

Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México

Barriers and factors associated with the use of coordination mechanisms between levels of care in Mexico

Entraves e fatores associados ao uso de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção no México

Julieta López-Vázquez ^{1,2}
Damián Eduardo Pérez-Martínez ¹
Ingrid Vargas ³
María-Luisa Vázquez ³

doi: 10.1590/0102-311X00045620

Resumen

El objetivo fue analizar el nivel y caracterizar el uso de mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención, y sus factores asociados, en dos redes públicas de servicios de salud en México. Se realizó estudio transversal mediante el cuestionario COORDENA a médicos de atención primaria y especializada del estado de Veracruz. Se encontraron diferencias entre redes y niveles de atención, según el mecanismo. En ambas, la referencia/contrarreferencia es sobre todo utilizada para canalizar al paciente a otro nivel, principalmente por parte de los médicos de atención primaria. Se identificó una alta recepción de referencias por especialistas, pero escasa recepción de contrarreferencias en atención primaria. Ser hombre y reconocer al médico/a de atención primaria como responsable del seguimiento del paciente en su trayectoria asistencial, fueron factores asociados al envío frecuente de la contrarreferencia por especialistas. El informe de alta se utiliza en ambas redes para enviar información clínica al otro nivel, con mayor envío por médicos/as especialistas, y con menor recepción en atención primaria. En ambas redes, el seguimiento a las recomendaciones de los mecanismos para estandarizar la atención clínica (guías de práctica clínica, etc.) por parte médicos/as de atención primaria que de especializada. La utilización de mecanismos de coordinación entre niveles de atención es deficiente y limitada, con mayor uso de mecanismos para transferir información que para la gestión clínica. Se evidencia la necesidad de implementar estrategias que consideren la participación de los profesionales, para favorecer la adaptación local, apropiación y mejorar su uso.

Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Administración de los Servicios de Salud

Correspondencia

J. López-Vázquez
Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.
Av. Luis Castelzao Ayala s/n, Xalapa / Veracruz – 91193,
México.
julieta_lv_uv@hotmail.com

¹ Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, México.

² Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología, y de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

³ Grup de Recerca en Politiques de Salut i Serveis Sanitaris, Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España.



Introducción

La fragmentación de servicios de salud se considera una de las mayores dificultades para brindar atención equitativa, homogénea, eficiente y de calidad en la mayoría de países de América Latina, entre ellos México. Se traduce en problemas de coordinación clínica como: limitado acuerdo clínico entre médicos de diferentes niveles asistenciales, largos tiempos de espera para la atención especializada^{1,2,3}, referencias inadecuadas de los médicos/as de atención primaria^{3,4} y baja contrarreferencia por los especialistas^{1,3,5,6,7}. En México, se han promovido diferentes estrategias con limitado avance en distintos niveles: a nivel macro los modelos de atención^{8,9} que adoptan la política sanitaria de Redes Integradas de Servicios de Salud para organizar la prestación de la atención¹⁰, otras a nivel meso como comités o grupos de trabajo por microrregión y, escasamente, intervenciones a nivel micro como manuales de referencia/contrarreferencia (R/CR) estatales¹¹.

Este artículo se centra en la coordinación clínica entre niveles de atención a nivel micro, es decir, en el análisis de la implementación de mecanismos de coordinación. Se distinguen dos tipos de mecanismos de coordinación clínica: (a) basados en la estandarización de habilidades (formación continua), de procesos de trabajo (guías de práctica clínica) y de resultados, generalmente orientados a la coordinación de la gestión clínica, y (b) basados en la retroalimentación, que permiten la interacción y transmisión de información entre profesionales mediante comunicación directa (teléfono, *e-mail*) o indirecta (sistema de información integrado, R/CR, informe de alta hospitalaria o historia clínica compartida). Si bien no existe un modelo óptimo de mecanismos de coordinación, su existencia y funcionamiento adecuado determinan la mejora de la coordinación entre niveles, y su selección dependerá del contexto donde se implementan y las actividades a coordinar¹².

En México, la protección a la salud constituye un derecho constitucional y las condiciones para acceder a servicios sanitarios se establecen en la *Ley General de Salud*¹³, que rige los subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud (de seguridad social, servicios de salud para población sin seguridad social y servicios privados)¹⁴. El sector público segmenta a la población por su condición laboral, y comprende dos subsistemas: (1) instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, principalmente), financiado de manera tripartita (aportaciones gubernamentales, de los empleadores y empleados), para personas insertas en la economía formal, que garantiza el acceso a asistencia médica, entre otras prestaciones y, (2) instituciones para población sin seguridad social (Secretaría de Salud Federal, Servicios Estatales de Salud, Programa IMSS-Oportunidades), y hasta 2019, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), financiado por los gobiernos federal y estatales para brindar asistencia médica a las personas insertas en la economía informal, autoempleados y desempleados (más del 50% de la población)¹⁵. Asimismo, el uso de los servicios en el sector privado depende de la capacidad de pago.

La *Ley General de Salud* no define la organización de la provisión de la atención y, por tanto, el papel que desempeñan o cómo deben coordinarse los niveles de atención¹³. No obstante, se han implantado mecanismos de estandarización de los procesos de atención clínica entre las instituciones que conforman el sistema y de orientación de la práctica médica en los distintos niveles asistenciales como las *Normas Oficiales Mexicanas* (NOM), de cumplimiento obligatorio¹⁶. En cambio, la implementación de otros mecanismos de coordinación como guías de práctica clínica (GPC), sistemas de R/CR, informe de alta hospitalaria (IA) y el expediente clínico informatizado, entre otros, es voluntario, y su uso depende de diversos factores como la disponibilidad¹⁷, supervisión¹⁸, capacitación del personal y recursos^{19,20}. No todas las instituciones del sistema de salud cuentan con expediente clínico informatizado, compartido entre niveles de atención, principalmente debido a que su implementación es responsabilidad de cada una¹³ y su avance presenta diferencias entre éstas²¹.

Los Servicios Estatales de Salud brindan atención a población sin seguridad social en el país, y se organizan siguiendo criterios geográficos y de regionalización, a través de Jurisdicciones Sanitarias en cada estado^{22,23}. El estado de Veracruz es uno de los más poblados del país, con más de 8 millones de habitantes, donde casi el 80% de su población carece de seguridad social²⁴, mayoritariamente atendidos por los Servicios de Salud del Estado de Veracruz, que cuentan con once Jurisdicciones Sanitarias, subdivididas en redes por microrregión, conformadas por unidades de primer nivel o atención primaria (AP) y segundo/tercer nivel para brindar atención especializada (AE), de acuerdo

con su capacidad resolutoria. Cada red organiza las actividades a realizar, pero con una limitada capacidad de coordinación entre niveles de atención, debido a imprecisiones jurídicas en la definición de responsables para llevar a cabo acciones de coordinación en cada área involucrada ¹¹.

La evaluación de la implementación de mecanismos de coordinación entre niveles para mejorar la coordinación clínica es limitada en Latinoamérica ²⁵, a pesar de que el análisis de las barreras que determinan su uso en redes públicas es relevante no solo para adecuar las estrategias en el nivel de redes, como también para la implantación de políticas nacionales que mejoren su funcionamiento ^{3,4,7,26}. En México la evidencia es limitada, ya que los estudios, se suelen centrar esencialmente en GPC/NOM desde la perspectiva de médicos/as de AP. Estos identifican que no siempre se siguen sus recomendaciones ^{18,27,28}, así como mayor adherencia a las NOM por su carácter obligatorio ²⁹ y a las GPC, cuando se acompañan de procesos educativos ³⁰. Son escasos los estudios que analizan su utilidad, barreras y facilitadores en su utilización ^{17,19,31,32,33}, sin considerar la interacción con el nivel especializado, pese a su relevancia para la coordinación clínica ³⁴. La R/CR y el IA se han evaluado como parte del expediente clínico, es decir, si están incluidos o no físicamente, pero no la calidad y pertinencia de la información registrada ^{35,36}; y respecto al formato de referencia, se ha observado que se utiliza principalmente como requisito de acceso a la AE ^{2,5}. Estudios que analicen de forma comprensiva el uso de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención implementados y los factores asociados son inexistentes, a pesar de que su análisis en redes de servicios de salud es particularmente relevante, al ser uno de los factores que más influyen en los resultados de coordinación clínica ^{10,37}, y por tanto en la calidad de la atención. El objetivo del artículo (parte de un estudio más amplio, Equity-LA II en seis países de Latinoamérica ^{1,6,34}) es analizar el nivel y características de uso de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención y los factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud en México.

