

Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá

Laura Natalia Bejarano Leiva

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Bogotá, D.C. 2018

Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá

Laura Natalia Bejarano Leiva

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Tutores:

Amparo Susana Mogollón Pérez

Francisco José Yepes Lujan

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Bogotá, D.C. 2018

Agradecimientos

A Amparo Susana Mogollón Pérez, mi directora de trabajo de grado, por haberme permitido trabajar con ella y guiarme con su amplia experiencia en el maravilloso mundo de la salud pública. Su rigurosidad académica y dedicación permitieron que este proyecto culminara exitosamente.

A Francisco José Yepes Luján, mi codirector, por haberme dado el privilegio de aprender de sus saberes, por la confianza depositada en mí y su disposición para orientarme en mi proceso de formación.

A la Pontificia Universidad Javeriana por brindarme la oportunidad de pertenecer a la maestría de Salud Pública, experiencia que me permitió conocer a docentes tan valiosos en este campo. A ellos agradezco las enseñanzas, el rigor, la motivación y por impulsar en sus estudiantes un espíritu crítico.

A Carol Ximena Cardozo, por su generosidad y paciencia al apoyar mi trabajo. Todos sus aportes fueron clave para el desarrollo de este trabajo.

Al Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea y su proyecto Equity-LA II, por haberme permitido realizar mi trabajo de grado en una investigación de tan alto prestigio.

A María Luisa Vázquez, coordinadora general del proyecto Equity-LA II, y a Ingrid Vargas, del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (España) por la oportunidad de contar con sus recomendaciones y aportes críticos.

De manera muy especial a todas las instituciones que facilitaron el desarrollo de este estudio al permitir el contacto con los pacientes.

A las personas que brindaron su tiempo para participar en este estudio. Sus perspectivas como pacientes aportaron información valiosa para analizar el desempeño de los servicios de salud.

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract	3
Lista de tablas.....	5
Lista de figuras	5
Lista de anexos	5
Glosario de siglas y acrónimos.....	6
Introducción	7
1. Planteamiento del problema.....	11
1.1. Antecedentes	11
1.2. Justificación.....	15
2. Objetivos	19
2.1. Objetivo general	19
2.2. Objetivos específicos.....	19
3. Marco de referencia	20
3.1. Marco conceptual de la continuidad asistencial	20
3.1.1. Medición de la continuidad asistencial.....	24
3.2. Sistema de salud colombiano	26
3.3. Redes públicas de servicios de salud en el Distrito Capital	30
4. Metodología	35
4.1. Diseño y área de estudio.....	35
4.2. Población de estudio.....	36
4.3. Tamaño de la muestra.....	36
4.4. Recolección de información.....	37
4.4.1. Cuestionario.....	37
4.5. Variables de estudio	39
4.6. Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención	42
4.7. Análisis de los datos	43
4.8. Control de calidad de los datos.....	45

5. Consideraciones éticas	47
6. Resultados	48
6.1. Propiedades psicométricas de la escala de percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención	48
6.2. Características de la muestra por redes de estudio	50
6.3. Estabilidad de los profesionales y vínculo paciente- médico	52
6.4. Percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención	53
6.5. Factores asociados con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención	58
7. Discusión.....	60
8. Conclusiones	70
9. Recomendaciones	74
10. Referencias bibliográficas	78
Anexos.....	85

Resumen

Introducción: la continuidad asistencial (CA) se define como el grado de coherencia y unión de experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. En contextos con sistemas de salud segmentados y fragmentación en la provisión de los servicios se obstaculiza la coordinación entre diversos prestadores y conlleva a problemas en la CA, insatisfacción de los pacientes y resultados desfavorables en el estado de salud.

Objetivo: analizar la continuidad asistencial entre niveles de atención percibida por pacientes con enfermedades crónicas, así como sus factores asociados, en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

Metodología: estudio de tipo analítico observacional de corte transversal basado en una encuesta con aplicación presencial del cuestionario CCAENA-CO a una muestra de 793 pacientes con patologías crónicas (Red 1: 396; Red 2: 397), que hubiesen consultado por un mismo motivo de salud en dos niveles de atención de la red, en los últimos seis meses. Se realizó análisis descriptivo comparativo entre redes y análisis multivariado para evaluar la relación entre dos índices de continuidad asistencial y las variables independientes, a través de regresiones logísticas binarias con ajuste por covarianza robusta.

Resultados: el índice de continuidad asistencial, que evaluó transferencia de información clínica y coherencia de la atención entre niveles, mostró que la mayoría de los pacientes percibía un nivel alto de continuidad asistencial en la red 1 y en menor proporción en la red 2 (red 1: 74.9%; red 2: 57.4%; IC: 1.57-3.03). El índice de accesibilidad entre niveles fue más elevado en la red 2 en comparación con la red 1 (red 1: 45.3%; red 2: 62.7%; IC: 0.34-0.63). Una mayor percepción de CA se asoció con ser atendido en la red 1 (OR: 2.62), mientras que una mayor percepción de accesibilidad entre niveles se

asoció negativamente (OR: 0.47). Tener menor número de enfermedades crónicas y una alta percepción de continuidad de relación se asociaron positivamente con los dos índices.

Discusión y conclusiones: los pacientes de la red 2 percibieron mayores discontinuidades de la atención en las dimensiones de transferencia de información clínica y coherencia de la atención, mientras que los de la red 1 tuvieron mayores dificultades en la dimensión de accesibilidad entre niveles de atención. Lo anterior, indica esfuerzos institucionales distintos en la organización de los servicios que impactan la calidad de la atención. Asimismo, el número de enfermedades crónicas y la continuidad de relación mostraron ser factores consistentes en su asociación con los índices de continuidad asistencial y accesibilidad entre niveles. La incidencia de otras características individuales y de aseguramiento ameritan una mayor investigación, dado que solo se asociaron con uno de los índices. En los pacientes pluripatológicos la complejidad de la situación exige mayores transiciones por los servicios, que dentro de un sistema segmentado y fragmentado significa mayores dificultades percibidas. La asociación de la continuidad de relación (vínculo profesional-paciente y estabilidad de los profesionales) con mejores percepciones de CA entre niveles refleja la importancia del establecimiento de relaciones duraderas y de confianza, particularmente con el médico general, para mejorar la coordinación de la atención. De modo que, la identificación de los factores confiere valor dado que pueden ser elementos útiles en la construcción de estrategias para mejorar la CA y alcanzar una atención integrada, imprescindible para el seguimiento y control de pacientes que deben consultar frecuentemente los servicios.

Palabras clave: continuidad asistencial, redes de servicios de salud, enfermedades crónicas, estudio transversal, Colombia.

Abstract

Introduction: continuity of care is how one patient experiences care over time as coherent and linked. In contexts of segmented health systems and fragmentation in the provision of services, coordination between the different levels and settings of care is impeded and this leads to loss of continuity of care, low user satisfaction and unfavourable results in health status.

Objective: to analyse the continuity of care between different levels perceived by patients with chronic conditions, as well as its influencing factors, in two public integrated healthcare networks in Bogotá.

Methodology: a cross-sectional analytical study based on a survey with face-to-face application of the CCAENA-CO questionnaire to a sample of 793 patients with chronic pathologies (Network 1: 396; Network 2: 397), who had consulted for the same reason of health in two levels of care of the network, in the last six months. A comparative descriptive analysis between networks and multivariate analyses were performed to evaluate the relationship between two continuity of care indexes and the independent variables, through binary logistic regressions with robust covariance adjustment.

Results: the continuity of care index, which evaluated the transfer of medical information and care coherence between levels, showed that most patients perceived a high level of continuity in network 1 and in a lesser proportion in network 2 (network 1: 74.9%; network 2: 57.4%; IC: 1.57-3.03). The accessibility between levels index was higher in network 2 compared to network 1 (network 1: 45.3%; network 2: 62.7%; IC: 0.34-0.63). A higher perception of continuity of care was associated with being in network 1 (OR: 2.62), while a higher perception of accessibility between levels was negatively associated (OR: 0.47). Having a lower number of chronic diseases and a high perception of relational continuity were positively associated with the two indexes.

Discussion and conclusions: patients in network 2 perceived greater discontinuities of care in the dimensions of transfer of medical information and care coherence between levels, while those in network 1 had greater difficulties in the dimension of accessibility between levels of care. This indicates different institutional efforts in the organization of health services that affect the quality of care. Likewise, the number of chronic diseases and the relational continuity showed to be consistent factors in their association with continuity and accessibility between care levels indexes. The incidence of other individual and health insurance characteristics deserves further investigation, since they were only associated with one of the indexes. In the pluripathologic patients, the complexity of the situation demands more transitions for health services that within a segmented and fragmented system means more perceived difficulties. The association of relational continuity (physician-patient relationship and stability of the physician) with better continuity of care between levels perceptions reflects the importance of establishing long-lasting and trust relationships, particularly with the general practitioner, to improve the coordination of care. Therefore, the identification of the factors confers value given that they can be useful elements in the construction of strategies to improve continuity of care and achieve integrated care, essential for the follow-up and control of patients who must frequently consult the health services.

Keywords: continuity of care, integrated healthcare networks, chronic diseases, cross-sectional study, Colombia.

Lista de tablas

<i>Tabla 1 Tipos, dimensiones, atributos y nivel de análisis de la continuidad asistencial</i>	24
<i>Tabla 2 Ítems relacionados con la continuidad de información y de gestión clínica entre niveles de atención</i>	38
<i>Tabla 3 Ítems relacionados con la continuidad de relación: estabilidad profesional y vínculo médico-paciente (factores organizativos)</i>	39
<i>Tabla 4 Definición y operacionalización de las variables de caracterización de la muestra</i>	39
<i>Tabla 5 Análisis de los datos</i>	44
<i>Tabla 6 Estrategias de control de posibles sesgos y errores</i>	46
<i>Tabla 7 Análisis factorial mediante componentes principales</i>	48
<i>Tabla 8 Características de la muestra de estudio</i>	51
<i>Tabla 9 Resultados factores organizativos relacionados con la continuidad asistencial entre niveles de atención</i>	52
<i>Tabla 10 Ítems de la escala de percepción de continuidad entre niveles de atención</i>	54
<i>Tabla 11 Continuidad asistencial entre niveles de atención percibida por pacientes de las áreas de estudio</i>	56
<i>Tabla 12 Continuidad de relación percibida por pacientes de las áreas de estudio</i>	57
<i>Tabla 13 Factores asociados con una alta percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención</i>	59

Lista de figuras

<i>Figura 1 Localidades de cobertura de las subredes públicas de servicios de salud de Bogotá</i>	31
<i>Figura 2 Relación de variables dependientes e independientes</i>	42
<i>Figura 3 Porcentaje de pacientes que percibieron alta continuidad entre niveles de atención</i>	57

Lista de anexos

<i>Anexo 1 Consentimiento informado para aplicación de cuestionario a pacientes de las redes de estudio</i>	86
<i>Anexo 2 Escala de percepción de continuidad entre niveles de atención</i>	88
<i>Anexo 3 Escala factores relacionados con la continuidad entre niveles de atención</i>	89
<i>Anexo 4 Plan de análisis para el modelo multivariante de dependencia</i>	90
<i>Anexo 5 Análisis de fiabilidad con alpha de Cronbach</i>	92

Glosario de siglas y acrónimos

CA: Continuidad asistencial

CG: Continuidad de gestión clínica

CI: Continuidad de información clínica

CR: Continuidad de relación

CCAENA: Cuestionario de Continuidad entre Niveles de Atención

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SUPERSALUD: Superintendencia Nacional de Salud

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

SDS: Secretaría Distrital de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

EPS: Empresa Promotora de Salud

EAPB: Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios

IPS: Institución Prestadora de servicios de Salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

REPSS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

CAMI: Centros de Atención Médica Inmediata

UBA: Unidades Básicas de Atención

UPA: Unidades Primarias de Atención

PAPS: Puntos de Atención Primaria

CAPS: Centros de Atención Prioritaria En Salud

CAPSE: Centros de Atención Prioritaria Especializados

UMHES: Unidades Médicas para Hospitalización Especializada

Introducción

La continuidad asistencial se evalúa desde la perspectiva de los pacientes y es uno de los objetivos intermedios para el análisis de las Redes Integradas de Servicios de Salud, en conjunto con la coordinación asistencial y el acceso, los cuales favorecen la consecución de resultados finales como la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención (Vázquez et al., 2009).

La mayoría de los estudios sobre continuidad asistencial presentan diversas interpretaciones de su concepto, así como de las formas de medición, lo que implica un desafío para la comparación y consolidación de un cuerpo de conocimiento en el área. Algunos estudios han abordado la continuidad asistencial de manera fragmentada, es decir, evalúan una de sus dimensiones sin tener en cuenta marcos de referencia más amplios.

A nivel internacional se han utilizado medidas de continuidad enfocadas en la duración o el tiempo de relación entre pacientes y proveedores para evaluar la longitudinalidad, o el reconocimiento de un prestador de confianza para evaluar la continuidad de relación, o la existencia y uso de medios de comunicación en la dimensión de transferencia de información (Haggerty, Reid, McGrail, & McKendry, 2001). Si bien estos atributos hacen parte de la continuidad, su abordaje de manera separada no permite un conocimiento preciso de su estado.

Por otra parte, muchos estudios han buscado evaluar el desempeño de los prestadores en un solo nivel asistencial, es decir que no reflejan el continuo del cuidado que deben experimentar los pacientes al transitar por los diferentes niveles de atención. Los estudios que evalúan la continuidad asistencial entre niveles han identificado brechas en el cuidado que conducen a percepción de discontinuidad y de factores que inciden en esta. No obstante, la mayoría de estos se han realizado en países de altos ingresos, como Estados Unidos (O'Malley & Cunningham, 2008), Canadá (Haggerty et al., 2008;

Harrison & Verhoef, 2002), España (Aller, Vargas, Waibel, Coderch et al., 2013a; Waibel, Henao, Aller, Vargas, & Vázquez, 2012) e Inglaterra (Cowie, Morgan, White, & Gulliford, 2009; Gulliford, Cowie, & Morgan, 2011), lo que limita el análisis de la continuidad asistencial en contextos de sistemas de salud con mayor segmentación y fragmentación.

Los estudios realizados a nivel nacional que consideran la perspectiva de los pacientes sobre los servicios de salud no han tenido el propósito de evaluar la continuidad asistencial en sí misma, sino que han abordado elementos que podrían ser contemplados en ella, por ejemplo aspectos relacionados con la continuidad de relación, como lo constituye la relación médico paciente o la estabilidad profesional (González-Quiñones et al., 2014; Herrera Medina et al., 2010; Padilla, Sarmiento-Medina, & Ramirez-Jaramillo, 2014). Otros estudios han abordado elementos que son objeto de estudio de la continuidad de gestión clínica, como el acceso al sistema de salud y las barreras para la utilización de los servicios (Tovar-Cuevas & Arrivillaga-Quintero, 2014), más no evalúan la accesibilidad entre niveles de atención para asegurar el seguimiento y cumplimiento de los objetivos clínicos en el manejo de condiciones complejas.

Recientemente en Colombia se han desarrollado investigaciones que evalúan la continuidad asistencial desde la mirada de los pacientes a partir de enfoques cuantitativos (Vargas et al., 2017) y cualitativos (Chávez et al., 2018). Estos estudios revelaron bajos niveles de continuidad de la gestión clínica y de la información entre niveles, así como fallas en la continuidad de relación. El estudio de Vargas identificó la existencia de factores asociados a la percepción de CA como son la estabilidad de los profesionales de la salud, el área de estudio y la morbilidad (Vargas et al., 2017). Por su parte, el estudio de CA desde las experiencias de mujeres con cáncer de mama y diabetes permitió identificar las problemáticas que presentan en la transición por los diferentes niveles (Chávez et al., 2018). Lo anterior, es apoyado por estudios que tienen en cuenta la perspectiva de profesionales de la salud,

quienes también señalan fallas en la coordinación entre niveles de atención asociadas a características del modelo de salud y de la organización de los servicios (Vargas et al., 2016). Hay que mencionar, además, que en estos análisis se contrastó la opinión entre informantes del régimen contributivo y subsidiado encontrándose el predominio de problemáticas en el régimen subsidiado.

A partir de los anteriores planteamientos, este trabajo de investigación se planteó analizar la percepción de pacientes con enfermedades crónicas sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención, dado que es una población con mayor demanda de cuidado y de atención, en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá, por la escasez de investigaciones en las redes territoriales que son las que atienden principalmente a la población más vulnerable.

El documento se organiza en diversos apartados. En el primero, se presenta una descripción de la problemática en relación con la segmentación y fragmentación en los sistemas de salud y su impacto en la continuidad asistencial, así como una breve revisión del desarrollo de las redes integradas de servicios de salud en Colombia. A continuación, se presentan las preguntas de investigación, las hipótesis, la justificación y los objetivos del estudio. En el siguiente apartado se expone el marco de referencia conformado por una revisión conceptual y teórica de la continuidad asistencial, tomando como referencia el marco propuesto por Reid y cols (Reid, Haggerty, & McKendry, 2002), una descripción del sistema de salud colombiano y de las redes públicas en el Distrito.

Posteriormente, se describe el diseño metodológico basado en un estudio analítico observacional de corte transversal, la población de estudio, el tamaño de muestra, la técnica utilizada para la recolección de información, variables, método de análisis y de control de calidad de los datos y las consideraciones éticas. Los apartados finales corresponden a los resultados obtenidos de la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de continuidad y de la percepción de continuidad asistencial y sus factores asociados. Se discuten los resultados mediante la contrastación con otra evidencia nacional

e internacional, se presentan las conclusiones y se proponen algunas recomendaciones direccionadas a los diferentes actores involucrados en el sistema de salud para la mejora de la continuidad asistencial.

Este estudio hace parte de un proyecto de investigación más amplio “Impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina Equity LA II”, financiado por el Programa Marco FP7 de la Comisión Europea y cuyo objetivo es evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención para la mejora de la coordinación y la calidad de la atención de las redes de servicios de salud. Este trabajo de grado se realizó en la Universidad del Rosario, lugar de la ejecución del proyecto en Colombia.

La contribución de la maestranda con la realización del trabajo de grado incluye la revisión de literatura, la participación en los ajustes del cuestionario y en las diferentes fases del trabajo de campo de la encuesta en Colombia y la supervisión de la base de datos. Fue responsable del procesamiento, análisis estadístico y redacción de este documento, sobre el cual tiene los derechos de autoría y propiedad intelectual.

