

FECHA DE RECEPCIÓN: 31 de mayo de 2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 12 de octubre de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 21 de diciembre de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Fondos de la Unión Europea, Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013), contrato número 305197, en el marco del proyecto "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina (Equity-LA II)".

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**
juliapuzzolo@gmail.com

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS003218

MECANISMOS DE COORDINACIÓN EN LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE ROSARIO: CONOCIMIENTO Y USO. ESTUDIO COMPARATIVO 2015-2017

Coordination mechanisms in Rosario's municipal health network: knowledge and use. Comparative study 2015-2017

* **Julia Puzzolo**¹. Bachiller en Antropología.
Delia Inés Amarilla¹. Bachiller en Antropología.
Marisel Colautti¹. Dra. en Ciencias Sociales.
Justina Moreno¹. Tesista de Licenciatura en Estadística.
Ingrid Vargas². Dra. en Salud Pública.
María Luisa Vázquez². Dra. en Medicina.

¹ Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.

² Consorci de Salut i Social de Catalunya, España.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En Argentina, como en el resto de Latinoamérica, el sistema de salud está fragmentado; los mecanismos de coordinación (MC) entre niveles de atención son un insumo para su mejora. El objetivo fue analizar, como parte del proyecto EQUITY LA II, el conocimiento y uso de MC entre niveles de atención en médicos de atención primaria (AP) y especializada (AE) en la red de Salud Municipal de Rosario, y sus cambios entre 2015 y 2017. MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal con aplicación del cuestionario COORDENA Argentina a médicos de AP y AE. Se encuestó a 350 médicos en 2015 y a 352 en 2017. Las variables fueron nivel de conocimiento, frecuencia, finalidad y dificultades en el uso de los MC de información (MCI): hoja de referencia/contrarreferencia-interconsulta (HR/CR), informe de alta hospitalaria, teléfono; y los MC de gestión clínica (MCGC): guías de práctica clínica (GPC) y reuniones conjuntas. Se efectuó un análisis comparativo entre años y niveles. RESULTADOS: En 2015 la mayoría conocía MCI, aunque hubo diferentes porcentajes de uso según niveles de atención. Los MCGC eran menos conocidos, pero muy usados entre quienes los conocían. Hubo cambios significativos en 2017: disminuyó el envío de CR y el uso del teléfono en AP, y aumentó el conocimiento de reuniones conjuntas y de GPC (solo entre AP). DISCUSIÓN: Existen diferencias en la implementación de MC entre niveles. La adecuación al contexto local es clave para lograr una efectiva y eficiente implementación.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Atención en Salud; Niveles de Atención de Salud; Sistemas de Salud; Argentina

ABSTRACT. INTRODUCTION: In Argentina and the rest of Latin America health care systems are fragmented; care coordination mechanisms (CCM) between levels are inputs for their improvement. The objective was to analyze, as part of the project EQUITY LA II, the knowledge and use of CCM between care levels among primary care (PC) and secondary care (SC) physicians of Rosario's public health network, and its changes between 2015 and 2017. METHODS: A cross-sectional study was conducted, based on a survey using COORDENA Argentina questionnaire with PC and SC physicians. A total of 350 (2015) and 352 (2017) physicians were surveyed. The analyzed variables were level of knowledge, frequency, purpose and difficulties in the use of mechanisms of information coordination (MIC): referral/reply letter, discharge report, phone; and clinical management coordination mechanisms (CMCM): clinical practice guidelines and joint meetings. A comparative analysis between years and care levels was carried out. RESULTS: In 2015 the majority knew MIC, although there were different percentages of use according to care level. CMCM were less known, but highly used by those who knew them. There were significant changes in 2017: reply letter delivery and phone use decreased among PC physicians. Knowledge of joint meetings and clinical practice guidelines increased among PCs. DISCUSSION: There are differences between levels in the implementation of CCM. The adaptation to the local context is key to achieve an effective and efficient implementation.

KEY WORDS: Quality of Healthcare; Health Care Levels; Health Systems; Argentina

INTRODUCCIÓN

La fragmentación de los servicios de salud es un rasgo común de los sistemas de Latinoamérica y conlleva dificultades en el acceso, limitada calidad y pérdida de la continuidad en la atención, e ineficiencias en el uso de recursos¹. La implementación de mecanismos de coordinación (MC) entre niveles de atención contribuye a mejorar el intercambio de información y favorece la provisión de atención de forma coherente, complementaria y secuencial. Existen mecanismos de coordinación de la gestión clínica (MCGC), que se basan en la programación mediante la estandarización de habilidades (sesiones clínicas conjuntas, formación continua), de procesos (guías de práctica clínica [GPC] compartidas) o de resultados; y mecanismos de coordinación de la información (MCI), que se basan en la retroalimentación, como los de adaptación mutua, que favorecen la comunicación e intercambio de información entre profesionales (hojas de referencia/contrarreferencia [HR/CR], informe de alta hospitalaria/epicrisis, teléfono o correo electrónico, entre otros)². Las estrategias de coordinación entre niveles resultan más efectivas cuando se combinan diferentes mecanismos³.

Los estudios realizados en Latinoamérica muestran que los MCI son los más extendidos, principalmente la HR/CR y epicrisis⁴, y que se implementan menos los MCGC^{4,5,6-8}. En Argentina, los estudios sobre la implantación de MC son limitados, enfocan al uso de HR/CR y GPC. Las HR/CR son usadas escasamente⁹, el envío de CR por los médicos de atención especializada es infrecuente^{10,11}, y la información compartida es escueta¹². El uso de GPC suele darse entre especialistas y no como instrumento de coordinación interniveles^{5,11,13}.

