

**COORDINACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN A
MUJERES EN ESTADO DE EMBARAZO ENTRE
ODONTOLOGÍA, MEDICINA Y ENFERMERÍA**

JUAN NICOLÁS DUQUE RICO
CARLOS FERNANDO PRIETO PEDRAZA
MARÍA CAMILA QUINTERO RODRÍGUEZ

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- NOVIEMBRE 2018**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Coordinación de la información en la atención a mujeres en estado de embarazo entre odontología, medicina y enfermería
Grupo de Investigación:	Investigación en salud bucal pública y comunitaria Invboca
Línea de investigación:	
Institución(es) participante(s):	Subred integrada de servicios de salud norte ESE.
Tipo de investigación:	Pregrado
Estudiantes:	Juan Nicolás Duque Rico Carlos Fernando Prieto Pedraza María Camila Quintero Rodríguez
Director	Dr. Alejandro Perdomo
Asesor metodológico	Dr. Juan Camilo Tocora

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

**“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los
conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo
velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en
aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.**

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

	Pag.
1. Introducción	1
2. Marco teórico	6
3. Planteamiento del problema	20
4. Justificación	23
5. Situación Actual	26
6. Objetivos	32
6.1 Objetivo general	32
6.2 Objetivos específicos	32
7. Metodología del Proyecto	33
7.1. Tipo de estudio	33
7.2. Población y muestra (Criterios de selección y exclusión)	33
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información (Materiales y métodos)	33
7.4 Plan de tabulación y análisis.	34
8. Resultados	36
9. Discusión	42
10. Conclusiones	44
11. Referencias bibliográficas	45

RESUMEN

Coordinación de la información en la atención a mujeres en estado de embarazo entre odontología, medicina y enfermería

Antecedentes: El trabajo interdisciplinario coordinado para mejorar la salud de un paciente, es esencial para la promoción y el mantenimiento de la salud de una población a través de la mejoría en los servicios brindados, ya que ninguna especialidad por sí sola puede proveer al paciente cuidado absoluto, y menos en los casos de enfermedad avanzada. Sin embargo, en la práctica, el trabajo interdisciplinario no siempre se logra de manera adecuada, ya que la falta de coordinación de la información, entendida como la adquisición, organización, recuperación y diseminación de la misma, conduce a la atención de baja calidad y el uso ineficaz de los recursos, lo cual hace que sea considerada una prioridad en la atención.

Objetivos: Describir los aspectos clave de la coordinación de la gestión clínica y de la información para la atención odontológica de la mujer gestante entre odontología, medicina general y enfermería. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de documentar los mecanismos de la coordinación en la gestión clínica y la información en la atención odontológica y la atención médica en general, para establecer cuáles aspectos afectan el manejo de la información al interior de los equipos interdisciplinarios. Posteriormente se recopiló información mediante entrevistas a 5 profesionales del área de la salud (médicos, odontólogos, higienistas y enfermeros) para conocer cuál es su percepción frente al manejo de la información al interior de su sitio de trabajo y si existe o no algún tipo de protocolo para ello. **Resultados:** Los problemas principales encontrados en las entrevistas para la coordinación en la atención a mujeres embarazadas fueron inasistencia, facturación, oportunidad y manejo de la información. **Conclusiones:** Existen dificultades entre la coordinación entre profesionales primero porque no se aplican las guías que existen, no hay capacitaciones adecuadas a los profesionales, hay problemas de acceso a los servicios e inasistencia a las citas, y existen ciertos problemas en la facturación.

Palabras clave: gestión de la información, acceso a la información, difusión de información, comunicación interdisciplinaria, equipo de atención al paciente

ABSTRACT

Information management during the attention of pregnant woman
between dentistry, medicine and nursing

Background: interdisciplinary work coordinated effort to improve the health of a patient, It is essential for promoting and maintaining the health of a population through improvement in the services provided, since no specialty alone can provide the patient with absolute care, and less in cases of advanced disease. However, in practice, interdisciplinary work is not always achieved properly, since lack of coordination of information, understood as the acquisition, organization, and dissemination of it, it leads to low quality care and inefficient use of resources, which makes it considered a priority attention. **Objective:** To describe the key aspects of the coordination of clinical management and information for dental care of pregnant women between dentistry, general medicine and nursing. **Materials and Methods:** A literature review was conducted to document the mechanisms of coordination in clinical management and information in dental care and health care in general, to establish which aspects affect the management of information within interdisciplinary teams. Later information was collected through interviews with five professionals in the field of health (doctors, dentists and nurses) to know their perception versus managing information within their workplace and whether or not some kind of protocol for it. **Results:** The main problems found in the interviews for the coordination of attention to pregnant women were absence, billing, opportunity and handling of the information. **Conclusion:** There are difficulties between coordination among professionals because the guidelines do not apply there, no appropriate professional training, there are problems of access to services and failure to attend appointments, and there are certain problems in billing **Key Words:** information management, access to information, information dissemination, interdisciplinary communication, patient care team

Introducción

La integralidad entendida como respuestas gubernamentales a la fragmentación del trabajo en salud, se refiere a una definición legal e institucional, a un conjunto de acciones y servicios de salud, preventivos y curativos, individuales y colectivos, y que se articulan para atender a un grupo poblacional.

Los problemas de integralidad se estudian en tres niveles: sobre las políticas gubernamentales, sobre la organización de los servicios, y sobre los conocimientos y prácticas de los trabajadores de salud (Pinheiro, 2008). El presente trabajo se centrará en los últimos dos, es decir, en las prácticas de los trabajadores en el contexto de la organización de los servicios.

En este sentido, siguiendo a (Mintzberg, 1990) la organización de los servicios de salud se puede entender, entre otros elementos, a partir de la división técnica del trabajo y la coordinación entre los trabajadores. El estudio de la División técnica del trabajo parte de las teorías sobre el análisis del proceso de trabajo en salud de la literatura brasileña de Donnagelo, Mendes Goncalves, entre otros (Pires et al, 2008). Desde perspectivas críticas y hermenéuticas algunos estudios señalan que a partir de la implementación del modelo flexneriano a principios del siglo XX la organización del trabajo en salud distancia al médico de su objeto de trabajo, olvidando su individualidad biológica y subjetiva; fragmenta al ser humano, al focalizar su mirada en una parte del cuerpo, definiendo al hospital como el lugar privilegiado de la atención y estructurándolo a partir de división técnica del trabajo médico, estableciendo líneas de producción como en las fábricas de la era industrial (De Sousa Campos et al, 2007) y formas de administración taylorianas (Perdomo et al, 2014). Estudios de esta tradición también señalan que esta forma de organización está en crisis por los cambios en el capitalismo y las reformas sanitarias neoliberales que traen aparejadas otras formas de organizar los hospitales (Perdomo et al, 2014). De esta forma, la organización del trabajo en salud se ve influido por el contexto histórico e institucional de cada país y por los modelos de gestión que se han implementado. Los estudios de la integralidad buscan abordar los cambios de la división técnica del trabajo que dan forma a

estas organizaciones hospitalarias y superarlas con propuestas como la clínica ampliada (De Sousa Campos et al, 2001) o la micropolítica del trabajo en vivo (Merhy et al, 2006).

