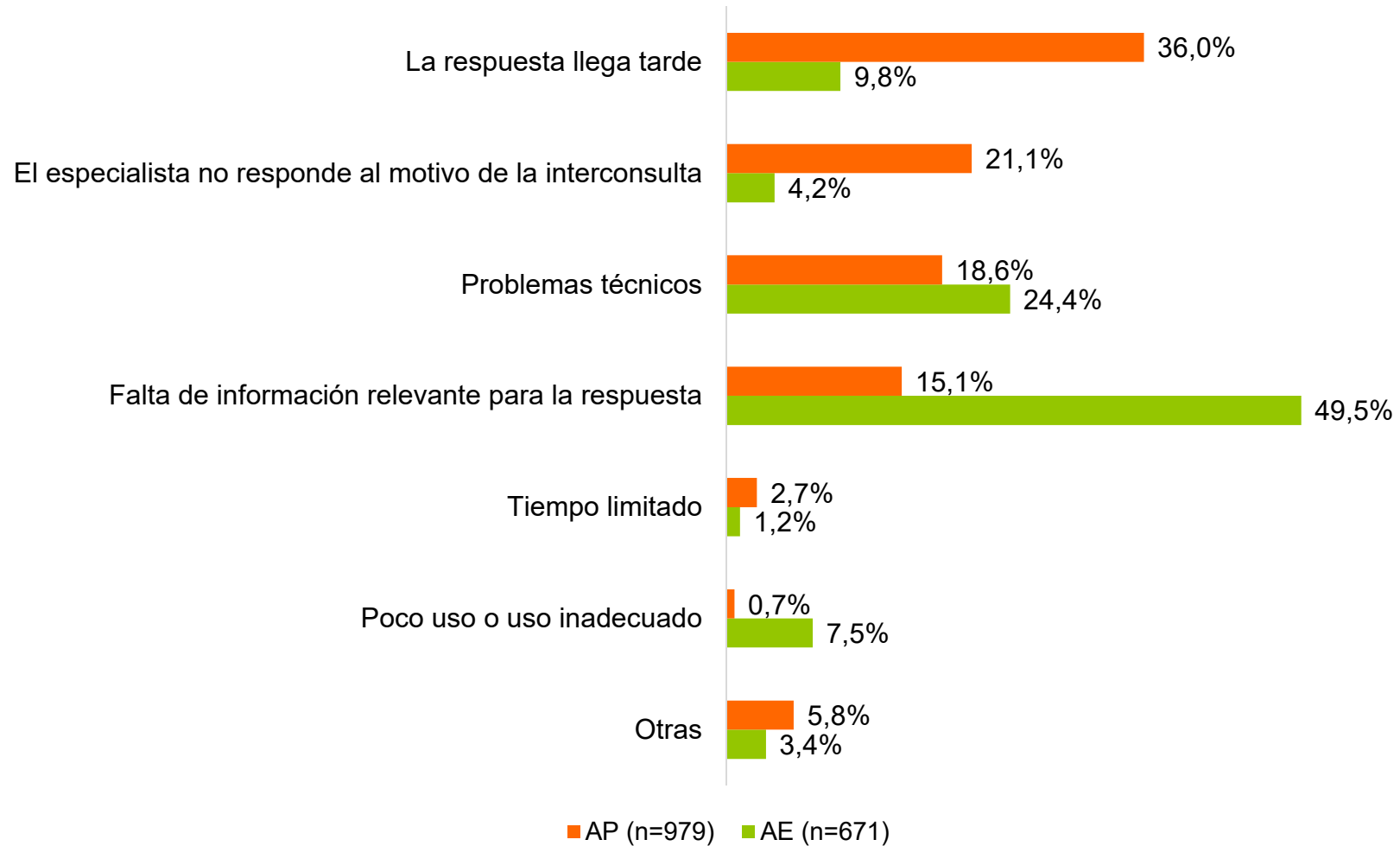
Dificultades en el uso de las historias clínicas



n = número de respuestas

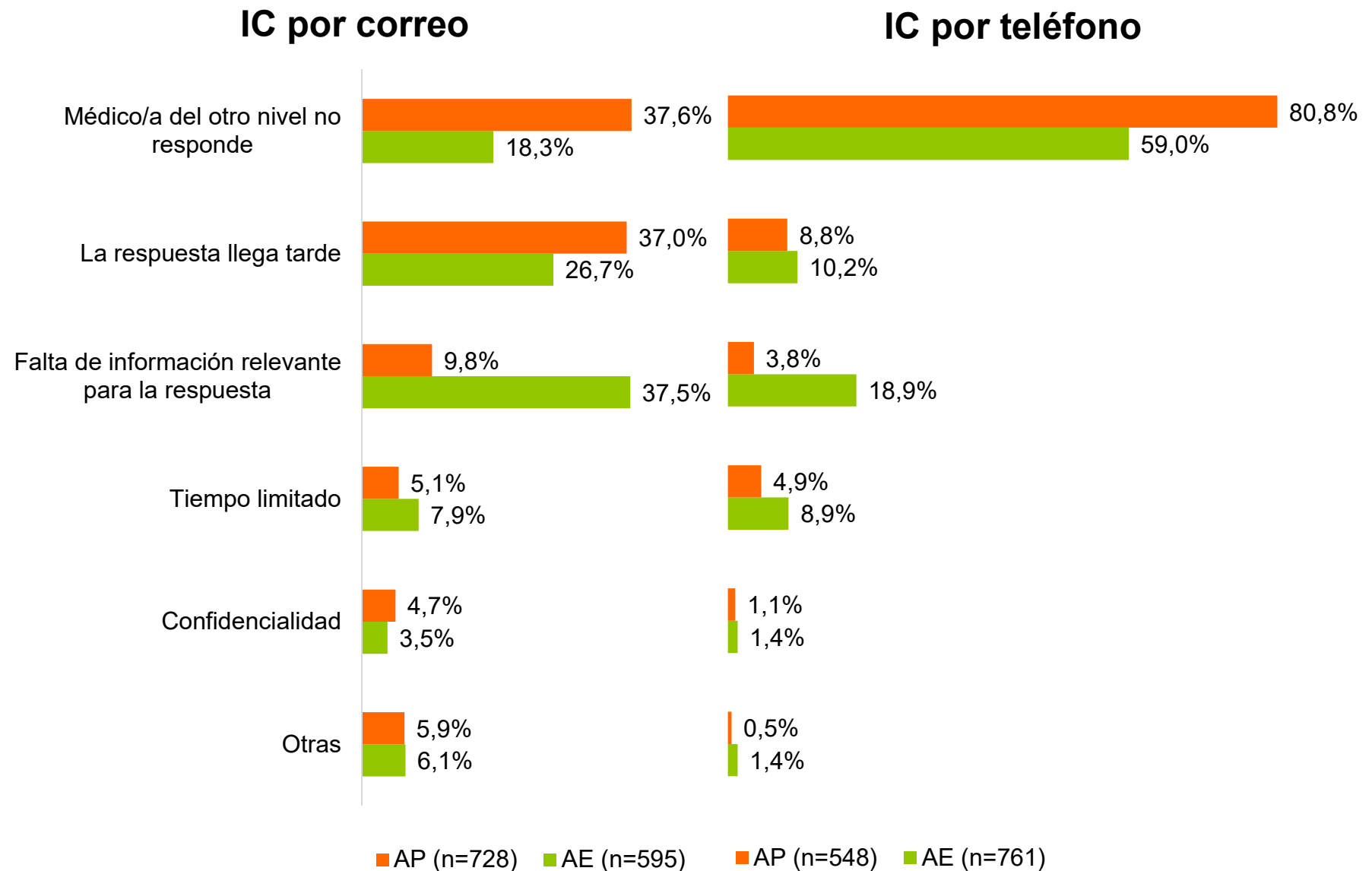
Dificultades en el uso de las interconsultas (IC)

IC virtual a través de la HC



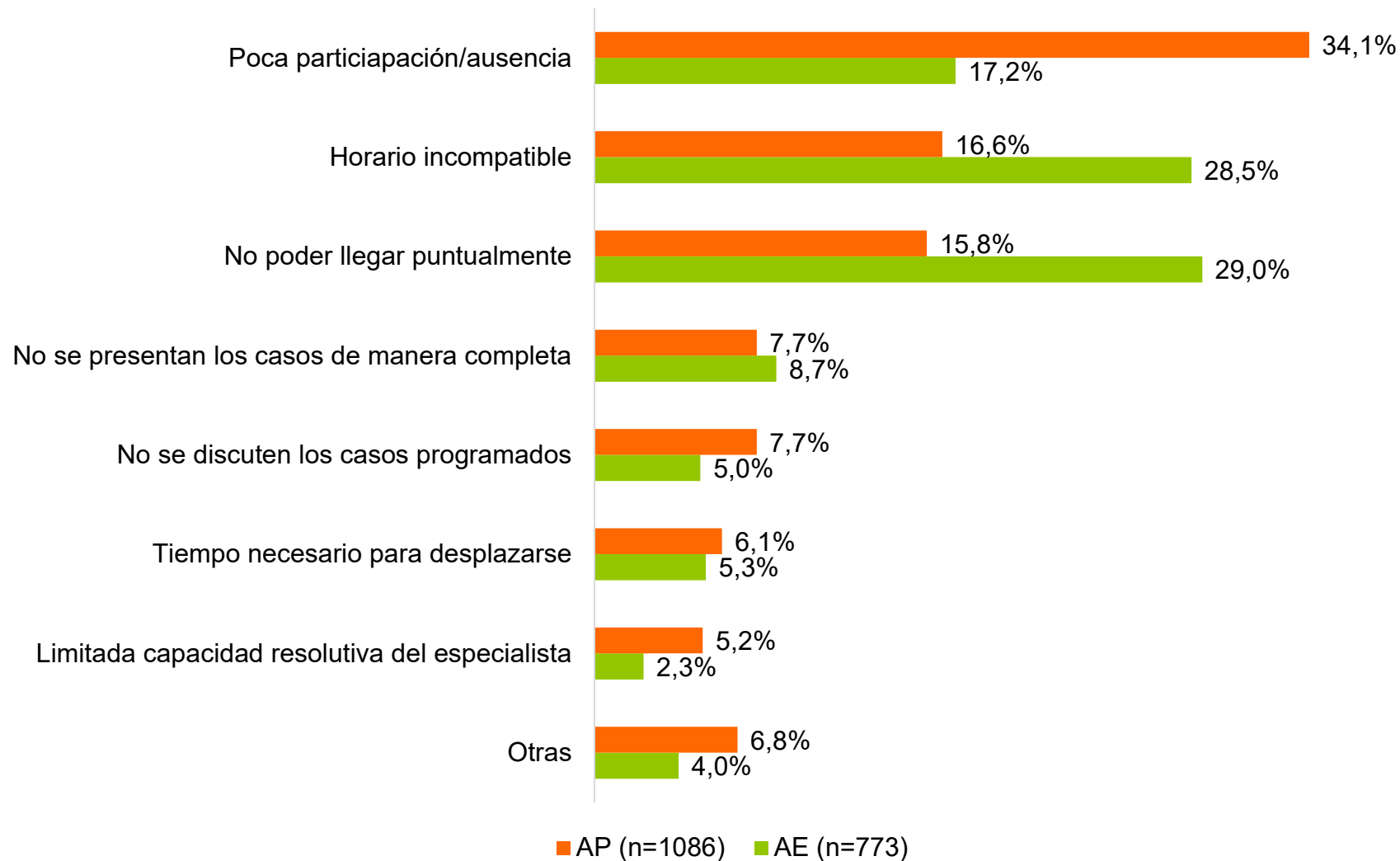
n = número de respuestas

Dificultades en el uso de las interconsultas (IC)