El sistema de salud argentino consta de tres subsistemas: obras sociales, público y privado¹⁴. El público, de carácter federal, está descentralizado a las provincias, con potestad para definir funciones, infraestructura, formas de organización y gestión. En Rosario, el subsistema público cuenta con una red de servicios de salud provincial y otra municipal, que se distribuyen por los seis distritos de la ciudad, atienden poblaciones de iguales características socioeconómicas y superponen acciones programáticas¹⁵. La red municipal está conformada por el primer nivel con 52 centros de salud (CS), el segundo nivel con 3 hospitales y 1 Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) y el tercer nivel con 2 hospitales y 2 maternidades; y adoptó, hace más de 20 años, un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que implicó en cada distrito la adscripción de un número determinado de CS a efectores específicos de segundo nivel. En 2003 se inició la adscripción de pacientes a equipos de primer nivel y la descentralización de algunas especialidades, buscando garantizar el acceso a otros niveles de complejidad y el seguimiento de los pacientes en el continuo asistencial. La limitada implementación de MC se refleja en el estudio sobre experiencia y percepción general de coordinación entre niveles de la

red, que indica que es baja, con escasa experiencia de intercambio de información y de acuerdo clínico entre niveles¹⁴. No obstante, existen pocas investigaciones sobre conocimiento y uso del conjunto de MC en las redes locales. Este trabajo agrega valor en ese sentido.

El estudio se enmarca en el proyecto internacional Equity LA II, cuyo propósito es evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención de las redes de servicios de salud en América Latina^{8,14,16}. El objetivo del trabajo, como parte de los resultados de este estudio mayor, fue analizar el nivel del conocimiento y uso de los MC entre niveles de atención en médicos de atención primaria y especializada en la red de Salud Municipal de Rosario y sus cambios entre 2015 y 2017, a partir de un proceso de investigación acción participativa llevado adelante luego del estudio de línea de base en 2015¹⁴.

MÉTODOS

Se realizó el análisis comparativo de dos estudios transversales basados en una encuesta a médicos con aplicación presencial del cuestionario COORDENA, en la red de Salud Municipal de Rosario. El cuestionario COORDENA incluye secciones sobre experiencia y percepción general de la coordinación clínica entre niveles, conocimiento y uso de los MC. Se adaptó para su uso en Argentina (lenguaje y MC propios de la red). Los detalles sobre el diseño, la adaptación y la validación del cuestionario ya se han publicado^{8,16}. El área de estudio estuvo constituida por dos subredes de la red municipal de Rosario, que abarcan cuatro distritos (Norte, Noroeste, Sur y Suroeste) y están conformadas por 38 CS, 3 hospitales de segundo nivel y el CEMAR. Los criterios de selección de los distritos fueron descritos en una publicación anterior¹⁶.

La población de estudio fueron los médicos de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) (consultas externas, urgencias u hospitalización) con más de tres meses de trabajo en la red, que proporcionaban atención directa a los pacientes y habían tenido contacto con el otro nivel de atención en los tres meses previos a la encuesta.

Se encuestó a 350 médicos en 2015 y 352 en 2017. La muestra calculada fue de 174 para cada subred y año, con el fin de asegurar la detección de una variación del 15% en la percepción de los médicos sobre la coordinación de la atención entre subredes y años, con un poder del 80% ($\alpha=0,20$) y un nivel de confianza del 95% ($\beta=0,05$) en un contraste bilateral. Dado el tamaño de las redes, todos sus médicos fueron contactados, y se entrevistó a aquellos que cumplían los criterios. En 2015 el 7,1% de los contactados que cumplían los criterios rechazaron la encuesta, mientras que en 2017 el porcentaje de rechazo fue del 10,8%.

En lo que respecta a la recolección de los datos, los encuestadores fueron capacitados en entrenamientos intensivos cortos. Las encuestas se realizaron en los lugares de trabajo entre mayo y octubre de 2015 y entre

noviembre de 2017 y mayo de 2018. Todos los encuestados aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Las variables analizadas fueron nivel de conocimiento, frecuencia, finalidad y dificultades en el uso de los MC para a) MCI: HR/CR, epicrisis y teléfono (comunicación directa); y b) MCGC: normas, GPC compartidas y criterios de derivación existentes en la red y reuniones conjuntas entre médicos de AP y AE. Se dicotomizaron las respuestas en escalas en Sí ("siempre" y "muchas veces") y No ("a veces", "pocas veces" y "nunca") para: "uso frecuente", "recepción de HR/CR", "la CR responde al motivo de la referencia" y "recepción de informe en tiempo útil para la toma de decisiones".

Para analizar los cambios por nivel asistencial entre 2015 y 2017, se estudió la significación de las variables de ajuste: a) demográficas: sexo y edad; b) características laborales: años trabajados en el efector, tipo de contrato, trabajo complementario en sector privado; c) características organizativas: tiempo por paciente.

Se efectuó un análisis univariado de las variables de conocimiento y uso de los MC estratificado por año y nivel de atención, y un análisis bivariado para describir sus cambios entre 2015 y 2017. Se realizó un análisis de regresión Poisson, con varianza robusta, para identificar la posible presencia de cambios entre años, ajustando por las variables de experiencia en el lugar de trabajo y tiempo por consulta (ambas significativas). Los resultados de la regresión Poisson se presentan mediante el cálculo de las razones de prevalencias (RP) y sus respectivos intervalos de confianza 95% (IC 95%). Se probó, además, la multicolinealidad de las variables explicativas utilizando el factor de inflación de la varianza (FIV), el cual resultó no significativo (con valores menores a 2). Se utilizó el programa estadístico (STATA), versión 14.