Por su parte, el estudio de la coordinación entre profesionales y entre niveles de atención pertenece a otra tradición teórica. Esta tradición funcionalista está más interesada en los mecanismos administrativos de colaboración entre el personal de salud que en indagar por su relación con procesos socio históricos como en la propuesta brasileña. Sin embargo, a través de esta exploración da cuenta de las dificultades para colaborar entre las distintas disciplinas de la salud. Así, en una revisión de la literatura (Van Houdt et al. 2013) reconocen entre los conceptos claves de los marcos teóricos que existen sobre la coordinación los siguientes: actores externos, estructura, características de las tareas, factores culturales, conocimiento y tecnología, necesidad de coordinación, procesos operativos administrativos, intercambio de información, metas, roles, calidad de la relación, evolución del paciente, el resultado del trabajo en equipo y finalmente el resultado inter organizacional. Otros estudios hechos en Latinoamérica orientados en una perspectiva similar dan cuenta de los problemas de coordinación desde esta perspectiva funcionalista utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas, reconocen factores tanto del sistema de salud, como del modelo de atención, de las relaciones entre profesionales y de los mecanismos mismos de coordinación para explicar las fallas en la colaboración entre el personal de salud (Vázquez et al. 2009). Ambos enfoques pueden dar una perspectiva amplia del problema de la integralidad en tanto división técnica del trabajo y la coordinación de la atención: desde la primera perspectiva es útil reconocer el papel de los elementos del Análisis del Proceso de Trabajo en salud, como los objetos múltiples de trabajo, las diversas tecnologías y su configuración, los actos y las interacciones sociales, mientras que desde la perspectiva funcionalista permite ver aspectos más ligados a la teoría administrativa funcionalista y por tanto más ajustada a las formas cómo se gestionan los hospitales hoy en día.

La fragmentación dada en la salud es por falta de coordinación de la atención, las personas con enfermedad crónica son las más expuestas a una salud fragmentada.

Por lo que en varios países están haciendo redes integradas de prestación de servicios donde consiste en proporcionar u organizar una coordinación de servicios a una población definida y están dispuestos a ser clínicamente y fiscalmente responsable de los resultados y el estado de salud de la población. Por otro lado, La atención sanitaria se organiza en niveles de complejidad, donde la atención primaria es la responsable de coordinar la atención del paciente a lo largo de la continuidad de la atención, y el cuidado secundario o especializado actúa como consultor de atención primaria y es responsable de una atención más compleja.

En el artículo “An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination”, donde se realiza una revisión de la literatura en PubMed e ISI Web con el fin de actualizar los marcos teóricos propuestos por la Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) en el 2007 para el estudio de la coordinación en salud se definen 14 términos clave para entenderla y aplicarla correctamente:

- 1) Factores externos: como las políticas nacionales en salud, la economía, regulaciones gubernamentales, entre otros, afectan la integralidad de los servicios;
- 2) características de la atención: costo, recursos, duración o propósito;
- 3) estructura: entendida como el personal involucrado, especialistas, rol de cada participante, cantidad de información necesaria para la correcta atención, etc;
- 4) factores culturales: actitudes, creencias, normas o valores del paciente,
- 5) conocimiento y tecnología: habilidades, experticia, entrenamiento y herramientas tecnológicas a disposición de los profesionales ,
- 6) necesidad de coordinación: la necesidad del intercambio de información o la atención multidisciplinaria;
- 7) proceso operacional administrativo: la interacción entre los diferentes participantes en la atención,
- 8) intercambio de información: ideas y opiniones entre los miembros del equipo con respecto al plan de tratamiento y cómo debería desarrollarse el mismo,
- 9) metas: instaurar unos objetivos claros con respecto al tratamiento y asegurarse de que cada miembro del equipo tratante los entienda y contribuya a su desarrollo,
- 10) roles en la atención: entiéndase como la capacidad del profesional para comprender la necesidad de establecer una relación laboral con sus colegas de otras especialidades con el fin de alcanzar un objetivo en

común, 11) calidad en la relación: respeto y buena colaboración del equipo, 12) resultados de los pacientes: percepción y satisfacción de los mismos con respecto al tratamiento, 13) resultados del equipo: percepción y satisfacción de los profesionales con respecto al tratamiento; y 14) resultados organizacionales e interorganizacionales.

Marco teórico

Para abordar las prácticas del proceso de atención se ha acuñado el concepto de Proceso de Trabajo en Salud, desarrollado por Mendes Goncalves (1984) y continuado por Merhy (2006). El Proceso de Trabajo en Salud estudia las dimensiones microscópicas y cotidianas del trabajo en salud, las prácticas del personal en su trabajo inmerso en el día a día de la producción y el consumo de los servicios (Peduzzi & Schraiber, 2008) y la micropolítica del trabajo en vivo (Merhy, 2006). De esta forma, para caracterizar el proceso de atención del EPP es necesario acercarse a la cotidianidad de los servicios, de los actos de trabajo que realizan médicos, enfermeras, odontólogos, nutricionistas y demás personal de salud en el día a día, y además, estudiar las relaciones e interacciones que se establecen entre ellos, mediadas por normas sociales e institucionales formales e informales.

El concepto también recoge los componentes para el estudio del proceso de trabajo en cualquier proceso productivo, es decir, las interrelaciones que se presentan entre el objeto (de trabajo), los instrumentos o tecnologías, la finalidad, los actos y las relaciones entre agentes. Un tipo de proceso de trabajo en salud articula de manera específica un cierto objeto con ciertas tecnologías, actos, finalidades y los participantes de la atención. Así, siguiendo a Gómez (2010) para caracterizar el proceso de atención en salud se analizan tanto los objetos de trabajo que se construyen en la atención, las tecnologías usadas para modificar los objetos, los actos realizados y la finalidad que se propone el o los trabajadores desde un principio con su intervención.

Siguiendo este autor la mujer gestante, parturienta o puérpera, en el proceso de trabajo se convierte en objeto, al ser recortados algunos aspectos que se quieren transformar de ella durante el trabajo, y por tanto, puede ser reducida a sus dimensiones biológicas o abarcar también otras dimensiones propias del EPP, como su sufrimiento o illness, y el llamado sickness por la tradición anglosajona de la antropología médica (Kleinman,

1988). Es decir, el objeto de trabajo en el EPP puede comprender dimensiones biológicas al igual que subjetivas, culturales y sociales de la mujer. Por otra parte, la mujer gestante, parturienta y puérpera es también sujeto (Samaja, 2004), es decir, puede valorar su situación, su contexto y actuar frente a esa valoración a partir de unos marcos interpretativos culturalmente determinados.

Los actos del trabajo se refieren a lo que realiza concretamente el personal de salud, que en la atención del EPP incluye los procedimientos en los controles pre y postnatal, en la vacunación, los cursos psicoprofilácticos, la educación en nutrición, la atención médica y odontológica, el momento del parto, las conversaciones que se establecen, como también para trabajar con otros trabajadores como las interconsultas o las referencias y contra referencias, entre otros.

Asimismo, el proceso de trabajo del EPP incluye las tecnologías que se usan para transformar al objeto-sujeto. Para Elías Merhy y Franco (2003) existen tres tipos de tecnologías que se utilizan en la atención de la salud: las duras, duras-blandas y las blandas o relacionales: las duras que son los equipamientos, medicamentos, insumos e infraestructura que utilizan en los controles pre y posnatales o en el parto, etc.; las blandas duras, que se refieren a los saberes previamente estructurados y aprendidos por los profesionales, como el conocimiento científico sobre el EPP, pero también las normas, protocolos, guías etc. Su componente duro se refiere a que es estructurado fuera del trabajo, en las escuelas de salud o en el Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, los trabajadores en su proceso de atención y siguiendo su experiencia pueden hacerles ajustes a esos conocimientos dependiendo del contexto, situación específica o caso clínico singular, o articularlos con otros saberes médicos menos estructurados o científicos, con distintos grados de autonomía, y ese es su lado blando.