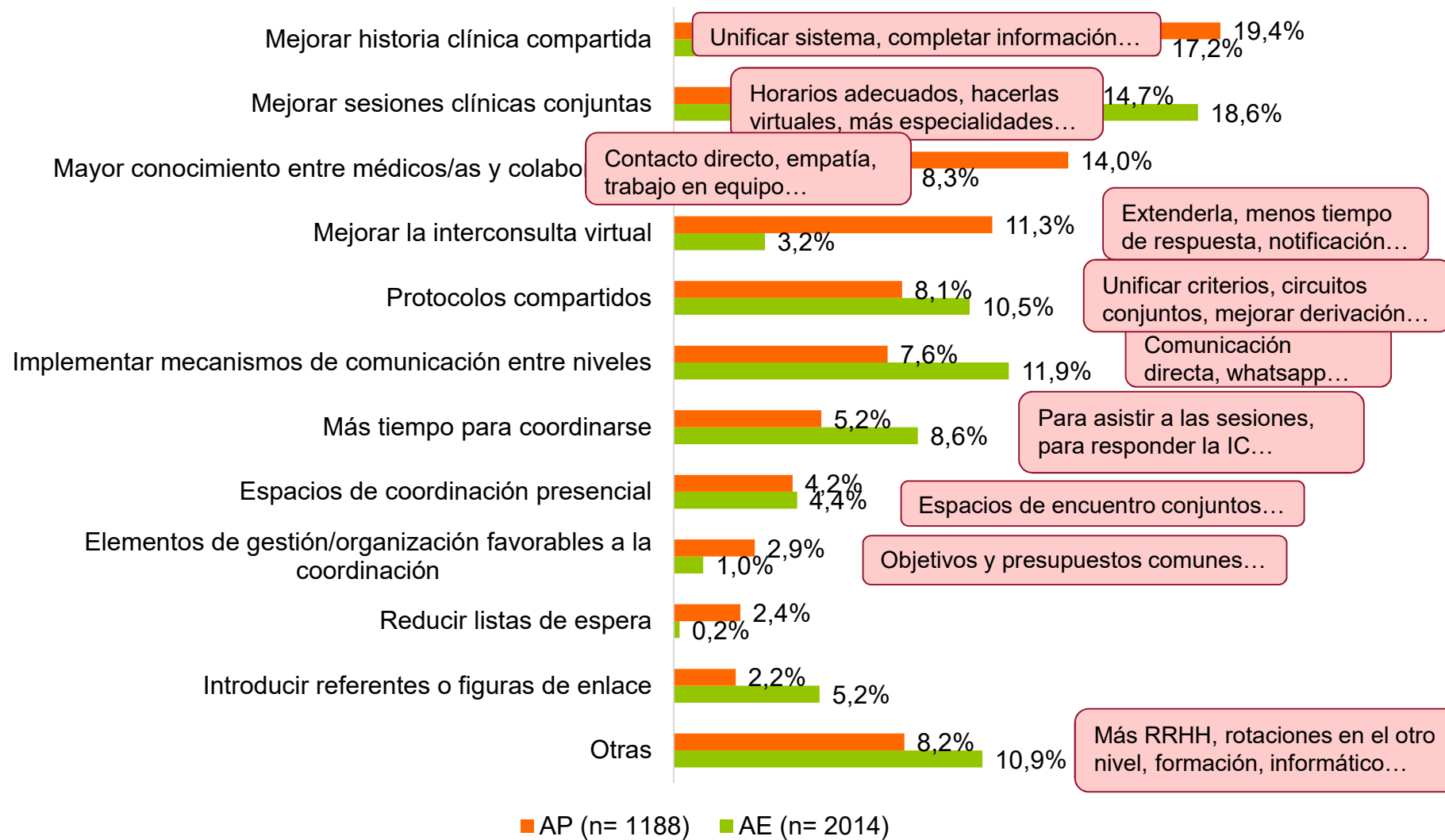
n = número de respuestas

Dificultades en el uso de las sesiones clínicas conjuntas



n = número de respuestas

Sugerencias de mejora para la coordinación clínica



n = número de respuestas

¡Muchas gracias por su atención!



Impacto de diferentes estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud de diferentes sistemas de salud de Latinoamérica (Equity LA II)

www.equity-la.eu



3.1. El proyecto Equity-LA II

Objetivo general: Evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de atención en la mejora de coordinación y calidad en redes de servicios de salud en distintos sistemas de salud de América Latina

Componentes del estudio:

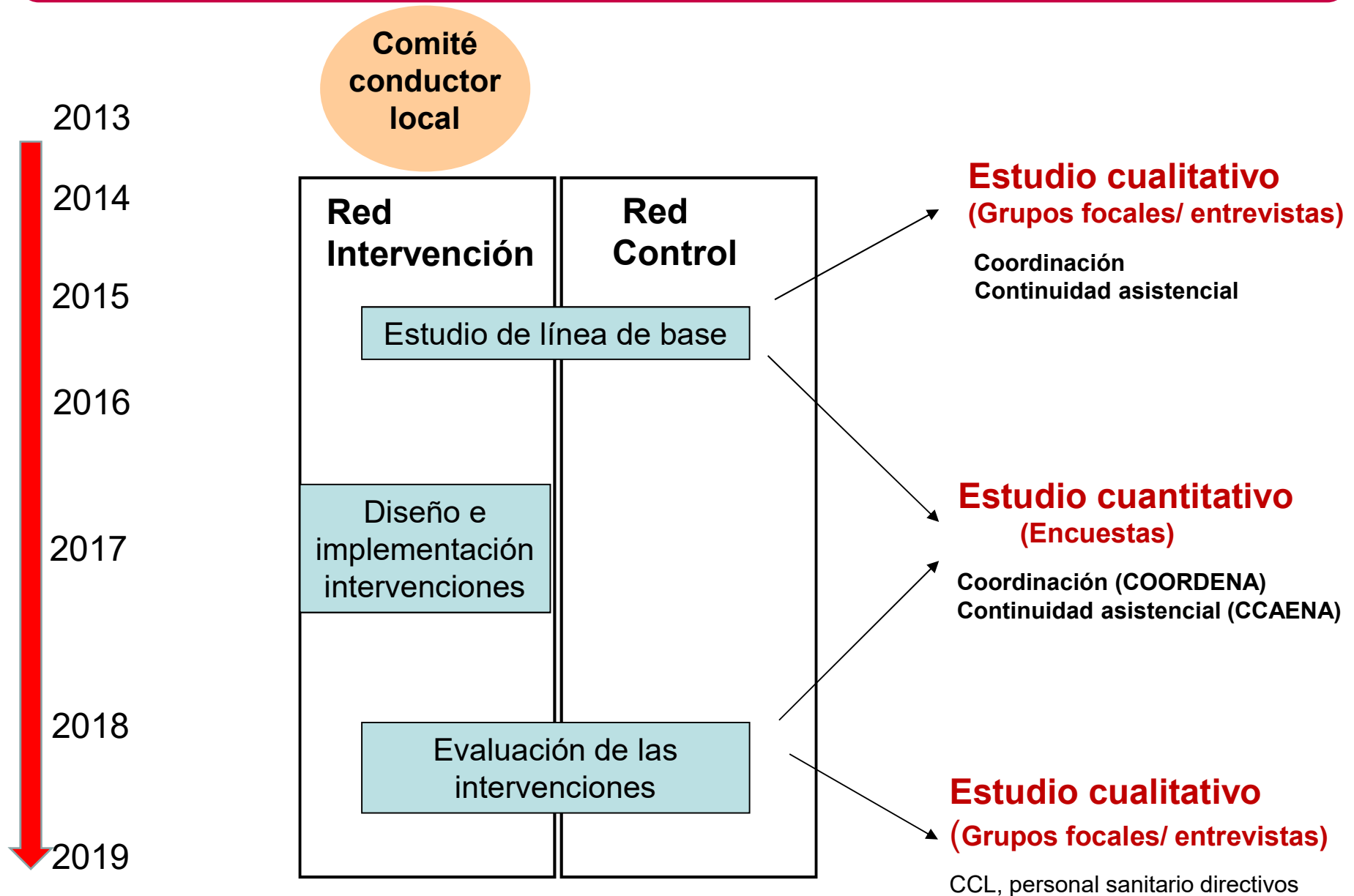
- I. Estudio nacional (por país)
- II. Estudio comparativo transnacional

Diseño:

- Estudio cuasi-experimental: estudio de intervención con un diseño antes – después
- Con un enfoque de investigación-acción participativa (IAP) y multidisciplinaria