1. Planteamiento del problema

1.1. Antecedentes

La continuidad asistencial se define como “el grado de coherencia y unión de experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo” (Reid, Haggerty, & McKendry, 2002). Implica que todos los prestadores de servicios involucrados en la atención trabajen de manera conjunta y que de esta manera sea experimentado por los pacientes. La continuidad entre niveles asistenciales puede ser utilizada como una medida de la extensión en la cual los servicios han logrado integrarse para proveer una atención en salud coordinada (Haggerty et al., 2001). No obstante, los cambios crecientes en la prestación de servicios de salud relacionados con el aumento de su número en una variedad de organizaciones y lugares, conllevan a fragmentación de la atención (Haggerty et al., 2001).

Los problemas de segmentación y fragmentación característicos de los sistemas de salud de América Latina obstaculizan la coordinación entre diversos prestadores y conducen a inequidades y fallas en el acceso que a su vez afectan la continuidad asistencial y generan insatisfacción de los pacientes con los servicios de salud recibidos, así como resultados insatisfactorios en el estado de salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En Colombia, la introducción de principios de mercado en el modelo de sistema de salud, favorecieron la competencia entre prestadores públicos y privados, con la consecuente fragmentación de los servicios ofertados (Vargas, Unger, Mogollón-Pérez, & Vázquez, 2013).

Como alternativa para evitar la fragmentación de la atención, se ha intentado consolidar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) se definen como:

“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”(Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En el caso colombiano, existen varias aproximaciones al concepto de redes en el amplio marco normativo, sin embargo, poco ha sido el progreso en su implementación. Así pues, la ley 715 de 2001 dispuso que *“el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones”* (artículo 54). Sin posteriores avances en los lineamientos técnicos y operativos para su organización y gestión, las entidades responsables del pago de los servicios de salud llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) hoy denominadas Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB) tuvieron potestad para organizar sus servicios a partir del establecimiento de acuerdos con prestadores públicos y privados conducidos por las fuerzas del mercado (Vázquez et al., 2009). Lo anterior, ha promovido a la creación de redes que no cumplen con estándares de servicio, ignoran el principio de territorialidad y no orientan sus acciones al mejoramiento de la calidad de la atención.

Hay que mencionar, además que el desarrollo de las redes en Colombia ha sido débil porque existen factores organizativos del sistema de salud que desincentivan la coordinación y colaboración entre las instituciones prestadoras de servicios de salud, como son la búsqueda de rentabilidad económica, la compra fragmentada de servicios, los contratos de corta duración, el diseño segmentado de los planes de beneficios, así como factores de las redes relacionados con las precarias condiciones laborales que desmotivan el trabajo colaborativo entre los profesionales (Vargas et al., 2016).

Adicionalmente, existen diferencias en la organización de las redes, con un mayor desarrollo de las redes territoriales que atienden principalmente a la población del régimen subsidiado, las cuales están delimitadas geográficamente y organizadas por las autoridades departamentales y municipales, como ocurre en la ciudad de Bogotá. A pesar del esfuerzo por fortalecer la red pública en el Distrito (Vega-Romero, Acosta-Ramírez, Mosquera-Méndez, & Restrepo-Vélez, 2008), no se han logrado consolidar redes acordes a las necesidades de la población (Martínez, 2012) debido al imperante modelo de mercado (Mosquera et al., 2014; Vega-Romero et al., 2008), que obstaculiza la continuidad del cuidado de los pacientes.

Este panorama resulta más crítico en pacientes con patologías crónicas y pluripatológicas, que acorde a las características de su condición demandan mayores servicios y requieren un seguimiento continuo. En particular, los pacientes con enfermedades crónicas que reciben servicios de salud de forma fragmentada no solo experimentan niveles de calidad más bajos, sino que representan un mayor gasto en salud por presencia de complicaciones, hospitalizaciones innecesarias, entre otros aspectos (Frandsen, Joynt, Rebitzer, & Jha, 2015). En Colombia para el año 2015, las personas mayores de 65 años representaron el 7,49% de toda la población y se proyecta que para el año 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,50% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En lo que compete al Distrito Capital, el aumento progresivo de la esperanza de vida ha generado cambios en las dinámicas de la población, así como un incremento en la proporción de adultos mayores que presentan enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, artritis, diabetes, enfermedades respiratorias y cáncer (Profamilia, 2011).

Las principales causas de muerte en la población colombiana entre 2005 y 2013 lo constituyeron las enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las que se destacan por la magnitud de mortalidad, las enfermedades isquémicas del corazón (48,94%), las enfermedades cerebrovasculares (23,69%) y las

enfermedades hipertensivas (10,29%). Las neoplasias, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus también se ubican entre las primeras causas de mortalidad. Las enfermedades crónicas constituyen una significativa causa de morbilidad y originan gran demanda de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Para el año 2014, la carga de enfermedad por enfermedades crónicas en Bogotá alcanzó el 32% y se constituyeron en la primera causa de mortalidad. Las principales causas están asociadas a enfermedades cardio cerebrovasculares con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes, cánceres malignos (82,24 por 100.000 habitantes), diabetes mellitus (12,4 por 100.000 habitantes), insuficiencia renal crónica (12,4 por 100.000 habitantes) y enfermedades respiratorias (12,4 por 100.000 habitantes) (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., 2016).

La creciente población envejecida y con enfermedades crónicas que demandan servicios de salud en el sistema colombiano tiene mayor vulnerabilidad en un contexto en el cual existen múltiples obstáculos que conducen a la fragmentación de la atención y a la inestabilidad de las redes de prestación de servicios de salud (Vargas et al., 2013). De modo que la perspectiva de los pacientes se constituye en una fuente valiosa de información para evaluar el desempeño del sistema de salud e identificar las brechas en la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial, así como los factores que conducen a las diversas percepciones sobre el proceso de atención (Vargas et al., 2017).

Pese a la importancia de la continuidad asistencial como categoría de evaluación del continuo de la atención en redes de servicios de salud, se evidencia escasez de investigaciones que contemplen el análisis de todas sus dimensiones y de los factores que median su existencia en el contexto colombiano y de manera particular en redes públicas. Esta situación sumada a los problemas enunciados demanda un mayor estudio. Por tanto, este análisis pretende responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la percepción que tienen los pacientes con enfermedades crónicas sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá?
- ¿Cuáles son los posibles factores asociados con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención de pacientes con enfermedades crónicas que han sido atendidos en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá?

Estas preguntas se soportan en unas hipótesis que orientan la investigación y surgen a partir de los referentes teóricos revisados:

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción que tienen los pacientes con enfermedades crónicas sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en las redes de estudio
- Existe asociación entre los factores organizativos e individuales con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención de pacientes con enfermedades crónicas que han sido atendidos en las redes de estudio

1.2. Justificación

Es significativa la importancia que tienen los estudios revisados sobre la CA porque advierten sobre la problemática de la fragmentación en la provisión de los servicios, que condiciona el desempeño de las redes de servicios sanitarios. Pero a pesar de su valor, ha existido confusión en su definición y poca preocupación por ampliar su conocimiento. Lo anterior, ha sido una barrera para el abordaje de la continuidad como elemento esencial del cuidado médico, así como para la construcción de instrumentos de medida que permitan evaluarla de forma integral. Por tanto, es un reto liderar investigaciones que favorezcan el abordaje integral del concepto y la construcción de herramientas para medir los resultados de los servicios desde la perspectiva de los pacientes.

A esto se añade el panorama actual de envejecimiento de la población y el aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas que exigen respuestas más equitativas e integrales de los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La eliminación de la fragmentación de los servicios en sistemas que acogen una creciente población con necesidades complejas debería constituirse en una prioridad para los gobiernos, dado que resulta fundamental la participación de todos los actores en la identificación de los problemas y prioridades en salud (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010). Por ello, es importante llevar a cabo estudios que aborden la percepción de los pacientes para la toma de decisiones y planes de acción, dado que son observadores claves del sistema, más aún cuando los usan de manera frecuente y su bienestar depende de la integralidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

De las anteriores circunstancias nace la necesidad de explorar la CA en Colombia y el caso particular de las redes públicas de Bogotá porque es donde se atiende en mayor medida a la población más vulnerable afiliada al régimen subsidiado y como se evidenció son precisamente las que presentan mayores problemáticas. La importancia de este trabajo se sustenta en los impactos que podrá tener la evidencia generada a nivel teórico, metodológico y práctico.

A nivel teórico, este estudio contribuirá a mejorar el conocimiento sobre la continuidad asistencial de manera integral, puesto que está basado en un marco conceptual sólido que permite comprender sus múltiples dimensiones y se reconoce que la aproximación a la evaluación de las percepciones de los pacientes con respecto a sus experiencias con la atención debe tener en cuenta la multidimensionalidad del concepto. Adicionalmente, aporta al conocimiento sobre la existencia de factores que podrían influenciar la CA a partir de un análisis de asociación entre diferentes aspectos individuales y organizativos y las percepciones de los pacientes acerca de la CA, que aún no han sido registradas en el contexto nacional. Aunque no se pretende generalizar los resultados, los hallazgos podrán generar

hipótesis susceptibles de ser probadas y, por tanto, orientarán el desarrollo de estudios que analicen con mayor profundidad otros elementos de la continuidad asistencial.

Los aportes metodológicos se explican a partir de las técnicas y métodos que subyacen al presente estudio. Este trabajo hace parte de un macroproyecto de investigación llamado “*Impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina. Equity LA II*”, financiado por el Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea. Esta tesis en particular, centra su estudio en una herramienta que evalúa integralmente la continuidad asistencial, el cuestionario CCAENA (cuestionario de continuidad asistencial entre niveles de atención) previamente validado en el contexto colombiano (García-Subirats, Aller, Vargas Lorenzo, & Vázquez Navarrete, 2015). Este instrumento también permite la recolección de información sobre factores individuales y organizacionales asociados a las percepciones de continuidad. El uso de este cuestionario permitirá el reconocimiento de un instrumento válido y fiable para medir la continuidad asistencial entre niveles y adicionalmente, favorecerá la monitorización de procesos que permitan identificar áreas de mejora en la atención.

Por último, la mayor relevancia de la investigación tiene que ver con la utilidad práctica de los resultados obtenidos. De tal modo que la construcción de nuevo conocimiento a partir de las percepciones de los pacientes y de los factores que puedan afectarlas será esencial para fundamentar cambios en los procesos de atención, dado que la evaluación de la CA brindará elementos clave para la creación de estrategias de mejora que impacten la calidad de la atención, así como en la satisfacción de los usuarios, en los resultados de salud y en la eficiencia de los servicios (Van Servellen, Fongwa, & Mockus D’Errico, 2006). Por tanto, será un insumo para el mejoramiento del desempeño de los hospitales públicos de Bogotá y por ende favorecerá la conservación del bien social que constituye la

existencia de instituciones públicas que permiten la protección del derecho a la salud de poblaciones históricamente vulneradas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Analizar la continuidad asistencial entre niveles de atención percibida por pacientes con enfermedades crónicas, así como sus factores asociados, en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra de estudio según aspectos sociodemográficos y de morbilidad
- Describir los factores organizativos de estabilidad profesional y vínculo paciente-profesional en los pacientes con enfermedades crónicas atendidos en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá
- Explorar las diferencias entre las redes analizadas de las percepciones de continuidad asistencial entre niveles de atención que tienen los pacientes con enfermedades crónicas
- Determinar la relación entre las características individuales (sociodemográficas y del estado de salud) con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá
- Estimar la asociación entre factores organizativos de las redes de estudio (estabilidad de los profesionales y vínculo médico-paciente) con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá

3. Marco de referencia

3.1. Marco conceptual de la continuidad asistencial

El interés por abordar la continuidad asistencial no es reciente. Desde 1970 se identificó la necesidad de estudiar aspectos relacionados con la experiencia del paciente en el proceso de atención (Shortell, 1976). La continuidad podía ser vista como la experiencia del paciente al recibir un cuidado coordinado para una enfermedad de acuerdo con sus necesidades. No obstante, en sus inicios, la continuidad se centró en la atención brindada por un prestador, dado que se consideraba difícil recolectar información relacionada con las interrupciones de la atención. Por esta razón, se entendió como el número de diferentes fuentes de atención vistas para un evento de salud. En este sentido, se asumía que los problemas de coordinación aumentarían si se incrementaba el número de prestadores (Shortell, 1976).

Años más tarde, Starfield denota la preocupación de consolidar un marco de análisis para la continuidad asistencial, dados los múltiples usos y diversas definiciones del concepto (Starfield, 1980). Ello se debe al uso indistinto de diferentes términos para hablar de continuidad, como por ejemplo longitudinalidad que hacía referencia a la relación continua entre prestador y paciente como resultado de la existencia de una fuente regular de atención.

La definición de continuidad asistencial tradicionalmente se centró en la longitudinalidad del cuidado, es decir, la atención recibida por un mismo médico que se extiende a lo largo del tiempo (Freeman & Hjortdahl, 1997). Una evolución del concepto surgió con la necesidad o el hallazgo de que ver a un mismo médico no aseguraba una buena comunicación entre el paciente y el médico, sino que existían otros factores relacionales que determinaban la calidad de la atención. Este tipo de continuidad, considerada como relacional no solo implicaba estabilidad a lo largo del tiempo, sino que además

requería empatía y responsabilidad en la relación (Freeman & Hjortdahl, 1997). Para este punto la continuidad era vista como un elemento fundamental de la calidad en el primer nivel de atención.

Frente a las barreras conceptuales asociadas a la definición y medición de la continuidad, se iniciaron importantes esfuerzos para consolidar un marco de análisis común. En una amplia revisión de literatura liderada por académicos en Canadá (Haggerty et al., 2001) se identificó la variedad de usos y mediciones de acuerdo a la disciplina que lo estudiaba. Se encontraron estudios realizados en primer nivel de atención, salud mental, enfermería y en condiciones específicas. La literatura en primer nivel de atención la abordó como la relación continua entre prestador y paciente y el establecimiento de confianza. La relacionada con salud mental centró su análisis en la coordinación de los servicios y en el contacto constante del prestador con el paciente. La continuidad desde la perspectiva de enfermería se centró en la transferencia de información y coordinación entre enfermeras para mantener un manejo individualizado, particularmente planes de alta, que requerían la educación del paciente. Finalmente, se encuentra aquella literatura que estudió la continuidad en condiciones específicas que exigía la coordinación de diferentes proveedores para seguir la trayectoria de la enfermedad (Haggerty et al., 2001).

Aun cuando no se identifica un consenso, existen elementos comunes en las definiciones de continuidad asistencial: es individual, puesto que se refiere al cuidado recibido y experimentado por los pacientes; es longitudinal, ya que se refiere al cuidado proporcionado a lo largo del tiempo; exige consistencia de la atención, dado que plantea la necesidad de una estrategia de cuidado coherente, que asegure servicios coordinados y sin duplicaciones; requiere la transferencia de información, que se refiere al intercambio de información relacionada con eventos de la atención presentes y pasados; plantea la adaptación del cuidado a las necesidades del paciente; y finalmente, promueve el establecimiento de relaciones continuas entre prestadores y pacientes (Haggerty et al., 2001).

La propuesta de Reid y colaboradores presenta un avance interesante al identificar que la continuidad solo puede existir como un aspecto del cuidado que es experimentado por un paciente y que es recibida a lo largo del tiempo (Reid et al., 2002). La importancia de estos dos elementos recae en que permite distinguir la continuidad de otros procesos del cuidado (Reid et al., 2002), dado que el concepto se ha asociado a términos como coordinación asistencial, continuo de la atención y atención integrada (Reid et al., 2002). Aunque existen diversas conceptualizaciones y marcos teóricos que intentan definirla, en la actualidad el marco conceptual de Reid es el más usado, reivindicando la evaluación de la continuidad asistencial desde la mirada de los pacientes.

La continuidad asistencial se define como “el grado de coherencia y unión de experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo” (Reid et al., 2002). Se distinguen tres tipos de continuidad: de gestión clínica, de información y de relación.

- a. La continuidad de gestión clínica (CG) es la percepción de la recepción de servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Contempla dos dimensiones: coherencia de la atención y accesibilidad entre niveles (Reid et al., 2002). La coherencia se refiere a la percepción de colaboración entre prestadores de servicios, de comunicación entre niveles de atención, de una secuencia de atención y seguimiento adecuado y no repetición de pruebas. Por su parte, la accesibilidad se refiere a la percepción de utilización de servicios médicos de forma oportuna y sin interrupciones a lo largo del continuo asistencial (Vázquez et al., 2012).
- b. La continuidad de información clínica (CI) hace referencia a la percepción que tiene el usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores que permiten proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales. Su dimensión es la percepción de transferencia de la información clínica. La transferencia es un

prerrequisito para la coordinación de la atención, dado que ayuda a conectar elementos separados del cuidado a lo largo del tiempo (Reid et al., 2002).

- c. La continuidad de relación (CR) involucra la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más prestadores de servicios, y sus dimensiones son estabilidad del equipo profesional y vínculo paciente-proveedor. La primera dimensión implica la percepción del paciente de ser atendido por el mismo profesional. La segunda, hace referencia a la relación que se establece entre pacientes y profesionales (Reid et al., 2002).

Cuando se describe la continuidad de gestión y de información clínica se reconoce que estas dos aportan en la conexión y complementariedad cuando un paciente hace uso de diferentes servicios en diferentes organizaciones, esto quiere decir que los dos tipos de continuidad descritos cruzan las fronteras de un prestador y de una disciplina, dado que se coordina la gestión del cuidado y se conecta la información. No obstante, con la continuidad de relación se presenta la limitante de que se relaciona con un vínculo entre paciente-prestador soportada por el tiempo de la relación y la calidad de la misma, por esta razón se dice que la asociación con un prestador se da en un solo nivel, aun cuando en los diferentes servicios se establece una relación con un profesional o grupo de profesionales, ésta es individual (Reid et al., 2002).

De manera que, la continuidad de relación como característica esencial del primer nivel de atención o *continuidad intranivel*, define la relación entre paciente-proveedor y designa una responsabilidad al médico general como coordinador del tránsito del paciente por los diferentes servicios de salud, mientras que, el análisis de la continuidad *interniveles* implica la evaluación de la continuidad de gestión y de información clínica entre niveles de atención necesarias para coordinar, integrar y personalizar el cuidado de los pacientes, con el fin de brindar servicios de alta calidad cuando se involucran un mayor número de prestadores (Freeman & Hughes, 2010) (Tabla 1).

Tabla 1 Tipos, dimensiones, atributos y nivel de análisis de la continuidad asistencial

Tipos	Dimensiones	Atributos	Nivel de análisis
Continuidad de información clínica	Transferencia de información clínica	Conocimiento de la historia clínica, valores, contexto, necesidades	Interniveles de atención
		Utilización de mecanismos de transferencia de información	
Continuidad de gestión clínica	Coherencia de la atención	Coordinación/colaboración entre prestadores de servicios	Interniveles de atención
		Comunicación entre niveles asistenciales	
		Secuencia de la atención adecuada a necesidades percibidas	
		No duplicación de pruebas diagnósticas	
		Seguimiento adecuado por parte de los profesionales	
Accesibilidad entre niveles	Atención de forma oportuna y sin interrupciones entre niveles asistenciales	Intranivel	
Vinculo paciente-profesional	Confianza entre proveedor y paciente		
	Comunicación efectiva		
Continuidad de relación	Estabilidad del profesional	Regularidad en la relación	

Fuente: adaptada de Letelier, M. J., Aller, M. B., Henao, D., Sánchez-Pérez, I., Vargas Lorenzo, I., Coderch de Lassaletta, J., . . .