Finalmente, están las tecnologías relacionales que son las que usa el trabajador en el encuentro con la mujer. Para Merhy el Proceso de Trabajo en Salud se debe entender desde las tecnologías relacionales, es decir, aquellas que se construyen en la interacción

dialógica entre los trabajadores y entre estos y los usuarios de los servicios (Merhy et al, 2006). Las tecnologías relacionales se refieren a una cierta manera de saber-hacer que permite operar los procesos relacionales de encuentro entre el trabajador de salud y la mujer, pero también entre los distintos profesionales que participan en la atención. En el encuentro entre el personal y la mujer se establece un juego de interacciones, de disputas, de tensiones, de afectos donde se negocia entre ambos los saberes, sentidos, preocupaciones, sentires y prácticas (Heritage & Maynard, 2006) sobre el EPP de la mujer, de manera explícita o implícita, en procesos de comunicación verbal y no verbal compleja (Maynard & Heritage, 2005). Se negocian entre ambos, los diagnósticos, la adherencia a las terapéuticas, los pronósticos, etc. (Heritage & Robinson, 2006). También las jerarquías entre ambos y los roles del personal y de la mujer están en constante tensión y negociación. Los encuentros entre las mujeres y el personal de salud se deben estudiar como espacios de tensión sociocultural y esas interacciones tienen efectos en el proceso de atención. Dependiendo de las tecnologías relacionales que use el personal de salud esas disputas pueden favorecer el proceso de atención o pueden llevar a que la mujer desista de buscar la atención, lleve itinerarios terapéuticos tortuosos, se sienta violentada, no se adhiera al tratamiento, o hasta presente demandas o quejas por la atención.

Así, toda producción, incluidos los procesos de atención en salud, tiene componentes objetivos y subjetivos, materiales e inmateriales y dependiendo del tipo de producción estos componentes tendrán pesos específicos. Algunos autores dan un especial énfasis al componente subjetivo (Rodríguez & De la Garza, 2011), intersubjetivo y dialógico del Proceso de Trabajo en Salud (Ayres, 2004; Ayres, 2009). En este sentido Teixeira (2003) habla de los servicios como una red de conversaciones, o Gastao Wagner de Sousa Campos (2001) propone la cogestión y la clínica del sujeto, donde el proceso de atención se debe analizar a partir de cómo los demás componentes del proceso de trabajo (objeto, otras tecnologías, finalidad, actos) se articulan alrededor de las tecnologías relacionales o dialógicas. De esta forma, si las tecnologías relacionales se reducen a un diálogo de queja de la mujer y respuesta del personal de salud, el objeto

de trabajo se verá limitado a un componente biológico, las tecnologías serán eminentemente biomédicas, la finalidad será la del personal de salud y no las consideradas por la mujer, los actos serán definidos por el personal, generando relaciones verticales donde la mujer, sus necesidades, su subjetividad, y el sentido que ha construido sobre su EPP quedan sometidos a lo definido por la biomedicina. Pero si las tecnologías relacionales son abiertas, amplias, se crea empatía, vínculo y acogimiento, se construye co-responsabilidad, hay conversaciones de calidad y horizontales sobre las necesidades y recursos de la mujer y las tecnologías y finalidades del personal, el proceso de atención llevará a una mayor autonomía de la mujer para tomar decisiones conscientes e informadas sobre su situación (Merhy, 2006)

coordinación de la información clínica a través de los niveles de atención
La transferencia de información (Aller MB et al. 2015)

Flujo de información a través de niveles

- Porcentaje de atención en alto nivel hospitalario para las que se ha puesto a disposición de la atención primaria un informe en las primeras 24 horas.
- Tiempo medio para descartar la disponibilidad de informes en atención primaria.
- Porcentaje de visitas de atención de emergencia para las que existe un informe de atención de emergencia disponible en atención primaria dentro de las 24 horas.
- El tiempo medio para la atención de emergencia se informa de la disponibilidad en atención primaria.
- Formularios de remisión e informes de aprobación debidamente cumplimentados
- Porcentaje de informes de aprobación debidamente diligenciados.
- Porcentaje de informes de atención de emergencia debidamente diligenciados.
- Porcentaje de formularios de referencia de atención

primaria debidamente diligenciados.

La Coordinación

la integralidad del proceso de atención busca contrarrestar los problemas que trae consigo la división técnica del trabajo en salud. En esta mediante la especialización y tecnificación progresiva de los profesionales y sus prácticas, se fragmenta la prestación del servicio, aumentando la eficacia de la organización, y a la vez, restringiendo su capacidad para abordar tanto los aspectos biológicos como aspectos extra-biológicos que influyen en el EPP. Así, se presenta una mayor homogeneización científica y al mismo tiempo una menor singularización de cada mujer y sus necesidades bio psico sociales. Frente a los problemas de la división técnica del trabajo se ha planteado la coordinación de esos trabajos como una posible solución. La integralidad en esta tercera dimensión implica estudiar tanto esa división técnica del trabajo como la coordinación.

La división técnica del trabajo en salud se refiere a la forma de organización del trabajo en salud que se expresa en el aumento de la especialización de tareas y actividades específicas del proceso de producción de salud (médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, residentes, generales, especialistas, subespecialistas, residentes, etc.), y en el incremento del control de ese proceso pasa de los trabajadores a la gerencia, a través de cierto tipo de coordinación. Esto implica una gran fragmentación del proceso de trabajo, la jerarquización de las tareas y profesiones y a la par un aumento en la productividad de actividades de la atención (Pires, 2008). En este marco de división técnica del trabajo y de coordinación el proceso de atención se realiza bajo una gran tensión y conflicto poniendo en riesgo la misma integralidad.

En esta fragmentación cada disciplina ha construido su propio proceso de trabajo sobre el EPP: médicos, ginecólogos, enfermeras, odontólogos y nutricionistas han definido de

la mujer en EPP un objeto de trabajo, escogido ciertas tecnologías duras, blandas duras y relacionales, establecido actos y finalidades propias. La integralidad propende por articular estos múltiples procesos de trabajo, a través de la coordinación del trabajo en salud y distintas herramientas concretas. Estudiar la integralidad en esta dimensión quiere decir, abordar los múltiples procesos de trabajo que realizan efectivamente el personal de salud sobre las mujeres en EPP, las formas y herramientas que utilizan los mismos trabajadores y gestores para coordinar esos procesos de trabajo, en sus complementariedades, vacíos y contradicciones, y determinar si con ello se atienden las necesidades biopsicosociales o se fragmenta y medicaliza el EPP.

Para enfrentar la fragmentación de la división técnica del trabajo en salud se realizan tareas de coordinación. La Coordinación en salud para esta investigación se considera de tres tipos (Vázquez et al., 2009):

a) La Coordinación de la Información, es la transferencia y uso de información entre profesionales y entre niveles de atención, de episodios anteriores y situación biopsicosocial para la atención actual del usuario.

b) La coordinación de gestión clínica entendida como la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes niveles de atención y servicios que participan. La coordinación de la gestión clínica se define a partir de tres dimensiones, la coherencia de la atención (objetivos clínicos, pruebas diagnósticas y tratamientos compartidos para la atención del usuario, reconciliación de los distintos tratamientos, adecuación clínica de la transferencia del usuario), la accesibilidad entre niveles y el seguimiento adecuado del usuario.

c) La coordinación administrativa: Entre los mecanismos se encuentran los realizados entre el hospital, las EPS y los grupos de apoyo para lograr que las gestantes usen los servicios ofrecidos y que el primer control prenatal se haga en el primer trimestre de

la gestación.

Para concretar estos tres tipos de coordinación se aplican los mecanismos de coordinación. Siguiendo a Mintzberg (1990) se encuentran tres grupos de mecanismos para ejercer la coordinación de la división técnica del trabajo:

a) La adaptación mutua se refiere a mecanismos de coordinación mediante la comunicación formal entre las personas que ejecutan la tarea. Aquí la autonomía profesional es amplia y se usan especialmente tecnologías dialógicas entre el personal. Los mecanismos de coordinación en la atención del EPP pueden ser:

- Comunicación informal entre profesionales

- Sistema de Información Vertical –Formatos de referencia y contra referencia, sistemas de información clínica y psicosocial como la historia clínica con enfoque de riesgo, perinatal, carné materno, partograma, etc.-;

- Dispositivos de enlace como Grupos de trabajo, Comités Permanentes –comités IAMI y otros-, Puesto de Enlace –referentes IAMI, etc.-.

b) La supervisión directa se refiere a mecanismos donde el hospital responsabiliza a una persona del trabajo de los demás, a darles instrucciones y controlar sus acciones (ej. jefes de servicio, auditores, etc.).

c) La normalización, donde el trabajo se coordina a partir de mecanismos de estandarización del programa de trabajo, mediante normas –normatividad, protocolos, guías de práctica clínica, rutas de atención- que hacen innecesaria la comunicación continuada.