Métodos

Diseño y área de estudio

Estudio transversal mediante encuesta con la aplicación del cuestionario *COORDENA* a médicos/as de dos redes de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz. Las redes se seleccionaron aplicando como criterios: (1) provisión de un continuo de servicios de salud, al menos AP y AE, (2) población definida y (3) área urbana predominantemente de nivel socioeconómico bajo y medio bajo. Las redes seleccionadas son Xalapa, que pertenece a la Jurisdicción Sanitaria nº V y cuenta con siete unidades de AP y dos de AE, y la red Veracruz, que pertenece a la Jurisdicción Sanitaria nº VIII, y cuenta con 15 unidades de AP y dos de AE. Se sitúan en los dos municipios más poblados del estado: Xalapa (capital del estado, con 480.841 habitantes, donde el 59,46% carece de seguridad social) y Veracruz (uno de los principales puertos marítimos de México, con 609.964 habitantes, donde el 46,27% carece de seguridad social) ²⁴.

Población de estudio y muestra

La población de estudio estaba conformada por médicos/as de AP y AE, cuya práctica clínica conlleva el contacto con el otro nivel asistencial, con antigüedad mínima de tres meses trabajando en la red y se excluyeron los/as médicos/as sin contacto directo con pacientes. Se calculó una muestra de 174 por red para detectar una variación del 15% en el uso de mecanismos entre redes en un contraste bilateral, con base en un 80% de potencia estadística y un nivel de confianza del 95%. La muestra final por red fue de 185 médicos/as en Xalapa y 180 en Veracruz. La selección de los/as encuestados/as se hizo aleatoriamente, a partir del listado de médicos/as por unidad. De los/as médicos/as contactados/as rechazaron participar 3,1% en Xalapa y 5,6% en Veracruz.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante entrevista presencial por encuestadores previamente capacitados, entre mayo y junio de 2015. Para asegurar la calidad y consistencia de la información, se supervisó a los encuestadores en campo, se revisaron el 100% de los cuestionarios y se re-entrevistó al 20% al alzar. Las inconsistencias en la captura de los datos se controlaron utilizando el método de doble entrada.

Cuestionario

El cuestionario *COORDENA* evalúa la experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles, el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica existentes en la red y factores asociados. Se diseñó a partir de una extensa revisión bibliográfica e investigaciones previas³⁴, y se adaptó al contexto, lenguaje y mecanismos de coordinación existentes en cada uno de los países participantes, en este caso, las redes de estudio en México. Información detallada sobre el contenido, adaptación y validación ya ha sido publicada previamente^{1,6}.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de resultado fueron: frecuencia, finalidad y dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación de información (referencia/contrarreferencia e informe de alta hospitalaria) y de gestión clínica (NOM/Manual de referencia/contrarreferencia [MRCR]/GPC) (Cuadro 1). Variables explicativas fueron: (1) demográficas: sexo y edad; (2) características laborales: nivel de atención, experiencia en el lugar de trabajo, horas contratadas por semana, tipo de contratación y trabajo complementario en el sector privado; (3) factores organizativos: tiempo disponible para la coordinación durante la consulta y tiempo por consulta; (4) actitud hacia el trabajo: satisfacción y plan de cambiar de trabajo; (5) factores de interacción: conocer a los médicos del otro nivel, confianza en las habilidades clínicas del médico del otro nivel e identificación del médico de AP como responsable del seguimiento del paciente en su trayectoria asistencial.

ANÁLISIS

Se realizó un análisis descriptivo estratificado por red y nivel de atención, univariado y prueba chi-cuadrada para las variables explicativas, uso de los mecanismos y dificultades. Se calcularon *odds ratio* ajustados (OR) mediante modelos de regresión logística para identificar asociaciones entre las variables resultado: uso frecuente y dificultades en el uso y explicativas, para cada mecanismo. Para el modelo final las variables explicativas se agregaron por grupo, en el orden descrito anteriormente (demográficas, laborales, factores organizativos, actitud ante el trabajo y de interacción con los profesionales) y se verificó la ausencia de multicolinealidad ($VIF < 1,5$). Cuando ninguna de las variables de un grupo resultó significativa se dejó al menos una, permitiendo identificar la asociación de los diferentes tipos de variables en el ajuste de los modelos. Se descartaron los modelos que no mostraron significación estadística o mostraban problemas de ajuste (Hosmer-Lemeshow $p < 0,05$), por lo que se describen solamente los resultantes para la R/CR. Se utilizó el software Stata versión 12 (<https://www.stata.com>).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de los Servicios de Salud de Veracruz (registro SEI/2013/06/26). Todos los entrevistados participaron de forma voluntaria, tras firmar el consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y protección de los datos de acuerdo a la legislación vigente.

Cuadro 1

Descripción de preguntas de la encuesta *COORDENA* utilizadas para evaluar las variables de estudio.

VARIABLE/PREGUNTA	CATEGORÍAS DE RESPUESTA *
Nivel de uso de los mecanismos	
¿Con qué frecuencia envía la hoja de referencia (médicos de AP) o contrarreferencia (médicos de AE)?	Siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, nunca
¿Con qué frecuencia recibe la hoja de referencia (médicos de AP) o contrarreferencia (médicos de AE)?	
¿Con qué frecuencia recibe un informe de alta hospitalaria? (médicos de AP)	
¿Con qué frecuencia envía un informe de alta hospitalaria? (médicos de AE)	
¿Sigue las recomendaciones de las NOM, MRCR y GPC compartidas entre niveles?	
¿Con qué frecuencia utiliza el teléfono para tratar temas de la atención al paciente con los médicos del otro nivel?	Diariamente, semanalmente, mensualmente, con menor frecuencia
Características del uso	
Hoja de referencia y contrarreferencia	
¿Qué información recibe habitualmente?	Antecedentes, Motivo de la referencia, Diagnóstico, Tratamientos, Pruebas diagnósticas, Datos administrativos, Ninguna, Otra (especificar)
¿Recibe la contrarreferencia en un tiempo útil para tomar decisiones sobre la atención al paciente? (médicos de AP)	Siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, nunca
¿La contrarreferencia responde al motivo de la referencia? (médicos de AP)	
Informe de alta hospitalaria	
¿Qué información recibe habitualmente?	Diagnóstico, Motivo de hospitalización, Indicaciones de seguimiento, Tratamiento, Resultados de pruebas, Procedimientos realizados, Ninguna, Otra (especificar)
¿Recibe la información en un tiempo útil para tomar decisiones sobre la atención al paciente?	Siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, nunca
NOM/MRCR/GPC compartidas	
¿Cree que se elaboran tomando en cuenta el punto de vista de los médicos de los distintos niveles de atención?	Siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, nunca
¿Ha participado alguna vez en una capacitación para su uso?	Sí/No
Finalidad de uso	
¿Para qué utiliza (mecanismos de coordinación)?	Respuesta abierta
Dificultades de uso	
¿Detecta dificultades en la utilización de (mecanismos de coordinación)?	Sí/No
¿Qué dificultades?	Respuesta abierta

AP: atención primaria; AE: atención especializada; GPC: guías de práctica clínica; MRC: manual de referencia y contrarreferencia; NOM: *Normas Oficiales Mexicanas*.

* Todas las respuestas cerradas incluyeron la categoría de respuesta no sabe/no responde.

Resultados

Características de la muestra

La muestra final se conformó por 185 médicos/as en Xalapa y 180 en Veracruz. Presentaron características demográficas similares en ambas redes, conformadas mayormente por médicos/as mayores de 50 años (AE: 55,1%; AP: 52,6%), predominando los hombres en AE (67,9%) y las mujeres en AP (61,5%). Respecto a condiciones laborales, en ambas redes predominó el grupo entre 5 y 15 años de experiencia en el lugar de trabajo, contratación permanente y más de 40 horas por semana. Sin embargo, destacan algunas diferencias entre redes y niveles asistenciales: menor antigüedad en médicos/as de AP sobre todo en Veracruz (< 5 años: 40%), y mayor en médicos/as de AE en Xalapa (> 15 años: 47,5%); mayor porcentaje de especialistas en Xalapa que trabaja menos de 40 horas (46,9%); y la mayoría de especialistas de ambas redes trabajan también en el sector privado (64,4%).