RESULTADOS

En 2015 la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (AP: 79%; AE: 62,2%), con predominio de edad entre 36 y 50 años (AP: 50,9%; AE: 41,5%) y trabajo en AE (55,1%). La mayoría tenía una antigüedad de tres años en su lugar de trabajo (AP: 62,4%; AE: 74,6%), con contrato de planta permanente (AP: 72,6%; AE: 79,3%) y menos de la mitad con trabajo también en el sector privado, particularmente en AP (AP: 22,3%; AE: 43,5%). Aunque los médicos de AP dijeron disponer de más de 15 minutos por consulta (AP: 56,7%; AE: 33,2%), en ambos niveles señalaron que no tenían tiempo suficiente en la consulta para dedicar a la coordinación clínica (AP: 71,3%; AE: 63,2%) (ver Tabla 1).

En 2017 aumentaron los médicos de AP con menos de un año en el lugar de trabajo (de 16,6% a 27,8%) y los de AE que destinaban más de 15 minutos a la atención (de 33,2% a 37%) (Tabla 1).

En 2015, en ambos niveles, la mayoría dijo que conocía los MCI: HR/CR (AP: 98,1%; AE: 88,6%), epicrisis (AP: 93,6%; AE: 86,5%) y teléfono institucional (AP: 88,5%; AE: 85%). En cambio, menos de la mitad conocía los MCGC: las reuniones conjuntas entre AP y AE (AP: 40,8%; AE: 27,9%) y las GPC compartidas entre niveles (AP: 40,8%; AE: 23,3%). Los consensos propios de la red eran más utilizados por los AP (AP: 50%; AE: 24,4%). En 2017 no hubo cambios en los MCI, pero se observó un aumento del conocimiento de las reuniones conjuntas (AP: 60,6%; AE 38,3%) y de las GPC, aunque solo entre AP (47,5%) (ver Tabla 2).

En 2015, los médicos refirieron altos niveles de uso de los MCI. Sin embargo, aunque la mayoría enviaba la HR/CR (AP 89,6%; AE: 80,1%), la proporción que dijo que la recibía fue baja, más en AP (18,8%) que en AE (55%) (Tabla 2). Los médicos señalaron que la usaban para enviar información al otro nivel (AP: 75,2%; AE: 74,1%). La información recibida se vinculaba usualmente en AP al tratamiento (83%) y en AE a motivos de derivación (75,9%) (ver Tabla 3). Solo la mitad de los AP recibía la CR en tiempo útil para la toma de decisiones (50,7%), pero la mayoría consideró que respondía al motivo de la referencia (79,4%) (Tabla 3).

Respecto a la epicrisis, la mayoría señaló un uso frecuente en 2015 (AP: 70,5%; AE: 83,8%). Se utilizaba principalmente para enviar información a AP (AP: 93,2%; AE: 83,8%) (Tabla 2), y los AP dijeron que la recibían en un tiempo útil para tomar decisiones (86,9%) (Tabla 3). Asimismo, alrededor de la mitad consignó un uso frecuente del teléfono (AP: 47,2%; AE: 61,7%).

Respecto al uso de MCGC, en 2015 la mayoría utilizó GPC compartidas y criterios de derivación (AP: 90,6%; AE: 86,7%) (Tabla 2) para unificar criterios de atención (AP: 62,5%; AE: 48,9%). También señalaron que fueron elaborados teniendo en cuenta ambos niveles de atención (AP: 56,2%; AE: 73,3%) y que recibieron capacitación sobre su uso (AP: 70,3%; AE: 53,3%) (ver Tabla 4). Los médicos de AE participaron más frecuentemente de las reuniones conjuntas (57,4%) (Tabla 2) para revisión de casos (57,4%), mientras que los de AP las utilizaban para acordar criterios de diagnóstico y seguimiento (57,8%) (Tabla 4).

En 2017 los cambios significativos se dieron en las disminuciones en el envío de CR (de 80,1% a 66,2%) y en el uso del teléfono por médicos de AP (de 47,2% a 32,6%) (Tabla 2).

En 2015 los AP (62,3%) tenían más dificultades en el uso de la HR/CR que los AE (43,9%), sobre todo por su limitado uso (AP: 65,6%; AE: 41,3%). Sin embargo, los AE consideraron con un valor muy cercano al anterior que el no envío de la información completa era una dificultad (AP: 19,8%; AE: 40%). En 2017 el valor de uso limitado mejoró para AP (51,2%) y se mantuvo similar para AE. En cuanto al no envío de la información completa, tuvo una leve mejora para los AP, y lo contrario se registró para los AE (AP: 13,4%; AE: 42,2%) (Tabla 3).

TABLA 1. Características de la muestra según nivel asistencial y año.

Características de la muestra	2015 (n = 350) N (%)		2017 (n = 352) N (%)		Valor p*	
	AP [†]	AE [‡]	AP	AE	AP	AE
	(N = 157)	(N = 193)	(N = 198)	(N = 154)		
Sexo						
Masculino	33 (21,0)	73 (37,8)	34 (17,2)	54 (35,1)		
Femenino	124 (79,0)	120 (62,2)	164 (82,8)	100 (64,9)	0,358	0,596
Edad						
24 a 35 años	37 (23,6)	41 (21,2)	50 (25,3)	37 (24,0)		
36 a 50 años	80 (50,9)	80 (41,5)	105 (53,0)	69 (44,8)	0,703	0,484
Mayor a 50 años	40 (25,5)	72 (37,3)	43 (21,7)	48 (31,2)		
Tiempo que trabaja en el Centro/Hospital						
Menos de 1 año	26 (16,6)	21 (10,9)	55 (27,8)	21 (13,6)		
Entre 1 y 3 años	33 (21,0)	28 (14,5)	32 (16,2)	35 (22,7)	0,039	0,074
Más de 3 años	98 (62,4)	144 (74,6)	109 (55,0)	98 (63,7)		
Tipo de contrato						
Planta permanente	114 (72,6)	153 (79,3)	134 (67,7)	112 (72,7)		
Contrato temporal	39 (24,8)	39 (20,2)	60 (30,3)	41 (26,6)	0,509	0,361
Trabajo en el sector privado						
Sí	35 (22,3)	84 (43,5)	45 (22,7)	74 (48,1)		
No	122 (77,7)	107 (55,4)	153 (77,3)	79 (51,3)	0,923	0,668
Tiempo por consulta						
< 15 minutos	68 (43,3)	102 (52,9)	67 (33,8)	86 (55,8)		
> 15 minutos	89 (56,7)	64 (33,2)	130 (65,7)	57 (37,0)	0,135	0,000
Tiempo suficiente para dedicarle a la coordinación clínica [§]						
Sí [§]	45 (28,7)	62 (32,1)	47 (23,7)	56 (36,4)		
No	112 (71,3)	122 (63,2)	151 (76,3)	92 (59,7)	0,239	0,692