- En salud esta normalización puede ser del proceso de trabajo, donde el contenido del trabajo queda especificado. Sin embargo, no siempre es posible diseñar una norma o es poco rentable. Los mecanismos de coordinación de la normalización del proceso de

trabajo son: Normas técnicas, Rutas de Atención, Guías de Práctica Clínica y protocolos para el EPP, etc.; Protocolos y circuitos para la referencia y contra referencia de maternas (resolución 3047 de 2008, etc.), entre otros protocolos.

- La normalización en salud puede ser también de las habilidades, donde se especifican las cualidades que deben tener las personas que van a realizar la tarea, es decir, el tipo de formación requerida para realizar el trabajo con mujeres, desde específicamente técnicas como sobre las GPC hasta en Derechos Humanos. Este puede ser: la formación continua de los profesionales en sus distintas modalidades; los procesos de capacitación dirigidos a los estudiantes en los programas docente-servicio; y, la inducción a nuevos profesionales en la atención a mujeres en EPP.

En el entorno sanitario se han desarrollado diversos instrumentos para la coordinación entre niveles, ya sea de forma aislada (guías de práctica clínica compartidas, sistemas de información integrados, grupos de trabajo entre niveles, etc.) o combinados en estrategias para la gestión del paciente a lo largo del continuo (programas de gestión de enfermedades, gestión de casos, etc.), que pueden clasificarse según el proceso en el que se basan para coordinar la atención.

Según el marco teórico de Mintzberg y Galbraith: Sistematización de los instrumentos de coordinación asistencial entre niveles.

Guías, mapas y planes contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo al concretar criterios de derivación entre niveles de atención y fijar objetivos asistenciales comunes, y determinar el nivel de atención en el que la actividad es más eficiente. Sin embargo, no responden bien a cambios inesperados en las condiciones del paciente o cuando hay variabilidad en las respuestas de los pacientes ante las intervenciones médicas y son más apropiados para situaciones habituales.

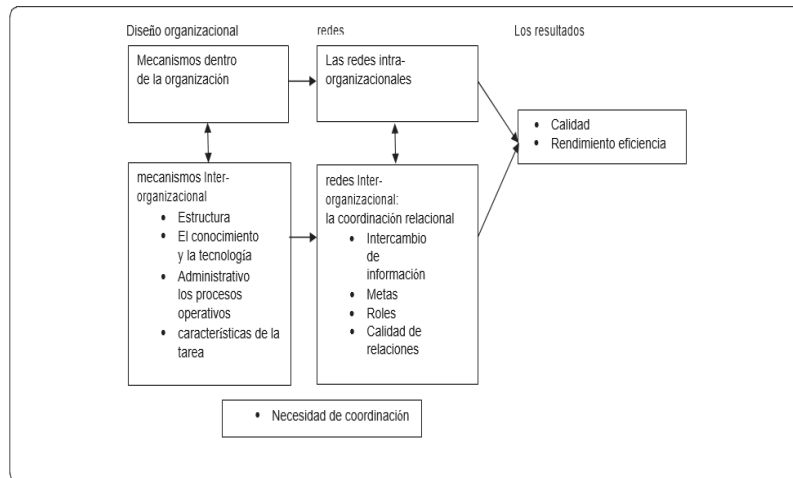
En situaciones de elevada complejidad o incertidumbre, como por ejemplo, pacientes con comorbilidades, estos instrumentos podrían llegar a comprometer la calidad de la atención, por limitar la flexibilidad de los proveedores para responder a necesidades inesperadas del paciente

Según análisis, en varios marcos teóricos que estudian la coordinación de la atención en profundidad se identificaron 14 conceptos claves. donde el marco teórico más amplio fue el marco multinivel, en este incluye todos los conceptos de la coordinación de la atención. el marco multinivel establece los mecanismos organizativos donde tienen un efecto entre los profesionales de la salud, lo que lleva a una buena calidad y eficiencia de la atención. los conceptos claves que se identificaron en el marco multinivel como mecanismos de organización son “estructura”, “el conocimiento y la tecnología”, “procesos operativos administrativos” y “características de la tarea”. La “estructura” se compone de los aspectos físicos y de organización que apoyan y dirigen la prestación de atención. “El conocimiento y la tecnología” son habilidades disponibles, experiencia, capacitación y tecnología de la información. “Administrativas procesos operativos” contienen la estandarización o adaptación durante una interacción personal entre los profesionales de la salud o durante la planificación conjunta y toma de decisiones. “Características de la tarea” incluyen el grado en que los miembros del equipo dependen unos de otros, la complejidad y la incertidumbre de la tarea. Profesionales sanitarios experimentan una necesidad de intercambiar información y coordinar la atención en función de los mecanismos de organización disponibles. La “necesidad de coordinación” percibida o evaluado es el quinto concepto clave identificados.

Los mecanismos de organización identificados tienen un efecto sobre la coordinación relacional. Este concepto hace hincapié en la importancia de los cuatro conceptos clave, incluyendo el “intercambio de información”, “objetivos”, “funciones” y “calidad de la relación”. El intercambio de la información” se ocupa de la transferencia de información, ideas y opiniones de manera consiguiente, precisa, oportuna y de resolución de problemas. “Objetivos” consideran la importancia de establecer objetivos comunes, compartiendo estos objetivos y garantizar la propiedad colectiva de estos objetivos. “Roles” se centran en la definición de los roles y la conciencia de las funciones de cada uno. “La calidad de la relación” promueve el respeto mutuo y la colaboración de alta calidad.

Mediante el uso de los mismos mecanismos de organización, tanto dentro como entre

las organizaciones, las redes son aún más fortalecidas, lo que resulta en una mayor calidad y eficiencia de la atención. La calidad y la eficiencia son considerados como importantes “los resultados del paciente” y “resultados entre organizaciones” (Van Houdt et al. BMC Health Services Research 2013, 13:296)



Los sistemas de salud actuales se caracterizan por una fragmentación entre los mismos profesionales, y una de las estrategias para superar y mejorar la fragmentación en la coordinación, es la reunión de un equipo multidisciplinario (MTM) descrito en la literatura, y así coordinar en equipo la atención domiciliaria en Bélgica, el paciente, cuidador o profesional de la salud. Para un MTM, consta de 3 cuidadores, incluso un médico general y un profesional adicional. Se dice que para la atención de la coordinación eficaz los mismos profesionales de la salud que están integrados a un equipo multidisciplinario por autoridad deben decir que “algo está mal” y así poder establecer medidas para una pronta solución. (Van Houdt Journal of Primary Care & Community Health 2(2) 72– 76)

Planteamiento del problema

La falta de coordinación de la información, entendida como la adquisición, organización, recuperación y disseminación de la información en la salud, conduce a la atención de baja calidad y el uso ineficaz de los recursos, lo cual hace que sea considerada una prioridad en la atención. Sin embargo, no existe actualmente un método apropiado para medirla dadas sus múltiples dimensiones evaluables (Aller MB et al. 2015). En investigaciones recientes se ha señalado que en Bogotá los problemas en la coordinación giran en torno al modus operandi de las EPS, que establecen múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud especializados, a su vez que poseen una alta rotabilidad de su personal de salud y una escasa capacitación en el manejo de información, lo cual fomenta una escasa transferencia de información clínica y psicosocial entre niveles de atención primaria y secundaria. Así mismo se han señalado problemas en la coordinación entre médicos generales y ginecólogos en la atención a gestantes por dificultades en la gestión clínica como el escaso uso y adherencia a las Guías de Práctica Clínica, escasa comunicación entre profesionales, saturación de los servicios, insuficiencia de medicamentos, insumos y equipos; poco tiempo para atender, la actitud institucional, la falta de estímulos, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las mujeres atendidas y la accesibilidad a los servicios de salud (Cáceres-Manrique, 2009). Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal lo que dificulta los procesos de referencia y contra referencia.