Vázquez Navarrete, M. L. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 339-346.

3.1.1. Medición de la continuidad asistencial

La evolución del concepto de continuidad asistencial ha permitido que los pacientes sean reconocidos como informantes clave para la evaluación del proceso de atención, dado que en un principio era un aspecto evaluado exclusivamente por profesionales y organizaciones, mientras que el paciente era considerado un receptor de los servicios sin ejercer un rol activo. Las medidas existentes muestran como de acuerdo a los intereses disciplinares se construyen formas de medir, y como en la mayoría de los casos se descuidan elementos por su dificultad para ser medidos (Haggerty et al., 2001). No obstante, los avances en herramientas de medición de la continuidad asistencial reflejan la importancia de abordar la perspectiva de los pacientes en el análisis de su problemática, como una alternativa para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud.

La mayoría de los instrumentos que evalúan una sola dimensión de la continuidad asistencial se centran en analizar: a) la cronología del cuidado en términos de la duración e intensidad de la relación paciente-proveedor, la concentración del cuidado, es decir el número de proveedores con los que el paciente tiene contacto durante un evento de salud y la secuencia; b) la medición de continuidad de relación centrada en evaluar fuente regular de atención y la calidad de la relación con el médico tratante; c) la evaluación de la continuidad de información a partir de la transferencia y uso de información clínica, existencia de planes de egreso, documentos de referencia y d) la medición de la continuidad de gestión a partir de la evaluación de elementos como seguimiento del cuidado y acuerdo clínico entre diferentes proveedores (Reid et al., 2002). De todo esto, resulta el planteamiento de que existen mediciones enfocadas a evaluar la percepción de los pacientes sobre aspectos específicos de su experiencia o relación con un proveedor (longitudinalidad, continuidad de relación) y la percepción que tienen sobre la atención que reciben al interactuar con distintos profesionales o niveles de complejidad (continuidad de información y de gestión clínica).

Por el desarrollo tardío de instrumentos de medición universales, diversos estudios han evaluado elementos de la continuidad entre niveles de atención a través de la adaptación de algunas preguntas individuales tomadas de encuestas que abordan la calidad sin tener la intencionalidad de consolidar una herramienta de medición válida y replicable (O'Malley & Cunningham, 2008), lo que hace que exista evidencia de evaluación de la continuidad pero que por la variedad de los resultados se dificulta su comparabilidad. De igual manera, se han desarrollado herramientas que evalúan simultáneamente continuidad con un prestador (intranivel) y continuidad entre niveles de atención (Berendsen et al., 2009; Uijen et al., 2011).

Frente a la necesidad de contar con mediciones que evalúen la continuidad entre niveles de atención de una manera más integral, han surgido instrumentos como el propuesto por Letelier y cols. con el

Cuestionario de Continuidad entre Niveles de Atención CCAENA (Letelier et al., 2010). El CCAENA supera las dificultades encontradas en otros instrumentos dado que no se centra en una población específica y evalúa de manera integral y específica la continuidad entre niveles de atención puesto que cuenta con dos secciones que contemplan la complejidad de su evaluación, una que reconstruye la experiencia entre niveles con un episodio concreto y otra que evalúa la percepción de la continuidad desde la perspectiva de los pacientes. Adicionalmente, presenta la ventaja de haber sido adaptada en el contexto latinoamericano (García-Subirats et al., 2015).

3.2. Sistema de salud colombiano

Las reformas políticas adoptadas en América Latina en los años noventa, se caracterizaron por la expansión de un sistema económico basado en el mercado, la privatización y la descentralización. La crisis de la deuda externa motivó la introducción de políticas con enfoques neoliberales que condujeron a ajustes fiscales en los distintos sectores, siendo el de salud uno de sus principales blancos. Estas reformas condujeron al desfinanciamiento de los sistemas de salud, el deterioro del sector público y el posicionamiento del aseguramiento en salud (Laurell, 2016). Bajo estas lógicas reformistas, Colombia diseñó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el cual se instituyó el pluralismo estructurado y se introdujeron principios de mercado (República de Colombia, 1993), dentro de los cuales se encuentran la primacía de la rentabilidad económica y la competencia entre prestadores públicos y privados, entre otros.

En la búsqueda de optimizar el uso de los recursos y lograr la sostenibilidad financiera de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud se propiciaron las Asociaciones Público-Privadas definidas como acuerdos formales o contractuales a largo plazo entre el sector público y el privado para la provisión de bienes y servicios públicos. La separación de funciones es una condición necesaria para crear el mercado de salud y la competencia entre aseguradoras y prestadores (Laurell,

2016). Esta situación propició la fragmentación de los servicios, barreras para el uso de los servicios, entre otros problemas, que generan consecuencias negativas sobre los pacientes (Alvarez, Salmon, & Swartzman, 2011; Vargas et al., 2013; Vargas & Molina, 2009).

En este esquema la regulación y modulación del SGSSS en el territorio nacional está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Específicamente, en términos de regulación se enfoca en corregir las fallas del mercado y evitar abusos de administradores y prestadores (Laurell, 2016), a través de la orientación de políticas macro, su implementación, seguimiento y ajuste. La inspección, vigilancia y control se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) cuyo rol como autoridad técnica se centra en velar por el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a las que están sujetas los actores del sistema. Al mismo tiempo, la SUPERSALUD cumple acciones correctivas para situaciones irregulares que se aparten del ordenamiento legal y desarrolla mecanismos de participación ciudadana y protección al paciente.

Dado que la política reformista incluyó la descentralización de los servicios públicos, las diferentes unidades territoriales del país tuvieron que asumir responsabilidades administrativas y financieras en relación con la prestación de servicios de salud. Así pues, los departamentos son los encargados de ejecutar las políticas formuladas por la nación, vigilar y controlar el aseguramiento y organizar la oferta de servicios en su respectiva unidad territorial de manera que se articulen con otros prestadores de servicios de salud de los municipios que lo conforman a través de redes integradas para garantizar condiciones de disponibilidad, suficiencia y completitud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Lo mismo ocurre con los municipios, unidades territoriales más pequeñas que mediante agrupación conforman los departamentos, los cuales deben controlar el aseguramiento de la población a los regímenes de afiliación, llevar a cabo las acciones de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2009), así como consolidar redes integrales de servicios de salud para la atención integral

en lo concerniente al componente primario o acciones de menor complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La descripción de la función de financiamiento de la salud es compleja, dada la cantidad de actores, fuentes e intermediarios que participan en el manejo de recursos del sistema. Si bien el SGSSS cuenta con varias fuentes de financiación, existen dos ejes principales que se definen a partir del origen de los recursos. La primera fuente son las cotizaciones o aportes parafiscales que hace el régimen contributivo integrado por empleados y empleadores. La segunda, son los recursos fiscales nacionales obtenidos a partir del Sistema General de Participaciones y recursos fiscales de origen regional y local. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entidad que reemplazó al FOSYGA, es el principal fondo encargado del manejo y distribución de los recursos hacia los actores.

Inicialmente, para la gestión del aseguramiento se crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realizan la afiliación de los pacientes al sistema. Las EPS o según la reciente denominación Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son empresas públicas, privadas o mixtas, que deben organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud. Sus acciones se llevan a cabo a partir del Plan de beneficios, plan único que señala un listado de medicamentos, servicios y procedimientos; y de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que consiste en una prima que se reconoce a las entidades por el cubrimiento del plan. Cada EPS o EAPB contrata con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para que sean estas las encargadas de la atención de los pacientes. Para lograr el aseguramiento se establecieron dos regímenes de afiliación: el contributivo para trabajadores y población con capacidad de pago (47.5% afiliados en 2017), y subsidiado para las personas sin capacidad de pago (48.1% afiliados en 2017) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a).

La división de la afiliación al sistema en dos regímenes diferenciados de acuerdo con la capacidad económica de las personas responde a la lógica del manejo del riesgo a partir del aseguramiento, es decir intermediación financiera en régimen contributivo y subsidiado. El caso del régimen subsidiado, es una combinación entre la asistencia pública y el aseguramiento, dado que para el acceso al servicio se requiere una clasificación de niveles de pobreza que determinan si la persona merece la asistencia, pero además deben afiliarse a las aseguradoras, y de esta manera, con los subsidios a la demanda, se financia la afiliación de los pobres a las instituciones de aseguramiento, para que a través de ellas se pague a los hospitales públicos la atención que reciben (Giraldo, 2007).

Dentro de este marco ha de considerarse la diversificación de los prestadores de servicios de salud de acuerdo con su clase y naturaleza jurídica. Según la norma los prestadores pueden ser IPS, profesionales independientes de salud, transporte especial de pacientes (ambulancias) o proveedores de otros servicios como insumos para la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b). En particular, las IPS deben contar con infraestructura física para prestar los servicios de salud y según su naturaleza pueden ser públicas, privadas o mixtas. El crecimiento de la oferta nacional indica una expansión predominante en los prestadores privados y una disminución en los prestadores públicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). A inicios de 2018 se encontraban en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) 10.352 IPS de las cuales 9.328 (90.1%) son privadas, 18 (0.2%) mixtas y 1.006 (9.7%) públicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b).

Como estrategia para organizar y gestionar la provisión de los servicios de salud el sistema de salud ha adoptado en la normativa el concepto de redes integradas de servicios de salud. Estas redes *“deberán dispensar con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que*

demande el cumplimiento de los planes de beneficios” (Congreso de Colombia, 2011). No obstante, en Colombia no existe una política pública específica para la integración de las redes de atención. Solo a partir de la ley 1438 de 2011 se definen algunos elementos generales, pero es evidente la falta de claridad de criterios explícitos en relación con aspectos relevantes para su configuración. Las RISS existentes están basadas en el aseguramiento y son organizadas por las EPS o EAPB mediante la contratación con prestadores de servicios públicos o privados, de acuerdo con las fuerzas del mercado (Vázquez et al., 2009).

Cabe señalar que para la prestación de servicios a las personas del régimen subsidiado las autoridades sanitarias locales o Secretarías de Salud cuentan con hospitales públicos denominados Empresas Sociales del Estado (ESE), que se agrupan en redes regionales organizadas geográficamente y constituidas por hospitales de diferentes niveles de complejidad. En Colombia se registran 930 ESE y según los niveles de atención (I, II y III), el 85,4% (794) son de I nivel, el 11,9% (111) de II nivel y el 2,7% (25) de III nivel (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b). Sus servicios son contratados fundamentalmente por aseguradoras del régimen subsidiado o el ente territorial para la atención de población no asegurada. No obstante, las aseguradoras del régimen subsidiado también pueden contratar con instituciones privadas que no hacen parte de las redes de hospitales públicos.

3.3. Redes públicas de servicios de salud en el Distrito Capital

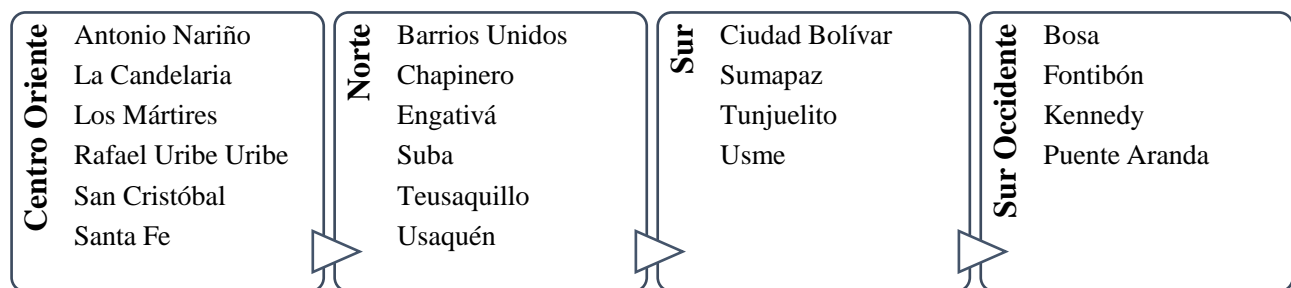
El servicio público de salud a cargo del Estado se delega en Bogotá a la Secretaria Distrital de Salud (SDS). La prestación de los servicios se realiza a través de las ESE que constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa (República de Colombia, 1993).

Los servicios que allí se prestan están destinados prioritariamente a la población pobre y vulnerable, independientemente de si está afiliada o no al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social. Para el año

2017 en el Distrito, 1.157.206 personas se encontraban en el régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a), en tanto que la población no asegurada en 2015 representó el 3.7% (294546), de modo que esta sería la población susceptible de ser atendida en las ESE de las redes públicas de Bogotá. Sin embargo, debido a la constante movilidad de población hacia el Distrito y el tránsito entre regímenes de afiliación, se presentan diferentes dinámicas en la cantidad de personas que demandan servicios de salud en la red pública, y por esta razón la población objetivo podría ser mayor (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015).

A partir de acuerdos distritales hechos en la década de los noventa se consolidaron 22 ESE como establecimientos públicos distritales adscritos a la SDS y de manera autónoma se crearon cuatro redes territoriales de hospitales públicos distribuidas geográficamente: red Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, que a su vez conforman una Red pública distrital de Servicios de Salud. Las redes tienen unas áreas de influencia que agrupan diversas localidades de la ciudad (Figura 1).

Figura 1 Localidades de cobertura de las subredes públicas de servicios de salud de Bogotá



Fuente: elaboración propia

De las 22 ESE cinco son de III nivel, ocho de II nivel y nueve de I nivel. En cada red territorial existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria de la población que es atendida en el nivel primario de atención. Cada ESE a su vez cuenta con sedes conformadas por varios tipos de equipamiento. La distribución de centros de acuerdo con el tipo de equipamiento durante el año 2015

fue: 15 sedes tipo hospital, 25 centros de atención médica inmediata (CAMI), 18 unidades básicas de atención (UBA) y 90 unidades primarias de atención (UPA) (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015).

Del total de la oferta de prestadores de servicios de salud en Bogotá para el año 2015, las sedes de la red pública adscrita a la SDS solo representaron el 1.14%, y el 98.3% restante corresponde a prestadores privados. Aquí vale la pena señalar que entre los años 2011 y 2015, hubo una variación negativa en la cantidad de sedes asistenciales públicas, que obedeció a medidas relacionadas con la optimización de servicios y la racionalización del gasto en el marco de los planes de saneamiento fiscal y financiero (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015). En relación con la provisión de servicios, la participación de las instituciones públicas en la oferta de servicios en comparación con las instituciones privadas es la siguiente: en promoción y prevención participa en un 40%, en consulta externa es un 5.06%, en servicios de urgencias la participación es de 42.71%, en servicios hospitalarios de 32.15%, en servicios quirúrgicos de 17.7%, apoyo diagnóstico y terapéutico de 9.17% y transporte especial de pacientes de 23.03% (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015).

Teniendo en cuenta el contexto del funcionamiento del sistema de salud en Colombia, los hospitales públicos como empresas financieramente autónomas debieron insertarse en el mercado a través de la venta de servicios a las aseguradoras para generar ingresos y demostrar rentabilidad económica. Así pues, las ESE compiten con las IPS privadas y entre ellas para la formalización de contratos con las EPS, que son a quienes la nación gira los recursos de salud. En el caso de Bogotá, se cuenta con la presencia de la EPS subsidiada Capital Salud que tiene un total de 907.378 afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a). No obstante, los ingresos de los hospitales de la red muestran la tendencia del sector salud en el país, que es un bajo recaudo comparado con la facturación, puesto que las EPS no están pagando los servicios prestados, de ellas se destacan Capital Salud y Unicajas, las

cuales son las principales deudoras de los hospitales de la red (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015).

La relación entre las ESE y las aseguradoras está mediada por distintas formas de contratación, las cuales son determinadas autónomamente por las EPS. Según disposición normativa las EPS deben contratar con las ESE como mínimo el 60% del gasto en salud sobre todo en los niveles I y II de atención (Congreso de Colombia, 2007). La contratación en el primer nivel de atención *“suele corresponder a la capitación sin umbrales y límites definidos y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, mediante el uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta; y los prestadores de primer nivel en la derivación de pacientes y mantenimiento de una estructura no resolutive pero menos costosa para la prestación de servicios”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Tenemos en consecuencia que las características del sistema condicionan el funcionamiento de las instituciones, el rol de los actores y la protección del derecho a la salud, más aún cuando el sistema de contratación hospitalario ha carecido de la definición de límites regulatorios en las modalidades de pago y los requerimientos para la consolidación de cada tipo de contrato (Ruíz , Amaya , Garavito , & Ramírez 2008).

Para el año 2016 con la posesión de un nuevo gobierno en el distrito se planteó la reorganización del servicio público de salud, que consistió en la fusión de las ESE para integrar los esfuerzos administrativos en procesos de contratación, facturación y recaudo de cartera, así como para gestionar de forma compartida el riesgo. En este sentido, los centros de atención o unidades de prestación de servicios de salud se dispusieron en prestadores primarios y complementarios y recibieron una nueva denominación. El componente primario lo conforman: Puntos de Atención Primaria (PAPS) antiguas UBAS y UPAS y Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS); mientras que el componente

complementario se conforma de: Centros de Atención Prioritaria Especializados (CAPS E) y Unidades Médicas para Hospitalización Especializada (UMHES) (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2016).

4. Metodología

4.1. Diseño y área de estudio

Este estudio es de tipo analítico observacional de corte transversal, anidado al macroproyecto Equity LA II. Por esta razón, se considera pertinente hacer énfasis en algunos aspectos de su diseño metodológico. El proyecto Equity LA II adoptó un diseño cuasiexperimental (un estudio de intervención con un diseño antes y después), que buscó evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención para la mejora de la coordinación y la calidad de la atención de las redes de servicios de salud. Como parte del proceso de investigación, realizó un estudio de línea base para evaluar el desempeño de las redes incluidas en el proyecto. Para este trabajo de grado, se utilizaron los resultados obtenidos en el componente cuantitativo del estudio de línea base sobre la continuidad asistencial, basados en una encuesta con aplicación presencial de un cuestionario a pacientes con enfermedades crónicas y/o familiares de dos redes de servicios de salud de naturaleza pública de Bogotá.