* Valor p: por nivel asistencial entre 2015 y 2017; † AP: médicos de atención primaria; ‡ AE: médicos de atención especializada; § Si: siempre + muchas veces; || No: a veces + pocas veces + nunca.

TABLA 2. Nivel y cambios en el conocimiento y uso de los mecanismos por nivel asistencial en la red de estudio en 2015 y 2017.

Mecanismo de coordinación clínica	2015 N (%)		2017 N (%)		2017 comparado con 2015	
	AP* [†]	AE [‡]	AP	AE	AP	AE
					RP [‡] (IC 95%)	RP (IC 95%)
Hoja de referencia/contrarreferencia						
Conoce el mecanismo	154 (98,1)	171 (88,6)	196 (99,0)	143 (92,9)	1,46 (0,52-4,07)	1,37 (0,82-2,31)
Frecuencia de envío referencia (AP) / contrarreferencia (AE) [§]	138 (89,6)	137 (80,1)	172 (87,8)	94 (66,2)	0,89 (0,67-1,18)	0,72 (0,56-0,93)
Frecuencia de recepción referencia (AE) / contrarreferencia (AP) [§]	29 (18,8)	94 (55,0)	31 (15,8)	73 (51,1)	0,92 (0,70-1,20)	0,99 (0,77-1,27)
Informe de Alta Hospitalaria						
Conoce el mecanismo	147 (93,6)	167 (86,5)	189 (95,5)	131 (85,1)	1,18 (0,73-1,93)	1,01 (0,73-1,42)
Uso frecuente ^{§ ¶}	103 (70,5)	70 (83,4)	140 (74,1)	34 (75,6)	1,14 (0,91-1,43)	1,17 (0,54-2,52)
Teléfono institucional						
Conoce el mecanismo	139 (88,5)	164 (85,0)	186 (93,9)	122 (79,2)	1,44 (0,89-2,34)	0,83 (0,63-1,10)
Uso frecuente (institucional o personal) ^{**¶}	68 (47,2)	105 (61,7)	60 (32,6)	67 (52,3)	0,76 (0,62-0,95)	0,81 (0,62-1,06)
Normas, guías de práctica clínica compartidas y criterios de derivación						
Conoce el mecanismo	64 (40,8)	45 (23,3)	94 (47,5)	33 (21,4)	1,18 (1,00-1,42)	0,95 (0,71-1,27)
Utilización frecuente [§]	58 (90,6)	39 (86,7)	88 (94,6)	30 (90,9)	1,33 (0,66-2,67)	1,30 (0,46-3,63)
Reuniones conjuntas entre médicos						
Conoce el mecanismo	64 (40,8)	54 (27,9)	120 (60,6)	59 (38,3)	1,42 (1,17-1,72)	1,24 (0,97-1,60)
Participación frecuente [§]	21 (32,8)	31 (57,4)	33 (27,5)	29 (49,1)	0,92 (0,72-1,18)	0,81 (0,55-1,19)

* AP: médicos de atención primaria; † AE: médicos de atención especializada; ‡ RP: razón de prevalencia para identificar cambios entre 2015 y 2017, ajustada por experiencia en el lugar de trabajo y tiempo por consulta; § Frecuente: siempre + muchas veces; || Porcentajes calculados sobre quienes conocen el mecanismo en cada nivel de atención; ¶ AP: uso corresponde a recepción del informe de alta / AE: uso corresponde a envío del informe de alta; ** Frecuente: diariamente + semanalmente; †† Porcentajes calculados sobre quienes utilizan el teléfono institucional y personal.

TABLA 3. Características de uso de los mecanismos de coordinación de la información clínica por nivel asistencial en la red de estudio en 2015 y 2017.