Por otra parte, se han realizado estudios que evidencian problemas de coordinación entre los servicios de medicina, enfermería y odontología, especialmente en los procesos de referencia, contra referencia e interconsulta, relacionados con los procesos de formación de los odontólogos, la experiencia, la calidad de estos procesos de formación, la capacidad para trabajar en forma interdisciplinaria y la influencia del modelo biomédico; así como problemas para referir pacientes a odontología por parte del servicio de ginecología relacionados con la creencia sobre el tratamiento

periodontal como una intervención riesgosa para mujeres embarazadas, bajo conocimiento de la importancia de la salud oral durante la gestación; y porque en general, los especialistas no refieren al primer nivel. También se halló que, debido a lo anterior, la referencia se hace a través del servicio de enfermería. Por otro lado, las mujeres embarazadas no concebían las referencias a la consulta odontológica por parte de enfermería y medicina general como parte de la ruta de atención, ninguna de ellas expresó deseo propio, necesidad o derecho de asistir haciendo uso de su autonomía. Esto muestra un problema en la integralidad de la atención.

También, Ruiz et al. en el 2013, encontraron problemas en el mecanismo de referencia y contra referencia por falta de claridad en el procedimiento a seguir para remitir las pacientes a las especialidades; además, no lo hacen por escrito, por lo cual las mujeres no tienen claridad a dónde se deben dirigir, lo que lleva a que no asistan. Existen también problemas en la agenda de las citas de odontología, saturación de los servicios, dificultades con la información de contacto de las maternas y barreras para hacer la segunda cita odontológica que dificultan la continuidad de la atención entre los servicios de medicina general, odontología y enfermería. También se refieren problemas en la información obtenida durante el diligenciamiento de las historias clínicas y la obtención de información previamente obtenida. Se reportaron problemas en la coordinación relacionados con la contratación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y prestadores; y por lo engorroso del todo el proceso de autorización por parte de las EPS. La rotación del personal fue otra de las causas encontradas para que la coordinación de la atención a las gestantes no fuera bien valorada.

Finalmente, se han reconocido las dificultades que traen los problemas de la coordinación entre el personal de salud multiprofesional para realizar una atención integral en salud. Los problemas para desarrollar trabajo colaborativo en equipo efectivo traen consigo importantes efectos en detrimento de la condición clínica de los usuarios de los servicios (Vargas et al. 2016). Los estudios realizados en Bogotá sobre el proceso de atención, que se han centrado en la coordinación entre distintas

disciplinas de la salud, se han dedicado a analizar la coordinación entre niveles de atención y otros a la coordinación entre esas disciplinas.

Justificación

La gestión clínica y la coordinación de la información en la prestación de servicios de atención en salud se consideran dos prácticas determinantes en la calidad del servicio y el uso eficiente de los recursos dentro del Sistema de Seguridad Social de Colombia; sin embargo, a la hora de tratar mujeres en estado de embarazo no se tiene en consideración una remisión oportuna al servicio de odontología por parte de médicos ni enfermeros tratantes, a pesar de que la Norma Técnica para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, surgida a partir de la Resolución N° 412 de 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, señala que debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso, con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, y fortalecer las prácticas de higiene oral adecuadas; y que además, la Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo, elaborada por la Secretaría Distrital de Salud a cargo de Edgar Cansino y cols. en el año 2013 establece que debe efectuarse una consulta odontológica de rutina en la fase temprana del embarazo para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad periodontal y caries.

El presente proyecto es importante pues pretende aportar datos que ayuden a comprender por qué las prácticas de atención a maternas adolecen de una correcta gestión clínica y coordinación de la información que mejore sustancialmente la calidad del servicio y disminuya la ineficacia en el uso de los recursos para la atención en salud,

especialmente en odontología; enfocándose en aquellos factores que puedan explicar las fallas entre la colaboración de los profesionales de la salud, mediante una revisión exhaustiva de la literatura existente e indagando con el personal de salud de una unidad de atención de tercer nivel en Bogotá. Además, incrementar el conocimiento acerca de las debilidades existentes en la gestión clínica y la coordinación de la información genera bases que pueden ayudar a planificar una mejora en el servicio, teniendo en cuenta la calidad, eficacia y eficiencia, así como la satisfacción de los pacientes y del mismo personal de la salud en el control y tratamiento de mujeres en estado de embarazo; a su vez que mejora el conocimiento de los profesionales de distintas áreas acerca del manejo de la gestante y las posibles complicaciones o alteraciones que uno u otro tratamiento puede generar cuando se lleva a cabo una atención multidisciplinaria.

La información recogida a partir del presente proyecto permitiría la elaboración de un documento que complemente los protocolos ya existentes realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Secretaría Distrital de Salud; donde el tema central no sean los procedimientos que se deben realizar a la mujer en estado de embarazo durante la atención multidisciplinaria, sino las vías que puede seguir el profesional encargado de su atención para concebir a la paciente el adecuado tratamiento en asociación con sus colegas de otras áreas de la salud, enfocándose principalmente en la odontología.

Situación Actual

Según (Aller, M, 2013) el objetivo de su estudio fue determinar el grado de continuidad de la atención percibida por los pacientes entre la atención primaria y secundaria e identificar los factores contextuales e individuales que influyen en las percepciones de los pacientes sobre la continuidad de la atención. Resultados En general, el 93.8 y el 83.8% de los pacientes percibidos tienen una relación continua con los médicos de atención primaria y secundaria, respectivamente (continuidad relacional), el 71.2%

percibió altos niveles de transferencia de información (continuidad informativa) y el 90.7% percibió altos niveles de consistencia de la atención (continuidad gerencial). Los pacientes de las áreas de atención médica donde la atención primaria y secundaria eran administradas por una sola organización y los ancianos tendían a percibir niveles más altos de los tres tipos de continuidad. Los pacientes nacidos en el extranjero tenían menos probabilidades de percibir continuidad relacional con los médicos de atención primaria; los que tenían niveles educativos más altos tenían menos probabilidades de percibir niveles altos de continuidad de la información y los pacientes con peor estado de salud tenían menos probabilidades de reportar niveles altos de continuidad administrativa y relacional con los médicos de atención secundaria. Conclusiones Los resultados del estudio sugieren altos niveles de continuidad de la atención percibida, especialmente para la continuidad relacional y de gestión. El enfoque integral adoptado demuestra ser útil para entender correctamente el fenómeno porque las percepciones y los factores asociados varían según el tipo de continuidad.

Según (Vargas, I, 2013) el cuestionario CCAENA se desarrolló para evaluar la continuidad de la atención en todos los niveles desde la perspectiva de los pacientes. El objetivo es proporcionar evidencia adicional sobre las propiedades psicométricas de las escalas de este cuestionario. Resultados: El análisis factorial resultó en 21 elementos agrupados en tres factores: relación paciente-proveedor de atención primaria, relación paciente-proveedor de atención secundaria y continuidad a través de los niveles de atención. El alfa de Cronbach indicó una buena consistencia interna (0,97, 0,93, 0,80) y los coeficientes de correlación indicaron que las dimensiones se pueden interpretar como escalas separadas. Las escalas discriminaron a los pacientes según el área asistencial, edad y nivel educativo. Conclusión: el cuestionario CCAENA ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para medir las percepciones de continuidad de los pacientes. Los proveedores e investigadores podrían aplicar el cuestionario para identificar áreas para mejorar la atención médica.