El proyecto macro realizó un muestreo multietápico no probabilístico para llegar a la población objetivo. Para el estudio de continuidad asistencial, en una primera etapa, se seleccionaron dos de las cuatro subredes integradas de servicios de salud de Bogotá que manifestaron su compromiso de participar. En una segunda etapa, se seleccionaron los centros de baja complejidad, en los cuales se debía aplicar el cuestionario CCAENA, a partir de los siguientes criterios: que tuvieran consultas por medicina general, número de médicos generales en el centro de 3 o más y que atendieran dentro de su consulta a población crónica. Finalmente, se seleccionaron los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que manifestaran su interés de participar.

Con respecto a las características de las áreas de estudio, las dos subredes se encuentran adscritas a la Secretaría Distrital de Salud. Cada una cuenta con centros de atención de baja, media y alta complejidad organizados por niveles de atención (I, II y III nivel). Estas redes contratan sus servicios principalmente con aseguradoras del régimen subsidiado o el ente territorial para la atención de población de bajos recursos o sin afiliación al SGSSS. Las localidades cubiertas por las redes de estudio albergan alrededor del 60% de la población afiliada al régimen subsidiado y el 50% de la población pobre no asegurada de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2015).

4.2. Población de estudio

La población tenida en cuenta para la selección de la muestra fue personas residentes en Bogotá usuarias de las dos redes de estudio. La mayoría de estas personas se encontraban afiliadas al régimen subsidiado y en un bajo porcentaje era población sin aseguramiento.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: mujeres y hombres mayores de 18 años, que refirieran tener al menos una patología crónica, que hubieran recibido atención en dos niveles asistenciales: primer nivel de atención y atención especializada (consulta externa, hospitalización y urgencias) en las redes de estudio por la misma condición de salud, en los seis meses previos a la encuesta. Se excluyeron pacientes atendidos en centros fuera de la red, que la atención hubiera sido proporcionada por un profesional no médico o que tuvieran problemas cognitivos y no pudieran comunicarse.

4.3. Tamaño de la muestra

En este estudio se adoptó el mismo tamaño de muestra calculado para el macroproyecto. El tamaño de la muestra calculado fue de 392 pacientes por red para asegurar la detección de una variación del 10% sobre la continuidad de la atención entre fases (pre y post estrategia de integración de la atención) y redes. Se calculó con base en un poder del 80% ($\alpha=0.20$) y un nivel de confianza del 95% ($\beta=0.05$) en

un contraste bilateral. El tamaño final de la muestra fue de 396 pacientes en la Red 1 y 397 pacientes en la Red 2, para un total de 793 pacientes.

4.4. Recolección de información

La encuesta se llevó a cabo en los centros de I nivel de las dos redes seleccionados con previa autorización de los gerentes de los hospitales y los coordinadores de cada centro. El trabajo de campo se realizó entre mayo y agosto de 2015, el cual fue financiado por el macro proyecto. Los pacientes se seleccionaron en las salas de espera y en las áreas de facturación, laboratorio clínico y a la salida de los consultorios de los centros. Se contactaron a los pacientes que se encontraban en estas áreas en búsqueda de servicios de salud, ya fuera antes o después de recibir el servicio por el cual asistían.

La recolección de la información se hizo a través de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO que evalúa las experiencias y la percepción de continuidad asistencial. Encuestadores capacitados en la aplicación del instrumento realizaban entrevistas presenciales para diligenciar el cuestionario. Se contactó con tantos pacientes como fue necesario para completar la muestra. Antes de iniciar el cuestionario se diligenció una hoja de contacto con los datos demográficos y con la validación de los criterios de inclusión. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado, se explicaron los alcances del estudio, el derecho a retirarse del estudio y se les aseguró la confidencialidad de la información suministrada (Anexo 1).

4.4.1. Cuestionario

El cuestionario CCAENA (cuestionario de continuidad asistencial entre niveles de atención) fue diseñado en el contexto de salud catalán (España) (Aller, Vargas, García-Subirats et al., 2013; Letelier et al., 2010); es un instrumento que adapta el marco conceptual de Reid y Haggerty (Reid et al., 2002) y mide de manera integral la continuidad asistencial. Este instrumento, validado en el contexto colombiano (García-Subirats et al., 2015) cuenta con dos secciones que evalúan la CA a partir de la

transición entre niveles asistenciales: la primera reconstruye la trayectoria para un evento específico de salud en los últimos seis meses mediante preguntas abiertas y cerradas, en tanto que la segunda mide la percepción de la continuidad asistencial a través de escalas Likert (Anexo 2 y 3). Adicionalmente, el cuestionario recoge información sobre las características sociodemográficas y de morbilidad de los encuestados.

Este estudio se centró en la sección que evalúa la percepción de continuidad asistencial a partir de la escala Likert, compuesta por 11 ítems que evalúan continuidad de información y de gestión clínica (tabla 2), y otra subescala con 6 ítems que evalúan la continuidad de relación (tabla 3). Dado que la continuidad de relación se refiere al vínculo paciente-prestador soportada por el tiempo de la relación y la calidad de la misma y que ocurre en un solo nivel, son evaluados en esta escala como factores organizativos que pueden influir en la percepción de los otros dos tipos de continuidad (Reid et al., 2002).

Tabla 2 Ítems relacionados con la continuidad de información y de gestión clínica entre niveles de atención

Continuidad de información- Transferencia de la información clínica
1. ¿El MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?
2. ¿El ME conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le ha dado, antes de que usted se lo explique?
3. ¿El MG le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?
Continuidad de gestión clínica- Coherencia de la atención
4. ¿El MG está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?
5. ¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el MG le da?
6. ¿El MG lo remite a los especialistas cuando usted lo necesita?
7. ¿El MG y los especialistas colaboran para resolver sus problemas de salud?
Continuidad de gestión clínica- Accesibilidad entre niveles
8. Cuando el MG lo remite a los especialistas, ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?
9. Tras la consulta con el especialista, cuando solicita cita con el MG, ¿tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta?
10. Cuando el MG lo remite a los especialistas, ¿tiene dificultades para que la EPS le autorice la consulta?

11. Cuando le programan citas con los especialistas, ¿tiene dificultades para asistir a la cita por la lejanía de los centros?

MG: médico general- ME: médico especialista

Fuente: elaboración propia con base en los ítems de la escala de continuidad asistencial entre niveles de atención

Tabla 3 Ítems relacionados con la continuidad de relación: estabilidad profesional y vínculo médico-paciente (factores organizativos)

Continuidad de relación- paciente y médico general
1. Cuando pide cita con medicina general, ¿es atendido por el mismo médico?
2. ¿Confía en la capacidad profesional de los médicos generales que le atienden?
3. ¿La información que le dan los médicos generales sobre su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados) es suficiente?
Continuidad de relación- paciente y médico especialista
4. Cuando pide cita con un especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?
5. ¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que lo atienden?
6. ¿La información que le dan los médicos especialistas sobre su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados) es suficiente?

Fuente: elaboración propia con base en los ítems de la escala de factores relacionados con la continuidad asistencial entre niveles de atención

4.5. Variables de estudio

Las variables utilizadas para la caracterización de la muestra fueron: por un lado, variables individuales como características demográficas (sexo, edad, pertenencia a grupo étnico), socioeconómicas (nivel educativo) y número de enfermedades crónicas referidas de acuerdo a la clasificación de O'Halloran (O'Halloran, Miller & Britt, 2004) y estado de salud auto percibido. Por otro lado, variables contextuales como tipo de afiliación, EPS actual, tiempo de afiliación a la EPS y número de EPS a las que ha estado afiliado. Se transformaron algunas variables cuantitativas en cualitativas y en otras variables se reagruparon las categorías de respuesta para poder realizar un análisis más claro. En la tabla 4 se muestran con detalle las propiedades de estas variables.

Tabla 4 Definición y operacionalización de las variables de caracterización de la muestra

Nombre	Tipo de variable	Definición operativa	Escala de medición
Sexo	Cualitativa	Hombre Mujer	Nominal dicotómica
Edad	Cualitativa	18-49 años 50-79 años	Ordinal

Nombre	Tipo de variable	Definición operativa	Escala de medición
		≥ 80 años	
Pertenencia a grupo étnico	Cualitativa	Si No	Nominal dicotómica
Nivel educativo	Cualitativa	Sin estudios/ educación primaria incompleta Educación primaria Educación secundaria	Ordinal
Número de enfermedades crónicas	Cualitativa	1 enfermedad 2 enfermedades 3 o más enfermedades	Ordinal
Estado de salud auto percibido*	Cualitativa	Bueno Malo	Nominal
Tipo de afiliación	Cualitativa	Subsidiado Vinculado	Nominal
EPS actual	Cualitativa	Capital salud Caprecom Otras	Nominal
Tiempo de afiliación a EPS actual	Cualitativa	≤ 3 años > 3 años	Ordinal
Número de EPS a las que ha estado afiliado	Cualitativa	≤ a 2 EPS > a 2 EPS	Ordinal
* las categorías de estado de salud auto percibido fueron reagrupadas en dos categorías: bueno (<i>muy bueno/ bueno</i>) y malo (<i>regular/ malo/ muy malo</i>)			

Fuente: elaboración propia

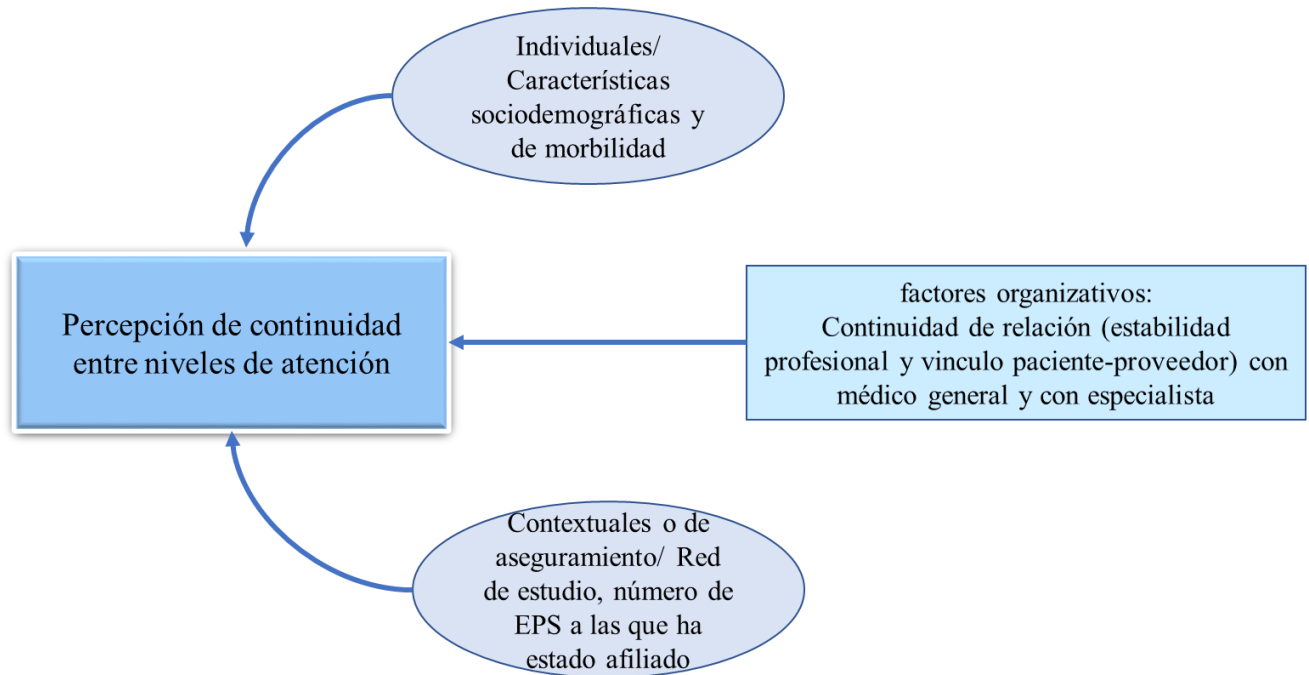
Para los análisis multivariantes se incluyeron como variables dependientes dos índices construidos a partir de los ítems que evalúan continuidad de información y de gestión clínica: un primer índice de continuidad entre niveles de atención y un segundo índice de accesibilidad entre niveles de atención. Para la construcción de los índices se siguieron los pasos descritos a continuación: primero, dado que los ítems se evaluaron con una escala de 4 categorías de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre) se les asignó un puntaje a las respuestas de cada ítem desde 0 a 3 puntos (0=nunca / 1=pocas veces / 2=muchas veces / 3=siempre). Segundo, se realizó una imputación de los valores perdidos con el valor medio de cada observación y solo se imputaron observaciones con un único valor perdido por factor. En tercer lugar, la puntuación total de los ítems se sumó y dividió por el puntaje más alto posible. Finalmente, los índices fueron transformados en variables categóricas que representan alta percepción

de continuidad de la atención (más de la mitad de la puntuación máxima o >0.5) y baja percepción de continuidad (menos o igual a la mitad de la puntuación máxima o ≤ 0.5).

Como variables independientes fueron utilizadas algunas de las características sociodemográficas y de morbilidad, dado que se encontró en la literatura que podían ser factores asociados a la percepción de continuidad asistencial. También se incluyeron dos índices de continuidad de relación con médico general y médico especialista, contruidos a partir de los ítems que evalúan estabilidad profesional y vínculo médico-paciente (factores organizativos).

El primero se llamó índice de continuidad de relación con médico general, contruido a partir de las preguntas: *cuando usted pide cita con el médico general, ¿es atendido por el mismo médico?, ¿Confía en la capacidad profesional del médico general que le atiende? y ¿La información que le da el médico general sobre su enfermedad es suficiente?*). El segundo se llamó índice de continuidad de relación con especialista, contruido a partir de las preguntas: *cuando usted pide cita con el especialista, ¿es atendido por el mismo médico?, ¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que lo atienden? y ¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?*). Estos dos índices fueron contruidos con la misma metodología descrita para el índice de continuidad y accesibilidad entre niveles de atención. En la figura 2 se presenta la relación de las variables dependientes e independientes.

Figura 2 Relación de variables dependientes e independientes



Fuente: elaboración propia

4.6. Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

La escala de percepción de continuidad asistencial incluida en el cuestionario CCAENA-CO fue validada previamente (Aller, Vargas, García-Subirats et al., 2013; Letelier et al., 2010) y adaptada y validada en Colombia en el marco del proyecto Equity LA en 2011 (García-Subirats et al., 2015). Como parte del proyecto Equity LA II, la escala tuvo la inclusión de los ítems de accesibilidad entre niveles de atención y una adaptación de lenguaje. Debido a los cambios anteriormente citados y a la aplicación del instrumento en sujetos de otra muestra, en este trabajo se evaluaron las siguientes propiedades psicométricas de la escala: a) validez de constructo, mediante un análisis factorial con el método de extracción de componentes principales reteniendo un número fijo de factores que explicaran una varianza mayor del 15% (2 factores) y sin ningún método de rotación, para analizar si los ítems se

agrupaban según el constructo teórico propuesto. El análisis factorial como técnica estadística multivariante sirve para estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre variables. Este se realiza con el objetivo de determinar el número de dimensiones o factores que mide un constructo, considerándose como uno de los procedimientos de extracción el de componentes principales (Macía Sepúlveda, 2010); y b) análisis de fiabilidad, basado en el alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de los ítems. La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos y la magnitud en que miden el mismo constructo (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

4.7. Análisis de los datos

Para el análisis de la información obtenida con el cuestionario CCAENA-CO se efectuó en primer lugar, un análisis estadístico descriptivo con las frecuencias absolutas y relativas de variables sociodemográficas, de morbilidad y de los factores organizativos de estabilidad profesional y vínculo paciente-proveedor. Para ver la diferencia entre redes en las variables anteriormente nombradas se realizaron pruebas Chi-cuadrado, mientras que para los ítems de la escala de continuidad asistencial entre niveles se realizó un análisis comparativo ajustando por sexo, edad, nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, enfermedades crónicas y estado de salud. Finalmente, se propuso un análisis multivariado para observar el comportamiento de los índices de continuidad asistencial entre niveles (variables dependientes) en relación con las diferentes variables independientes (Anexo 4). Para esto, se utilizaron regresiones logísticas binarias, teniendo en cuenta que las variables dependientes son categóricas (alta o baja percepción de continuidad asistencial entre niveles), con ajuste por covarianza robusta con las variables más explicativas. La inclusión al modelo de las variables explicativas se determinó a partir de los análisis bivariados en los que el valor de p fuese menor a 0.25. Se usaron los programas estadísticos STATA versión 14 y SPSS versión 24 (Tabla 5).

Tabla 5 Análisis de los datos

Objetivos	Variables	Presentación de resultados	Medidas
Caracterizar la muestra de estudio según aspectos sociodemográficos y de morbilidad	Sexo, edad, grupo étnico, educación, enfermedades crónicas, estado de salud auto percibido, tipo de afiliación, EPS actual, tiempo de afiliación, número de EPS a las que ha estado afiliado	Tablas de contingencia para las variables según red	Frecuencias absolutas y relativas
			Chi cuadrado, valor p
Caracterizar los factores organizativos de estabilidad profesional y vinculo paciente-proveedor de los pacientes pertenecientes a las redes analizadas	Variables que representan los factores organizativos relacionados con la continuidad asistencial entre niveles de atención (ítems de la escala de factores)	Tablas de contingencia para las variables según red	Frecuencias absolutas y relativas
			Chi cuadrado, valor p
Explorar las diferencias entre redes sobre las percepciones de continuidad de información y gestión clínica entre niveles de atención que tienen los pacientes con enfermedades crónicas	Variables que representan la continuidad de información y gestión clínica (ítems de la escala de percepción de continuidad asistencial)	Tablas de contingencia para las variables según red	Análisis bivariados según red
			Análisis de regresión logística ajustando por sexo, edad (categórica), nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas y estado de salud auto percibido
Explorar las diferencias entre redes en los índices de continuidad asistencial (coherencia de la atención y transferencia de información clínica), accesibilidad entre niveles y continuidad de relación	Índice de continuidad asistencial, índice de accesibilidad entre niveles de atención, índice de continuidad de relación con médico general, índice de continuidad de relación con médico especialista	Tablas de contingencia para las variables según red	Análisis bivariados según red
			Análisis de regresión logística ajustando por sexo, edad (categórica), nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas y estado de salud auto percibido
		Gráficas de barras según red	Frecuencias relativas

Objetivos	Variables	Presentación de resultados	Medidas
Estimar la asociación entre características sociodemográficas, de morbilidad y de factores organizativos de las redes de estudio con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas	Variable dependiente: - Índice de continuidad asistencial - Índice de accesibilidad entre niveles de atención Variables independientes: - Red, sexo, edad, educación, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas, percepción del estado de salud, índice de continuidad de relación con médico general, índice de continuidad de relación con especialista	Tabla resumen de los modelos de regresión logística multivariante	OR ajustados Intervalos de confianza al 95%

Fuente: elaboración propia

4.8. Control de calidad de los datos

En el diseño del macroproyecto en el que se enmarca este estudio se establecieron medidas para asegurar la calidad de los datos durante todas las fases del proceso de investigación que se describen en la tabla 6. Lo anterior, permitió contar con una fuente de información válida para hacer un buen análisis y una interpretación correcta de los hallazgos. Adicionalmente, en el proceso de análisis e interpretación se llevó a cabo un control del sesgo de confusión que como describe en el artículo de Manterola y Otzen “este tipo de sesgo afecta a todo tipo de estudios observacionales... se puede controlar en la etapa del análisis de datos mediante la aplicación de estrategias estadísticas tendientes a obtener una estimación no distorsionada sobre el efecto en estudio” (Manterola & Otzen, 2015). En la tabla 6 se presentan los aspectos que se tuvieron en cuenta para el control de los posibles sesgos y errores.