Mecanismo de coordinación clínica	2015 N (%)		2017 N (%)	
	AP*	AE†	AP	AE
Hoja de referencia y contrarreferencia				
Finalidad de uso [§]				
Enviar información al otro nivel	115 (75,2)	123 (74,1)	143 (73,7)	87 (63,5)
Pautas para el seguimiento, tratamiento futuro	48 (31,4)	28 (16,9)	42 (21,6)	27 (19,7)
Para remitir/contrarremite al paciente al otro nivel	18 (11,8)	44 (26,5)	21 (10,8)	55 (40,1)
Información que usualmente recibe [§]				
Tratamiento	127 (83,0)	89 (53,6)	165 (84,6)	86 (63,2)
Diagnóstico	115 (75,2)	95 (57,2)	129 (66,2)	79 (58,1)
Pruebas	84 (54,9)	80 (48,2)	103 (52,8)	78 (57,3)
Motivos de la derivación	46 (30,1)	126 (75,9)	57 (29,2)	120 (88,2)
Antecedentes	42 (27,4)	97 (58,4)	39 (20,0)	109 (80,1)
Recepción de contrarreferencia en un tiempo útil para la toma de decisiones [¶]	74 (50,7)		88 (49,2)	
La contrarreferencia responde al motivo de la referencia [¶]	116 (79,4)		134 (74,9)	
Indica que hay dificultades en el uso [§]				
No se utiliza/Se utiliza poco	96 (62,3)	75 (43,9)	127 (64,8)	71 (49,7)
No envían la información completa	63 (65,6)	31 (41,3)	65 (51,2)	30 (42,2)
No envían la información completa	19 (19,8)	30 (40,0)	17 (13,4)	30 (42,2)
Letra ilegible	17 (17,7)	5 (6,7)	21 (16,5)	10 (14,1)
Informe de Alta Hospitalaria				
Finalidad de uso [§]				
Enviar información al otro nivel	137 (93,2)	140 (83,8)	163 (86,2)	110 (83,9)
Para enviar/recibir recomendaciones sobre el seguimiento	34 (23,2)	43 (25,7)	40 (21,2)	27 (20,6)
Para remitir al paciente	3 (2,0)	13 (7,8)	6 (3,2)	12 (9,2)
Información que usualmente recibe [§]				
Motivo de hospitalización	135 (93,7)		169 (89,9)	
Tratamiento farmacológico	131 (90,9)		178 (94,7)	
Diagnóstico	131 (90,9)		176 (93,6)	
Indicaciones para el seguimiento	121 (84,0)		167 (88,8)	
Intervenciones realizadas	121 (84,0)		161 (85,6)	
Resultados de estudios	120 (83,3)		163 (86,7)	
Recepción del Informe en un tiempo útil para la toma de decisiones [¶] **	126 (86,9)		157 (83,5)	
Indica que hay dificultades en el uso [§]				
No envían la información completa	32 (21,8)	40 (23,8)	53 (28,0)	27 (20,6)
No siempre la envían	10 (31,2)	13 (32,5)	10 (18,8)	9 (33,3)
No siempre la envían	8 (25,0)	9 (22,5)	20 (37,7)	6 (22,2)
El paciente no la entrega	7 (21,9)	10 (25,0)	10 (18,8)	5 (18,5)

* AP: médicos de atención primaria; † AE: médicos de atención especializada; ‡ Porcentaje calculado sobre la base del total de personas que respondieron; § Categorías ordenadas según porcentaje de respuesta de médicos AP (2015); ¶ Calculado a partir de los médicos AP que indicaron recibir la hoja de contrarreferencia; ¶ Categoría de respuesta: siempre + muchas veces; ** Calculado a partir de los médicos AP que indicaron recibir el Informe de Alta Hospitalaria.

En 2015 una pequeña proporción de médicos de ambos niveles señaló dificultades en el uso de epicrisis (AP: 21,8%; AE: 23,8%), principalmente debido a que no se enviaba la información completa (AP: 31,2%; AE: 32,5%). Sin embargo, en 2017 este aspecto registró una mejora según los AP y se mantuvo similar para los AE (AP: 18,8%; AE: 33,3%) (Tabla 3).

Las dificultades para el uso de las GPC en 2015 fueron más frecuentes entre los médicos de AE (39,1%), con un aumento en 2017 (48,5%). En 2017, el uso de los consensos propios de la red disminuyó en los AP y aumentó en los AE (AP: 29,8%; AE: 36,4%) (Tabla 4).

En 2015, los médicos de AP aludieron a mayores dificultades con las reuniones conjuntas (AP: 50%; AE: 38,9%)

por "desinterés/falta de predisposición" (31,2%). En 2017, esta experiencia se mantuvo en AP (51,7%) y disminuyó en AE (30,5%), y el motivo principal varió a "falta de tiempo por sobredemanda" en AP (27,4%).

DISCUSIÓN

La red de salud estudiada pertenece al subsector público local y responde a la heterogeneidad que caracteriza al sistema en las distintas áreas del país, con acciones programáticas superpuestas por los distintos niveles jurisdiccionales. No obstante, por la génesis de la investigación, la discusión se plantea en diálogo con estudios que analizan aspectos similares a nivel nacional e internacional.

En las últimas dos décadas los gestores locales

TABLA 4. Características de uso de los mecanismos de coordinación de la gestión clínica por nivel asistencial en la red de estudio en 2015 y 2017.

Mecanismo de coordinación clínica	2015 N (%)		2017 N (%)	
	AP*	AE†	AP	AE
Normas, guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención				
Finalidad de uso [§]				
Unificación de criterios de atención	40 (62,5)	22 (48,9)	72 (76,6)	22 (66,7)
Dar una buena atención	15 (23,4)	10 (22,2)	15 (15,9)	6 (18,2)
Pautas para la referencia y contrarreferencia	8 (12,5)	6 (13,3)	4 (4,3)	4 (12,1)
¿Cuáles son las guías que usa? [§]				
Normas nacionales/provinciales	32 (50,0)	16 (35,5)	37 (39,3)	7 (21,2)
Consensos propios de la red	32 (50,0)	11 (24,4)	28 (29,8)	12 (36,4)
Guías clínicas de sociedades científicas	28 (43,7)	18 (40,0)	69 (73,4)	21 (63,6)
Exámenes complementarios	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ninguna	1 (1,5)	2 (4,4)	1 (1,0)	0 (0,0)
¿Considera que fueron elaboradas teniendo en cuenta a los médicos de ambos niveles?				
Sí	36 (56,2)	33 (73,3)	54 (57,4)	25 (75,7)
No	25 (39,0)	11 (24,4)	39 (41,5)	7 (21,2)
¿Ha participado alguna vez en una capacitación sobre el uso de estas guías?				
Sí	45 (70,3)	24 (53,3)	65 (69,1)	22 (66,7)
No	19 (29,6)	21 (46,7)	29 (30,9)	10 (30,3)
Indica que hay dificultades en el uso [§]				
Las recomendaciones no se pueden aplicar	11 (57,9)	5 (27,8)	18 (64,3)	7 (43,7)
No son consensuadas	4 (21,0)	5 (27,8)	1 (3,6)	3 (18,7)
No se utilizan/No se cumplen	2 (10,5)	8 (44,4)	3 (10,7)	3 (18,7)
Reuniones conjuntas entre niveles de atención				
Finalidad de participación ^{‡§}				
Alcanzar los acuerdos de criterios, diagnósticos terapéuticos y de seguimiento	37 (57,8)	23 (42,6)	73 (60,8)	29 (49,1)
Revisar/Discutir casos clínicos	17 (26,6)	31 (57,4)	26 (21,7)	22 (37,3)
Estandarizar criterios de derivación	8 (12,5)	2 (3,7)	15 (12,5)	9 (15,2)
Indica que hay dificultades en la participación [§]				
Desinterés/Falta de predisposición	10 (31,2)	1 (4,7)	7 (11,3)	3 (16,7)
Diferencia de criterios	9 (28,1)	6 (28,6)	7 (11,3)	1 (5,5)
Falta de tiempo por sobredemanda	8 (25,0)	5 (23,8)	17 (27,4)	3 (16,7)