En ambas redes, la mayoría refiere no disponer de tiempo suficiente para la coordinación, sin embargo, la proporción es mayor entre los médicos/as de AP (85,8%) y los especialistas de Xalapa (77,1%;). La mayoría de médicos/as de AP, y poco menos de la mitad de AE, cuentan con 20 minutos por consulta, pero en mayor proporción entre los especialistas de Veracruz (42,4%). Destaca que, en ambas redes, más del 90% consideró estar satisfecho con su trabajo y no tener planes para cambiar de trabajo.

En las dos redes y niveles, la mayoría indicó no conocer a los médicos/as del otro nivel de atención (AP: 87,2%; AE: 85,9%), pero mientras la mayoría de los médicos/as de AP refieren confiar en las habilidades clínicas de los/as especialistas (78,8%), sólo un tercio de éstos lo refiere (29,4%). Asimismo, mientras la mayoría de médicos/as de AP se reconocen como responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria asistencial (87,8%), el 29,7% de especialistas atribuyen este rol a la AP (Tabla 1).

Tabla 1

Características demográficas, de empleo, organizativas y relacionales de la muestra de estudio.

Características	Red Xalapa		Red Veracruz		Total	
	AP (n = 86) n (%)	AE (n = 99) n (%)	AP (n = 70) n (%)	AE (n = 110) n (%)	AP (n = 156) n (%)	AE (n = 209) n (%)
Sexo *						
Mujer	53 (61,6)	27 (27,3)	43 (61,4)	40 (36,4)	96 (61,5)	67 (32,1)
Hombre	33 (38,4)	72 (72,7)	27 (38,6)	70 (63,6)	60 (38,5)	142 (67,9)
Edad (años) *						
≤ 35		9 (9,1)	6 (8,6)	19 (17,3)	6 (3,8)	28 (13,4)
36-50	37 (43,0)	40 (40,4)	27 (38,6)	31 (28,2)	64 (41,0)	71 (34,0)
> 50	49 (57,0)	50 (50,5)	37 (52,9)	60 (54,5)	86 (55,1)	110 (52,6)
Experiencia en el lugar de trabajo (años) **,***						
< 5	18 (20,9)	21 (21,2)	28 (40,0)	18 (16,4)	46 (29,5)	39 (18,7)
5-15	56 (65,1)	31 (31,3)	39 (55,7)	64 (58,2)	95 (60,9)	95 (45,5)
> 15	12 (14,0)	47 (47,5)	3 (4,3)	28 (25,5)	15 (9,6)	75 (35,9)
Horas de trabajo por semana **,***						
< 40	24 (27,9)	46 (46,9)	11 (15,7)	28 (25,5)	35 (22,4)	74 (35,6)
≥ 40	62 (72,1)	52 (53,1)	59 (84,3)	82 (74,5)	121 (77,6)	134 (64,4)
Trabaja en la atención privada *						
Sí	26 (30,2)	61 (61,7)	18 (25,7)	73 (67,0)	44 (28,2)	134 (64,4)
No	60 (69,8)	38 (38,3)	52 (74,3)	36 (33,0)	112 (71,8)	74 (35,6)

(continúa)

Tabla 1 (continuación)

Características	Red Xalapa		Red Veracruz		Total	
	AP (n = 86)	AE (n = 99)	AP (n = 70)	AE (n = 110)	AP (n = 156)	AE (n = 209)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tipo de contratación *						
Permanente	75 (88,2)	72 (72,7)	58 (82,9)	89 (80,9)	133 (85,8)	161 (77,0)
Temporal	10 (11,8)	27 (27,3)	12 (17,1)	21 (19,1)	22 (14,2)	48 (23,0)
Dispone de tiempo suficiente para la coordinación clínica durante la consulta *,***						
Sí	14 (16,3)	22 (22,9)	8 (11,6)	51 (49,5)	22 (14,2)	73 (36,7)
No	72 (83,7)	74 (77,1)	61 (88,4)	52 (50,5)	133 (85,8)	126 (63,3)
Tiempo disponible para la consulta (minutos) *,***						
< 20	3 (3,5)	15 (16,0)	6 (8,8)	22 (22,2)	9 (6,3)	37 (19,2)
20	61 (70,9)	52 (55,3)	50 (73,5)	35 (35,4)	101 (70,1)	87 (45,1)
> 20	22 (25,6)	27 (28,7)	12 (17,6)	42 (42,4)	34 (23,6)	69 (35,8)
Satisfacción con el trabajo #						
Sí	82 (95,3)	91 (91,9)	67 (95,7)	102 (92,7)	149 (95,5)	193 (92,3)
No	4 (4,7)	8 (8,1)	3 (4,3)	8 (7,3)	7 (4,5)	16 (7,7)
Planea cambiar de trabajo en los próximos 6 meses #						
Sí	4 (4,7)	3 (3,1)	1 (1,4)	2 (1,8)	5 (3,3)	5 (2,5)
No	82 (95,3)	95 (96,9)	69 (98,6)	108 (98,2)	151 (96,7)	203 (97,5)
Conoce a los médicos del otro nivel de atención ##						
Sí	12 (16,4)	9 (11,3)	6 (8,8)	15 (16,7)	18 (12,8)	24 (14,1)
No	61 (83,6)	71 (88,8)	62 (91,2)	75 (83,3)	123 (87,2)	146 (85,9)
Confía en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel *,#						
Sí	71 (82,6)	27 (28,1)	52 (74,3)	32 (30,5)	123 (78,8)	59 (29,4)
No	15 (17,4)	69 (71,9)	18 (25,7)	73 (69,5)	33 (21,2)	142 (70,6)
Identifica a los médicos de AP como responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención *,##						
Sí	78 (90,7)	26 (27,1)	59 (84,3)	32 (32,3)	137 (87,8)	58 (29,7)
No	8 (9,3)	70 (72,9)	11 (15,7)	67 (67,7)	19 (12,2)	137 (70,3)

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

Nota: frecuencias calculadas excluyendo no sabe/no responde.

* Estadísticamente significativo al comparar totales de AP y AE;

** Estadísticamente significativo al comparar AP entre redes ($p < 0,05$);

*** Estadísticamente significativo al comparar AE entre redes ($p < 0,05$);

Sí: totalmente de acuerdo + de acuerdo; No: ni de acuerdo ni en desacuerdo + en desacuerdo + totalmente en desacuerdo;

Sí: siempre + muchas veces; No: a veces + pocas veces + nunca.

Se observaron diferencias en el nivel de conocimiento de los distintos mecanismos de coordinación entre niveles de atención sin ser significativas entre redes o niveles de atención (Tabla 2); identificando mayor conocimiento de R/CR (> 97%), NOM/MRCR/GPC (> 82%) e IA (> 71%), y menor del teléfono institucional (< 60%).

Nivel y características de uso de los mecanismos de coordinación clínica y factores asociados

Respecto al uso de la R/CR entre los que conocen el mecanismo, no se encontraron diferencias entre redes. En ambas, la gran mayoría de médicos/as de AP refirió enviar la referencia (Xalapa: 94,1%; Veracruz: 90%) y en menor proporción los/as especialistas, la contrarreferencia (Xalapa: 60,8%; Veracruz: 55%). En cambio, mientras la mayoría de especialistas refirió recibir la referencia (Xalapa: 79,4%;

Tabla 2

Utilización y finalidad de uso de mecanismos de coordinación de la información y de la gestión clínica en las redes de estudio, según nivel de atención.