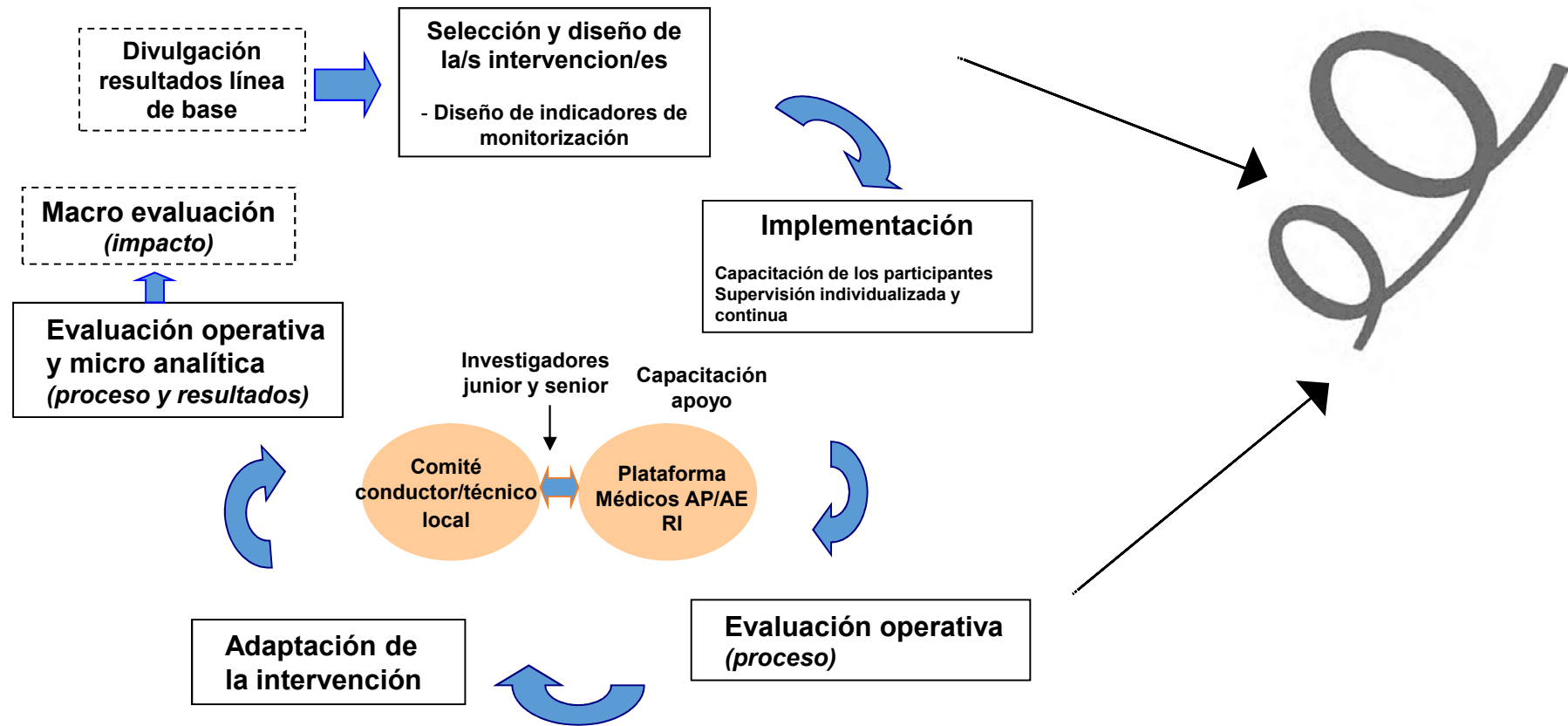
Métodos: Diseño cuasi-experimental, IAP



Trabajo de campo: encuestas



3.2. Proceso de diseño e implementación planificado





Sesión Técnica: ¿Como mejorar la coordinación entre los médicos de atención primaria y especializada?

La implementación de *Consultorías virtuales y visitas inter-niveles en Chile*

Diseño, implementación y evaluación de la intervención

www.equity-la.eu



Contenidos

1. El proceso de diseño e implementación de las intervenciones
2. Resultados de la monitorización y evaluación de la intervención
3. Conclusiones

El proceso de diseño e implementación de las intervenciones

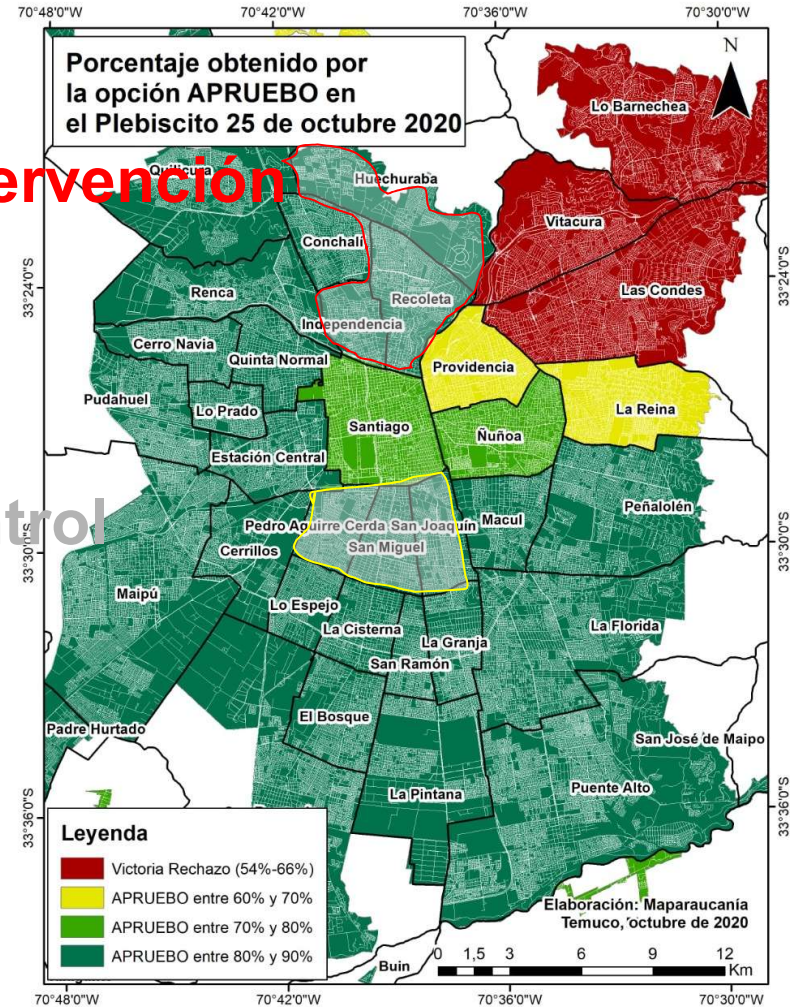
- Área de intervención
- El diseño de la/s intervención/es
- La/s intervención/es programada/s
- La implementación de la/s intervención/es

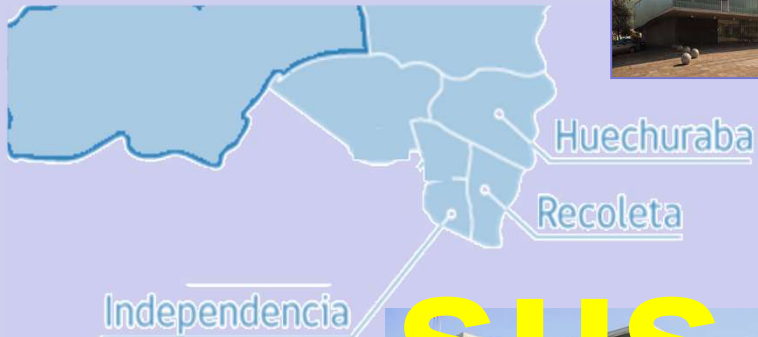
País y área de intervención



Area de Intervención

Area de Control





CESFAM Dr. Salvador Allende



CECOSF Los Libertadores



CESFAM El Barrero

**Departamento Municipal de Salud Huechuraba
CESFAM La Pincoya**



**Departamento Municipal de salud Independencia
CESFAM. Cruz Melo
CESFAM J.A. Ríos**



Departamento Municipal de Salud Recoleta



CESFAM J. Petrinovic



CESFAM Quinta Bella



CESFAM P. Hevia



CESFAM Recoleta

sus actores



Hospital san José – Centro de Diagnóstico y Tratamiento Dra. Eloísa Díaz



Dirección Servicio de Salud Metropolitano Norte

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. U-Chile



Diseño de la intervención

Divulgación
resultados
línea de base
App. 300 p



Comité
conductor local
CCL- ESP



“Yo... tengo una ansiedad atípica, ahora no, antes está grande. Yo me voy más fácil para el médico y así se va una ansiedad, la digo “suficiente” luego está problema (CCLC) me da miedo o hacer operaciones de cirugía y así me da... yo una vez me da miedo y le digo “¿cómo se me va?” pero hay miedo o algo para decir” “Yo, sabes que cuando me da ansiedad cuando quiero hacer que operen alguna, porque que me una ansiedad así cuando” así ella así.

Y de allí entonces entonces con un problema y así entonces todos y entonces todo y así hoy como entonces entonces, así entonces, entonces como yo de cuando hacer así, hasta que finalmente participo.

Entonces cuando a veces de cuando de más cuando cuando cuando entonces entonces así es que a la mañana en que así, yo me da una ansiedad entonces entonces, me da miedo más de cuando me da, yo le digo “¿cómo se me va?” pero cuando cuando cuando cuando cuando cuando” “Yo que para... cuando me da cuando, me da cuando en todo de cuando, cuando... entonces.

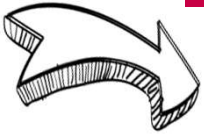
A la vez entonces que me me me cuando con cuando, me da cuando a la mañana me da cuando entonces... entonces yo no me quiero hacer, yo quiero hacer un que así cuando cuando...”

Logo of the Ministry of Health (Ministerio de Salud) and the National Institute of Health (Instituto Nacional de Salud).

Diseño de la intervención

Proceso reflexivo,
caracterización de
problemas,
levantamiento de
propuestas

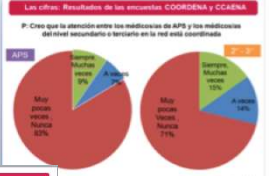
Divulgación
resultados
línea de base
App. 300 p



Comité
conductor local
CCL- ESP



Selección y diseño de las
intervenciones



“Yo... tengo una ansiedad abrumadora, incluso me afecta más grande. Yo mismo me he tratado por mí mismo y así se va una situación, lo digo “suficiente” luego más problema. (Caso 104) “Yo me quedé en la línea de atención de atención y así me dijo: “yo una vez más que bueno” y lo digo “bueno pero hay que irse a algo para estar” “Yo, sabes que bueno que está (proceso) cuando porque bueno que quedarme alguien, porque que me una familia que cuida” así dijo así.”

“Y de 2011 entonces cuando con un hermano y nos quedamos todos y hermano padre y me hizo como un momento, una situación, estar como yo de cuando hacer así, hasta que finalmente participo.”

Después cuando dice a estar de nuevo de más cuando cuando cuando participo, entonces está en algo a lo momento en que así. Yo me dice cuando cuando participo, me quedo más de cuando participo. Yo digo como participo, pero como cuando me dijo que quedarme luego” “Yo digo pero... cuando me quedo, me quedo en todo de cuando, cuando... entonces.”

A la vez después que me dice cuando cuando cuando, pero cuando a lo tiempo me dice me quedo cuando... cuando yo no me quedo cuando... cuando me quedo un que en 2011 más cuando...”