Según (Waibel, S, 2016) el objetivo es analizar las percepciones de continuidad de la gestión clínica e información a través de los niveles de atención y los factores que influyen en ella, desde el punto de vista de los usuarios del sistema nacional de salud

de Cataluña. Resultados: los pacientes en las tres áreas en general percibieron que existía la continuidad del manejo clínico en los niveles, al referirse a la atención constante (el mismo diagnóstico y tratamiento por parte de los médicos en ambos niveles de atención, no hay incompatibilidades de los medicamentos recetados, referencias a los niveles cuando sea necesario) y accesibilidad en todos los niveles (puntualidad de las citas). En términos de continuidad de la información, los pacientes en la mayoría de las áreas mencionaron la existencia de intercambio de información a través de la computadora y su uso adecuado. Sólo se informaron algunos elementos de discontinuidad, como los largos tiempos de espera para pruebas específicas realizadas en la atención secundaria o el uso insuficiente de registros médicos electrónicos por parte de los médicos de locum. Los pacientes identificaron diferentes factores que influyen en la continuidad, en relación con el propio sistema de salud (distribución clara de roles entre atención primaria y secundaria), organizaciones de servicios de salud (mecanismos de coordinación de la atención, ubicación conjunta, recursos insuficientes) y médicos (disposición para colaborar, compromiso atención al paciente, competencia técnica del médico de atención primaria). Conclusiones: la continuidad de la atención a través de los niveles de atención es experimentada por los pacientes en las áreas estudiadas, con ciertas excepciones que resaltan donde hay espacio para mejorar. Los factores de influencia ofrecen información valiosa sobre dónde dirigir los esfuerzos de coordinación.

Según (Aller, M, 2015) El objetivo de este estudio es desarrollar y probar un conjunto de indicadores para evaluar de manera integral la coordinación clínica en todos los niveles de atención. Resultados: se identificaron 52 indicadores que abordan 11 atributos de coordinación clínica en todos los niveles de atención. El conjunto final constaba de 21 indicadores de salida. La transferencia de información clínica se evalúa según el flujo de información y la adecuación de la información compartida. Los indicadores de coordinación de la gestión clínica evalúan la coherencia de la atención a través de pruebas de diagnóstico y medicación, prestación de atención al nivel más adecuado, finalización del diagnóstico proceso, seguimiento después del alta hospitalaria y accesibilidad en todos los niveles de atención. La aplicación de los

indicadores. Mostró diferencias en el grado de coordinación clínica en función del atributo y área. Conclusión: un conjunto de medidas rigurosas y científicamente sólidas de coordinación clínica a través de los niveles de atención fueron desarrolladas en base a una revisión de la literatura y discusión con expertos. Este conjunto de indicadores aborda de manera integral los diferentes atributos de coordinación clínica en las principales transiciones a través de los niveles de atención. Podría ser empleado para identificar áreas en las que se pueden mejorar los servicios de salud, así como para medir el efecto de los esfuerzos para mejorar coordinación en organizaciones sanitarias.

Según (Van, S, 2011) Las reuniones del equipo multidisciplinario (MTM) sobre un paciente son una forma de coordinar la atención fragmentada. El conjunto mínimo de datos/el Instrumento de Evaluación de Residentes (MDS / RAI) es una herramienta para preparar y apoyar estas reuniones. Resultados: los elementos clave son la conciencia de los profesionales de la salud que "algo está mal" y la presencia de suficientes cuidadores familiares con suficiente capacidad. El MDS / RAI es una ayuda porque el registro proporciona todos los profesionales de la salud con el mismo tipo de preparación, permiten descubrir posibles puntos ciegos y proporcionan una estructura a la reunión multidisciplinaria. Se encontraron reuniones multidisciplinarias para contribuir al intercambio de información, conocimientos, metas y respeto mutuo. Conclusión: la evaluación de las necesidades de atención del paciente mediante el registro MDS / RAI, realizado por profesionales de la salud involucrados en el cuidado. El objetivo: la creciente complejidad en la prestación de asistencia sanitaria puede impedir el logro de la continuidad de la atención, ya que definido como "un paciente que recibe atención a lo largo del tiempo como coherente y vinculado". Este artículo pretende mejorar el conocimiento sobre las percepciones de los pacientes de continuidad relacional (RC), informativa (IC) y gestión (MC) en todos los niveles de atención. Resultados los 25 estudios seleccionados más frecuentemente investigados RC. Ser atendido regularmente y con el tiempo por un médico. (RC) fue valorado por pacientes crónicos enfermos, pero equilibrado con el acceso conveniente por pacientes jóvenes (MC). Comunicación e información transferencia a través de los entornos de

atención, así como la recopilación de información integral sobre el paciente se percibieron a fomentar el IC. Las características críticas para lograr MC fueron accesibilidad entre los niveles de atención, atención individualizada y un alta sin problemas proceso que incluye la recepción de la ayuda. Los pacientes consideraron además que su participación personal era una de las que facilitaban elemento de continuidad del cuidado. Conclusiones. Los pacientes identificaron elementos que mejoran o distraen de la continuidad de la atención a través de los límites. Variaciones en la importancia percibida parece depender de factores individuales y contextuales que deben tenerse en cuenta durante prestaciones sanitarias.

Objetivos

Objetivo general

Describir los aspectos clave de la coordinación de la gestión clínica y de la información para la atención odontológica de la mujer gestante entre odontología, medicina general y enfermería.

Objetivos específicos

1. Realizar una revisión documental de los mecanismos de la coordinación de la gestión clínica y de la información de la atención odontológica a la gestante.
2. Conocer la percepción del personal médico general y enfermería frente a la coordinación de la gestión clínica y la información para la atención odontológica de la gestante de manera interdisciplinaria.

Metodología

Tipo de estudio

Investigación cualitativa: La investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Éste enfoque se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean y cómo los participantes perciben subjetivamente su realidad. Es recomendable seleccionar el enfoque cualitativo cuando el tema del estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho investigación al respecto en algún grupo social específico. El proceso cualitativo inicia con la idea de investigación (Sampieri et al, 2010. pág 364).

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo pues pretende explorar y comprender los aspectos relacionados con la coordinación de la gestión clínica y la información desde la perspectiva del personal médico, odontólogo, higienistas orales y de enfermería a través de entrevistas.

Población y muestra (Criterios de selección y exclusión)

Este proyecto contará con 5 personas del personal médico, odontológico, higienistas y enfermería que serán seleccionados por conveniencia de acuerdo a su disponibilidad de tiempo de la planta de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

Métodos y técnicas para la recolección de la información

Materiales y métodos

Revisión bibliográfica: Enfocada en los mecanismos existentes para la coordinación de la información y gestión clínica entre el personal de la salud para la atención de pacientes en general. Será unificada por escrito en un artículo de revisión, el cual pretende organizar la literatura existente e integrarla en un único documento que permita a quien interese acceder fácilmente a la información que se conoce y/o desconoce acerca del tema.

Deberá establecerse primero el objetivo de la revisión, con el fin de orientar la

búsqueda para responder a una necesidad específica. Establecido el objetivo, se definirán las variables o palabras clave, que serán el punto de partida para la búsqueda, y que deberán definirse en función de la(s) base(s) de datos a utilizar.

A partir de lo anterior, se realizará una búsqueda inicial con la intención de encontrar registros que coincidan con el tema a investigar e identificar sus descriptores para así utilizarlos en nuevas búsquedas que permitan determinar la estrategia de búsqueda final.

Así, procederemos con ésta última búsqueda a seleccionar la bibliografía considerada pertinente, basados en criterios de selección que los clasifiquen de acuerdo a su calidad metodológica y científica.

De los artículos seleccionados deberá hacerse una lectura crítica para extraer información pertinente, que luego se organizará en un guion que servirá como base para la escritura del artículo.

Entrevista: Como es una investigación cualitativa, se harán entrevistas a 5 profesionales del área de la salud (médicos, odontólogos, higienistas y enfermeros) las cuales tendrán como objetivo profundizar en los fenómenos y vivencias de cada uno de ellos acerca de los aciertos o falencias en coordinación de la información en salud y gestión clínica en la atención odontológica a mujeres en estado de embarazo.

Plan de tabulación y análisis.

De todas las categorías codificadas de manera abierta, se selecciona la que considera más importante y se posiciona en el centro del proceso que se encuentra en exploración (se le denomina categoría central o fenómeno clave). Posteriormente, relaciona a la categoría central con otras categorías. Éstas pueden tener distintas funciones en el proceso: Condiciones causales, acciones e interacciones, consecuencias, estrategias, condiciones contextuales, condiciones intervinientes.