Mecanismos	Red Xalapa		Red Veracruz		Total	
	AP (n = 86)	AE (n = 99)	AP (n = 70)	AE (n = 110)	AP (n = 156)	AE (n = 209)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Referencia/Contrarreferencia						
Conoce el mecanismo	85 (98,8)	97 (97,9)	70 (100,0)	109 (99,0)	155 (99,3)	206 (98,5)
Envía con frecuencia la referencia (AP)/contrarreferencia (AE) *,**	80 (94,1)	59 (60,8)	63 (90,0)	60 (55,0)	143 (92,3)	119 (57,8)
Recibe con frecuencia la referencia (AE)/contrarreferencia (AP) *,**	6 (7,1)	77 (79,4)	4 (5,7)	72 (66,7)	10 (6,5)	149 (72,7)
Finalidad de uso de la referencia (AP)/contrarreferencia (AE) ***						
Canalizar al paciente al otro nivel	69 (73,4)	40 (29,2)	63 (76,8)	46 (29,5)	132 (75,0)	86 (29,4)
Enviar información clínica al otro nivel	21 (22,3)	39 (28,5)	14 (17,1)	52 (33,3)	35 (19,9)	91 (31,1)
Enviar indicaciones sobre el seguimiento	4 (4,2)	58 (42,3)	5 (6,1)	57 (36,5)	9 (5,1)	115 (39,2)
Protección del médico en cuanto a la atención otorgada				1 (0,7)		1 (0,3)
Informe de alta hospitalaria						
Conoce el mecanismo *	66 (76,7)	94 (94,9)	50 (71,4)	100 (90,9)	116 (74,3)	194 (92,8)
Envía con frecuencia el informe de alta hospitalaria (AE) **,#	NA	73 (82,0)	NA	81 (92,0)	NA	154 (87,0)
Recibe con frecuencia el informe de alta hospitalaria (AP) **	27 (40,9)	NA	13 (26,0)	NA	40 (34,5)	NA
Finalidad de uso ***						
Enviar información clínica a AP	45 (56,2)	64 (37,6)	37 (49,3)	67 (41,4)	82 (52,9)	131 (39,5)
Enviar indicaciones de seguimiento	32 (40,0)	69 (40,6)	36 (48,0)	47 (29,0)	68 (43,9)	116 (34,9)
Informar al paciente sobre la hospitalización		24 (14,1)		34 (21,0)		58 (17,5)
Otros ##	3 (3,8)	13(7,7)	2 (2,7)	14 (8,6)	5 (3,2)	27 (8,1)
NOM/MRCR/GPC						
Conoce el mecanismo	75 (87,2)	87 (87,7)	68 (97,1)	91 (82,7)	143 (91,6)	178 (85,1)
Sigue con frecuencia las recomendaciones ###						
Sí	70 (94,6)	70 (81,4)	58 (85,3)	78 (87,6)	128 (90,1)	148 (84,6)
No	4 (5,4)	16 (18,6)	10 (14,3)	11 (12,4)	14 (9,9)	27 (15,4)
Finalidad de uso ***						
Normar la conducta a seguir	24 (24,2)	28 (21,9)	15 (18,3)	34 (28,1)	39 (21,5)	62 (24,9)
Orientar/Guiar la atención del paciente	23 (23,2)	37 (28,9)	32 (39,0)	28 (23,1)	55 (30,4)	65 (26,1)
Dar una buena atención al paciente	19 (19,2)	21 (16,4)	21 (25,6)	24 (19,8)	40 (22,1)	45 (18,1)
Estandarizar/Uniformar la atención	15 (15,2)	21 (16,4)	3 (3,7)	15 (12,4)	18 (9,9)	36 (14,5)
Pautar la referencia y contrarreferencia	16 (16,2)	5 (3,9)	6 (7,3)	6 (5,0)	22 (12,2)	11 (4,4)
Para capacitación, formación		4 (3,1)	5 (6,1)	4 (3,3)	5 (2,8)	8 (3,2)
Otros §	2 (2,0)	12 (9,4)		10 (8,3)	2 (1,1)	22 (8,8)
Teléfono institucional						
Conoce el mecanismo	42 (48,8)	59 (59,6)	27 (38,6)	55 (50,0)	69 (44,2)	114 (54,5)
Utiliza con frecuencia el teléfono para tratar temas de atención a pacientes con médicos del otro nivel *,§§,§§§	3 (3,5)	7 (7,1)	4 (5,7)	19 (17,3)	7 (4,5)	26 (12,4)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; GPC: guías de práctica clínica; MRC: manual de referencia y contrarreferencia; NA: no aplica;

NOM: *Normas Oficiales Mexicanas*.

Nota: frecuencias calculadas excluyendo no sabe/no responde.

* Estadísticamente significativo al comparar totales de AP y AE;

** Frecuencia de la categoría siempre + muchas veces;

*** Respuesta múltiple, porcentajes calculados sobre el total de respuestas, ordenadas de acuerdo a los datos de AP Xalapa;

Porcentajes calculados con base en médicos de AE que atienden pacientes hospitalizados;

Otros: evaluar la atención del paciente, requerimientos administrativos, contrarreferir al paciente, protección del médico en cuanto a la atención otorgada;

Sí: siempre + muchas veces; No: a veces + pocas veces + nunca;

§ Otros: coordinación entre médicos, requisito administrativo, orientar el llenado de documentos, facilitar la comunicación, retroalimentar al primer nivel (médicos de AE);

§§ Estadísticamente significativo al comparar AE entre redes ($p < 0,05$);

§§§ Teléfono institucional y/o personal, se muestran los resultados de la utilización diaria + semanal.

Veracruz: 66,7%), una pequeña proporción de médicos en AP recibían la contrarreferencia (Xalapa: 7,1%; Veracruz: 5,7%). La finalidad de uso más frecuente en AP fue canalizar al paciente al otro nivel (Xalapa: 73,4%; Veracruz: 76,8%), y en especializada, el envío de indicaciones para el seguimiento (Xalapa: 42,3%; Veracruz: 36,5%) (Tabla 2).

Para la información recibida en la R/CR no hubo diferencias entre redes, sino entre niveles: en AP se identificó recibir indicaciones sobre el tratamiento (Xalapa: 91,2%; Veracruz: 89,7%), seguido del diagnóstico (Xalapa: 67,6%; Veracruz: 87,9%); y en AE predominó el diagnóstico (Xalapa: 75,8%; Veracruz: 62,9) y motivos de la referencia (Xalapa: 54,7%; Veracruz: 55,2%). La recepción de contrarreferencia en tiempo útil para tomar decisiones clínicas fue mayor en Veracruz (41,4%) que en Xalapa (23,5%) (Tabla 3). Los factores asociados al envío frecuente de la contrarreferencia (médicos/as de AE) fueron: ser hombre y reconocer al médico/a de AP como el responsable del seguimiento del paciente en su trayectoria asistencial (Tabla 4).

Respecto al IA, contrasta el elevado envío por los/as especialistas (Xalapa: 82%; Veracruz: 92%) con la menor recepción en AP (Xalapa: 40,9%; Veracruz: 26%), con diferencias entre redes. En ambas redes médicos/as de AP indicaron que los/as especialistas lo utilizan para enviarles información clínica (Xalapa: 56,2%; Veracruz: 49,3%) y para AE varió entre redes, en Xalapa principalmente para enviar indicaciones de seguimiento (40,6%) y en Veracruz para enviar información clínica (41,4%) (Tabla 2). La información recibida en AP: tratamiento (Xalapa: 87,5%; Veracruz: 80,4%), diagnóstico (Xalapa: 78,1%; Veracruz: 89,1%) e indicaciones para el seguimiento (Xalapa: 54,7%; Veracruz: 76,1%); únicamente el 39% indicó recibirlo en tiempo útil para tomar decisiones clínicas.

Tabla 3

Características de uso de mecanismos de coordinación de la información y de la gestión clínica en las redes de estudio, según nivel de atención.