1.3. Priorización de problemas, selección de intervenciones



Jul, Ag, Sep 2017

Ma, Jul, 2017



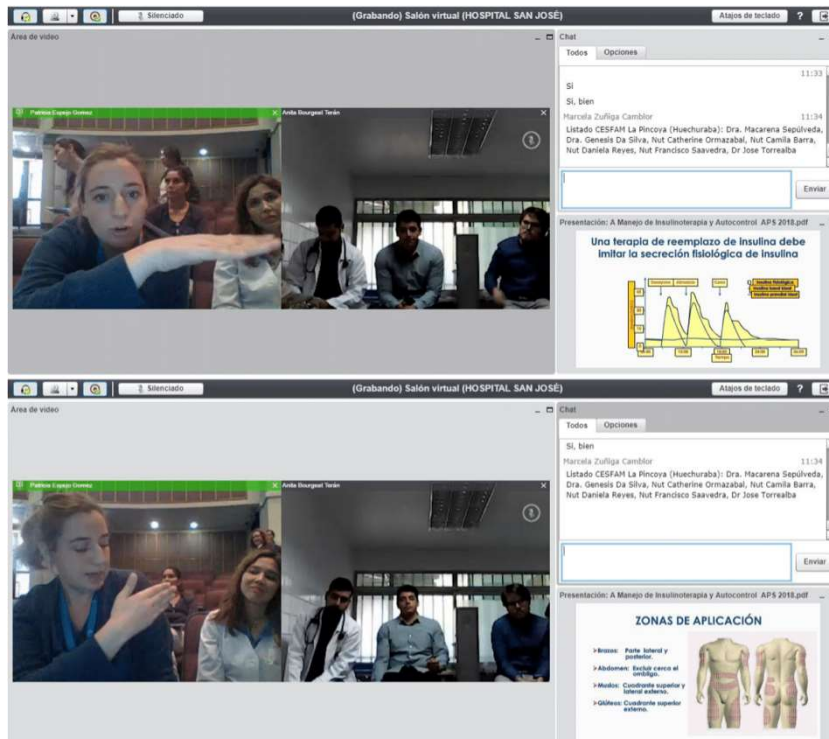
Di, En 2016

Ag 2016

2017: 4 VI
30 médicos/as AE/APS
170 profesionales equipos
Material audiovisual y gráfico

A dic. 2017: 19 VC:
233 participantes
10 especialidades
Prom: 33

1. Diseño e Implementación de Intervenciones



CONSULTORÍAS VIRTUALES:
Encuentros virtuales sincrónicos entre médicos/as y equipos de APS con médicos/as especialistas y equipos del nivel secundario.

Plataforma para videoconferencia, powerpoint, chat de conversación.

Plataforma para videoconferencia, powerpoint, chat de conversación.

Actualización sobre diagnósticos y protocolos de derivación, con presentación de casos por APS, análisis de conducta, aclaración de dudas.

Frecuencia quincenal, 90 – 120' (19 en 2017). 10 especialidades participantes.

1. Diseño e Implementación de Intervenciones

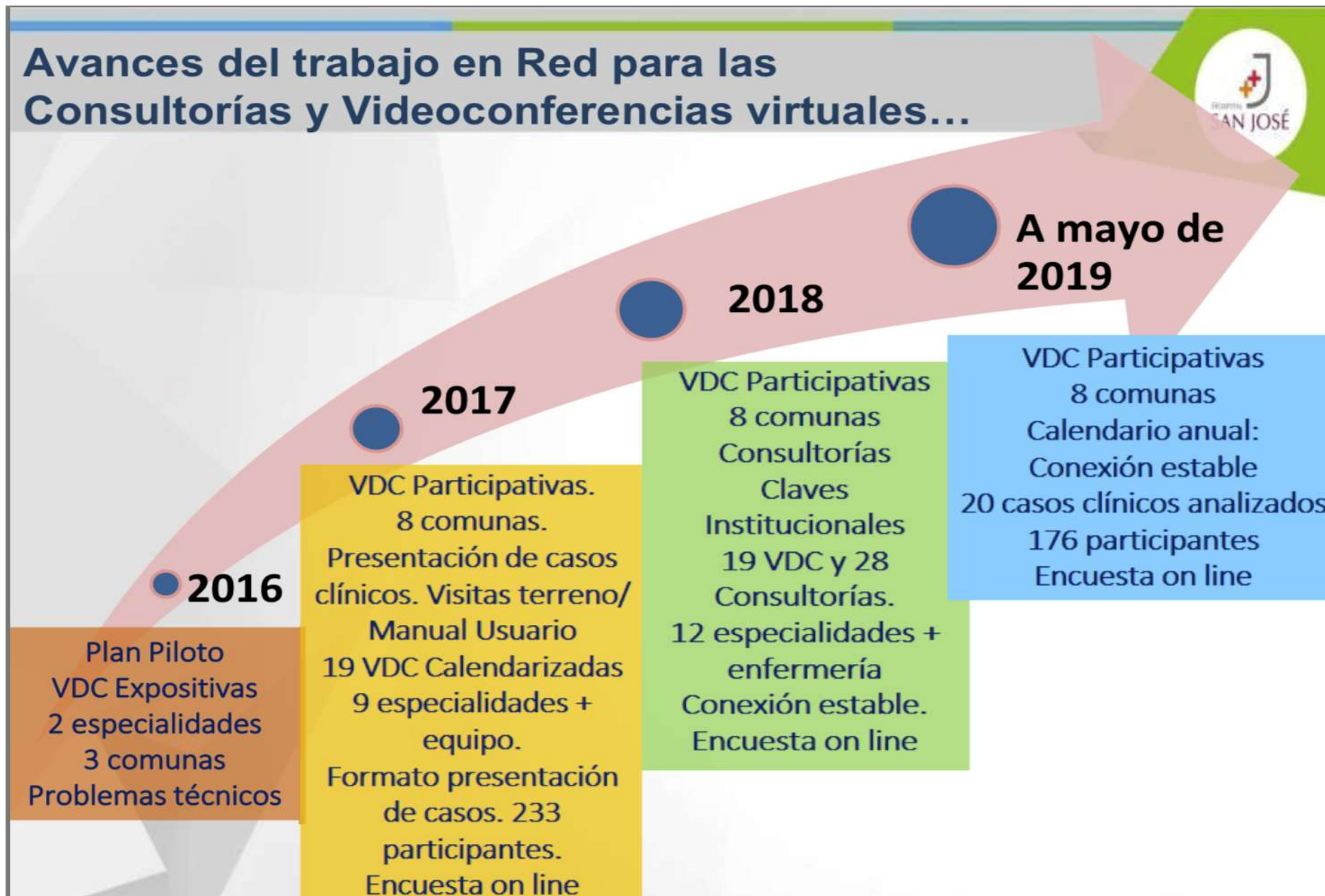


PROGRAMA DE INDUCCIÓN AL TRABAJO EN RED:

*Visitas inter-niveles bidireccionales entre equipos de APS y Hospital San José.
Material gráfico y audiovisual informativo sobre equipos y actividades de la Red*



Avances del trabajo en Red para las Consultorías y Videoconferencias virtuales...



Resultados de la evaluación de *Consultorías Virtuales y Visitas Inter-niveles*

- Contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles
- Factores que influyeron en la implementación de las [intervención]
- La efectividad de [intervención]
- Otros impactos

Contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles : P.I. VISITAS

Conocimiento y empatía con la realidad de los profesionales del otro nivel de atención.

Información de contacto entre profesionales de los distintos niveles



“sí súper bueno, y ahí iban saliendo además preguntas: "¿Oye y acá otorgan esta prestación?", sí y los medicamentos: "mire aquí tenemos tanta gente, cuándo ustedes mandan a la gente a pedir medicamentos con la receta del hospital nosotros no se la podemos entregar, y nos siguen llegando” (E11 Adm APS Red Norte)

Contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles: CV

Las consultorías virtuales permiten una comunicación directa y efectiva entre los participantes, facilitando así la construcción de vínculos y confianzas.

Percepción de efectividad en resolución de casos críticos para una derivación con mucha rapidez.

Herramienta eficaz para generación de acuerdos y difusión de nuevos protocolos de manejo de patologías

Reconocimiento como mecanismo de coordinación institucional: cuenta con calendarización anual y nueva modalidad

Tiempos protegidos, los que son demandados por los participantes de APS

Relevan el uso de IAP: dinamismo, flexibilidad y creatividad al proceso. Permite ajustes a la metodología y contenidos, clave para sostenibilidad.

Contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles: CV

- *La coordinación con especialistas **ha sido muy útil**, algunos datos que nos han dado en cuanto a manejo, (...) por ejemplo Nefrolitiasis, que estableció un protocolo práctico, muy sencillo, y que al final uno puede aplicar en el box todos los días, **cambió la forma de como yo veía a los pacientes con Nefrolitiasis desde ese día.** (EG3 APS VC Red Norte)*
- *Cuando yo tomé el programa, prácticamente el médico sabía una semana antes quién era el que iba a ir, ahora como está más organizado y como hay comunas que tienen un tema a cargo, una exposición de caso, entonces ya sabemos con más tiempo y tenemos tiempo para preparar (E19 MED APS Red Norte)*

Factores que influyeron en implementación

Facilitadores

Existencia de política RISS desde el nivel central

Programa Nacional de formación de médicos en atención primaria (EDF) dependientes del SS.

- Compromisos de gestión nacionales y locales con indicadores posibles de impactar con mejor articulación de la Red

Apoyo institucional: recursos humanos y materiales (Ej. Compra de equipos, bloqueo de agendas, apoyo de directivos a la participación de los CESFAM)

Compromiso progresivo de directivos/as y gestores claves

- Técnicos y profesionales con buena disposición a colaborar en todos los niveles

Factores que influyeron en implementación

Barreras

Distancia entre lo declarativo a nivel de políticas y su aterrizaje concreto

Relaciones jerárquicas y hospitalocentrismo en la gestión de la red y entre niveles de atención.

Alta rotación de los/as profesionales en APS, alta demanda asistencial

lógica de método participativo
choca contra modos jerárquicos y fragmentados de trabajo.

• Resistencia inicial al cambio que fue superada con un esfuerzo mayor en el comienzo de las intervenciones.