Tabla 6 Estrategias de control de posibles sesgos y errores

Posibles sesgos y errores	Estrategia de control
Selección	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño adecuado de la muestra y formulación de criterios de selección y exclusión claros. • Rigurosa capacitación a los encuestadores para la selección de los encuestados. • Revisión de los cuestionarios para verificación del cumplimiento de criterios de selección.
Información	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del cuestionario a las características y lenguaje locales. • Validación del cuestionario a través del pre-test y prueba piloto. • Capacitación a los encuestadores para la aplicación del cuestionario a través del manual del encuestador diseñado específicamente para la encuesta. • Revisión de los cuestionarios para identificar inconsistencias en el diligenciamiento. • Supervisión de cuestionarios a través de llamadas telefónicas o in situ al momento de la aplicación. • Control de calidad del proceso de codificación de las preguntas de cada cuestionario aplicado. • Sistematización de la información mediante doble entrada de datos de todos los cuestionarios. • Verificación de la digitación mediante la revisión del 15% de los cuestionarios. • Depuración de la base de datos final.
Confusión	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis con métodos de ajuste multivariante que permitieron la introducción de posibles variables confusoras.

Fuente: elaboración propia

5. Consideraciones éticas

El macroproyecto en el cual se enmarca este estudio se ha desarrollado en completa adherencia con la legislación nacional actual y reglas de reglamentación ética, códigos profesionales y de protección de datos de Colombia. El protocolo del proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, de la Universidad del Rosario, en 2013. Este comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se siguen las normas contempladas en la declaración de Helsinki.

El protocolo fue sometido adicionalmente para su aprobación, a los comités de ética de los hospitales participantes. El consentimiento informado se adaptó de acuerdo con los criterios éticos de la entidad investigadora. Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que accedieron a participar, previa aclaración de su participación voluntaria, ausencia de riesgo, privacidad y confidencialidad de la información, así como el derecho a suspender la entrevista si no quería terminarla y a la aclaración de cualquier duda relacionada con el estudio (Anexo 1).

6. Resultados

6.1. Propiedades psicométricas de la escala de percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

A partir del análisis factorial mediante componentes principales para evaluar la validez de la escala se obtuvo que los tres ítems relacionados con transferencia de información clínica (1- 3) y los tres relacionados con coherencia de la atención (4, 5 y 7) cargaron en el primer factor que se denominó *continuidad entre niveles de atención*, por su parte, los ítems relacionados con accesibilidad (8- 11) cargaron en el segundo factor que se denominó *accesibilidad entre niveles de atención* (Tabla 7). Los resultados revelaron una adecuada validez de la escala en términos de composición factorial en relación con el constructo teórico evaluado en el artículo de validación (García-Subirats et al., 2015).

Tabla 7 Análisis factorial mediante componentes principales

a) Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	2,657	24,153	24,153	2,657	24,153	24,153
2	1,907	17,334	41,487	1,907	17,334	41,487
3	1,009	9,172	50,659			
4	,985	8,953	59,612			
5	,874	7,948	67,560			
6	,806	7,326	74,887			
7	,734	6,677	81,563			
8	,667	6,067	87,630			
9	,513	4,662	92,292			
10	,465	4,231	96,523			
11	,382	3,477	100,000			

Fuente: resultados del análisis factorial realizado en SPSS

b) Matriz de componentes principales			
Constructo teórico	Ítems	Componente	
		1	2
<i>Continuidad entre niveles de atención</i>	1. Médico general conoce diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del especialista antes de que paciente se lo explique	,671	-,215
	2. Médico especialista conoce diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del médico general antes de que paciente se lo explique	,690	-,200
	3. Médico general pregunta sobre consulta con médico especialista	,572	-,055
	4. Médico general de acuerdo con diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del especialista	,687	,027
	5. Médico especialista de acuerdo con diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del médico general	,627	,016
	6. Médico general remite cuando es necesario	,238	,200
<i>Continuidad entre niveles de atención</i>	7. Colaboración entre médico general y médico especialista	,622	-,035
<i>Accesibilidad entre niveles de atención</i>	8. Espera mucho tiempo para consulta después de ser remitido al médico especialista	,243	,678
	9. Espera mucho tiempo para consulta después de ser remitido al médico general	-,025	,714
	10. Tiene dificultades para que la EPS le autorice consulta con el médico especialista	,008	,698
	11. Dificultades para asistir a cita con médico especialista por la lejanía de los centros	,190	,563

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del análisis factorial realizado en SPSS, el marco teórico y los ítems de la escala percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

Con base en los anteriores resultados se propuso la creación de dos índices que permitieran analizar de manera independiente y en dimensiones sintéticas, por un lado, los ítems de continuidad asistencial que contempla la continuidad de información y la coherencia de la atención y por otro, los ítems para el análisis de la accesibilidad entre niveles. Estos dos índices corresponden a dominios o dimensiones de la continuidad asistencial entre niveles de atención. La construcción de los índices siguió los pasos descritos en la metodología, pero dado que el ítem 6 no cargó en ninguno de los factores establecidos no se incluyó en los índices. Como resultado se obtuvo el *índice de continuidad entre niveles de*

atención y el *índice de accesibilidad entre niveles de atención*, los cuales fueron utilizados como variables dependientes en los posteriores análisis de dependencia mediante regresiones logísticas.

En relación con el análisis de fiabilidad del instrumento, se realizó el cálculo del alpha de Cronbach teniendo en cuenta la escala completa (11 ítems) y posteriormente se hicieron dos pruebas de consistencia interna adicionales considerando las dimensiones que surgieron del análisis factorial: una para la dimensión de continuidad y otra para la dimensión de accesibilidad entre niveles de atención. Como resultado del análisis de fiabilidad de la escala completa se obtuvo un valor aceptable de índice de Cronbach de 0.639. De la subescala de continuidad asistencial entre niveles de atención se encontró un valor del índice de Cronbach de 0.727 considerando un total de 501 casos (63.2%). Para la subescala de accesibilidad entre niveles de atención se halló un valor del índice de Cronbach de 0.587 considerando un total de 763 casos (96.2%) (Anexo 5).

6.2. Características de la muestra por redes de estudio

En la muestra de ambas redes predominaron las mujeres (Red 1: 77.8%; Red 2: 76.3%) y los pacientes entre 50 y 79 años (Red 1: 75.8%; Red 2: 78.6%). Solo 6 personas en la red 1 y una persona en la red 2 reportaron pertenecer a algún grupo étnico. Casi la mitad de la población en ambas redes, no tenían ningún nivel educativo o no completaron la educación básica primaria (Red 1: 48.1%; Red 2: 44.8%). La mayoría de la muestra reportaba estar afiliado al régimen subsidiado y en particular a la aseguradora Capital Salud. Predominó un tiempo de afiliación a la aseguradora menor o igual a 3 años, siendo la proporción mayor en la red 2 (Red 1: 58.3%; Red 2: 67.4%- $p=0.009$), con diferencia significativa entre redes. También en ambas redes, predominó la afiliación \leq a 2 EPS (Red 1: 59.3%; Red 2: 58.2%). La mayoría de los entrevistados consideraba su estado de salud como malo (Red 1: 67.7%; Red 2: 71.0%) y reportaba entre 1 y 2 enfermedades crónicas (Red 1: 76.5%; Red 2: 75.6%) (Tabla 8).

Tabla 8 Características de la muestra de estudio

Características	Red 1	Red 2	p valor
	n (%)	n (%)	
<i>Sexo</i>			
Hombre	88 (22,2)	94 (23,7)	0,626
Mujer	308 (77,8)	303 (76,3)	
<i>Edad (años)</i>			
18-49 años	45 (11,4)	51 (12,8)	0,135
50-79 años	300 (75,8)	312 (78,6)	
≥ 80 años	51 (12,9)	34 (8,6)	
<i>Pertenencia a grupo étnico</i>			
Si	6 (1,5)	1 (0,3)	0,061
No	390 (98,5)	396 (99,7)	
<i>Nivel educativo</i>			
Sin estudios/primaria incompleta	190 (48,1)	178 (44,8)	0,466
Educación primaria	165 (41,8)	183 (46,1)	
Educación secundaria	40 (10,1)	36 (9,1)	
<i>Numero de enfermedades crónicas</i>			
1 enfermedad	160 (40,4)	134 (33,8)	0,129
2 enfermedades	143 (36,1)	166 (41,8)	
3 o más enfermedades	93 (23,5)	97 (24,4)	
<i>Estado de salud auto percibido*</i>			
Bueno	128 (32,3)	115 (29,0)	0,305
Malo	268 (67,7)	282 (71,0)	
<i>Tipo de afiliación</i>			
Subsidiado	389 (98,2)	391 (98,5)	0,776
Vinculado	7 (1,8)	6 (1,5)	
<i>EPS actual</i>			
Capital Salud	349 (89,7)	368 (94,1)	0,078
Caprecom	36 (9,3)	21 (5,4)	
Otras	4 (1,0)	2 (0,5)	
<i>Tiempo de afiliación a EPS actual</i>			
≤ 3 años	222 (58,3)	261 (67,4)	0,009
> 3 años	159 (41,7)	126 (32,6)	
<i>Número de EPS a las que ha estado afiliado</i>			
≤ a 2 EPS	235 (59,3)	231 (58,2)	0,773
> a 2 EPS	161 (40,7)	166 (41,8)	

* Las categorías de estado de salud auto percibido fueron reagrupadas en dos categorías: bueno (*muy bueno/ bueno*) y malo (*regular/ malo/ muy malo*)

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO

6.3. Estabilidad de los profesionales y vínculo paciente- médico

En relación con los ítems de factores organizativos, 40,5% en la red 1 y 58,1% en la red 2 informó ser atendido por el mismo médico general con diferencias significativas entre redes ($p=0,000$). En contraste, solo 33,2% en red 1 y 29,4% en red 2 reportaron ser atendidos por el mismo especialista para un mismo problema de salud. La mayoría confía en la capacidad profesional tanto de los médicos generales como de los especialistas que le atienden, aunque con un poco más de confianza en la capacidad de los médicos generales. Finalmente, entre el 50 y 60% de los pacientes reportaron que la información que le dan médicos generales y especialistas es suficiente (Tabla 9).

Tabla 9 Resultados factores organizativos relacionados con la continuidad asistencial entre niveles de atención

Ítems de la escala	Red 1	Red 2	p valor
	n (%)	n (%)	
<i>Cuando pide cita con medicina general, ¿es atendido por el mismo médico?</i>			
Siempre	160 (40,5)	230 (58,1)	0,000
Muchas veces	78 (19,7)	78 (19,7)	
Pocas veces	133 (33,7)	73 (18,4)	
Nunca	24 (6,1)	15 (3,8)	
<i>¿Confía en la capacidad profesional de los médicos generales que le atienden?</i>			
Siempre	297 (75,4)	293 (74,2)	0,353
Muchas veces	52 (13,2)	65 (16,5)	
Pocas veces	41 (10,4)	31 (7,8)	
Nunca	4 (1,0)	6 (1,5)	
<i>¿La información que le dan los médicos generales sobre su enfermedad es suficiente?</i>			
Siempre	204 (51,5)	227 (57,5)	0,382
Muchas veces	114 (28,8)	96 (24,3)	
Pocas veces	65 (16,4)	61 (15,4)	
Nunca	13 (3,3)	11 (2,8)	
<i>Cuando pide cita con un especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?</i>			
Siempre	128 (33,2)	112 (29,4)	0,170
Muchas veces	63 (16,4)	64 (16,8)	
Pocas veces	136 (35,3)	125 (32,8)	
Nunca	58 (15,1)	80 (21,0)	

Ítems de la escala	Red 1	Red 2	p valor
	n (%)	n (%)	
<i>¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que le atienden?</i>			
Siempre	273 (70,4)	271 (70,6)	0,995
Muchas veces	64 (16,5)	61 (15,9)	
Pocas veces	44 (11,3)	45 (11,7)	
Nunca	7 (1,8)	7 (1,8)	
<i>¿La información que le dan los médicos especialistas sobre su enfermedad es suficiente?</i>			
Siempre	212 (54,5)	224 (58,2)	0,732
Muchas veces	95 (24,4)	89 (23,1)	
Pocas veces	69 (17,7)	59 (15,3)	
Nunca	13 (3,3)	13 (3,4)	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO

6.4. Percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

La percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención se analizó a partir de las respuestas a los ítems de la escala de continuidad asistencial y de los dos índices (continuidad asistencial y accesibilidad entre niveles de atención).

En cuanto a los ítems de transferencia de información clínica, la mayoría de los pacientes en la red 1 percibió que el médico general conoce frecuentemente el historial clínico (diagnóstico, tratamiento, indicaciones) con el especialista, en tanto que en la red 2 menos de la mitad, siendo la diferencia significativa (61.8% y 46.0% respectivamente; IC: 1.40-2.54). De manera semejante, la percepción de que el especialista conoce la historia clínica con el médico general, aunque menor en ambas redes, fue mayor en la red 1 con diferencias significativas (red 1: 54.4%; red 2: 38.5%; IC: 1.37-2.48). Más de la mitad de los pacientes en ambas redes reportaron que el médico general pregunta por las consultas con los especialistas (Tabla 10).

Los ítems de coherencia de la atención entre niveles señalaron que un alto porcentaje de los usuarios en ambas redes (red 1: 82.4% y red 2: 76.6%) percibieron que el médico general generalmente está de acuerdo con las recomendaciones del especialista, mientras que los especialistas están de acuerdo con

el diagnóstico del MG en menor proporción en ambas redes, aunque es mayor significativamente en la red 1 (red 1: 79.3%; red 2: 71.4%; IC: 1.06-2.15) (Tabla 10). Casi la totalidad de la muestra en ambas redes percibió que el médico general lo remite a los especialistas cuando lo necesitan (red 1: 96.1%; red 2: 96.4%). La proporción de los pacientes que percibían que hay colaboración entre médicos generales y especialistas fue menos del 50% en ambas redes, aunque más elevado significativamente en la red 1 (red 1: 47.7%; red 2: 31.8%; IC: 1.27-2.67) (Tabla 10).

La mayoría de los pacientes en ambas redes (red 1: 65.2% y red 2: 68.0%) indicaron que deben esperar mucho tiempo para la consulta con especialistas después de ser remitidos por el médico general, mientras que la proporción que señaló que debe esperar mucho para la consulta con médico general después de ser visto por el especialista es menor, y significativamente más elevado en la red 1 (red 1: 32.3%; red 2: 18.4% IC: 1.50-2.99). Por otra parte, fue mayor la proporción de los pacientes de la red 1 que refirió tener dificultades para que la EPS les autorice la consulta con los especialistas (red 1: 34.7%; red 2: 24.9% IC: 1.18-2.25) y que manifestó haber tenido dificultades para asistir a la consulta con el especialista por la lejanía de los centros (Red 1: 43.6% y Red 2: 34.7%; IC: 1.10-2.02) (Tabla 10).

Tabla 10 Ítems de la escala de percepción de continuidad entre niveles de atención

Ítems	Red 1		Red 2		OR crudo	OR ajustado (IC)
	Siempre/ Muchas veces	Pocas veces/ Nunca	Siempre/ Muchas veces	Pocas veces/ Nunca		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Continuidad de información <i>transferencia y uso de la información</i>						
El MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique	241 (61.8)	149 (38.2)	180 (46.0)	211 (54.0)	1.89	1.89 (1.40-2.54)

Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el MG le ha dado, antes de que usted se lo explique	209 (54.4)	175 (45.6)	149 (38.5)	238 (61.5)	1.90	1.84 (1.37-2.48)
El MG le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas	260 (66.8)	129 (33.2)	242 (62.7)	144 (37.3)	1.19	1.10 (0.81-1.50)
Continuidad de gestión clínica <i>coherencia de la atención</i>						
El MG está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan	305 (82.4)	65 (17.6)	281 (76.6)	86 (23.4)	1.43	1.36 (0.94-1.98)
Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico y tratamiento que el MG le da	292 (79.3)	76 (20.7)	260 (71.4)	104 (28.6)	1.53	1.51 (1.06-2.15)
El MG lo remite a los especialistas cuando usted lo necesita	372 (96.1)	15 (3.9)	379 (96.4)	14 (3.6)	0.91	0.82 (0.38-1.75)
Usted piensa que el MG y los especialistas colaboran para resolver sus problemas de salud	136 (47.7)	149 (52.3)	82 (31.8)	176 (68.2)	1.95	1.84 (1.27-2.67)
Continuidad de gestión clínica <i>accesibilidad entre niveles</i>						
Cuando el MG lo remite a los especialistas, tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta	255 (65.2)	136 (34.8)	264 (68.0)	124 (32.0)	0.88	0.87 (0.64-1.19)
Tras la consulta con el especialista, cuando solicita cita con MG, tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta	125 (32.3)	262 (67.7)	71 (18.4)	315 (81.6)	2.11	2.12 (1.50-2.99)
Cuando el MG lo remite a los especialistas, tiene dificultades para que la EPS le autorice las consultas	135 (34.7)	254 (65.3)	97 (24.9)	292 (75.1)	1.60	1.63 (1.18-2.25)
Cuando le programan citas con especialistas, tiene dificultades para asistir a la cita por la lejanía de los centros	171 (43.6)	221 (56.4)	136 (34.7)	256 (65.3)	1.45	1.49 (1.10-2.02)
MG: médico general. Intervalo de confianza con una significancia de 95%. OR fue ajustado por sexo, edad, nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas, estado de salud auto percibido						

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO y los análisis estadísticos realizados en SPSS

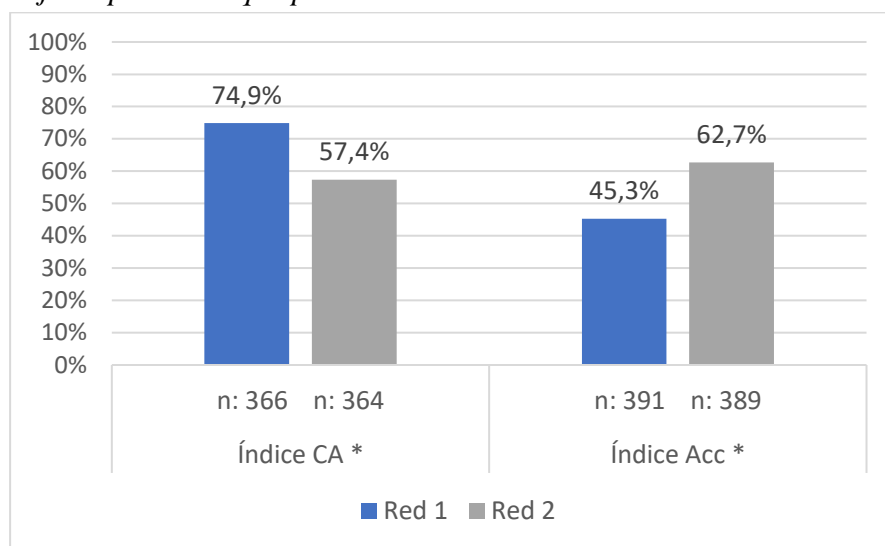
En relación con el índice de continuidad asistencial, que evalúa transferencia de información clínica y coherencia de la atención entre niveles, este mostró que la mayoría de los pacientes percibía un nivel alto de continuidad asistencial en la red 1 y en menor proporción en la red 2, siendo la diferencia significativa (red 1: 74.9%; red 2: 57.4%; IC: 1.57-3.03). En contraste con el índice anterior, el índice de accesibilidad entre niveles fue más elevado en la red 2 en comparación con la red 1, siendo significativa la diferencia (red 1: 45.3%; red 2: 62.7%; IC: 0.34-0.63) (Tabla 11 y figura 3).