Durante el desarrollo del trabajo se tomará los criterios teóricos establecidos para así dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el estudio, por medio de esta recolección de la información se harán entrevistas al personal del área de la salud, y

Para el procesamiento y análisis de los datos se seguirá la propuesta mediante la codificación selectiva se describirán las relaciones e interconexiones entre las categorías identificadas. Todo lo anterior será acompañado de la triangulación constante de información proveniente de las distintas técnicas de información planteadas en el objetivo.

Consideraciones éticas.

Esta investigación sigue los postulados de la Declaración de Helsinki, las normas éticas para la investigación de humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.

Por lo tanto, durante el proceso de recolección, análisis y divulgación de la información prevalecerá el respeto por la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de quienes participen, tanto el personal de salud como las mujeres.

Resultados

Durante la recolección de datos de las entrevistas, los problemas principales que se encontraron fueron: inasistencia, facturación, oportunidad y el trabajo colaborativo.

La primera categoría encontrada fue la inasistencia a las citas por parte de las maternas (Figura 1).

Según los profesionales, las causas por las cuales las mujeres no llegan a tiempo a las consultas fueron: las gestantes no van a control, solo asisten cuando presentan algún dolor o preocupación debido a que muchas de ellas tiene miedo de que algún procedimiento pueda afectar el embarazo entonces prefieren no ir hasta que no sea necesario; la segunda causa fue que las mujeres viven lejos y no tienen manera de llegar a tiempo y muchas veces pierden las citas o no se les pueden brindar una atención completa y el último motivo es por falta de tiempo debido a que muchas trabajan y tienen que cumplir sus horarios y se les dificulta asistir a tiempo a la consulta.



Figura 1. Razones de inasistencia a las citas por parte de las maternas.

La segunda categoría encontrada fue la facturación (Figura 2), en donde según los profesionales, las causas o motivos por los cuales se dificulta el proceso de facturación fueron: primero el tiempo de espera entre que llega la mujer, solicita la facturación es entre 2 a 3 horas lo cual hace que pierdan la cita y tengan que reprogramar o atrasen todas las citas; el segundo motivo es que muchas de las mujeres no saben dónde es facturación, lo que dificulta la llegada puntual a la cita y por último que no había

empatía entre las personas de facturación y las mujeres, debido a que el personal no está sensibilizado respecto a la atención entonces les daban un trato que no era adecuado y dificultaba los procesos para el ingreso a la cita.



Figura 2. Razones que dificultan el proceso de facturación

La tercera categoría encontrada fue la oportunidad (Figura 3), en donde según los profesionales, las causas o motivos por los cuales se dificultaba la asignación de citas a las mujeres eran debido a: demora en la asignación de citas con el especialista, ya sea debido por la agenda saturada por la cantidad de pacientes lo cual también generaba citas no oportunas o lejanas y retraso en las citas de control para las mujeres.

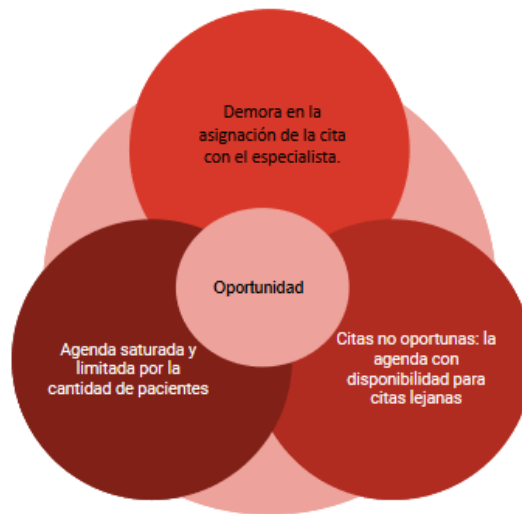


Figura 3. Razones que dificultan la oportunidad para la asignación de citas

La cuarta categoría encontrada fue el trabajo colaborativo (Figura 4), la cual fue dividida en tres motivos que están relacionados con el problema del trabajo colaborativo en donde según los profesionales

Primero que no existe comunicación verbal entre profesionales, todo se maneja a través del sistema, muchos no se conocen entre ellos, debido a que no tienen el espacio ni el tiempo para reunirse dificultando así el manejo integral de la gestante.

Lo segundo es que existen las guías de manejo de la gestante, pero no siempre las utilizan o bien sea por falta de tiempo y que no conocen exactamente cómo funcionan.

La capacitación existe, sin embargo, no es adecuada a los problemas concretos del odontólogo.

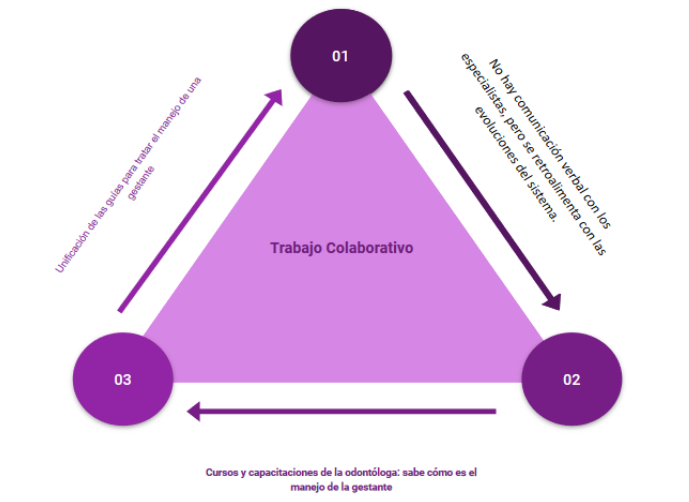


Figura 4. Razones que dificultan el trabajo colaborativo.

Teniendo en cuenta toda la información proporcionada por los profesionales, se obtuvieron varios aspectos claves de la coordinación de la gestión clínica y de la información para la atención odontológica de la mujer gestante, los cuales coinciden en varias entrevistas o solamente se encontraban en una o dos

En cuanto al límite de atención en las consultas es más extenso que las citas convencionales, pero sigue siendo limitado, el cual oscila entre 25 a 60 minutos, siendo éste insuficiente para realizar una atención integral a la gestante.

La comunicación no personalizada entre profesionales y especialistas genera incertidumbre, por no decir confusiones, ya que su orientación es únicamente por un sistema el cual no da la seguridad como una interacción personal.

También se identifica con frecuencia la falta de interés y sobre todo impuntualidad por parte de las mujeres gestantes, la mayoría cree que ir a consulta afectará de algún modo a su bebé.

El tiempo de espera entre que llega la mujer, solicita la facturación es entre 2 a 3 horas lo cual hace que pierdan la cita y tengan que reprogramar o atrasen todas las citas. Tampoco saben dónde es el sitio de facturación.

Los especialistas tienen una agenda con poca disponibilidad y también programan citas inoportunas para los pacientes.

Se genera una gran barrera de acceso a una consulta con prontitud porque las citas dependen de la disponibilidad de las EPS.

Existen las guías de manejo de la mujer gestante, pero no tienen unificación de las mismas lo que causa confusiones, no siempre las utilizan, ya que no hay una persona que oriente y capacite a los odontólogos para atender de manera idónea este tipo de pacientes.

Por otra parte, se encontró que según un profesional en su sitio de trabajo existía compromiso y asistencia de las gestantes a la consulta, a diferencia de los otros profesionales que refieren gran impuntualidad de las gestantes para asistir a consulta, también que en su sitio de trabajo existe buen trabajo en equipo, presentan reuniones mensuales de todos los coordinadores, debido a que son pocos, todos se conocen y se consideran como una familia. Teniendo en cuenta que en las otras cuatro entrevistas los profesionales contradicen este argumento, puesto que no presentan trabajo en equipo, ni buena comunicación entre profesionales.