Coordinación de la gestión clínica: seguimiento adecuado del paciente

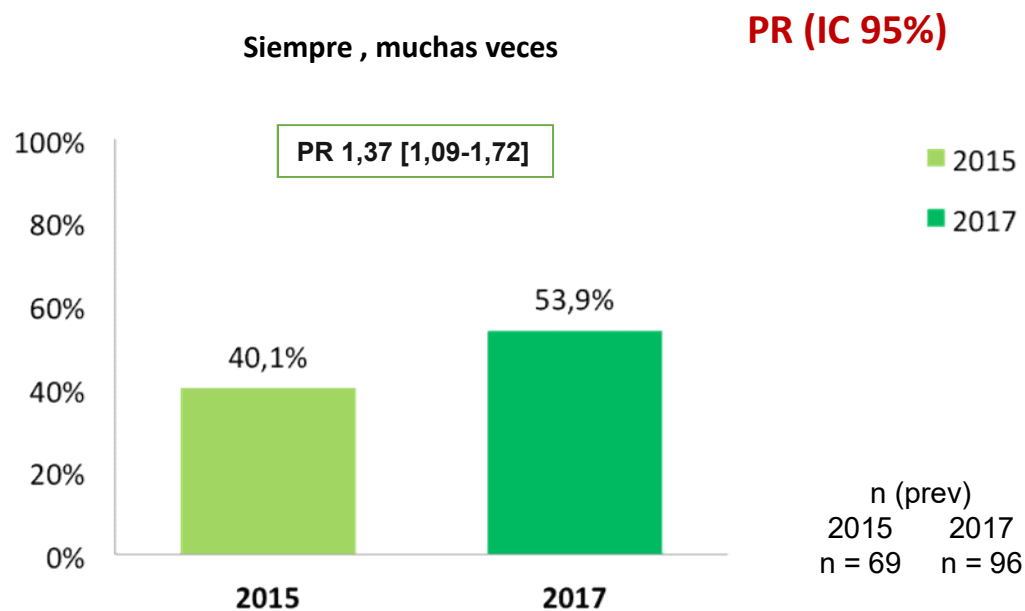
Análisis estadístico con cálculo de razones de prevalencia (RP) de las variables dependientes, mediante modelos de regresión de Poisson, ajustadas por variables explicativas independientes de la intervención: sexo, edad, nivel de atención, años de experiencia en el lugar de trabajo, horas contratadas por semana y país de origen.

Los médicos del nivel secundario y terciario hacen recomendaciones (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones) al médico de APS sobre el seguimiento de los pacientes

La efectividad de las intervenciones

Análisis estadístico con cálculo de razones de prevalencia (RP) de las variables dependientes, mediante modelos de regresión de Poisson, ajustadas por variables explicativas independientes de la intervención: sexo, edad, nivel de atención, años de experiencia en el lugar de trabajo, horas contratadas por semana y país de origen.

Los médicos del nivel secundario y terciario hacen recomendaciones (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones) al médico de APS sobre el seguimiento de los pacientes