Tabla 11 Continuidad asistencial entre niveles de atención percibida por pacientes de las áreas de estudio

	Red 1		Red 2		OR crudo	OR ajustado (IC)
	Alta*	Baja	Alta*	Baja		
Índice continuidad asistencial	274 (74.9)	92 (25.1)	209 (57.4)	155 (42.6)	2.20	2.18 (1.57-3.03)
Índice accesibilidad entre niveles	177 (45.3)	214 (54.7)	244 (62.7)	145 (37.3)	0.49	0.47 (0.34-0.63)
<p>*Alta percepción: más de la mitad de la puntuación total/ baja percepción: menos o igual a la mitad de la puntuación total El intervalo de confianza fue calculado con una significancia de 95%. OR fue ajustado por sexo, edad, nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas, estado de salud auto percibido.</p>						

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO y los análisis estadísticos realizados en SPSS

Figura 3 Porcentaje de pacientes que percibieron alta continuidad entre niveles de atención



CA: continuidad asistencial; Acc: accesibilidad entre niveles

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO y los análisis estadísticos realizados en SPSS

Por otro lado, en ambas redes predominó una elevada percepción de continuidad de relación, especialmente con el médico general y sobre todo en la red 2, siendo significativa la diferencia entre redes (Red 1: 87.9%; Red 2: 93.4%- IC: 0.29-0.82). La continuidad de relación con médico especialista no presentó diferencias significativas entre redes (tabla 12).

Tabla 12 Continuidad de relación percibida por pacientes de las áreas de estudio

	Red 1		Red 2		OR crudo	OR ajustado (IC)
	Alta*	Baja	Alta*	Baja		
Índice de continuidad de relación con médico general	348 (87.9)	48 (12.1)	370 (93.4)	26 (6.6)	0.50	0.49 (0.29-0.82)
Índice de continuidad de relación con médico especialista	328 (84.3)	61 (15.7)	322 (83.9)	62 (16.1)	1.03	0.98 (0.65-1.47)

El intervalo de confianza fue calculado con una significancia de 95%. OR fue ajustado por sexo, edad, nivel educativo, número de EPS a las que ha estado afiliado, número de enfermedades crónicas, estado de salud auto percibido

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO y los análisis estadísticos realizados en SPSS

6.5. Factores asociados con la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

Una mayor percepción de continuidad asistencial entre niveles se asocia con: ser atendido en la red 1 (OR:2.62), ser hombre (OR: 1.58), no tener ningún nivel educativo o no completar la educación básica primaria (OR: 2.05), haber estado afiliado a 2 o menos EPS (OR: 1.08), tener una condición crónica (OR:1.70) o dos de ellas (OR: 1.31) y una alta percepción de continuidad de relación con médico general (OR:4.90) y médico especialista (OR:2.78) (Tabla 13).

Los factores que se asociaron a una mayor percepción del índice de accesibilidad se refieren a la red, edad, nivel educativo, número de enfermedades crónicas, estado de salud auto percibido y continuidad de relación entre el paciente y los médicos, dado que tener más de 80 años (OR: 1.25), tener educación primaria (OR: 0.83), tener una condición crónica (OR:1.22) o dos de ellas (OR: 1.28), buen estado de salud auto percibido (OR:1.77) y alta percepción de continuidad de relación con médico general (OR:1.67) y especialista (OR:1.83) se asocian positivamente, mientras que ser de la red 1 se asocia negativamente (OR:0.47) (Tabla 13).

Tabla 13 Factores asociados con una alta percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención

	Índice Continuidad asistencial	Índice Accesibilidad
Alta percepción	OR ajustado (IC)	OR ajustado (IC)
Red		
Red 2 (ref.)		
Red 1	2.62 (2.51-2.73)	0.47 (0.45-0.48)
Sexo		
Mujer (ref.)		
Hombre	1.58 (1.09-2.29)	1.11 (0.61-1.99)
Edad		
18- 49 años (ref.)		
50- 79 años	0.91 (0.80-1.04)	0.72 (0.52-1.009)
≥ 80 años	1.27 (0.34-4.67)	1.25 (1.12-1.40)
Nivel educativo		
Educación secundaria (ref.)		
Sin estudios/ primaria incompleta	2.05 (1.69-2.49)	0.89 (0.65-1.22)
Educación primaria	1.98 (1.56-2.51)	0.83 (0.75-0.92)
Número de EPS a las que ha estado afiliado		
> a 2 EPS (ref.)		
≤ a 2 EPS	1.08 (1.03-1.13)	1.04 (0.56-1.91)
Número de enfermedades crónicas		
3 o más enfermedades (ref.)		
1 enfermedad	1.70 (1.54-1.88)	1.22 (1.19-1.26)
2 enfermedades	1.31 (1.18-1.45)	1.28 (1.03-1.59)
Estado de salud auto percibido*		
Malo (ref.)		
Bueno	0.91 (0.63-1.31)	1.77 (1.32-2.36)
Índice de continuidad de relación con médico general		
Baja percepción (ref.)		
Alta percepción [†]	4.90 (2.49-9.62)	1.67 (1.43-1.95)
Índice de continuidad de relación con médico especialista		
Baja percepción (ref.)		
Alta percepción [†]	2.78 (2.06-3.74)	1.83 (1.59-2.12)

* Las categorías de estado de salud auto percibido fueron reagrupadas en dos categorías: bueno (*muy bueno/ bueno*) y malo (*regular/ malo/ muy malo*)

[†] Alta percepción: más de la mitad de la puntuación total/ baja percepción: menos de la mitad de la puntuación total

Fuente: elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CCAENA-CO y los análisis estadísticos realizados en SPSS y STATA

7. Discusión

El presente estudio ha buscado explorar un elemento esencial en el análisis de los servicios de salud, la continuidad asistencial entre niveles de atención, así como los factores que se asocian a variaciones en la percepción sobre esta. Los resultados reflejan una comprensión global de los diferentes tipos de CA desde la mirada de pacientes con enfermedades crónicas, que son quienes más presentan dificultades con la atención en salud, en sistemas fragmentados. Razón por la cual esta evidencia novedosa es de gran relevancia en un contexto en donde las visiones de los pacientes han sido históricamente invisibilizadas. Aun cuando se reportaron buenos niveles de percepción en relación con algunos ítems de la escala y con los índices, surgieron dificultades significativas en cuanto a transferencia de información clínica, coherencia de la atención y accesibilidad entre niveles de atención.

El primer resultado valioso tiene que ver con las percepciones de los pacientes sobre las dimensiones de la CA evaluadas. Por una parte, los ítems de continuidad de información mostraron un grado de desconocimiento de la historia clínica por parte del médico general en ambas redes, con mayor desconocimiento por parte del especialista. Estudios recientes en el contexto colombiano han analizado elementos de (dis)continuidad de información que afectan la coordinación y limitan el seguimiento de los pacientes. Así, por ejemplo, se han reportado las dificultades experimentadas por mujeres con cáncer de mama asociadas a la ausencia de mecanismos formales de transferencia de información, dado que se impide el conocimiento previo de los casos y se transfiere la responsabilidad de la transferencia de la información a los pacientes (Martínez, 2014). En efecto, existen dificultades para la implementación de mecanismos para la mejora de la coordinación de información como sistemas de información integrados o historia clínica electrónica, necesarios para tener un acceso oportuno a la información de los pacientes (Martínez, 2014; Vargas et al., 2015).

Otro aspecto que puede explicar el escaso conocimiento de información clínica obtenida en otro nivel de complejidad se relaciona con el uso de la referencia y contrarreferencia dado que: a) se ha priorizado como mecanismo administrativo y no como mecanismo para intercambiar información clínica; b) se evidencia pobre calidad o insuficiencia en el registro de información sobre los medicamentos, exámenes y manejos requeridos; y c) hay un escaso uso de la contrarreferencia por parte de los médicos especialistas (Vargas et al., 2018; Vargas et al., 2015). En consecuencia, los pacientes perciben discontinuidad en el flujo de la información sobre su proceso de atención, lo que a su vez ha demostrado ser una causa de pobre calidad de la atención (Freeman & Hughes, 2010).

Más aun, la responsabilidad de la transferencia de información se deja a cargo de los pacientes, situación que denota ausencia de mecanismos efectivos de transferencia y a su vez un riesgo de pérdida de información necesaria para la continuidad de la atención. Lo anterior, es apoyado por otras investigaciones que contemplan la perspectiva de los médicos, en la identificación de dificultades en la coordinación asistencial mediadas principalmente por falta de información y comunicación entre niveles, fallas en la retroalimentación por parte del especialista o designación del paciente como garante del flujo de información (Vázquez et al., 2017).

Respecto al mayor conocimiento de los tratamientos realizados en otro nivel de atención por parte de los médicos generales surgen dos elementos de discusión. Por un lado, llama la atención que esto ocurra aun cuando se ha reportado que es menos frecuente el uso de la contrarreferencia y que hay menor transferencia de información por parte de los médicos especialistas porque no existe una exigencia legal (Vargas et al., 2015). Por otro lado, es posible que la mayor cercanía con el médico de primer nivel por ser el respondiente inicial ante problemas de salud, sumado a las barreras para la atención especializada, conduzcan a los pacientes a una mayor frecuentación al médico general y por ende, este puede tener un mayor conocimiento acumulado de las necesidades del paciente. No obstante, el

porcentaje de pacientes que perciben que el médico general no pregunta sobre las consultas realizadas con el especialista plantean la posibilidad de desestimación por parte de los médicos del valor que tiene la comunicación con los pacientes para conocer información de eventos previos y construir un conocimiento acumulado necesario para la toma de decisiones clínicas.

En relación con los ítems que evalúan el acuerdo entre médicos de diferentes niveles, los hallazgos denotan un comportamiento similar a los ítems de transferencia de información en términos de mayores prevalencias en los ítems que evalúan el papel del médico general en comparación con el médico especialista, lo que indica primero, una interrelación entre los tipos de continuidad de modo que los problemas de comunicación y transferencia de información subyacen a los problemas de continuidad de gestión (Gulliford et al., 2011), y segundo, la existencia de elementos de la continuidad de información que median la interacción de la atención especializada con los médicos del primer nivel, como por ejemplo problemas en el uso de los mecanismos de transferencia de información, principalmente que el paciente no entregue el documento de referencia o que este se use con fines administrativos (Vargas et al., 2018). En consecuencia, los pacientes perciben discontinuidades en el cuidado por predominio de fallas en la atención especializada expresadas en la percepción de mayor desconocimiento de historia clínica previa (pobre conocimiento acumulado) y mayor desacuerdo por parte del especialista con los tratamientos prescritos por los médicos generales.

El ítem sobre la remisión cuando el paciente lo necesita tuvo un nivel muy bueno que puede deberse a las características de la muestra, dado que en los criterios de selección todos los pacientes debían haber estado en dos niveles asistenciales en los últimos seis meses (consulta con médico general y médico especialista) lo que denota realización efectiva de remisión que respondió a las necesidades en salud de la población de estudio. En contraposición, el ítem peor evaluado en la dimensión de coherencia de la atención fue la percepción de colaboración entre médicos de diferentes niveles que, como ha sido

reportado puede deberse a la falta de comunicación y transferencia de información y a los desacuerdos para el manejo de los pacientes (Martínez, 2014; Vargas et al., 2017), reflejo de los errores en los diagnósticos y tratamientos emitidos por el médico general porque no hay envío de información clínica por parte del especialista, por baja calidad en el primer nivel de atención o por restricciones en los procedimientos que puede hacer el primer nivel (Vargas et al., 2017).

Adicional a lo expuesto debe señalarse que las condiciones del sistema de salud y la forma en que se organizan los servicios en Colombia son causas centrales de la poca coordinación entre los niveles de complejidad, pues se promueve la competencia entre actores (Vargas et al., 2016), que a su vez conducen a que las instituciones busquen mantenerse en el mercado de la salud a través de estrategias que desincentivan en trabajo colaborativo. No obstante, es de resaltar que la existencia de formas de organización que involucran servicios de diferentes niveles de complejidad en una misma ubicación física, es decir centros que ofertan servicios de I y II nivel, han demostrado mejores resultados en términos de coordinación y colaboración (Vargas et al., 2015; Vargas et al., 2016).

Los ítems de accesibilidad entre niveles como elemento indispensable para la continuidad indicaron barreras para la transición de los pacientes entre los diferentes niveles de atención, como resultado de un modelo de competencia gestionada en el cual se busca limitar la utilización de los servicios para controlar los gastos (Vargas et al., 2016; Vargas et al., 2013). Una forma frecuente de desincentivar el uso de los servicios es la disposición de largos tiempos de espera para las consultas. Aunque los tiempos de espera prolongados suelen ser más prevalentes para la consulta con especialistas, un porcentaje no insignificante reportó tiempos prolongados para la consulta con médico general después de ver al especialista. Como ya ha sido reportado los individuos en el régimen subsidiado presentan peor acceso al primer nivel de atención y a la atención especializada, siendo el régimen de aseguramiento un factor de inequidad en la utilización de los servicios (García-Subirats et al., 2014). Esta situación es

considerable si se tiene en cuenta que el primer nivel de atención tiene un papel fundamental en el control y seguimiento de pacientes crónicos estables y que la oportunidad de transitar entre niveles de atención de acuerdo con las necesidades clínicas determina la integralidad del cuidado y por ende la posibilidad de obtener mejores resultados de salud.

La evidencia ha revelado la existencia de barreras para acceder a los servicios como son las autorizaciones, que retrasan los procedimientos y conllevan un gasto para los pacientes, y las negaciones sustentadas en las interpretaciones que se dan a lo incluido en los planes de beneficios, y al mismo tiempo, la compra fragmentada de servicios bajo el criterio de rentabilidad y no de ubicación geográfica de los centros contratados (Vargas et al., 2016; Vargas et al., 2013). Sin embargo, debe considerarse que las barreras impuestas a los pacientes para acceder a los servicios tienen un impacto en la accesibilidad entre niveles de atención para el control de pacientes con enfermedades crónicas. De esta manera, los obstáculos que se presentan no solo tienen relevancia en el primer contacto con los servicios de salud, sino que se expresan en todo el continuo de la atención incidiendo en la fragmentación de la atención y la pérdida de la continuidad.

Lo discutido hasta este punto brinda una comprensión detallada de las dimensiones de los tipos de continuidad evaluadas. Sin embargo, el análisis a partir de los índices permitió un análisis más robusto al agrupar todos los ítems de continuidad de información y coherencia de la atención en una sola dimensión, y todos los ítems de accesibilidad en otra. En este aspecto, es importante analizar las diferencias de los índices entre las redes de estudio porque es sugestivo que a pesar de compartir características estructurales sea mejor evaluada la continuidad asistencial en la red 1 (tanto CI como la CG) y la accesibilidad en la red 2. El factor de la red como principal determinante en las percepciones de CA recobra gran importancia, puesto que a pesar de que las dos redes son de naturaleza pública

existen elementos diferenciadores que pueden explicarse a partir de los esfuerzos institucionales de organizar los servicios.

A partir de este planteamiento se puede vincular elementos de la red 1 que permitieron una mejor percepción de la coherencia de la atención y continuidad de información clínica, así como elementos de la red 2 que se asocian con mejor percepción de accesibilidad entre niveles de atención. En primer lugar, la red 1 tiene una ventaja competitiva dado que varias de las instituciones que la conforman han adelantado procesos de acreditación de calidad, lo que puede asociarse a mayores esfuerzos para llevar a cabo acciones de mejoramiento que impactan en la gestión clínica.

Otro aspecto asociado al desempeño de las redes tiene que ver con la situación financiera; en efecto la red 2 presentó un mayor déficit presupuestal en comparación con la red 1 (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015). Esta situación tiene dos implicaciones; en primer lugar, la inestabilidad económica obstaculiza la adecuada operación de los centros de salud y, en segundo lugar, la adopción de programas de saneamiento fiscal con medidas de reorganización administrativa, quizás comprometen la prestación de los servicios por racionalización del gasto. Por otra parte, informes de auditoría a las ESE de primer nivel realizados por la Contraloría de Bogotá son de especial importancia en el análisis de la red como factor que determina la percepción de continuidad asistencial, si se tiene en cuenta el rol coordinador del primer nivel de atención en un sistema organizado por niveles de atención. Los hallazgos de dichos informes señalan mejor desempeño en algunos centros de la red 1 en componentes administrativos, fiscales, contables y de gestión presupuestal y contractual (Contraloría de Bogotá, 2015).

En relación con la mejor percepción de accesibilidad en la red 2, se pueden resaltar los siguientes elementos como posibles razones de dicho comportamiento. El reordenamiento de la capacidad instalada entre 2011 y 2015 en Bogotá reveló un decrecimiento en el número total de puntos de atención

en la red 1, lo que implica que los servicios disponibles para la población pudieron estar comprometidos, porque el número de centros y los servicios ofertados es un indicador de la posibilidad que tienen los pacientes de acceder a la atención médica. De igual manera, la capacidad instalada resulta no ser suficiente ante la magnitud de la población de cobertura en la red 1, porque su área de influencia concentra una mayor densidad población en relación con la oferta, lo que puede asociarse con que no pueda brindar una atención oportuna frente a las necesidades de los pacientes (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015). El déficit de infraestructura característico de la red de hospitales públicos ha generado barreras de acceso a los servicios de tipo geográficas y económicas que influyen en el proceso de atención de manera negativa.