* AP: médicos de atención primaria; † AE: médicos de atención especializada; ‡ Porcentaje calculado sobre la base del total de personas que respondieron; § Categorías ordenadas según porcentaje de respuesta de médicos AP (2015); || Categoría de respuesta: Sí: siempre + muchas veces / No: a veces + pocas veces + nunca.

introdujeron importantes reformas para mejorar la coordinación, incluyendo MC^{9,12}. Sin embargo, no existen estudios que hayan analizado el conocimiento y uso. La ausencia de investigación en estos aspectos obtura la planificación de intervenciones acordes y la posibilidad de comparación con otras áreas del territorio nacional y de países de la región a partir de un diagnóstico contextualizado.

Los MCI (HR/CR, epicrisis, teléfono institucional) fueron muy conocidos entre los entrevistados, a diferencia de los resultados obtenidos en otros contextos⁴. Sin embargo, sus niveles de uso difirieron marcadamente. Las dificultades más importantes para el uso de la HR/CR (poca utilización e información incompleta) pusieron en evidencia la pobre sistematización del mecanismo en el proceso de atención. La importante brecha en los niveles de envío y recepción de HR/CR, principalmente desde la experiencia de los médicos de AP, se evidenciaron también en otros trabajos de Argentina y la región^{10,11,13}, lo que refleja una problemática que excede la realidad de la red en estudio. A

pesar de que solo la mitad de los médicos de AP aseguró recibir la CR en tiempo útil para tomar decisiones, un trabajo anterior mostró que no se repetían estudios y no existían contraindicaciones ni duplicaciones en los tratamientos¹⁴. Se registró además un cambio significativo entre 2015 y 2017 con relación a la disminución en la frecuencia de envío de CR por parte de los AE, que concuerda con lo hallado para los médicos especialistas de otros países que participaron de la misma investigación⁴. No obstante, dado que se trata de un mecanismo altamente conocido, cabe esperar que su funcionamiento mejore con el tiempo. Otra investigación en el mismo contexto señaló el uso desigual de HR/CR entre niveles, agregando que funcionaba de manera óptima solo cuando era solicitada por parte del profesional del otro nivel⁹. Pese al uso desigual y limitado, los profesionales señalaron que utilizaban la HR/CR para intercambiar información, algo también descrito en un trabajo anterior¹⁴; esto es relevante porque, como indican otros estudios, muchas veces solo se recurre a ella como

mecanismo de carácter administrativo, limitando su función como MCI entre niveles^{8,9}.

Los resultados para la epicrisis o informe de alta hospitalaria fueron alentadores en relación con los de otros países de la investigación⁴. La mayoría la utiliza para enviar información al otro nivel, aunque las dificultades para su uso coinciden con los hallados⁴: tiempo insuficiente para realizarlas y limitaciones en el sistema informático o de formato. Tal como sucede en otras redes, los resultados indican la necesidad de llevar a cabo cambios organizativos, que podrían ser efectivos sin requerir una gran inversión.

El uso del teléfono institucional o personal fue más frecuente en AE que en AP. Se encontró una disminución significativa en el uso del teléfono entre los médicos de AP en 2017. Este resultado podría estar vinculado al aumento de médicos de AP que trabajaban desde hacía menos de un año en el CS, situación que requeriría sistematizar el uso del mecanismo. Si bien hay investigaciones locales que plantean que es un mecanismo muy utilizado en AP¹¹, otros señalan que esta diferencia en el uso puede estar relacionada con dificultades para comunicarse desde el primer nivel al segundo, lo que impide la transmisión rápida y efectiva que habilita este mecanismo¹⁰.

Es relevante que en ambos períodos de estudio los profesionales de la red en cuestión mostraron amplio conocimiento de los MCI; solo en la frecuencia de envío de la CR y el uso del teléfono se marcaron cambios significativos no favorables. Considerando que se trata de mecanismos que no requieren grandes recursos para implantarse y que son efectivos para mejorar la coordinación, los esfuerzos organizacionales deberían apuntar a optimizar su utilización.