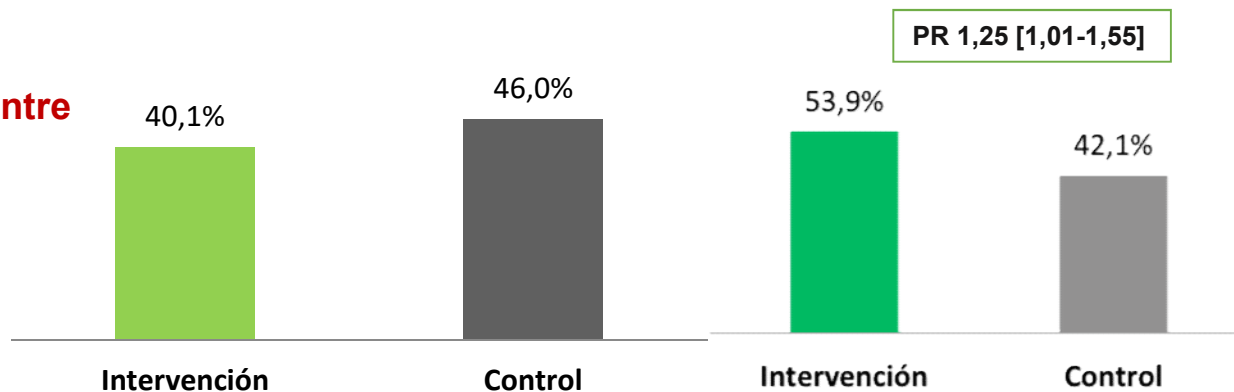


2015

Siempre , muchas veces

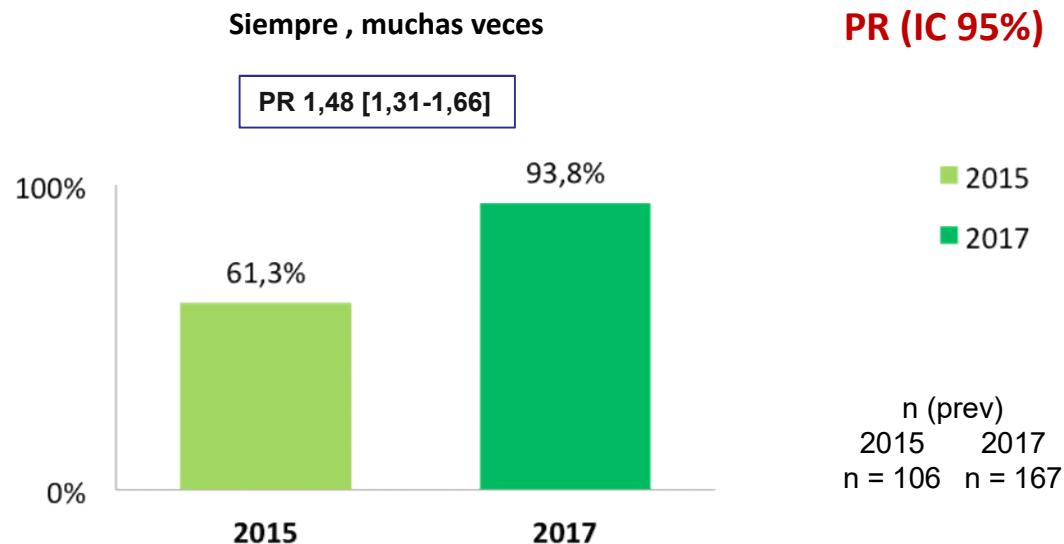
2017

2- Cambios en la diferencias entre Redes y Años

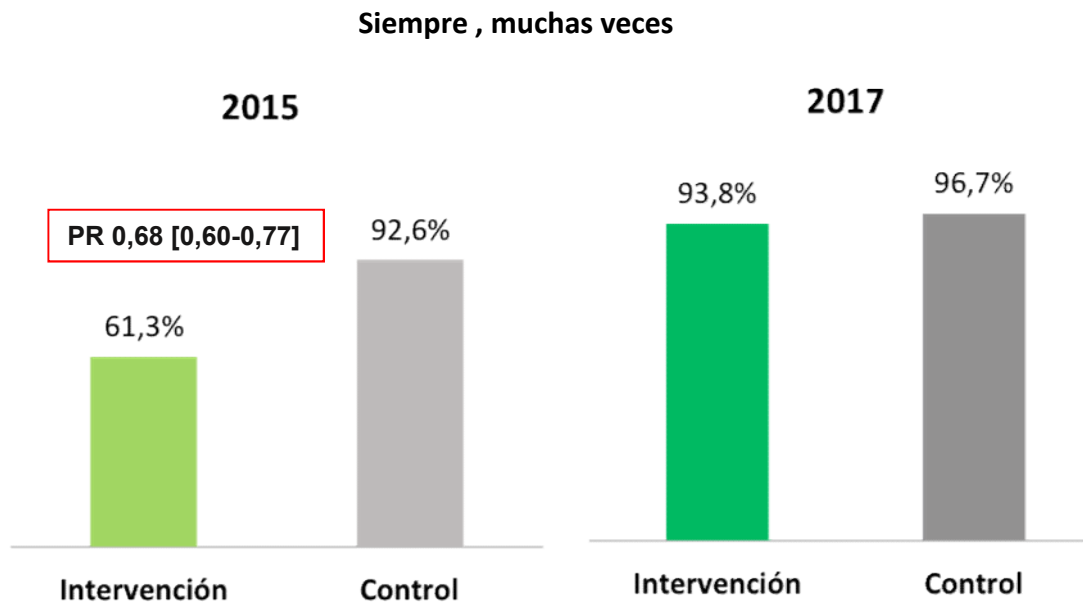


La efectividad de las intervenciones

Existencia de contra-referencia

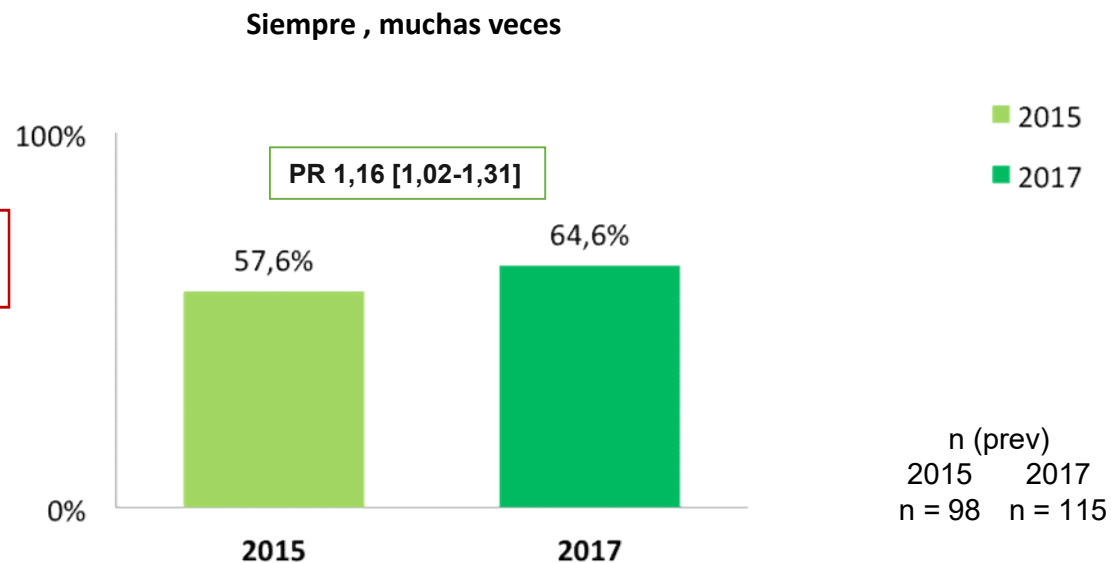


2- Cambios en la diferencias entre Redes y Años

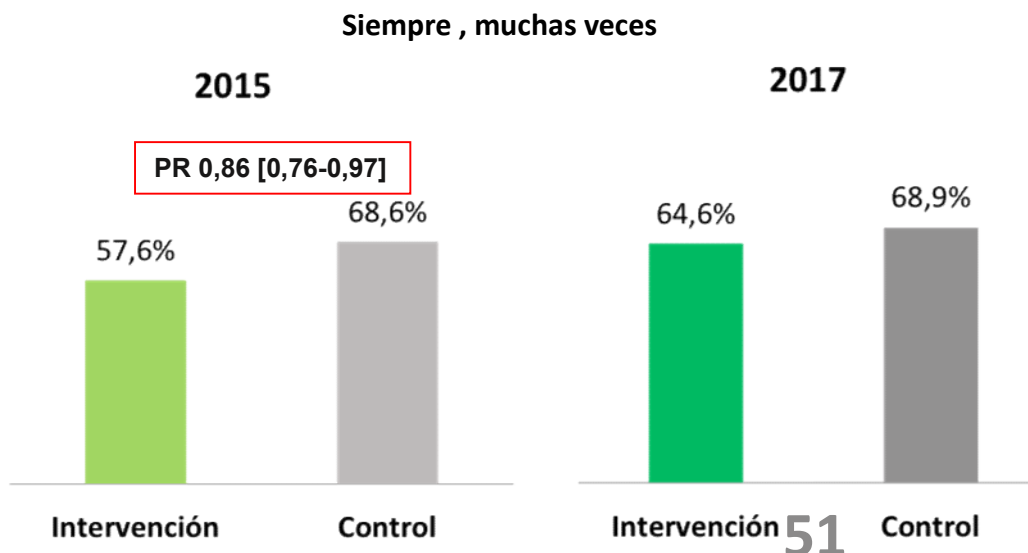


La efectividad de las intervenciones

Frecuencia de *RECIBO* de Referencia y Contra-referencia



2- Cambios en la diferencias entre Redes y Años



Otros impactos de las intervenciones

2019, 2020, 2021

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

2021



Las consultorías virtuales en contexto COVID-19

El enorme potencial de esta intervención que actualmente constituye un mecanismo relevante de coordinación para esta red, ha sido comentado en orientaciones anteriores y sigue constatándose y diversificándose, particularmente en el contexto actual de pandemia COVID-19 han surgido aportes muy relevantes y nuevas posibilidades que queremos compartir en esta ocasión por su relevancia:

- En relación a las Videoconferencias y Consultorías Virtuales del Hospital San José, su programación se ha ajustado, permitiendo coordinar el manejo de pacientes complejos ayudando a evitar que pacientes tengan que acudir a atenderse a través del servicio de urgencia. Se ha hecho más patentes su contribución a la comunicación entre niveles y su efectividad para resolver en conjunto los casos más complejos. **Han contribuido a disminuir la exposición de contagio a pacientes de riesgo**, ya que no solamente se ha resuelto un mejor y más adecuado tratamiento, sino que también se han asegurado horas y espacios para que los pacientes puedan ser atendidos y evaluados por especialistas a tiempo y de manera más segura.
- Consultoría virtual de orientación en el manejo de pacientes en APS, permitiendo reducir derivaciones y riesgo para los pacientes en período de pandemia. En este punto Hospital San José, amplió horarios y espacios de contacto con diversos especialistas para que equipos de APS se apoyen en el manejo de sus pacientes en el nivel primario. Se incorporó regularmente en esta fase para las Consultorías de la especialidad de Broncopulmonar COVID-19, generando un espacio de consultas específicas con esta especialidad.
- Realización de una Videoconferencia con participación de un infectólogo y del referente del SSMN en el mes de marzo, con asistencia de más de 100 profesionales de APS.

Conclusiones

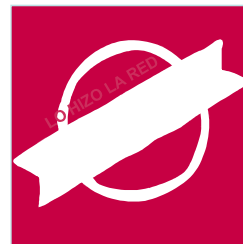
- 1. Las CV contribuyen a la coordinación de gestión clínica entre niveles, como a la generación y actualización de acuerdos de manejo conjunto de los pacientes**
Algunas claves : bajo costo económico para su implementación, la calendarización anual y las dinámicas participativas adquiridas en el proceso de diseño e implementación y utilizadas para evaluación y ajuste de la herramienta. (comunicación, vínculo y objetivos comunes)
- 2. En cuanto al proceso de construcción colectiva:**
destacan espacios de reflexión conjunta, metodologías reflexivas, sistematización, retroalimentación oportuna, proceso informado, respeto mutuo y a los acuerdos, flexibilidad y apertura a la creatividad y a las nuevas ideas.

Aprendizajes desde la experiencia

Participación: tomadores de decisión/mandos medios, equipos; facilitada, progresiva, motivada

Resguardos: **reconocimiento y respeto** a protagonismos colectivos sobre los individuales, **autoría de grupos...de la red sobre la de una institución.**

Influencia sobre modo de trabajo de la red: **Flexibilidad** y apertura para la **construcción** de **nuevos acuerdos** sustentados en **saberes**, prácticas y aprendizajes entre niveles.





Sesión Técnica: ¿Como mejorar la coordinación entre los médicos de atención primaria y especializada?

La implementación de reuniones conjuntas entre médicos generales y especialistas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, en Colombia

Diseño, implementación y evaluación de la intervención

www.equity-la.eu



Contenidos

1. El proceso de diseño e implementación de las intervenciones
2. Resultados de la monitorización y evaluación de la intervención
3. Conclusiones

El proceso de diseño e implementación de las intervenciones

- Área de intervención
- El diseño de la/s intervención/es
- La/s intervención/es programada/s
- La implementación de la/s intervención/es

País y área de intervención



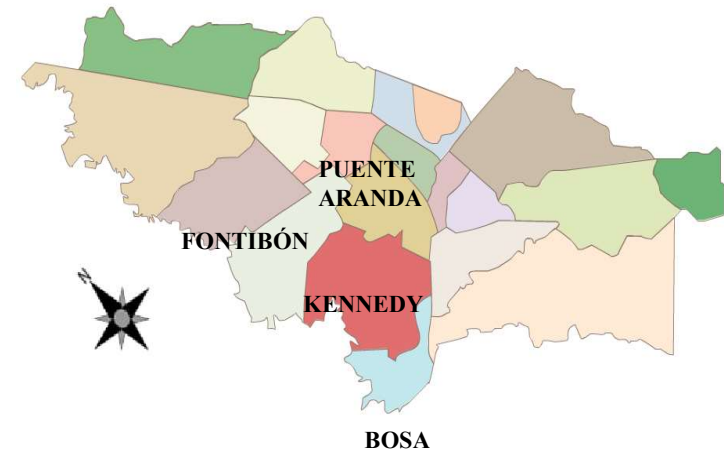
Contexto sistema salud

- Modelo de competencia regulada
- Segmentación población: regímenes de aseguramiento
- Financiamiento hospitales públicos: cambios subsidio a la oferta a la demanda.
- > Redes basadas en afiliación voluntaria
- Vacíos normativos: procesos integración RSS.

Enfermedades crónicas Distrito

- 1° causa mortalidad
- Carga de enfermedad 32%

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

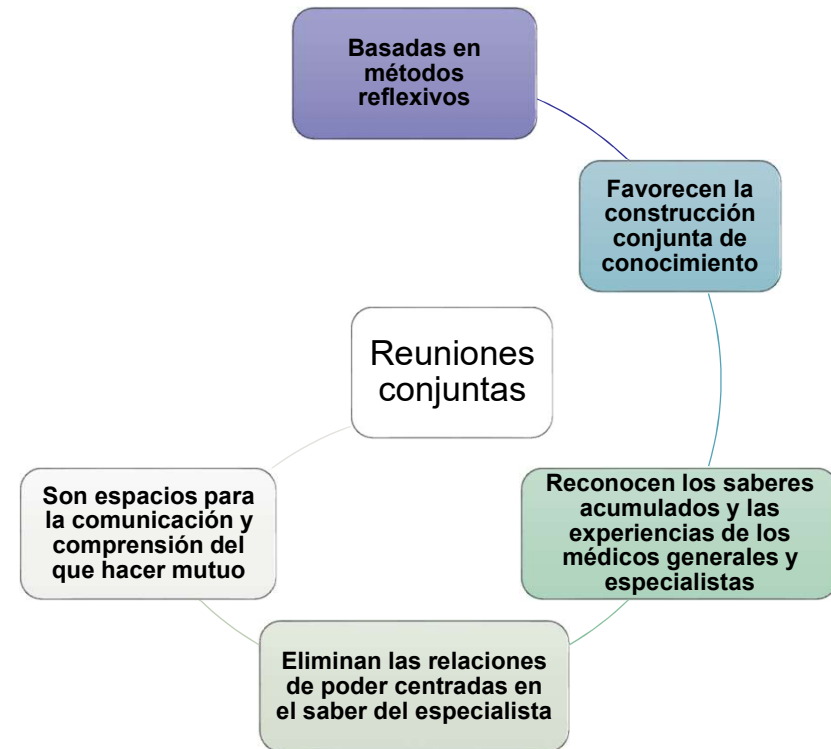
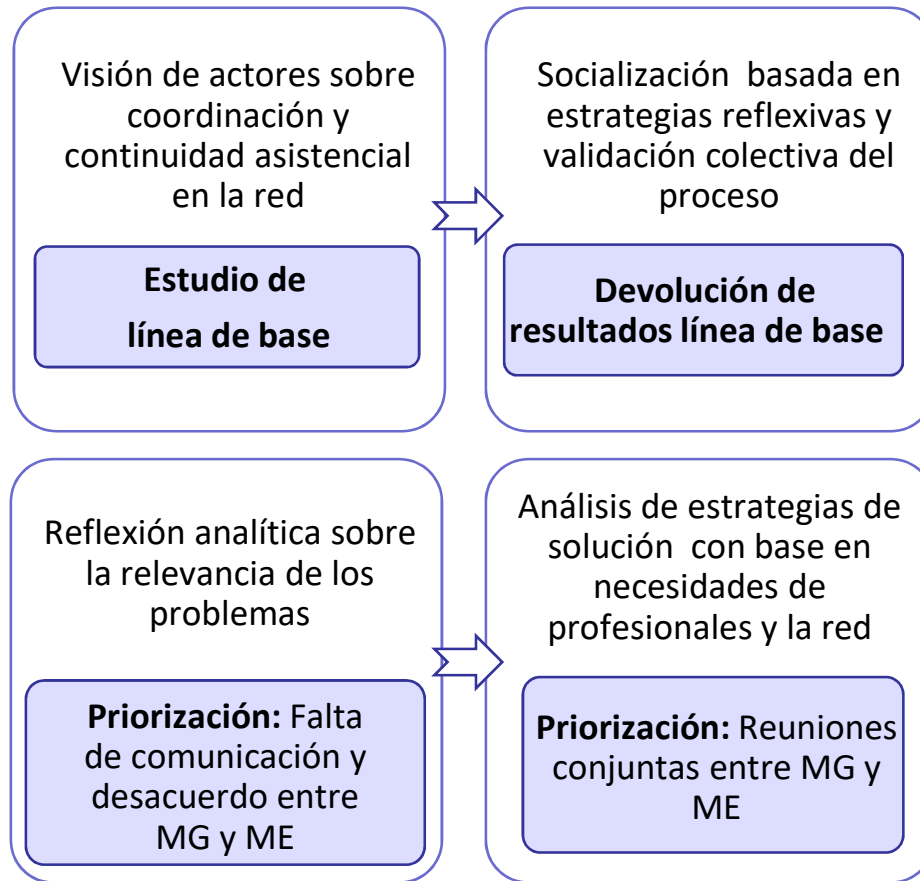