Al igual que la red, el número de enfermedades crónicas y los índices de continuidad de relación mostraron ser factores consistentes en su asociación con los índices de continuidad asistencial y accesibilidad entre niveles, mientras que los otros factores solo se asociaron a un índice, lo que coincide con otros estudios en los cuales los factores varían de acuerdo al tipo de continuidad evaluada (Aller, Vargas, Waibel, Coderch et al., 2013b; Vargas et al., 2017).

Dentro de las características individuales de los pacientes la morbilidad ha sido reportada como un factor significativo (Burgers, Voerman, Grol, Faber, & Schneider, 2010; Gulliford et al., 2011), encontrándose dos hipótesis al respecto, por un lado estudios han indicado que la presencia de enfermedades crónicas se asocia con una mejor percepción en comparación con quienes usan los servicios por condiciones agudas (Kristjansson et al., 2013; Vargas et al., 2017), porque los primeros tienen un mayor relacionamiento con los servicios y también porque es posible que al ser una población en quien se ha priorizado modelos de atención reciban mayor respuesta frente a las necesidades en salud.

Contrario a esa hipótesis, se plantea que las enfermedades crónicas conllevan a mayores dificultades por la complejidad de la situación y por ende a peor percepción de la coordinación de todos los prestadores involucrados en el cuidado (Burgers et al., 2010; Gulliford et al., 2011). En este estudio se reveló la relación en términos del número de enfermedades confirmando lo reportado en otros estudios que establecen que el mayor número de condiciones de salud se asocia con una peor percepción porque exige la visita a diversos servicios para responder a todas las necesidades, lo que a su vez conduce a tener mayores transiciones que dentro de un sistema con altos niveles de fragmentación significa una incómoda experiencia para los pacientes.

Otro aspecto interesante es la asociación con el nivel educativo, situación que debe tener una lectura cautelosa dado que probablemente no es el hecho de tener menor educación lo que se asocia con mejor percepción por mejores condiciones, sino que el mayor nivel educativo permite un mayor nivel de crítica frente a los servicios recibidos y por ende menores niveles percibidos de continuidad asistencial (Aller et al., 2013b; Sofaer & Firminger, 2005; Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & De Maeseneer, 2005). Si bien es importante reconocer factores propios de los pacientes como edad, sexo, nivel educativo, porque permiten caracterizar una población de interés que quizás sea prioridad en los planes de mejoramiento, es imprescindible conocer el efecto de factores contextuales, como condiciones de aseguramiento y de las organizaciones, susceptibles de ser mejorados con lineamientos políticos que sustenten la reestructuración de las formas tradicionales de organizar los servicios.

En este sentido, la identificación del “número de EPS a las que ha estado afiliado” como factor asociado a la percepción de continuidad asistencial demuestra que la forma de vincularse al sistema tiene repercusiones negativas en la integralidad de la atención y además, denota las fallas estructurales del modelo de aseguramiento que hacen ineficiente la prestación de los servicios con implicaciones en la calidad e integralidad de la atención (Abadía & Oviedo, 2010). Estudios previos reflejan que en el caso

de pacientes con cáncer de mama y diabetes mellitus las múltiples entradas y salidas del sistema asociados al cambio de aseguradoras, generan discontinuidad dado que compromete el inicio y seguimiento de los tratamientos por las interrupciones que esto conlleva (Chávez et al., 2018). La vinculación según la capacidad de pago y relación laboral en contextos sociales de desempleo, informalidad y pobreza tiene como consecuencia mayores fluctuaciones en la afiliación al sistema de salud con la consecuente fragmentación de la atención, que afecta las decisiones clínicas por la pérdida de información previa de los pacientes y pone en riesgo la vida en situaciones de vulnerabilidad (Marín & Chavez, 2014).

Otro hallazgo clave es la fuerte asociación entre la continuidad de relación y la percepción de CA. Esto ha sido reportado por otros estudios en los cuales la continuidad de relación también ha sido evaluada como factor que incide en las percepciones de continuidad de gestión e información (O'Malley & Cunningham, 2008), dado que puede controlar las fallas en la continuidad de gestión (Gulliford et al., 2011). Así mismo, existe una significativa cantidad de evidencia sobre la importancia de tener una fuente regular de atención, un médico tratante y una relación de calidad (Adler, Vasiliadis, & Bickell, 2010; Van Walraven, Oake, Jennings, & Forster, 2010).

En Colombia se ha estudiado la importancia del vínculo médico paciente principalmente dentro de estudios de calidad, pero no su asociación con la continuidad (González-Quñones et al., 2014; Herrera Medina et al., 2010). La relación, como atributo del primer nivel de atención por ser el médico general la puerta de entrada y el coordinador del cuidado a lo largo del continuo asistencial, permite generar en el paciente confianza, seguridad al consultar los servicios y mejores resultados en la adherencia a los tratamientos. Es interesante evidenciar que la relación con el médico especialista también puede influenciar las percepciones de CA, porque otorga significado al componente relacional demostrándose la necesidad de gestionar nuevos valores en el rol del especialista. La identificación de la continuidad

de relación como factor asociado a mejores percepciones de CA postula que la relación terapéutica es indispensable para que haya una mejor experiencia en la atención en aquellos pacientes que transitan por diversos servicios y prestadores.

Este estudio tiene algunas limitaciones. El diseño de corte transversal determina la imposibilidad para establecer una relación de causa-efecto porque la medición de la variable de resultado y los factores asociados fue de manera simultánea. No obstante, esta limitación fue compensada en este estudio dado que su intencionalidad analítica permitió la exploración de asociaciones o relaciones entre las variables, a través del cálculo de la medida de asociación razón de momios u odds ratio (OR), obtenida en las regresiones logísticas ajustadas por potenciales confusores. Aunque no pueda establecerse una causalidad, con los resultados obtenidos a la luz de estudios internacionales previos, puede asumirse que factores individuales y organizativos como la estabilidad profesional y el vínculo paciente-profesional juegan un importante rol en la percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención. Por esta razón, deben conducirse futuros estudios para describir las implicaciones de los factores sobre la continuidad asistencial.

Otra limitante es que el estudio solo fue realizado en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá, por tanto, no representa a toda la red pública del distrito o a nivel nacional. En este sentido, la inclusión de otros escenarios para la evaluación de la continuidad asistencial podrá fortalecer la evidencia en este aspecto. Además, la escasez de estudios previos en Colombia direccionados a evaluar de manera profunda la continuidad asistencial hicieron difícil la contrastación de los hallazgos con los de otros estudios a nivel local.

8. Conclusiones

Las características de la muestra de estudio señalan una mayor participación de las mujeres en la encuesta y una mayor prevalencia de pacientes entre los 50 y 79 años, lo que denota una feminización del envejecimiento que condiciona que las comorbilidades crónicas sean mayores entre las mujeres y que por ende haya menor auto percepción positiva del estado de salud. También, predominó el perfil de la población con bajos niveles socioeconómicos que depende particularmente de la oferta de servicios públicos y con una alta afiliación al régimen subsidiado. Lo anterior guarda correspondencia con las características sociodemográficas de la población que reside en las áreas de influencia de las redes analizadas y a la naturaleza de las redes seleccionadas que ofertan atención para los colectivos más pobres y vulnerables de la ciudad.

Una importante proporción de pacientes atendidos en las redes de estudio no identifican estabilidad de los profesionales expresada en la imposibilidad de ser atendidos por el mismo médico cada vez que se consultan los servicios de salud, identificable en el primer nivel de atención y con mayor prevalencia en la atención especializada. En lo que se refiere al atributo de vínculo paciente-profesional se evidencian sentimientos de confianza en las capacidades de los profesionales, con algunas dificultades en la comunicación dado que un porcentaje importante de pacientes no recibe información suficiente sobre su enfermedad y el manejo que debe proporcionarle a la misma.

Las percepciones de continuidad asistencial de los pacientes incluidos en el estudio evidencian diferencias entre redes, reflejadas en un mejor resultado de la continuidad de información y coherencia de la atención en la red 1 y de accesibilidad entre niveles asistenciales en la red 2. Lo anterior demuestra que, si bien las redes mantienen algunas características comunes, también presentan diferencias que inciden en el desempeño de estas, lo que denota la importancia de favorecer una transformación de la

gestión de los servicios sanitarios a partir de la evaluación y el mejoramiento de los elementos organizativos que impactan la continuidad asistencial.

En general los ítems asociados al médico general fueron mejor evaluados que los relacionados con el médico especialista, lo que expresa mayor percepción de problemas en este ámbito, quizás por su actitud hacia el trabajo colaborativo o porque el acceso es más difícil y hay menos posibilidad de una relación estable de los pacientes con los médicos especialistas. Estos hallazgos son un punto de partida para otras investigaciones en la gestión de las instituciones públicas de salud.

Se identificaron factores individuales y organizativos que se asocian con la percepción de continuidad asistencial de los pacientes con enfermedades crónicas atendidos en las redes de estudio. Estas asociaciones instan a reconocer la injerencia que tienen en la capacidad crítica frente a los servicios de salud, los aspectos significativos a nivel social como el sexo, la escolaridad, las diferencias culturales, las dinámicas de la atención, la etapa de la vida o condiciones de vulnerabilidad económica y social.

El reconocimiento de las características organizativas asociadas a la percepción de continuidad resulta clave para la transformación de las dinámicas del SGSSS, porque, aunque los factores individuales permiten una identificación de la población que enfrenta mayores dificultades en el tránsito entre los diferentes niveles de atención en salud, debe resaltarse que estos no son modificables.

Este estudio logró identificar la asociación de factores organizativos como la red y la continuidad de relación (estabilidad profesional y vínculo paciente-profesional) con la continuidad asistencial entre niveles de atención. Estos factores mostraron una relación significativa y consistente con ambos índices de las dimensiones de continuidad asistencial, siendo el índice de continuidad de relación con médico general el factor con el valor de asociación más fuerte.

Como consideraciones finales se señala primero, que el contexto del estudio permite una reflexión alrededor de las condiciones de la población de estudio y el significado de las instituciones públicas en un entorno en donde priman los valores individuales sobre lo colectivo y lo privado sobre lo público. Con esto se hace referencia a dos aspectos en particular. El primero de ellos, las enfermedades crónicas son una realidad contemporánea que afecta a la sociedad en general, pero con mayor preferencia a los grupos en desventaja por las inequidades en la distribución de beneficios sociales y económicos. Si esto es así, se deberían concentrar los esfuerzos en la forma en la que se organizan los servicios sanitarios para que a través de la prestación de servicios públicos se logre mejorar la calidad de la atención y disminuir las desigualdades e inequidades en salud referidas a los resultados de desempeño de los prestadores públicos.

Segundo, se resalta la necesidad de considerar la salud como un bien social que debe ser garantizado como un servicio público a través de instituciones protegidas por el Estado, situación contraria al escenario hostil colombiano en donde las ESE tienen una presión financiera que las obliga a competir en desigualdad de condiciones por la escasez de inversión con empresas privadas que invierten más recursos y tienen reportes financieros más saneados. Es menester fortalecer las instituciones públicas como fundamento de un Estado Social de Derecho no solo por ser un mandato ético y constitucional sino por ser una necesidad práctica en la lucha contra la segregación. Lo anterior, debe ser el estandarte que guie las acciones de investigación y de implementación de mejoras en la red de servicios públicos, que debe articularse con otros sectores sociales que permitan consolidar un verdadero sistema de protección social.

Finalmente, es preciso señalar que los hallazgos de este estudio son una fuente de información clave para la mejora de la calidad particularmente centrada en la consecución de la integridad de la atención. Lo anterior, es de gran relevancia en el sistema de salud colombiano puesto que hay una necesidad de

articular a los diferentes actores para la consecución de un objetivo común, que es el bienestar de los pacientes y además, porque hay un interés manifiesto por parte de las autoridades sanitarias de promover la consolidación de redes de servicios de salud que permitan una nueva forma de organización del sistema para atender las demandas de pacientes con enfermedades crónicas, que de acuerdo con los perfiles epidemiológicos representan cada vez una mayor proporción de la población total. Esto se sustenta en la actual política de atención integral en salud, que se alinea con el desarrollo de nuevas capacidades de las instituciones y del talento humano para transformar los procesos de coordinación de la atención de los pacientes.

9. Recomendaciones

El desarrollo de esta investigación, así como los resultados obtenidos conducen al planteamiento de una serie de sugerencias y recomendaciones direccionadas a los diferentes actores involucrados en el sistema de salud para la mejora de la continuidad asistencial.

Para los tomadores de decisión o formuladores de política pública

- Se debería posicionar dentro de la agenda del sector salud la búsqueda del mayor grado de continuidad asistencial como elemento fundamental para garantizar el enfoque de atención centrada en el paciente, lo que implica el reconocimiento de las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas al transitar por instituciones de distinto nivel de complejidad.
- Se recomienda avanzar hacia la evaluación del cuidado médico teniendo en cuenta elementos de gestión clínica más allá de evaluaciones financieras o de disponibilidad de infraestructura, a través de la generación de nuevos indicadores relacionados con la evaluación de la continuidad asistencial.
- Es necesario reforzar la inspección y vigilancia de los mecanismos de coordinación regulados como, por ejemplo, la referencia y contrarreferencia para garantizar la transferencia de información clínica. Esto implica exigir su uso cada vez que un paciente requiera moverse de una institución a otra, y el control de la calidad de la información registrada.
- Se subraya la necesidad de formular estándares clínicos compartidos entre los profesionales que laboran en las instituciones de baja complejidad, así como en la especializada, que denoten la importancia y el rol de cada actor, así como sus competencias dentro del sistema de salud, con el fin de favorecer el trabajo colaborativo.

- Las políticas laborales del sector salud deben priorizar la estabilidad profesional, porque esto permite la consolidación de relaciones de confianza duraderas entre médicos y con los pacientes, y también es un elemento fundamental en el respeto a la dignidad de los profesionales de la salud que impacta en las actitudes y comportamientos y por ende puede ayudar al surgimiento de un mayor compromiso de trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes.
- Es necesario promover el ejercicio de la ciudadanía en salud para que los pacientes logren intervenir en los planes de gestión del sector salud, y posicionen la continuidad asistencial como eje central de la prestación de los servicios de salud. También, se debería incentivar un nuevo rol del paciente como agente activo no solo en las decisiones sobre su salud, sino también en la evaluación de los servicios sanitarios.

Para los organizadores de redes de servicios de salud

- La Secretaría Distrital de Salud como coordinadora de la red de los servicios en su jurisdicción, debería controlar el diseño de las redes teniendo en cuenta no el beneficio de intereses económicos de las instituciones sino el bienestar de los pacientes, buscando generar un verdadero compromiso de las aseguradoras y los prestadores.
- Se debería llevar a cabo una mayor vigilancia sobre las aseguradoras para que en los procesos de contratación se cumpla con el criterio de georreferenciación como estrategia para garantizar el acceso de la población a las instituciones prestadoras de servicios de salud y cuenten con la oferta disponible en las zonas de influencia para que de esta manera, se pueda aminorar las barreras geográficas.
- Se sugiere implementar mecanismos de pago o contratación que motiven al trabajo en red y no que se generen actitudes de competencia entre las instituciones de salud.

Para las Redes de Servicios de Salud

- Se sugiere promover una cultura de trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas para asegurar la continuidad asistencial, que redunde en mejores resultados clínicos.
- Se debería implantar en las instituciones de salud procesos continuos de formación del talento humano que le brinde a los profesionales la posibilidad de actualizar sus conocimientos para la toma de decisiones clínicas, dado que las debilidades técnicas comprometen la continuidad asistencial.
- La implementación de estrategias que permitan una mejor comunicación entre paciente-proveedor y entre médicos o profesionales de la salud de diferentes niveles de complejidad que participan en el proceso de atención se destaca como una prioridad para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.
- Se sugiere trabajar en la creación de estrategias específicas para fortalecer los vínculos de relación entre los médicos del primer nivel de atención y los especialistas para generar confianza entre ellos y que de esta manera se promueva el trabajo en red.

Para la investigación en el país

- Es necesario desarrollar investigación de los servicios de salud para evaluar el desempeño de los prestadores, pero además para identificar elementos organizativos que podrían ayudar en el mejoramiento de la coordinación y la continuidad asistencial.
- Se debería profundizar en la evaluación de las percepciones de los pacientes para conocer ampliamente las vivencias y experiencias al transitar por los distintos servicios de salud, y

también ahondar en la influencia que tienen los factores sobre la percepción de continuidad asistencial.

- Se subraya la necesidad de ampliar el estudio a otras regiones del país con el fin de hacer una caracterización del desempeño en términos de la continuidad asistencial.

10. Referencias bibliográficas

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2650/1911>
- Adler, R., Vasiliadis, A., & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice*, 27(2), 171-178. doi:10.1093/fampra/cmp099
- Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Llopart, J. R., . . . Vázquez, M. L. (2013a). Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 207- 213. doi:10.1016/j.gaceta.2012.06.011
- Aller, M. B., Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Coderch, J., Colomé, L., Llopart, J. R., . . . Vázquez, M. L. (2013). A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-11. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860582/pdf/IJIC-13-2013050.pdf>
- Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sanchez-Perez, I., Colomes, L., . . . Vazquez, M. L. (2013b). A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 291-299. doi:10.1093/intqhc/mzt010
- Alvarez, L. S., Salmon, J. W., & Swartzman, D. (2011). The colombian health insurance system and its effect on access to health care. *International Journal of Health Services*, 41(2), 355-370.
- Berendsen, A. J., Groenier, K. H., de Jong, G. M., Meyboom-de Jong, B., van der Veen, W. J., Dekker, J., . . . Schuling, J. (2009). Assessment of patient's experiences across the interface between primary and secondary care: Consumer Quality Index Continuum of care. *Patient education and counseling*, 77(1), 123-127. doi:10.1016/j.pec.2009.01.011
- Burgers, J. S., Voerman, G. E., Grol, R., Faber, M. J., & Schneider, E. C. (2010). Quality and Coordination of Care for Patients With Multiple Conditions: Results From an International Survey of Patient Experience. *Evaluation & the Health Professions*, 33(3), 343-364. doi: 10.1177/0163278710375695
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), 831-839. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>
- Chávez, J., Martínez, M., Valencia, S., Mogollón, A., Sabater, J., & Unger, J. P. (2018). La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. En *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos* (Primera edición). Bogotá: Universidad del Rosario.

Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Contraloría de Bogotá. (2015). Informe de auditoría de desempeño. Recuperado de <http://www.contraloriabogota.gov.co/informes-de-auditor>

Cowie, L., Morgan, M., White, P., & Gulliford, M. (2009). Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(2), 82-87. doi: 10.1258/jhsrp.2009.008111

Frandsen, B. R., Joynt, K. E., Rebitzer, J. B., & Jha, A. K. (2015). Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically ill Patients. *American Journal of Managed Care*, 21(5), 355-362.

Freeman, G., & Hjortdahl, P. (1997). What future for continuity of care in general practice? *Bmj*, 314, 1870-1873.

Freeman, G., & Hughes, J. (2010). Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund.

García-Subirats, I., Aller, M. B., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2015). Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 88-96. doi:10.1016/j.gaceta.2014.10.009

García-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira sa Silva, M. R., Unger, J. P., . . . Vázquez, M. L. (2014). Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International journal for equity in health*, 13(1), 10. Recuperado de <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/10>

Giraldo, C. (2007). ¿Protección o desprotección social? Bogotá: Ediciones desde abajo.

González-Quiñones, J. C., Restrepo-Chavarriaga, G., Hernández-Rojas, A. D., Ternera-Saavedra, D. C., Galvis-Gómez, C. A., & Pinzón-Ramírez, J. A. (2014). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16(6), 871-884.

Gulliford, M., Cowie, L., & Morgan, M. (2011). Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2), 67-74. doi: 10.1258/jhsrp.2010.010015

Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *The Annals of Family Medicine*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802

Haggerty, J., Reid, R., McGrail, K., & McKendry, R. (2001). Here, there and all over the place: defining and measuring continuity of health care. University of British Columbia - Centre for Health Services and Policy Research.

Harrison, A., & Verhoef, M. (2002). Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health services research*, 37(4), 1031-1054.

Herrera Medina, N. E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 343-355.

Kristjansson, E., Hogg, W., Dahrouge, S., Tuna, M., Mayo-Bruinsma, L., & Gebremichael, G. (2013). Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *Bmc Family Practice*, 14, 9. doi:10.1186/1471-2296-14-72

Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-314.

Letelier, M. J., Aller, M. B., Henao, D., Sánchez-Pérez, I., Vargas Lorenzo, I., Coderch de Lassaletta, J., . . . Vázquez Navarrete, M. L. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 339-346. doi:10.1016/j.gaceta.2010.03.010

Macía Sepúlveda, F. (2010). Validez de los Tests y el Análisis Factorial: Nociones Generales. *Ciencia & Trabajo*, 12(35).

Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156-1164. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>

Marín, Y. A., & Chavez, B. M. (2014). Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 62-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a07.pdf>

Martínez, F. (2012). Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital. En: *Boletín del Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.*

Martínez, M. (2014). La continuidad asistencial en tres redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos de mujeres con cáncer de mama (Tesis de maestría). Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/44330/1/6035595.2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2015. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud: "un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). Afiliados a Salud, diciembre de 2012 – Abril de 2017- Sistema Integral de Información de la Protección Social. Recuperado de <http://www.sispro.gov.co/#>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017b). Registro especial de prestadores de servicios de salud- REPS. Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/work.aspx?tOut=true>

Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Labonte, R., Sanders, D., Dahlblom, K., & San- Sebastián, M. (2014). Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of Bogota, Colombia. *International Journal of Health Planning and Management*, 29, e347-e367. doi:10.1002/hpm.2228

O'Halloran, J., Miller, G. C., & Britt, H. (2004). Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*, 21(4), 381-386. doi:10.1093/fampra/cmh407

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Perfil de los Sistemas de Salud Colombia. En *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Bogotá. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. En serie: *La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas No. 4*. Washington, D.C: OPS.

Ospina-Rave, B. E., Brand-Monsalve, E. G., & Aristizabal-Botero, C. A. (2017). Development of a measurement index of critical thinking in professional formation. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1), 69-77.

O'Malley, A. S., & Cunningham, P. J. (2008). Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 170-177. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0885-5>

Padilla, E. M., Sarmiento-Medina, P., & Ramírez-Jaramillo, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 585-596.

Profamilia. (2011). Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011.

Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare (Reporte final). Recuperado de https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf

República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". En: Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993. Recuperado de <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf>

Ruíz, F., Amaya, L., Garavito, L., & Ramírez, J. (2008). Precios y contratos en salud: Estudios indicativos de precios y análisis cualitativo de contratos. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud.

Secretaría Distrital de Salud. (2015). Boletín estadístico (preliminares) 2014. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/BoletinEstadistico.aspx?RootFolder=%2fDPYS%2fC odificacin%2fBolet% C3%ADn%20Estad% C3%ADstico%202014%2f2%2e%20ASEGURAMIENT O&FolderCTID=&View=%7b5ABBE625-B30A-46FE-84A7-C406EE8398DE%7d>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2015). Diagnóstico sectorial de salud. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2016). Reorganización de la red pública de servicios de salud de Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. (2016). Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Shortell, S. M. (1976). Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. *Medical Care*, 14(5), 377-391.

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 513-559. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958

Starfield, B. (1980). Continuous Confusion? *American Journal of Public Health*, 70(2), 117-119.

Tovar-Cuevas, L. M., & Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 13(27), 11-26. doi:10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia

Uijen, A. A., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J., Mokkink, H. G., Van Weel, C., & Schers, H. J. (2011). Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12), 1391-1399. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.03.006

Van Servellen, G., Fongwa, M., & Mockus D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nursing & health sciences*, 8(3), 185-195. doi: 10.1111/j.1442-2018.2006.00278.x

Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(5), 947-956. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x

Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., Ferreira de Medeiros, M., Eguiguren, P., Cisneros, A. I., . . . Vázquez, M. L. (2018). 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 and planning*, 33(4), 494-504. doi: 10.1093/heapol/czy016

Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira da Silva, M. R., Unger, J. P., . . . Vázquez, M. L. (2017). Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy And Planning*, 32(4), 549-562. doi:10.1093/heapol/czw168

Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira Da Silva, M. R., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (2015). Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC health services research*, 15(1). doi: 10.1186/s12913-015-0882-4

Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira da Silva, M. R., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (2016). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy And Planning*, 31(6), 736-748. doi:10.1093/heapol/czv126

Vargas, I., Unger, J. P., Mogollón-Pérez, A. S., & Vázquez, M. L. (2013). Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: Results from a qualitative study in Colombia. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), e13-e33. doi:10.1002/hpm.2129

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130.

Vega-Romero, R., Acosta-Ramírez, N., Mosquera-Méndez, P. A., & Restrepo-Vélez, M. O. (2008). Health policy in Bogotá (2004-2008): an analysis of the experience with primary health care. *Social Medicine*, 3(2). Recuperado de <http://socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/230/443>

Vázquez, M., Vargas, I., Unger, J., De Paepe, P., Mogollón, A., Samico, I., & et al. (2012). Equity-LA II: El impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de Redes de Servicios de Salud en diferentes Sistemas de Salud en América Latina. Proyecto Colaborativo FP7-HEALTH-2012-INNOVATION-1. Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea. Grant Agreement No.305197.

Vázquez, M. L., Vargas, I., García-Subirats, I., Unger, J. P., De Paepe, P., Mogollón-Pérez, A. S., . . . Bertolotto, F. (2017). Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine*, 182, 10-19. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>



Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J. P., Mogollón, A., Ferreira da Silva, M. R., & de Paepe, P. (2009). Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 360-367. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9757/v26n4a12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1), 39-48. doi:10.1093/intqhc/mzr068

Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference?. *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146. doi:10.1016/j.pec.2004.02.011

Yepes, F. J., Ramírez, M., Sánchez, L. H., Ramírez, M. L., & Jaramillo, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. Canadá: Mayol Ediciones, International Development Research Center (IDRC).

Anexos

	Equity-LA II CO	
Formulario de consentimiento CCAENA-CO		
"IMPACTO DE ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE INTEGRACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA"		
Fecha:	__ __ / __ __ / __ __	Nº cuestionario
<p>Este documento de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pida al entrevistador que le explique cualquier cosa que no entienda.</p> <p>Se le ha solicitado que participe en el estudio, "El impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina", dirigido en Colombia por <u>AMPARO SUSANA MOGOLLÓN PÉREZ</u>.</p>		
1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?		
<p>El propósito de la investigación es originar nuevo conocimiento sobre estrategias de integración asistencial en redes de servicios de salud, a partir de su experiencia como paciente de los servicios de salud de la red. Sus opiniones y experiencias nos ayudarán a comprender la efectividad de diferentes estrategias de integración en salud en la mejora de la calidad de la atención en diversos sistemas de salud en América Latina, con énfasis en la atención de enfermedades crónicas. El análisis de la información nos ayudará a identificar las necesidades en relación con la mejora de la calidad de la atención al interior de las redes y proporcionar recomendaciones para optimizar su funcionamiento.</p>		
2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?		
<p>Si decide participar, se le realizará un cuestionario sobre sus experiencias y opiniones frente a la calidad en la prestación de servicios de salud. La encuesta tendrá lugar en <u>BOGOTÁ</u> y tiene una duración aproximada de 30 minutos.</p> <p>En ningún momento se escribirá su nombre en el cuestionario. Sólo se utilizará un código para identificarlo.</p> <p>Es probable que posterior a la encuesta, lo contacte el supervisor por vía telefónica o personalmente, para efectuar un control de calidad o para precisar algunas respuestas, lo cual no tomará más de 10 minutos.</p>		
3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?		
<p>No hay ningún riesgo por participar en este estudio.</p>		
4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?		
<p>Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que la sociedad pueda beneficiarse con los resultados de la investigación.</p>		
5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?		
<p>Es libre de decidir no participar en el estudio.</p>		
6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?		
<p>Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada, ni tampoco el de la institución prestadora de servicios de salud. Con el fin de proteger su información, el investigador (<u>AMPARO SUSANA MOGOLLÓN PÉREZ</u>) mantendrá protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.</p>		
7. ¿QUÉ COSTES Y PAGOS HAY?		
<p>Los investigadores quieren que su decisión de participar en el estudio sea absolutamente voluntaria, por tanto no está previsto el reconocimiento económico por su participación.</p>		

8. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Después de haber recibido y comprendido la información necesaria, consciente de mis derechos y habiendo aclarado todas mis dudas, estoy de acuerdo en participar en el estudio y otorgo mi consentimiento para ser entrevistado/a.

Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación.

Se le entregará una copia de este formulario. Su firma más abajo indica que es consciente en participar en el estudio citado más arriba.

Nombres y apellidos del entrevistado

Firma del entrevistado

CC: _____

Teléfono: _____

Nombres y apellidos del testigo 1

Firma del testigo 1

CC: _____

Teléfono: _____

Nombres y apellidos del testigo 2

Firma del testigo 2

CC: _____

Teléfono: _____

¿Está interesado en recibir los resultados del estudio?

Sí → Correo electrónico _____ Oficina/Residencia _____

No

9. DECLARACIÓN DEL ENTREVISTADOR

Certifico que he explicado a la persona citada arriba, la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido y he sido testigo de la firma. He proporcionado al participante una copia de este documento firmado.

Nombre y apellidos del entrevistador

Firma del entrevistador

Si usted quiere cualquier otra información sobre su participación en el estudio puede contactar con:

Supervisor/a 1. Carol Cardozo
 Asistente de investigación del proyecto Equity-LA
 Teléfono: 2970200. Ext.3506
 carol.cardozo@urosario.edu.co

Supervisor/a 2. Heisel Gloria León
 Asistente de investigación proyecto Equity-LA
 Teléfono: 2970200. Ext. 3348
 heisel.leon@urosario.edu.co

Amparo Susana Mogollón Pérez
 Coordinadora del proyecto Equity-LA en Colombia
 Universidad del Rosario
 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
 Carrera 24 No. 63 C – 69. Bogotá D. C. - COLOMBIA
 Teléfono: 2970200 Ext. 3417
 amparo.mogollon@urosario.edu.co


Fuente: consentimiento utilizado en el proyecto Equity LA II

Anexo 2 Escala de percepción de continuidad entre niveles de atención

7. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN							
* Las preguntas que le haré a continuación son sobre la atención que ha recibido en el Sistema de Salud en general para cualquier enfermedad. NO CONTESTE para medicina prepagada, seguro o médico particular.							
* Responda a las siguientes preguntas empleando: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
7.1 ¿El médico general conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?							
7.2 ¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le ha dado, antes de que usted se lo explique?							
7.3 ¿El médico general le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?							
7.4 ¿El médico general está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?							
7.5 ¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le da?							
7.6 ¿El médico general lo remite a los especialistas cuando usted lo necesita?	→ p.7.7				→ p.7.7	→ p.7.7	→ p.7.7
7.6.1 ¿Por qué no lo remite cada vez que lo necesita?							
_____							_____
_____							_____
_____							_____
* Responda a las siguientes preguntas empleando: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
7.7 ¿Usted piensa que el médico general y los especialistas colaboran para resolver sus problemas de salud?							
7.7.1 ¿Por qué cree que colaboran / No colaboran?							
_____							_____
_____							_____
* Responda a las siguientes preguntas empleando: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
7.8 Cuando el médico general lo envía o lo remite a los especialistas, ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?							
7.9 Tras la consulta con el especialista, cuando solicita cita con el médico general, ¿tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta?							
7.10 Cuando el médico general lo envía o lo remite a los especialistas, ¿tiene dificultades para que la EPS le autorice las consultas?							
7.11 Cuando le programan citas con los especialistas, ¿tiene dificultades para asistir a la cita por la lejanía de los centros?							

Fuente: cuestionario CCAENA-CO

Anexo 3 Escala factores relacionados con la continuidad entre niveles de atención

		Cuestionario N°: _____						
8. FACTORES RELACIONADOS CON LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN								
* Las preguntas que le haré a continuación son sobre la atención que ha recibido en el Sistema de Salud en general para cualquier enfermedad. NO CONTESTE para medicina prepagada, seguro o médico particular.								
* Responda a las siguientes preguntas empleando: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
8.1	Cuando pide cita con medicina general, ¿es atendido por el mismo médico?							
8.2	¿Confía en la capacidad profesional de los médicos generales que le atienden?							
8.3	¿La información que le dan los médicos generales sobre su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados) es suficiente?							
8.4	Cuando pide cita con un especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?							
8.5	¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que lo atienden?							
8.6	¿La información que le dan los médicos especialistas sobre su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados) es suficiente?							

Fuente: cuestionario CCAENA-CO

Anexo 4 Plan de análisis para el modelo multivariante de dependencia

Categoría	Variables / datos /información	Pregunta
Característica de red	Red de atención	¿Existen diferencias en la percepción de continuidad asistencial según la red de atención a la cual pertenecen los pacientes?
Demográficas	Sexo	¿Qué influencia tiene el sexo en la percepción/ experiencia de los pacientes sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la Red Pública de servicios de salud? ¿Son los hombres o las mujeres los que tienen peor percepción?
	Edad	¿Cómo influye la edad en la percepción/ experiencia de los pacientes acerca de la continuidad asistencial entre niveles de atención en la Red Pública de servicios de salud? ¿Las personas de mayor edad tendrán mejor o peor percepción?
Socio económicas	Nivel educativo	¿Cómo influye el nivel educativo en la percepción de los pacientes acerca de la continuidad asistencial entre niveles de atención en la Red Pública de servicios de salud? ¿Las personas con mayor nivel educativo tendrán peor o mejor percepción de la continuidad asistencial?
Morbilidad y estado de salud	Número de enfermedades crónicas	¿Cómo influye el número de enfermedades crónicas en la percepción/ experiencias de continuidad asistencial? ¿Tener mayor número de enfermedades crónicas se relacionará con una peor percepción de la continuidad?
	Estado de salud auto percibido	¿Cómo influye el estado de salud auto percibido en la percepción de continuidad asistencial? ¿Tener peor estado de salud se relacionará con una peor percepción de la continuidad?
Aseguramiento	Tiempo de afiliación	¿Tiene alguna relación el tiempo de afiliación con la percepción de continuidad asistencial de los pacientes? ¿Un mayor tiempo de afiliación con la EPS subsidiada será un factor relacionado con una mejor percepción?
Factores relacionados con la continuidad entre niveles	Estabilidad del profesional	¿Cómo influye la estabilidad de los médicos generales/ especialistas en la percepción de continuidad asistencial de los pacientes? ¿Tendrán mejor percepción aquellos pacientes que son atendidos por el mismo médico cada vez que asiste a consulta?
	Vínculo paciente médico	¿Cómo influye el vínculo de los médicos generales/ especialistas con el paciente en la percepción de continuidad asistencial de los pacientes? ¿Tendrán mejor percepción aquellos pacientes que tienen mayor confianza en su médico?
	Transferencia de la	¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre la transferencia de información clínica entre médicos generales y especialistas?

Categoría	Variables / datos /información	Pregunta
Tipos de continuidad asistencial	información clínica	¿Qué factores se relacionan con esa percepción?
	Coherencia de la atención	¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre la coherencia de la atención recibida por médicos generales y especialistas? ¿Qué factores se relacionan con esa percepción?
	Accesibilidad entre niveles	¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre la accesibilidad entre niveles de atención en la red? ¿Qué factores se relacionan con esa percepción? ¿Se identifican barreras impuestas por las EPS? ¿Se identifican barreras geográficas para asistir a consultas con especialistas?

Fuente: elaboración propia

Anexo 5 Análisis de fiabilidad con alpha de Cronbach

El análisis de fiabilidad de la primera subescala (continuidad entre niveles de atención) había sido realizado previamente en Colombia en un estudio que buscaba adaptar y validar la escala CCAENA en el contexto de los sistemas de salud colombiano y brasileño (García-Subirats et al., 2015), los resultados revelaron una adecuada fiabilidad, los cuales coinciden con los obtenidos en este trabajo. Debe tenerse en cuenta que la fiabilidad no es una medida de la calidad de la escala ni tampoco una medida inherente de la misma, sino la medida del patrón de respuesta del instrumento en el grupo que responde la escala, por lo tanto, el valor podrá variar con la aplicación repetida de la escala (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

En tanto, la subescala de accesibilidad entre niveles de atención no había sido sometida a un análisis de fiabilidad en Colombia, solo se había realizado para el contexto español (Letelier et al., 2010) sin ser exactamente los mismos ítems. Si bien el valor del alpha de Cronbach de 0.587 es bajo para la dimensión de accesibilidad, el análisis factorial muestra que los ítems si se agrupan en una dimensión puesto que solo estos tomaban mayores valores en el segundo factor.

El resultado obtenido con la subescala de accesibilidad entre niveles de atención como dimensión de la continuidad asistencial era de esperarse que sucediera dado que es el primer acercamiento en el contexto colombiano. También se sustenta con la hipótesis de que es una de las primeras investigaciones en Colombia en la cual se utiliza esta medición lo que representa un acercamiento exploratorio y que según Nunally (1967) “*en las primeras fases de la investigación, un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente*” (Ospina-Rave, Brand-Monsalve, & Aristizabal-Botero, 2017).