Los MCGC no alcanzaron los mismos niveles de conocimiento que los anteriores. Aunque las GPC y los criterios de derivación han generado muchas expectativas en otros países como herramientas de mejora continua de la calidad de atención¹⁷, los resultados evidenciaron una implantación insuficiente, coincidiendo con hallazgos de trabajos de carácter nacional e internacional^{4,5,6,7,9,10,11}. A nivel nacional, como en la red estudiada, solo existen sugerencias con relación a qué GPC utilizar, a diferencia de lo que sucede en otros países que participaron de la investigación internacional y que tienen programas estables encargados de su elaboración o adaptación^{5,17}. Las autoridades sanitarias del país recomiendan y promocionan su utilización; no obstante, son de diversos orígenes (municipales, provinciales, nacionales), sin mediaciones para adecuarlas a nivel local¹⁸. La principal dificultad señalada por los profesionales es que las recomendaciones no se pueden aplicar, ya que contemplan recursos no disponibles, como ya se ha descrito en Argentina y Latinoamérica para diferentes especialidades médicas^{4,11}. En la red estudiada, los consensos propios fueron más utilizados por los médicos de AP que los de AE, que fueron más proclives a utilizar las GPC elaboradas por sociedades científicas. Se sabe que los mecanismos como GPC, criterios de deriva-

ción y la colaboración entre profesionales de los distintos niveles mejoran su conocimiento y uso a partir de otro mecanismo como las reuniones conjuntas; así se fortalecen lazos a partir del conocimiento mutuo, indispensable para la consolidación del trabajo en red¹⁰. Sin embargo, en el ámbito de estudio no existen procesos sistematizados de auditoría o evaluación como exigencia para acreditar los servicios, tal como ocurre en otros países¹⁷. El aumento en el conocimiento y participación de las reuniones conjuntas entre médicos de AP y AE para la discusión de casos clínicos, que se marca en los dos períodos de estudio, podría explicarse por instancias habilitadas entre 2015 y 2017 por las autoridades sanitarias para discutir casos clínicos. Esto involucraba la coordinación de la atención en los dos niveles para pacientes con patologías crónicas¹⁹. La participación mostró diferencias entre niveles y fue más frecuente en AE, aunque disminuyó en 2017 por falta de tiempo y por "diferencias de criterios". La falta de tiempo obtura el funcionamiento del mecanismo, que termina siendo funcional a la demanda ante casos complejos. En cambio, las mayores dificultades en AP se vinculan a la "falta de tiempo por sobredemanda", lo cual coincide con el trabajo publicado sobre esta red, en que los profesionales de AP declararon sobrecarga de trabajo debido a la complejidad de los casos que atienden y, en consecuencia, destacaron menos tiempo para la coordinación¹⁶.

El estudio pone en evidencia diferencias en la implantación de los MC entre niveles en la red, con mejores resultados en los MCI que en los MCGC. En el marco de la reforma que se llevó adelante en la ciudad de Rosario, con énfasis en la estrategia de APS, los gestores locales han hecho esfuerzos para que los MCGC sean conocidos y utilizados. Sin embargo, es necesario que permanezcan en agenda para fortalecer y facilitar su implementación. La implementación de los MCGC parece estar vinculada a la autonomía de las decisiones clínicas de los médicos según la especialidad. La estrategia para mejorar su implantación debería enfocarse en la revisión y adecuación sistemática al contexto local, para integrarlos a los consensos propios compartidos entre los distintos niveles de la red. La tarea requiere de gestores y políticas de salud que tengan como horizonte móvil la mejora continua de la calidad de la atención en salud, donde la generación de consensos entre los distintos niveles y especialidades forme parte del tiempo de trabajo de los profesionales sin implicar una sobredemanda.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Si bien la investigación tuvo limitaciones relacionadas con las adecuaciones metodológicas realizadas para lograr el objetivo del proyecto internacional, y son necesarios nuevos abordajes que indaguen en los motivos que generan las características descritas, el conocimiento producido sobre la coordinación de la atención es fundamental para superar obstáculos en esos procesos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Existe gran variabilidad en torno al conocimiento y uso de los diferentes MC: algunos son poco conocidos, otros poco utilizados y otros utilizados con criterios dispares. Por lo tanto, la formación de los equipos en su uso, con criterios comunes y suficiente información, es fundamental para cualquier planificación sanitaria que apunte a una atención coordinada y efectiva.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dado que en Argentina las investigaciones que abordan la problemática son escasas, los resultados de este estudio

contribuyen a formular nuevas preguntas de conocimiento y reflexión en torno a la coordinación en los distintos niveles de atención.

AGRADECIMIENTOS

A las personas entrevistadas, que aceptaron compartir con los investigadores sus opiniones y conceptos; a las instituciones prestadoras de servicios de salud (hospitales y centros de salud), que colaboraron en el estudio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno J, Vargas I, Vázquez ML. Mecanismos de coordinación en la red de Salud Municipal de Rosario: conocimiento y uso. Estudio comparativo 2015-2017. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13:e64. Publicación electrónica 21 de Dic 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS/OMS; 2010.
- Terraza Núñez R, Vargas I, Vázquez M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit [Internet]*. 2006 [citado 21 Oct 2021];20:485-495. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715485>
- Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit [Internet]*. 2007 [citado 13 Ene 2021];21(2):114-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200005&lng=es
- Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit [Internet]*. 2020 [citado 21 Oct 2021];34(4):340-349. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302462>
- Ortiz Z, Esandi ME, De Luca M. Desafíos en la elaboración e implementación de guías de prácticas clínicas en Argentina. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina [Internet]*. 2005 [citado 21 Oct 2021];83(2). Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/wp-content/uploads/2017/11/GPC_Argentina05.pdf
- Giorgi M. Encuesta sobre el uso de guías de práctica clínica en cardiólogos de Latinoamérica. *Rev Argent Cardiol [Internet]*. 2012 [citado 21 Oct 2021];80(2):108-113. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3925549>
- Fernández Prieto A, Gaglio R, Monsalvo M, Rezzonico G, Galli A, Cerezo L. Estudio cualitativo: uso de la guía para la estimación del riesgo cardiovascular global en la práctica clínica. *Revista de Salud Pública [Internet]*. 2015 [citado 21 Oct 2021];19(2):42-53. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/11939>
- Vargas I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira de Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan [Internet]*. 2018 [citado 21 Oct 2021];33(4):494-504.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452401/>