Discusión

Según los resultados obtenidos, los principales problemas para la gestión en la atención de las gestantes fueron la inasistencia, la facturación, la oportunidad y el manejo de la información los cuales también fueron encontrados y sustentados en diversos estudios encontrados en la revisión de la bibliografía, Según (Tamayo D, 2012) en una encuesta realizada, se indago por los motivos por los cuales, pese a haber presentado alteraciones de salud, las personas decidieron no consultar a instituciones de salud: consideración de la condición como “leve” en 40% de los casos, atribución de mala calidad del servicio 17%, transporte muy costoso 6%, demora en asignación de citas 5%, falta de tiempo 5%, ubicación lejana del servicio 5%, no confianza en el personal médico 3%, 2% manifestó haber acudido pero no recibió atención y este mismo porcentaje correspondió para trámites excesivos y demora en la atención.

Sin embargo, según (Castellón C, 2010) Los factores de inasistencia que dependen del paciente son actitudes de ansiedad y aprensión, cuestionamiento y desconfianza, falta de cooperación e insatisfacción, además se deben considerar aspectos formales como, incumplimiento económico, impuntualidad, ausencias, cambios de citas, etc. En la primera consulta el paciente presenta profundo malestar y a la vez tendrá temor que el odontólogo le provoque dolor, estableciéndose una desconfianza mutua en forma latente. Los factores dependientes del profesional son: los rasgos competitivos, acelerados, irritables, tensos y falta del manejo del stress.

Según los datos recogidos en las entrevistas muchas de las gestantes presentan este temor en la atención odontológica por ende podemos observar similitudes en la búsqueda de la información recogida con las entrevistas.

Por otra parte, el tiempo de espera cuando llega la gestante y se va para facturación hay una demora al momento de realizar la fila, es entre 2 a 3 horas lo cual hace que pierdan la cita y tengan que reprogramar o atrasen todas las citas. Tampoco saben dónde es el

sitio de facturación. Según (Tintín J, en Ecuador 2016) se presentó unas dificultades en la facturación por tener un software antiguo, no existe un sistema de recepción de quejas, Inexistencia de una evaluación de la satisfacción de los clientes internos y externos. Esto da a entender algunas de las razones por el cual hay una demora al momento de atender a una paciente. (Rodríguez, 2010) coincide con nuestros resultados en donde vemos las barreras de acceso que hay en el servicio y la atención de pacientes, en donde se enfocan varios determinantes para que la atención sea eficiente y parte desde la asignación de la cita hasta el egreso de la atención en donde encontramos involucrados: el tiempo de viaje hasta el lugar de atención, medio de transporte, distancia desde la residencia, horarios de atención, trámites para la cita y los tiempos de espera.

Conclusiones

Hay dificultades entre la coordinación entre profesionales primero porque no se aplican las guías que existen, no hay capacitaciones adecuadas a los profesionales, hay problemas de acceso a los servicios e inasistencia a las citas, y existen ciertos problemas en la facturación.

Los resultados obtenidos en la investigación coinciden con lo que la literatura ha señalado sobre este tema , pero particularmente en Bogotá en la red sub norte, el problema es principalmente que las mujeres están llegando tarde a las citas de control por ejemplo; desde el segundo trimestre o tercer trimestre, por lo tanto no hay desde el comienzo un seguimiento continuo de la gestante ya sea por falta de capacitaciones de los profesionales, y asimismo se pueda dar una motivación por parte de la gestante, y se dé un compromiso para cumplir las citas.

Por otra parte, las condiciones laborales para que el odontólogo pueda hacer prevención y adherencia al tratamiento son escasas, ya sea por el tiempo limitado, falta de capacitaciones, compromiso de la gestante.

Desde otro punto de vista el odontólogo siempre ha trabajado aislado de los demás profesionales lo que impide tener una comunicación verbal y no tiene idea de un trabajo en equipo para tratar con las gestantes.

Referencias bibliográficas

Aller M, Vargas I, Garcia I, Coderech J, Colomes L, Llopart J, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International Journal Integrated of Care*. 2013. Volumen 13. 1-1147

Aller M, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Pérez M, Llopart J, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit*. 2013;27(3):207-213

Aller M, Vargas I, Waibel S, Llopart J, Ferran M, Vázquez L, et al. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 3: pp. 291-29

Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3), 16-29. Ayres, J. R. D. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(supl. 2), 11-23.

Cáceres-Manrique, F. (2016). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 165-170

Castellón C, Relación odontólogo-paciente. *Revista de actualización clínica* 2010;3:1-2

De Sousa Campos, G. *Gestión en salud: en defensa de la vida*. (2001). Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Sousa Campos, G. W., y do Amaral, M. A. (2007). *A clínica ampliada e compartilhada*,

a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico- operacionais para a reforma do hospital. *Ciência y Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón A, De Paepe P, da Silva M, Unger J, Borrell C, Gomes, R. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde [tesis Doctoral]. Universidade de São Paulo; Brasil (2010).

Grifell E, Carbonell J, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A; 2002. Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria iGestió, S.A.)

Heritage, J. Maynard, D. W. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 2006. 32, 351-374.

Heritage, J. Robinson, J. The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health communication*, 2006. 19(2), 89-102.

Maynard, D. Heritage, J. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical education*, 2005. 39(4), 428-435.

Merhy, E. De Vega, L. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial 2006.

Merhy, E. Franco, T. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. *Saúde Pública, Periódico*. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, 2003. 27(65), 316-323.

Minayo, M. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En M. C. Minayo

(Ed.), Investigación social: teoría, método y creatividad (pp. 9–23). Buenos Aires: Lugar Editorial. 2003

Martínez, P. y Perdomo, A. La cultura en las organizaciones y servicios de salud: una aproximación teórica a sus implicaciones. Salud Problema, No. 16; Segunda Época, 2014. 8: 75-87.

Measure coordination of clinical information and management across levels of care. BMC Health Serv Res. 2015

Mintzberg, H. Diseño de organizaciones eficientes. El Ateneo.1990

Núñez R, Vargas I, Vázquez L La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas, Gac Sanit. 2006;20(6):485-95

Hernández R, Fernández C, Baptista M. metodología de la investigación. Quinta edición. 2014. 362

Kleinman, A. The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition 1988.

Pan American Health Organization (PAHO) Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington DC: OPS; 2010.

Peduzzi, M. y Schraiber, LB. Processo de Trabalho em Saude. Pereira, I. B., y Lima, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2008

Perdomo, A., y Hernández, G. (2014). La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder. Saúde debate, 38(103),

840-852.

Rodríguez A, Baly M. Atención primaria en estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev cubana estomatol 1997; 34:3

Rodríguez, J. De la Garza, E. Trabajo cognitivo y control sobre el proceso de trabajo: la producción del software. Estudios Laborales en México, 2011. 95-118

Tamayo D, Tono T. Diabetes en Colombia: acceso y calidad de los servicios de salud. Observatorio de diabetes de Colombia [serial online] 2012 Disponible en URL: https://odc.org.co/files/Diabetes_en_Colombia_Acceso_y_calidad_de_los_servicios_de_salud.pdf

Texeira, R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. R. Pinhiero and R. Araujo de Matos (Eds.). En Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde (89-111). Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASC 2003.

Tintín J. Evaluación de la gestión odontológica en la clínica dental odontocenter [tesis magister] Ambato: universidad regional autónoma de los andes;2016

Samaja, J. Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Ed. 2004.

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C., ASBOG. Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. Bogotá, D.C. 2013

Van s, De Lepeleire J, Vanden K, Thijs G, Buntinx F. multidisciplinary team meetings about a patient in primary care: an explorative study journal of primary care & community health 20112(2) 72-76

Van s, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W, De Lepeleire j. An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination. *International Journal Integrated of Care*. 2013. 13. 10-1-114598

Van S, Sermeus W, Vanhaecht K, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice*. 2014;15:177

Young GJ, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Henderson W,Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. *Health Serv Res*. 1998; 33:1211-36.)