	Red Xalapa		Red Veracruz		Total	
	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)
Referencia/contrarreferencia *	85	97	70	109	155	206
Recibe la referencia (AE)/contrarreferencia (AP) **,***	68 (80,0)	95 (97,9)	58 (82,9)	105 (96,3)	126 (81,3)	200 (97,1)
Información que recibe habitualmente en la referencia (AE)/contrarreferencia (AP) #,##						
Motivo del envío	14 (20,6)	52 (54,7)	16 (27,6)	58 (55,2)	30 (23,8)	110 (55,0)
Antecedentes	14 (20,6)	52 (54,7)	17 (29,3)	56 (53,3)	31 (24,6)	108 (54,0)
Diagnóstico	46 (67,6)	72 (75,8)	51 (87,9)	66 (62,9)	97 (77,0)	138 (69,0)
Tratamiento	62 (91,2)	41 (43,2)	52 (89,7)	29 (27,6)	114 (90,5)	70 (35,0)
Pruebas	13 (19,1)	30 (31,6)	21 (36,2)	44 (41,9)	34 (27,0)	74 (37,0)
Recibe la contrarreferencia en un tiempo útil para tomar decisiones sobre el paciente ##,###,§	16 (23,5)	NA	24 (41,4)	NA	40 (31,7)	NA
La contrarreferencia responde al motivo de la referencia ###,§	59 (86,8)	NA	52 (89,7)	NA	111 (88,1)	NA
Identifican dificultades en el uso de la referencia/contrarreferencia **,###,§§	37 (43,5)	50 (51,5)	14 (20,0)	50 (46,2)	51 (32,9)	100 (48,8)
No las envían o no llegan/Se pierde la hoja #,§§§	18 (42,9)	37 (39,8)	1 (6,7)	4 (6,7)	19 (33,3)	41 (26,8)
Tarda mucho en llegar	5 (11,9)		3 (20,0)	3 (5,0)	8 (14,0)	3 (2,0)
Formato inadecuado (falta de espacio)/No disponen de hojas	5 (11,9)	1 (1,1)	7 (46,7)	16 (26,7)	12 (21,1)	17 (11,1)
Letra ilegible	4 (9,5)		1 (6,7)	7 (11,7)	5 (8,8)	7 (4,6)
No envían información completa o precisa	4 (9,5)	9 (9,7)	1 (6,7)	27 (45,0)	5 (8,8)	36 (23,6)
No es relevante para el médico (fines administrativos)	3 (7,1)	8 (8,6)		2 (3,3)	3 (5,3)	10 (6,5)
No se usa la información enviada	2 (4,8)	37 (39,8)	2 (13,3)		4 (7,0)	37 (24,2)
Otros †	1 (2,4)	1 (1,1)		1 (1,7)	1 (1,8)	2 (1,3)

(continúa)

Tabla 3 (continuación)

	Red Xalapa		Red Veracruz		Total	
	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)
Informe de alta hospitalaria *	66	94	50	100	116	194
Recibe el informe de alta hospitalaria ***	64 (97,0)	NA	46 (92,0)	NA	110 (94,8)	NA
Información que recibe habitualmente en el informe de alta hospitalaria ###						
Motivo de la hospitalización	19 (29,7)	NA	28 (60,9)	NA	47 (42,7)	NA
Diagnóstico	50 (78,1)	NA	41 (89,1)	NA	91 (82,7)	NA
Tratamiento	56 (87,5)	NA	37 (80,4)	NA	93 (84,5)	NA
Indicaciones para el seguimiento	35 (54,7)	NA	35 (76,1)	NA	70 (63,6)	NA
Procedimientos realizados	34 (53,1)	NA	29 (63,0)	NA	63 (57,2)	NA
Resultados de pruebas	16 (25,0)	NA	19 (41,3)	NA	35 (31,8)	NA
Otra información ††	6 (9,3)	NA	4 (8,6)	NA	10 (9,0)	NA
Recibe la información en tiempo útil para tomar decisiones sobre el paciente ##§	27 (42,2)	NA	16 (34,8)	NA	43 (39,0)	NA
Identifican dificultades en el uso del informe de alta hospitalaria **§§	21 (31,8)	14 (14,8)	10 (20,0)	10 (10,0)	31 (26,7)	24 (12,3)
No lo envían o no llega/El paciente no lo entrega #.§§§	11 (40,7)	4 (30,8)	1 (7,7)		12 (30,8)	4 (14,8)
No envían información completa/Información errónea	9 (33,3)	6 (46,2)	9 (69,2)	2 (14,3)	17 (43,6)	8 (29,6)
La elaboran los residentes	2 (7,4)		1 (7,7)	1 (7,1)	3 (7,7)	1 (3,8)
Letra ilegible	2 (7,4)				2 (5,1)	
Tarda mucho en llegar	2 (7,4)		2 (15,4)		4 (10,3)	
No cuentan con formatos/Falta de insumos para elaborarla/Formato inadecuado (falta de espacio)		3 (23,0)		11 (78,6)		14 (51,8)
La información es compleja para el paciente	1 (3,7)				1 (2,6)	
NOM/MRCR/GPC compartidas entre niveles de atención *	75	87	68	91	143	178
Identifican dificultades en el uso **§§	23 (30,6)	40 (45,9)	17 (25,0)	32 (35,2)	40 (27,9)	102 (57,3)
No están disponibles #.§§§	13 (56,5)	7 (17,5)	3 (17,6)	4 (12,5)	16 (40,0)	11 (15,3)
No se pueden seguir por falta de insumos/Son guías para hospitales con buen equipamiento	4 (17,3)	19 (47,5)	2 (11,8)	18 (56,3)	6 (15,0)	37 (51,3)
Difíciles de manejar	3 (13,0)	1 (2,5)	4 (23,5)	2 (6,3)	7 (17,5)	3 (4,2)
Guías no actualizadas	1 (4,3)	12 (30,0)	5 (29,4)	8 (25,0)	6 (15,0)	20 (27,8)
Desacuerdo con las indicaciones		6 (15,0)	6 (35,4)	1 (3,1)	6 (15,0)	7 (9,7)
Otros †††	3 (13,0)	3 (7,5)		1 (3,1)	3 (7,5)	4 (5,6)
Se elaboran considerando el punto de vista de los médicos de los distintos niveles de atención §.§§	50 (67,6)	49 (57,6)	43 (63,2)	57 (64,0)	93 (65,5)	106 (60,9)
Ha participado en capacitaciones para su uso **§.§§	51 (68,0)	37 (42,5)	46 (67,6)	30 (33,0)	97 (67,8)	67 (37,6)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; GPC: guías de práctica clínica; MRC: manual de referencia y contrarreferencia; NA: no aplica; NOM: *Normas Oficiales Mexicanas*.

Nota: frecuencias calculadas excluyendo no sabe/no responde.

* Médicos que conocen el mecanismo;

** Estadísticamente significativo al comparar totales de AP y AE;

*** Frecuencia de las categorías siempre + muchas veces + a veces + muy pocas veces;

Respuesta múltiple;

Porcentajes calculados con base en los médicos que reciben el mecanismo;

Estadísticamente significativo al comparar AP entre redes ($p < 0,05$);

§ Frecuencia de la categoría siempre + muchas veces;

§§ Porcentajes calculados con base en los médicos que conocen el mecanismo, a pesar de no utilizarlo habitualmente;

§§§ Porcentajes calculados con base en el número de respuestas, ordenadas de acuerdo a los datos de AP Xalapa;

† Otros: sobrecarga de trabajo, médicos de AP no saben cómo derivar pacientes (médico de AE);

†† Otra información: fecha y datos de ingreso/egreso, evolución, motivo de alta, pronóstico, resumen clínico, sintomatología;

††† Otros: tiempo insuficiente para consultarlas, son muchas guías para consultarlas/conocerlas, incapacidad para consultarlas en formato digital (no sabe utilizar equipo de cómputo), no está regulada su aplicación en todos los turnos.

Tabla 4

Factores asociados al envío frecuente de la referencia/contrarreferencia.

	Referencia Médicos de AP		Contrarreferencia Médicos de AE	
	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Sexo				
Mujer	96 (61,9)	1,00	67 (32,5)	1,00
Hombre	59 (38,1)	1,93 (0,41-9,00)	139 (66,5)	2,36 (1,02-5,43)
Edad (años)				
≤ 50	69 (44,4)	1,00	97 (47,1)	1,00
> 50	86 (55,5)	2,44 (0,57-10,22)	109 (52,9)	1,10 (0,56-2,19)
Trabaja en la atención privada				
No	112 (72,3)	1,00	73 (53,6)	1,00
Sí	43 (27,7)	0,46 (0,11-1,95)	132 (64,4)	0,54 (0,24-1,17)
Tipo de contratación				
Temporal	22 (14,2)	1,00	47 (22,8)	1,00
Permanente	133 (85,8)	1,95 (0,37-10,22)	159 (77,2)	0,94 (0,42-2,10)
Tiempo disponible para la consulta (minutos)				
≤ 20	119 (77,8)	1,00	124 (64,9)	1,00
> 20	34 (22,2)	0,51 (0,12-2,10)	67 (35,1)	1,19 (0,58-2,44)
Satisfacción con el trabajo				
No	7 (4,5)	1,00	16 (7,8)	1,00
Sí	148 (95,5)	9,13 (0,90-92,41)	190 (92,2)	0,68 (0,21-2,24)
Conoce a los médicos del otro nivel de atención				
No	123 (87,9)	1,00	146 (85,9)	1,00
Sí	17 (12,1)	0,37 (0,06-2,28)	24 (14,1)	1,02 (0,37-2,80)
Confía en las habilidades clínicas del médico del otro nivel de atención				
No	33 (21,3)	1,00	140 (70,7)	1,00
Sí	122 (78,7)	1,28 (0,27-5,94)	58 (29,3)	1,92 (0,87-4,23)
Identifica al médico de AP como responsable del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención				
No	19 (12,3)	1,00	136 (18,8)	1,00
Sí	136 (87,7)	1,24 (0,18-8,57)	57 (81,2)	3,60 (1,59-8,17)
Red				
Veracruz	70 (45,2)	1,00	109 (52,9)	1,00
Xalapa	85 (54,8)	1,48 (0,37-5,87)	97 (47,1)	1,31 (0,65-2,64)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; IC95%: intervalo de 95% de confianza; OR: *odds ratio* ajustado por las variables explicativas.