318.829 personas RS

Unidades servicios de salud

- 1 Alta complejidad → 3 centros
- 2 Mediana complejidad → 11 centros
- 3 baja complejidad → 38 centros

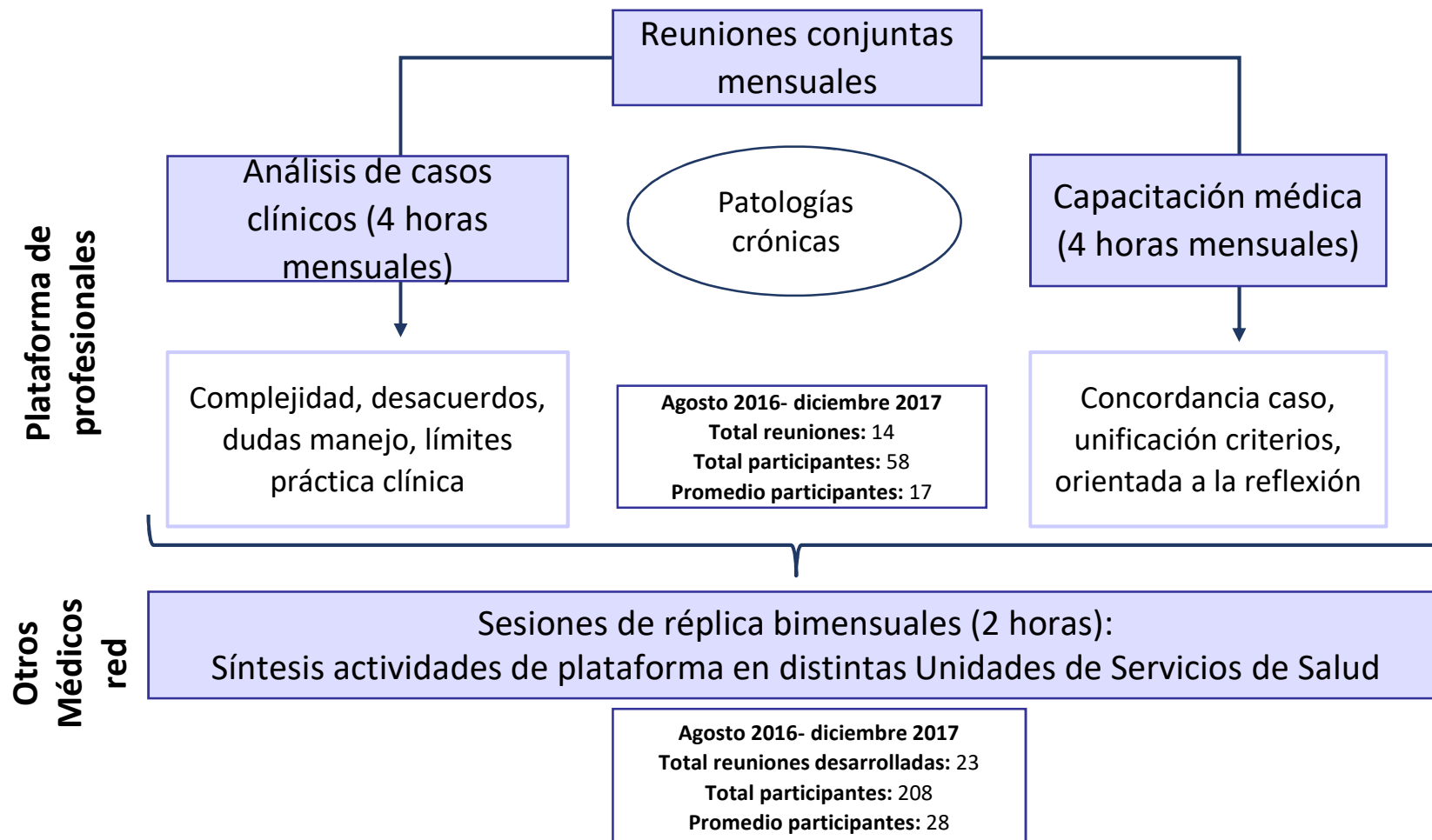
Diseño de la intervención



Descripción de la intervención

Objetivo general

Mejorar la coordinación de la gestión clínica entre médicos generales y especialistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, a través de una estrategia de reuniones conjuntas basada en métodos reflexivos



Resultados de la evaluación de *[intervención]*

- Contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles
- Factores que influyeron en la implementación de las *[intervención]*
- La efectividad de *[intervención]*
- Otros impactos

Impacto de las intervenciones

Coordinación clínica

Gestión clínica

- Mejoró el acuerdo clínico en relación con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes
 - ✓ mayor confianza del ME en MG
 - ✓ adherencia de los MG a GPC
 - ✓ ME reconoce limitaciones que el SGSSS impone al MG → alternativas de manejo clínico
- Mejora comunicación entre MG y ME de PP → retroalimentación oportuna
- Mejoran criterios derivación
 - ✓ mayor resolutiveidad MG
 - ✓ mejora oportunidad en la remisión al servicio adecuado
- Mejor seguimiento del paciente

“...con el desarrollo de esta reunión nos dimos cuenta que los MG a veces remitíamos pacientes que podíamos manejar, y eso lo aprendimos de los especialistas, no necesariamente hay que remitir los pacientes hipertensos al especialista, si nos preparan mejor también la actividad de ellos pueden llegar a ser más efectiva” (PS AP Plataforma, Red intervención).

Impacto de las intervenciones

Coordinación clínica

Información

- Mejor registro de información clínica en formato de Referencia y Contrarreferencia e historia clínica.
- Mayor uso de mecanismos informales: WhatsApp, teléfono, correo electrónico



Impacto de las intervenciones

Factores

Organizativos

- Institucionalización de la estrategia de educación continua en un espacio formal de la red
- Mejoró el clima organizacional
 - ✓ Introducción de espacios que disminuyeron rutinas y prácticas centradas en productividad
 - ✓ Se generaron incentivos no económicos a favor de la coordinación

Individuales

- Mejora conocimiento, comunicación y confianza entre MG y ME
- Favorece el trabajo en equipo entre médicos y visión de red
- Disminuye relaciones de poder entre MG y ME
- Reconocimiento de los MG como referentes para la atención de pacientes con ECNT
- Mejores resultados de profesionales de PP en auditorías clínicas y evaluaciones de desempeño

Factores que influyeron en la implementación de las reuniones conjuntas

Facilitadores

Barreras

Sistema de salud
y sus políticas

Promoción de las RISS y formulación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)
Promueve trabajo articulado entre niveles, alineación con alcances del proyecto → favoreció el diseño y planificación de la estrategia

Promoción de las RISS y formulación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

- Priorización sostenibilidad financiera de redes públicas
Énfasis en productividad
- Límites a la práctica clínica del MG

Redes de servicios

Organizativos
Acreditación institucional
Oportunidad para mejorar calidad de atención → impactos en el diseño y planificación: apoyo directivos (1ª fase) → liberación agendas

Organizativos
Cambios políticos en Secretaría de Salud
→ Reorganización de las redes del distrito

- Alta rotación de directivos
- Cambios y retiros de miembros del CCL


Inadecuadas condiciones de trabajo en la red

- Contratos OPS (límites a capacitación)
- Cambios en las funciones y rotación de profesionales
- Inadecuado clima organizacional

Profesionales

- Interés profesionales (tiempos, turnos, etc)
- Perfil de los facilitadores (confianza, apertura diálogo)

Profesionales
Desmotivación por condiciones de trabajo → bajo interés hacia el trabajo colaborativo (R)



**Cambios en la percepción general y
experiencias de coordinación en las
redes de intervención y control
COORDENA 2015 y 2017
(resultados finales de intervención)**

Cambios en percepción general y experiencias de coordinación (año y redes)

	Red Intervención			Red Control			Comparación entre redes	
	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017
	n(prev)	n(prev)		n(prev)	n(prev)		PR (IC 95%)*	PR (IC 95%)*
Coordinación entre niveles de atención								
Percepción general de coordinación entre niveles de atención	46 (25,6)	64 (35,8)	1,53 (1,11–2,12)	42 (23,5)	103 (58,2)	2,40 (1,79–3,22)	1,11 (0,77 – 1,60)	0,71 (0,55 – 0,90)

Cambios en factores, conocimiento y uso de los mecanismos (años y redes)

	Red Intervención			Red Control			Comparación entre redes	
	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017	PR (IC 95%)*	2015	2017
	n(prev)	n(prev)		n(prev)	n(prev)		PR (IC 95%)*	PR (IC 95%)*
Factores de interacción de los profesionales								
La relación con los médicos del otro nivel es buena	50 (37,6)	71 (53,8)	1,46 (1,09–1,93)	56 (45,2)	83 (62,4)	1,42 (1,13–1,79)	0,86 (0,64 – 1,16)	0,85 (0,68 – 1,06)
Factores organizativos								
Los directivos de los hospitales de II y III nivel facilitan la coordinación entre los especialistas y los médicos generales de los centros de I nivel	28 (16,9)	39 (23,8)	1,54 (1,01–2,37)	30 (19,0)	55 (32,7)	1,61 (1,10–2,35)	1,00 (0,63 – 1,58)	0,89 (0,62 – 1,30)
Conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación clínica								
Existen en la subred reuniones entre médicos generales y especialistas de diferentes niveles de atención	25 (13,9)	94 (52,5)	3,31 (2,30–4,75)	19 (10,7)	33 (18,4)	1,59 (0,95–2,65)	1,15 (0,66 – 2,00)	2,18 (1,58 – 3,02)