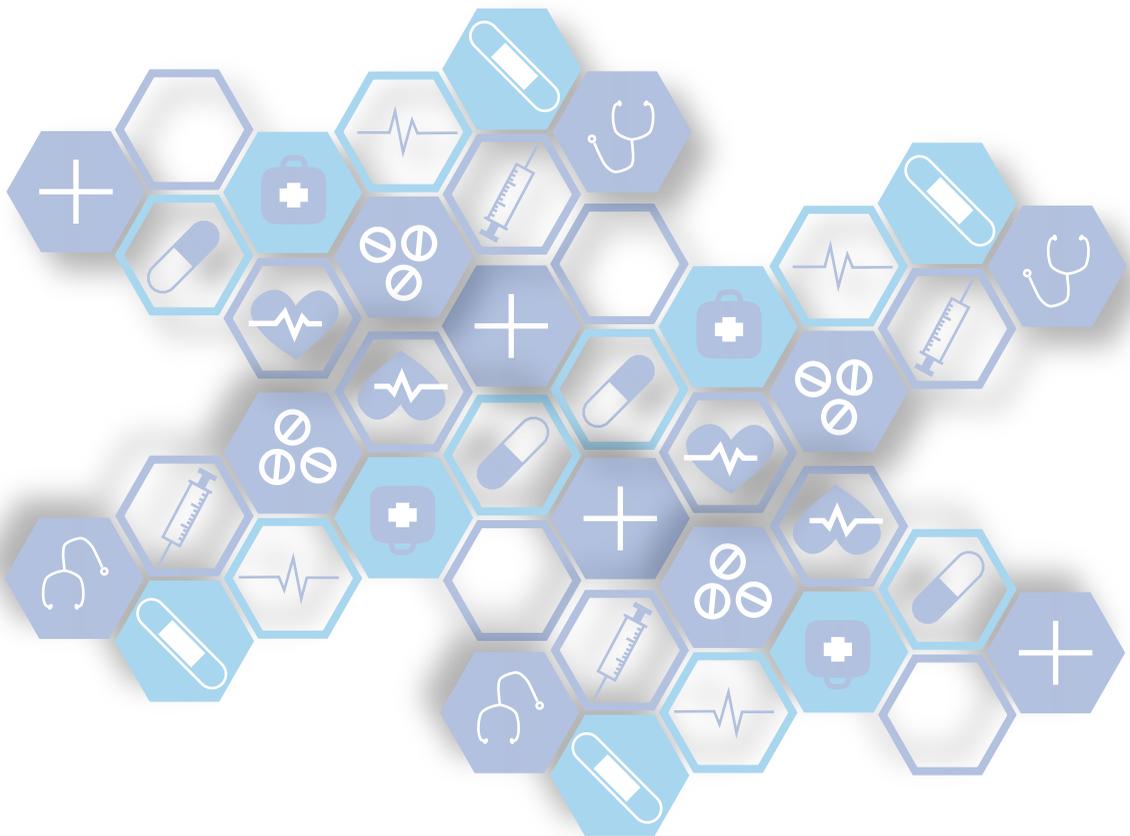
- Aronna A, Grande S, Herrmann J, Luppi I, Nestares G. Cómo se construyen y utilizan registros en atención primaria de la salud. En: Miravet M, Aronna A, Grande S, Vilches N, Costaguta M, editores. Evaluación de tecnologías en Atención Primaria. Articulación Universidad-Servicios por el derecho a la salud. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte; 2011.
- Silberman M. Optimización del proceso de Referencia-Contrarreferencia entre niveles de atención de salud. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico [tesis de maestría] [Internet]. La Plata: UNLP; 2007 [citado 21 Oct 2021]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5392>
- Paz MC. Coordinación asistencial interniveles relacionada con las enfermedades respiratorias crónicas en un área de la ciudad de Santa Fe, Argentina [tesis de maestría] [Internet]. Rosario: UNR; 2015 [citado 21 Oct 2021]. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/10201>
- Mansilla C. Accesibilidad a las Interconsultas en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario de los pacientes adultos atendidos en el Primer Nivel de Atención. En: Anuario 2010 - Becas de Investigación "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud Investiga; 2012 [citado 21 Oct 2021]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario_2010_dis.pdf
- Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]*. 2016 [citado 21 Oct 2021];11(Supl 2):37-45. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(0)1384)
- Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, De Paepe P, Vargas I, et al. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública [Internet]*. 2019 [citado 21 Oct 2021];23(1):26-40. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/21276>
- Municipalidad de Rosario. Centros de Salud y Hospitales municipales [Internet]. Rosario: Secretaría de Salud Pública; 2018 [citado 21 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/mr/epidemiologia/contactos/centros-de-salud-y-hospitales-municipales>

¹⁶ Vázquez ML, Vargas I, García-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017 [citado 21 Oct 2021];182:10-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28411523/>

¹⁷ Constantino-Casas P, Viniestra-Osorio A, Médico-Micete C, Torres-Arreola LP, Valenzuela-Flores A. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2009 [citado 21 Oct 2021];40(1):103-108. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=68541>

¹⁸ Gobierno de Santa Fe. Guías Clínicas y Protocolos [Internet]. Santa Fe: Santa Fe Provincia; [fecha desconocida; citado 21 Oct 2021]. Disponible en: [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114770/\(subtema\)/114567](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114770/(subtema)/114567)

¹⁹ Amarilla DI, Puzzolo J, Colautti MA, Moreno MJ, Pellegrini NG, Rovere RM. Equity LA II. Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Resultados comparativos 2015/2017 [Internet]. Rosario: UNR; 2019 [citado 21 Oct 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2133/14475>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.