Nota: resultados estadísticamente significativos en negrita.

El teléfono institucional mostró baja utilización para la gestión clínica del paciente, siendo aún menor en Xalapa en ambos niveles: AP (Xalapa: 3,5%; Veracruz: 5,7%), AE (Xalapa: 7,1%; Veracruz: 17,3%) (Tabla 2).

El uso de NOM/MRCR/GPC no se diferenció entre redes, pero sí ligeramente entre niveles. La gran mayoría de profesionales que las conocían, refirieron seguir las recomendaciones, tanto en AP (Xalapa: 94,6%; Veracruz: 85,3%) como también, pero algo menos, en AE (Xalapa: 81,4%; Veracruz: 87,6%). En la finalidad de uso no se identificaron diferencias entre redes ni niveles, coincidiendo en que se utilizaban mayoritariamente para orientar la atención del paciente y normar la conducta a seguir (Tabla 2). En ambas redes y niveles, la mayoría de médicos/as refirió que se elaboraron tomando en cuenta el punto de vista de los distintos niveles, pero sólo los de AP, quienes refirieron mayoritariamente haber participado en capacitaciones para su utilización (68% ambas redes) (Tabla 5).

Tabla 5

Factores asociados a la detección de dificultades en el uso de la referencia y contrarreferencia.

	Médicos de AP		Médicos de AE	
	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Sexo				
Hombre	58 (37,7)	1,00	138 (67,3)	1,00
Mujer	96 (62,3)	3,00 (1,24-7,25)	67 (32,7)	0,86 (0,43-1,75)
Edad (años)				
> 50	85 (55,2)	1,00	108 (52,7)	1,00
≤ 50	69 (44,8)	2,5 (1,06-5,86)	97 (47,3)	0,79 (0,43-1,46)
Experiencia en el lugar de trabajo (años)				
< 5	46 (29,9)	1,00	39 (19,0)	1,00
5-15	94 (61,0)	0,58 (0,25-1,32)	93 (45,4)	3,30 (0,98-11,10)
> 15	14 (9,1)	0,52 (0,11-2,32)	73 (35,6)	2,43 (0,69-8,58)
Horas de trabajo por semana				
< 40	35 (22,7)	1,00	72 (35,3)	1,00
≥ 40	119 (77,3)	1,49 (0,58-3,80)	132 (64,7)	1,09 (0,56-2,11)
Trabaja en la atención privada				
No	112 (72,7)	1,00	73 (35,8)	1,00
Sí	42 (27,3)	0,79 (0,32-1,94)	131 (64,2)	2,27 (1,13-4,59)
Tipo de contratación				
Temporal	22 (14,3)	1,00	47 (22,9)	1,00
Permanente	132 (85,7)	2,72 (0,84-8,75)	158 (77,1)	0,99 (0,31-3,18)
Dispone de tiempo suficiente para la coordinación clínica durante la consulta				
No	132 (86,3)	1,00	123 (62,8)	1,00
Sí	21 (13,7)	0,91 (0,26-3,10)	73 (37,2)	0,69 (0,36-1,33)
Satisfacción con el trabajo				
No	7 (4,5)	1,00	16 (7,8)	1,00
Sí	147 (95,5)	1,63 (0,22-11,63)	189 (92,2)	0,47 (0,15-1,44)
Planea cambiar de trabajo en los próximos 6 meses				
No	149 (96,8)	1,00	199 (97,5)	1,00
Sí	5 (3,2)	1,76 (0,22-13,75)	5 (2,5)	1,97 (0,25-15,07)
Red				
Veracruz	70 (45,5)	1,00	108 (52,7)	1,00
Xalapa	84 (54,5)	4,55 (1,95-10,62)	97 (47,3)	1,36 (0,69-2,69)

AP: atención primaria; AE: atención especializada; IC95%: intervalo de 95% de confianza; OR: *odds ratio* ajustado por las variables explicativas.

Nota: resultados estadísticamente significativos en negrita.

Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación clínica y factores asociados

En ambas redes se identificaron dificultades en el uso de los mecanismos existentes, más en Xalapa, pero con diferencias según mecanismo y nivel asistencial. Las dificultades identificadas en el uso de la R/CR fueron en AP (Xalapa: 43,5%; Veracruz: 20%): no envío/recepción de contrarreferencia en Xalapa (42,9%) y no disponibilidad o formato inadecuado en Veracruz (46,7%). Entre los/as especialistas, predominó que la información enviada por AP no llega o no se utiliza en Xalapa (39,8%), y que la información que se envía no es completa o precisa en Veracruz (45%) (Tabla 3). Factores asociados a la existencia de dificultades fueron: para AP, ser mujer, tener cincuenta años de edad o menos y trabajar en Xalapa, y para AE, trabajar también en el sector privado (Tabla 5).

Los médicos/as de AP identificaron dificultades en el uso del IA, con diferencias por red (Xalapa: 31,8%; Veracruz: 20%). La principal dificultad fue que no llega en Xalapa (40,7%) y que la información es incompleta o errónea en Veracruz (69,2%) (Tabla 5).

Finalmente, en el uso de NOM/MRCR/GPC las diferencias encontradas fueron por nivel y no por red (AP: 27,9%; AE: 57,3%). Para la AP de Xalapa, la principal dificultad fue que no están disponibles (56,5%), y en Veracruz, que los/as médicos/as no están de acuerdo con las indicaciones (35,4%); para el nivel especializado en ambas redes, la principal dificultad fue que no pueden seguirse las indicaciones por falta de insumos o equipamiento (51,3%) (Tabla 3).

Discusión

Este estudio contribuye al conocimiento sobre implementación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en redes de servicios de salud públicos de México, donde la evidencia es limitada, a pesar de su relevancia para mejorar la coordinación asistencial y la calidad de la atención. Los resultados mostraron coincidencias con otros contextos latinoamericanos, donde el principal problema radica en su limitada implantación en general, y la limitada utilización de algunos, pese al elevado conocimiento, especialmente la R/CR e IA ^{4,7,26}. Todo ello apunta a la falta de estrategias que garanticen la correcta ejecución de las políticas locales. El análisis permitió caracterizar el uso de los mecanismos existentes de forma comprensiva, desde la perspectiva de sus usuarios directos, los médicos/as de AP y AE, y los factores que se asocian.

Si bien los resultados en las redes estudiadas muestran niveles bajos de utilización y dificultades en el uso de los mecanismos existentes, se observaron diferencias entre redes y niveles de atención, pese a regirse por lineamientos institucionales comunes. Éste no es un problema nuevo y evidencia la insuficiente regulación, y supervisión del desempeño de las redes de servicios de salud, que apuntan a un vacío en las políticas estatales y nacionales, así como la falta de especificidad en la legislación. Las diferencias entre redes se identificaron en dos sentidos: (1) en el nivel de uso de los mecanismos de retroalimentación (mayor en Veracruz) y (2) en las dificultades en el uso (en Xalapa: menor disponibilidad de mecanismos para estandarizar las habilidades (GPC), y en Veracruz: menor disponibilidad e información incompleta en mecanismos de retroalimentación y la desactualización de las GPC). Entre niveles de atención, las diferencias en la utilización de mecanismos de retroalimentación se observaron en el contraste de envío/recepción de la R/CR e IA, y mayor adherencia a las recomendaciones de las NOM/MRCR/GPC por parte de AP. Sin embargo, el escaso envío de la contrarreferencia desde la AE sugiere una menor supervisión de la práctica asistencial de los/as especialistas, al no exigir su envío hacia la AP. Por otro lado, pese a que la normativa considera a ambos niveles de atención en la implantación de los mecanismos para la estandarización de habilidades, son los médicos/as de AP quienes participan mayormente en los procesos de capacitación para su uso.