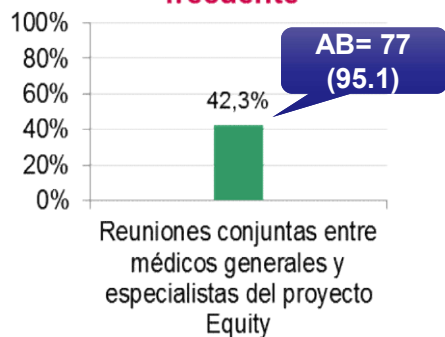
Prev: Prevalencia; PR: Razón de prevalencias (categorías de respuesta: siempre + muchas veces)
+Ajustado por



Evaluación del proceso

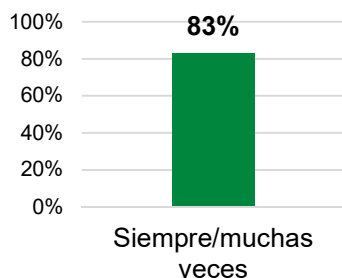
Evaluación del proceso: conocimiento, uso, utilidad y dificultades

Conocimiento y uso frecuente



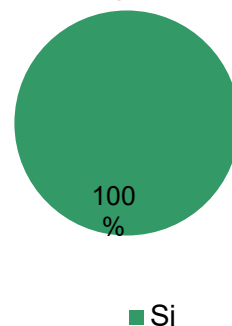
n: 182

Participación en reuniones conjuntas



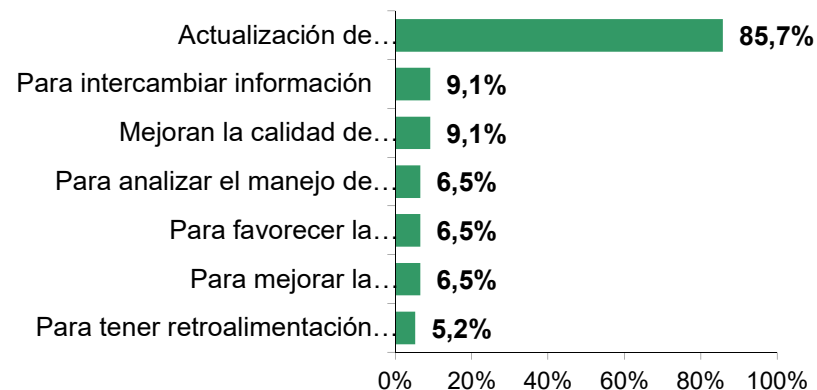
n: 77

Utilidad de las reuniones conjuntas



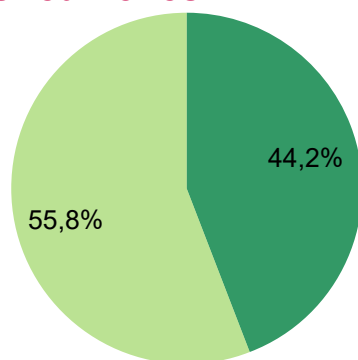
n: 77

Motivos de la utilidad de las reuniones conjuntas

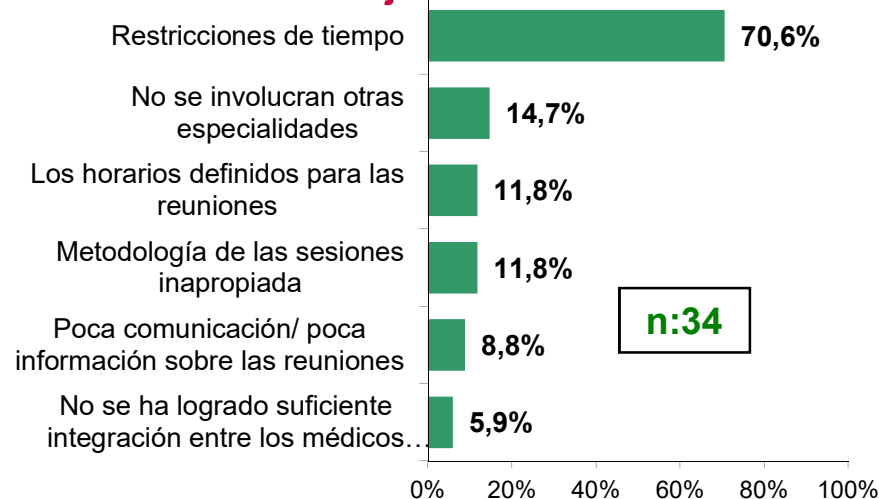


n: 77

Existencia de dificultades en el funcionamiento de las reuniones conjuntas



Tipo de dificultades en el funcionamiento de las reuniones conjuntas



n:34

Otros impactos en la red

Atención pacientes

- Calidad de atención
 - ✓ Mejora continuidad de relación → mayor vínculo médico-paciente
 - ✓ Favorece oportunidad de atención
 - ✓ Identificación y control oportuno del riesgo → reducción de complicaciones
- Promueve adherencia de pacientes a tratamientos → confianza en el manejo proporcionado por el MG

“al final se beneficiaron nuestros pacientes, y lo vimos como resultado al hacerles los controles, al mirar cómo estaba su patología, vimos la mejoría en esos pacientes, los mantuvimos estables, les disminuimos las entradas a urgencias por descompensación” (PS AP Plataforma, Red intervención).



Otros impactos en la red

Proceso interno

- Fortalece coordinación entre áreas administrativas y asistenciales
- Uso eficiente recursos (pruebas diagnósticas) → reduce costos atención
- Conciencia de directivos sobre importancia de coordinación asistencial

Políticas

- Contribución a procesos de acreditación institucional: fortalece investigación en la red, articulación academia-RISS
- Cumplimiento tiempos de formación profesional que exige la ley de talento humano en salud
- Favorece integración entre niveles en el marco del nuevo modelo de atención en red del distrito.

Conclusiones

La metodología participativa favoreció el reconocimiento de las problemáticas y un compromiso de los actores vinculados al proceso, frente a la identificación y planteamiento de soluciones a las mismas, al sentirse partícipes del proceso desarrollado.

A pesar del contexto adverso los actores involucrados confirieron valor a las reuniones conjuntas, reconociendo sus contribuciones a la mejora de la coordinación entre niveles de atención, constituyéndose en un espacio para la comunicación, el desarrollo de acuerdos informales, la eliminación de relaciones de poder, circunstancias que reivindican su importancia en procesos de integración de redes de servicios de salud, así como su aplicabilidad en otros contextos.

A pesar de que se reconoce que las RC favorecen los procesos de coordinación clínica, son de bajo costo y fácil implementación, su sostenibilidad solo es posible si se crean condiciones políticas distritales, institucionales y laborales idóneas para el logro de sus objetivos.

Aprendizajes desde la experiencia

- Valoración y reconocimiento de saberes como elemento fundamental para la generación de confianza entre MG y ME.
- Importancia del método participativo como elemento que supera las restricciones de carácter institucional.
- Valoración de la sinergia prestadores-academia, confiriendo credibilidad al proceso de investigación para la acción.

(PI15/00021)



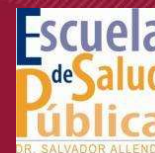
¿Como mejorar la coordinación clínica entre medicos/as de atención primaria y especializada?

Reflexiones finales y próximos pasos

12 de noviembre de 2020

www.consorci.org

www.equity-la.eu



Conclusiones

- ✓ Los resultados **en Cataluña** muestran diferencias en grado y problemas en el uso según tipo mecanismos de coordinación y nivel asistencial (HC, CE/Tel; SCC, HC3). Y las sugerencias de mejora se dirigen a implantar mecanismos que fomenten la comunicación directa y factores que la facilitan.
- ✓ **Equity-LA II**, en contextos diferentes, mediante IAP, se seleccionaron **problemas** semejantes (limitada comunicación y acuerdo clínico) e **intervenciones** basadas en retroalimentación mutua (**reuniones conjuntas inter-nivel**):
 - IAP permitió adoptar intervenciones adaptadas a las necesidades sentidas por los profesionales;
 - generaron mayor interés y compromiso con las intervenciones,
 - contribuyeron a mejorar la coordinación clínica, confianza mutua y deseo para colaborar.

Reflexiones finales

- ✓ **IAP** aplicada adecuadamente (tiempo, método y niveles) es **factor motivador y cohesionador** si confluyen elementos contextuales (alineación con políticas/objetivos, apoyo institucional), pero también **requieren apoyo institucional**
- ✓ Se requiere una **buena preparación y ejecución** del proceso IAP, **flexibilidad** para adaptar el “soft core” de intervenciones.
- ✓ Para garantizar la sostenibilidad y equidad, es necesaria **su institucionalización** (liderazgo, políticas), y que se respeten la características esenciales.

Próximos pasos: línea integración asistencial

1. COORDENA-TICs (FIS)

Impacto de los mecanismos de coordinación basados en TIC en la coordinación clínica y la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (PI20/00290)

País Vasco, Islas Baleares y Cataluña



2. EquityCancer-LA (H2020)

Improving equity in access to early diagnosis of cancer: implementation research in different healthcare systems of Latin America

CSC, PSJD, Portugal, Dinamarca, Chile, Colombia, Ecuador



Publicaciones relacionadas: Catalunya

- Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramón I, Plaja P, Vázquez, ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Family Practice*. 2020;21:135
- Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, AVECILLA A, MORRAL R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Health Panorama*. 2018;4(4):653-664
- Campaz D; Esteve-Matalí, L ; Vargas I; Sitjas E; Plaja P; Sánchez E ; Ramon I; Vázquez ML Clinical coordination across care levels according to the medical specialty in the Catalan health system. – *sometido*
- Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Colomé L, Farré J, Vázquez ML. Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. [Gaceta Sanitaria. 2019;33\(1\):66-73](#)
- Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. [BMC Health Services Research. 2017;17:842](#)
- **Más artículos en:** <http://www.consorci.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/>

Publicaciones relacionadas: Latinoamérica

- Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? [BMC Health Services Research. 2020;941](#)
- Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination.. [Health Policy and Planning. 2020;35\(8\):962-972](#)
- Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. [Gaceta Sanitaria. 2020](#)
- Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. [Gaceta Sanitaria. 2020;34\(4\):340-349](#)
- Gallego-Ardila AD, Pinzón-Rondón AM, Mogollón-Pérez AS, et al. Care coordination in two Bogota's public healthcare networks. [Int J Care Coord. 2019;22\(3-4\):127:139](#)
- León HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. [Gaceta Sanitaria, 2019.](#)
- Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America. [Health Policy and Planning. 2018;33\(4\):494-504](#)
- Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. countries. [Soc Sci Med. 2017;182:10-19](#)
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. [BMJ Open. 2015;5\(7\)](#)
- **Mas publicaciones en:**<http://www.equity-la.eu>



Ordre del dia GAIA_20200724.docx



¡MUCHAS GRACIAS!