Uso limitado de los mecanismos para transferencia de información entre niveles de atención

Los resultados sugieren en primer lugar, y de manera similar a otros contextos latinoamericanos ^{4,7}, que el carácter normativo de algunos mecanismos, la referencia y el informe de alta, determinan su mayor envío por el nivel correspondiente, al ser requisitos de ingreso y egreso en AE. La baja contrarreferencia puede relacionarse, no sólo con la falta de obligatoriedad del envío, sino también con la limitada identificación de la AP, como responsable del seguimiento entre niveles asistenciales. Este factor asociado presenta valores más bajos entre los médicos/as especialistas de las redes estudiadas (27,7%) que los descritos en otras redes latinoamericanas (41%-63%) ¹. Este factor disminuye el interés de la AE para coordinarse con la AP ^{38,39}, y en México, se considera como indispensable para la articulación entre niveles de atención ⁹. Aunado a lo anterior, el déficit en el registro de información clínica incluida en los diversos formatos (motivo de envío en la referencia, diagnóstico y pruebas realizadas), impactan no sólo en la coherencia, sino también en la oportunidad de la atención en ambos niveles. El desconocimiento de esta información aumenta el riesgo de errores médicos, duplicación de procesos y dilación del tratamiento ⁴⁰, además de impedir que el profesional de AP desempeñe su rol como coordinador e integrador entre los niveles ⁴¹.

A pesar de requerirse más investigación, se observaron factores que pueden apuntar a posibles interpretaciones respecto a la identificación de dificultades en el uso de la R/CR; en AP, ser mujer, tener cincuenta años o menos y trabajar en la red Xalapa, donde ser mujer podría relacionarse con una mayor capacidad para trabajar en equipo, empatía y competencia en la comunicación ^{42,43}, haciéndolas más susceptibles ante los problemas de coordinación experimentados en la red en comparación con los hombres; la edad podría corresponder a mayor formación en atención primaria de salud, promovida a través de los modelos de atención más recientes ^{8,9,44} y, por tanto, una opinión más crítica del funcionamiento de los mecanismos de coordinación implementados; y trabajar en la red Xalapa, podría explicarse por mayor supervisión y exigencia para el cumplimiento de las estrategias implementadas por las autoridades estatales, al situarse en el mismo municipio, lo que no ocurre con otras redes ¹¹. En tanto para AE, esta identificación se asoció con trabajar en el sector privado, probablemente debido a que ese sector no utiliza dicho mecanismo, puesto que la entrada al servicio es directa y la atención brindada difícilmente contempla la interacción con otros profesionales, lo que podría justificar una resistencia en su utilización y con ello la detección de problemas ⁴⁵.

Implementación deficiente de mecanismos de estandarización de la gestión clínica

Los resultados sobre los mecanismos de estandarización de habilidades (NOM/GPC) mostraron un elevado conocimiento y adherencia a sus recomendaciones, especialmente por parte de médicos/as de AP, en contraste con otras investigaciones nacionales donde el conocimiento es alto, pero la adherencia es baja, y se atribuye a la falta de estrategias para regular su utilización ^{27,28}. Esta diferencia podría obedecer a una mayor participación en su elaboración y capacitación (con énfasis en AP) o a que en el análisis realizado en este estudio se descartó a quienes desconocen las NOM/GPC. A través de estos mecanismos se busca la estandarización clínica, y la coordinación de la atención entre niveles, al definir el papel que desempeña cada uno, sin embargo, su implementación deficiente lo obstaculiza, coincidiendo con lo encontrado en Brasil ⁷. Esta implementación deficiente se evidencia en las dificultades experimentadas: en AP la no disponibilidad para consulta y en AE la falta de insumos para seguir sus recomendaciones y desactualización; problemas ya reportados en el país, atribuidos a la precariedad tecnológica en los servicios de salud, que impide su consulta en la *web*, y a los periodos de actualización (de 3 a 5 años en GPC) ^{17,19,29,31,32,33}. En este sentido, a pesar de considerar que para su elaboración se toma en cuenta el punto de vista de los médicos/as (principalmente de AP), parecen no estar adaptadas al contexto específico y recursos disponibles de las redes.

Los resultados sugieren la necesidad de implementar intervenciones que mejoren el uso de los mecanismos de coordinación entre niveles y modifiquen los factores que dificultan su utilización. En los mecanismos de retroalimentación, sólo el reconocimiento del médico/a de AP como responsable del seguimiento se asoció al bajo envío de la contrarreferencia. Sin embargo, otras investigaciones señalan que la poca disposición de tiempo para la coordinación ⁴⁶, el limitado conocimiento entre médicos/as de los diferentes niveles y la baja confianza en las habilidades clínicas de los/as médicos/as de AP ⁶, también encontradas en esta investigación, podrían estar influyendo negativamente en la utilización de estos mecanismos. Por ello, se recomienda implementar mecanismos que representen espacios de comunicación directa entre niveles, como la capacitación médica conjunta que contribuyen a mejorar las relaciones interpersonales, porque fomentan el conocimiento mutuo y la actitud colaborativa ⁴⁶. Este tipo de espacios de reuniones conjuntas entre niveles, con educación interactiva y provisión de material didáctico ⁴⁷, son también relevantes para promover el uso de los mecanismos de estandarización de la gestión clínica, junto con sistemas de apoyo para la toma de decisiones o recordatorios para su utilización ^{36,47}, así como adaptar localmente las GPC acorde a la infraestructura de las unidades e involucrando a los profesionales de los diferentes niveles en el proceso ¹⁹.

Limitaciones del estudio

La falta de estudios en México, centrados en el análisis de mecanismos de coordinación y su utilización entre niveles de atención, dificultó contrastar los resultados obtenidos. Al realizar los análisis únicamente considerando a los/as médicos/as que conocen los mecanismos se redujo el tamaño de la

muestra, lo que puede haber limitado la identificación de otros factores asociados al uso o a la detección de dificultades.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran una implantación de mecanismos de coordinación entre niveles de atención deficiente y limitada en las dos redes de estudio, con mayor uso de mecanismos para transferir información que para la gestión clínica. A pesar de regirse por lineamientos institucionales compartidos, la red Veracruz pareciera tener una mejor implementación, y la atención primaria mayor uso de los mecanismos existentes. Estos resultados señalan la necesidad de fortalecer las políticas a nivel local, estatal y federal para aminorar esta problemática. Se pone en evidencia la necesidad de implementar estrategias que consideren la participación de los profesionales, para favorecer el trabajo colaborativo, la adaptación local de los mecanismos y con ello permitir mayor adopción y apropiación por parte de quienes harán uso de ellos.

Colaboradores

J. López-Vázquez ejecutó el análisis estadístico de los datos y interpretó los resultados, redactando la primera versión y la versión final del manuscrito. D. E. Pérez-Martínez ejecutó el análisis estadístico de los datos y interpretó los resultados, redactando la primera versión del manuscrito; también contribuyó con la redacción y revisó y aprobó la versión final del manuscrito. I. Vargas y M.-L. Vázquez diseñaron el estudio, supervisando el desarrollo de todas sus etapas, y contribuyeron a la interpretación de los resultados y la redacción del manuscrito; revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Las/el autoras/or quieren expresar su agradecimiento a lo/as médico/as e instituciones que participaron en el estudio, y que generosamente compartieron su tiempo y opiniones, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la atención. Agradecemos a la Comisión Europea, Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea (FP7/2007-2013), la financiación que ha permitido la realización del estudio (nº 305197).

Informaciones adicionales

ORCID: Julieta López-Vázquez (0000-0003-1018-0386); Damián Eduardo Pérez-Martínez (0000-0002-8217-0761); Ingrid Vargas (0000-0002-1778-2411); María-Luisa Vázquez (0000-0002-6091-8193).

Referencias

- Vázquez ML, Vargas I, García-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* 2017; 182:10-9.
- Bright K, Barghash M, Donach M, de la Barrera MG, Schneider RJ, Formenti SC. The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City, Mexico. *Breast* 2011; 20 Suppl 2:S54-9.
- Gallego-Ardila AD, Pinzón-Rondón AM, Mogollón-Pérez AS, Cardozo CX, Vargas I, Vázquez M-L. Care coordination in two of Bogotá's public healthcare networks: a cross-sectional study among doctors. *Int J Care Coord* 2019; 22:127-39.
- León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac Sanit* 2019; 35:177-85.
- Fernández MA, Roo JB, Irigoyen AE, Blanco S, Edward A, Juárez VM. Los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar y comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016; 11 Suppl 2:37-45.
- Vargas I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan* 2018; 33:494-504.
- Oliveira CRF, Samico I, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00119318.
- Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI): documento de arranque. México DF: Secretaría de Salud; 2015.
- Secretaría de Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa. http://www.sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf (accedido el 17/Nov/2019).
- Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4).
- Servicios de Salud de Veracruz. Manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes de la red de unidades médicas de los servicios de salud de Veracruz. *Gaceta Oficial* 2017; 3 ago.
- Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20:485-95.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación* 2018; 12 jul.
- Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2011; 53 Suppl 2:S220-32.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal 2015: principales resultados. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf (accedido el 12/Feb/2020).
- Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas. <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705> (accedido el 25/Mar/2020).
- ARAPAU Y Asociados. Evaluación 2014 de la estrategia de implantación de las guías de práctica clínica en el sector salud. v. 1. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/GPC14_SE.pdf (accedido el 12/Dic/2019).
- Vargas K, Pérez JA, Soto MO. Cumplimiento de los indicadores del modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). *Rev CONAMED* 2015; 20:149-59.
- Gutiérrez-Alba G, González-Block MA, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Pública Mex* 2015; 57:547-54.
- Cisneros Luján AI, Cinta Loaiza DM, Sánchez Bandala MA, González Rojas V. Percepción sobre la coordinación de la atención: el caso de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz, México, en el periodo 2014-2016. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2020; 19:1-21.
- Ramos González J. Adopción del expediente clínico electrónico en México: revisión del estado actual. In: Ramos M, Solares P, Romero E, editores. Gobierno de tecnología de información: tópicos selectos de ingeniería. Sucre: ECORFAN-Bolivia; 2014. p. 99-113.
- De la Fuente J, Juan M. Estudio de regionalización operativa. In: De la Fuente J, Juan M, compiladores. La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida. México DF: Secretaría de Salud; 1998. p. 89-104.
- Servicios de Salud de Veracruz. Regionalización operativa de servicios de salud para la población no derechohabiente unidades médicas de consulta externa actuales y su ámbito de cobertura. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html (accedido el 10/Oct/2018).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de Veracruz de Ignacio de la Llave 2017. México DF: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2017.

25. United Nations. The Millennium Development Goals: a Latin American and Caribbean perspective. Santiago de Chile: United Nations; 2005.
26. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez A-S, Eguiguren P, Samico I, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit* 2018; 34:340-9.
27. Enciso GF, Navarro SM, Martínez RM. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:71-81.
28. Pinet LM. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Pública Mex* 2005; 47:64-71.
29. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García AF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud Pública Mex* 2017; 59:165-75.
30. Castro-Ríos A, Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R. Evaluación de un programa de educación médica continua para la atención primaria en la prescripción de hipoglucémicos. *Salud Pública Mex* 2008; 50 Suppl 4:S445-52.
31. Saturno P, Agüero L, Fernández M, Galván A, Poblano O, Rodríguez A, et al. Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
32. Valenzuela-Flores AA, Viniestra-Osorio A, Torres-Arreola LP. Estrategias generales para la implementación de las Guías de Práctica Clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015; 53:774-83.
33. Constantino-Casas P, Médicigo-Micete C, Millán-Gámez YK, Torres-Arreola LDP, Valenzuela-Flores AA, Viniestra-Osorio A, et al. Survey on physicians' knowledge and attitudes towards clinical practice guidelines at the Mexican Institute of Social Security. *J Eval Clin Pract* 2011; 17:768-74.
34. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5:e007037.
35. Pérez-Cuevas R, Morales HR, Doubova SV, Murillo VV. Development and use of quality of care indicators for obstetric care in women with preeclampsia, severe preeclampsia, and severe morbidity. *Hypertens Pregnancy* 2007; 26:241-57.
36. Rodríguez A, Furuya M, Rodríguez M, Cárdenas R, Madrigal O, Sciandra M, et al. La hoja de egreso hospitalario. Comentarios de un comité de mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2003; 41:481-5.
37. Vázquez ML, Vargas I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:633-43.
38. Fussell SR, Krauss RM. Coordination of knowledge in communication: effects of speakers' assumptions about what others know. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62:378-91.
39. Gittel JH. New directions for relational coordination theory. In: Cameron K, Spreitzer G, editors. *Oxford handbook of positive organizational scholarship*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 400-11.
40. Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q* 2011; 89:39-68.
41. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. https://www.paho.org/hq/dm_documents/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf (accedido el 17/Feb/2020).
42. Gradue E, Alarcón G, Guevara R, Otrosky P. La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas. In: Corona T, Medina ME, Ostrosky P, Sarti EJ, Uribe P, editors. *La mujer y la salud en México*. México DF: Academia Nacional de Medicina; 2014. p. 127-50.
43. Street RL. Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Educ Couns* 2002; 48:201-6.
44. Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud – MIDAS. México DF: Secretaría de Salud; 2006.
45. Dean J. Private practice is unethical – and doctors should give it up. *BMJ* 2015; 350:h2299.
46. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res* 2017; 17:842.
47. Unger JP, De Paepe P, Sen K, Soors W. *International health and aid policies: the need for alternatives*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

Abstract

The aim was to analyze the level and characterize the use of clinical coordination mechanisms between levels of care, and their associated factors, in two public networks of health services in Mexico. A cross-sectional study was carried out using the COORDENA questionnaire to primary and specialized care physicians in the state of Veracruz. Differences were found between networks and levels of care, according to the mechanism. In both, the referral/counter-referral is mostly used to channel the patient to another level, mainly by primary care physicians. A high reception of referrals by specialists was identified, but few counterreferrals in primary care. Being a man and recognizing the primary care physician, as responsible for monitoring the patient in his/her healthcare career, were factors associated with the frequent sending of the counter-referral by specialists. The discharge report is used in both networks to send clinical information to the other level, with more sending by specialist doctors, but with less reception in primary care. In both networks, the follow-up to the recommendations of the mechanisms to standardize clinical care was greater by primary care physicians than specialized ones. The use of coordination mechanisms between levels of care is deficient and limited, with greater use of mechanisms to transfer information than for clinical management. The need to implement strategies that consider the participation of professionals is evident, to favor local adaptation, appropriation and improve their use.

Health Services; Primary Health Care; Health Services Administration

Resumo

O objetivo era analisar o nível e caracterizar o uso de mecanismos de coordenação clínica entre níveis de atenção e seus fatores associados em duas redes públicas de saúde no México. Estudo transversal por meio do questionário COORDENA aplicados a médicos da atenção primária e especializada do Estado de Veracruz. Foram encontradas diferenças entre redes e níveis de atenção conforme o mecanismo. Em ambas, a referência/contrarreferência é sobre tudo utilizada para encaminhar o paciente para outro nível, principalmente por parte dos médicos da atenção primária. Foi identificado um alto recebimento de referências por especialistas, porém raras são as contrarreferências na atenção primária. Ser homem e reconhecer o médico/a de atenção primária como responsável pelo acompanhamento do paciente na sua trajetória de atendimento foram fatores associados ao envio frequente da contrarreferência por especialistas. O relatório de alta é utilizado nas duas redes para enviar informação clínica ao outro nível, com mais envios por médicos/as especialistas e menos recebimentos na atenção primária. Em ambas as redes, a observância das recomendações de mecanismos para padronizar a atenção clínica foi maior por parte dos médicos/as da atenção primária do que da especializada. O uso de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção é deficiente e limitado, com o emprego maior de mecanismos para transmitir informação do que para a gestão clínica. Ficou evidenciada a necessidade de implementar estratégias que levem em conta a participação dos profissionais, para promover a adequação local, a apropriação e melhorar a sua utilização.

Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde

Recebido el 10/Mar/2020
 Versión final presentada el 08/Ago/2020
 Aprobado el 26/Ago/2020