

I. Marco de análisis, objetivos y métodos

Capítulo 1. Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., and VARGAS LORENZO, I. Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 3-19. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-08.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 1

Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud

MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE
E INGRID VARGAS LORENZO

Se define como red integrada de servicios de salud (RISS) al conjunto de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados en salud de esta población (Shortell et al., 1993). El continuo asistencial abarca la atención básica o primer nivel de atención, la atención especializada y sociosanitaria, en todos sus aspectos de promoción y prevención, tratamiento de pacientes agudos y crónicos, y rehabilitación (Shortell et al., 1993). Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la equidad de acceso y eficiencia global en la provisión, a través de diversos objetivos intermedios: la mejora del acceso a la atención, la coordinación de los servicios y la continuidad asistencial. Una RISS, como ha sido definida, representa la etapa final del proceso de integración asistencial (Kodner y Spreeuwenberg, 2002), pero es importante destacar que no es un fin en sí misma, sino un medio para mejorar la provisión de la atención en salud.

Se pueden diferenciar diversos tipos de RISS (Harrigan, 1985; Shortell et al., 1993, 2000), a partir de sus características básicas: *amplitud* —número de funciones y servicios diferentes que provee la RISS a lo largo del continuo asistencial— y *profundidad* —número de unidades diferentes

que posee una RISS para proveer una determinada función o servicio— de la integración de servicios del continuo asistencial; *nivel de producción interna de servicios* —cantidad de servicios provistos dentro de la propia red en comparación con la cantidad de servicios que son comprados a otros proveedores de salud—, y forma de relación entre las entidades que la constituyen —*tipo de propiedad o relaciones contractuales* que establece una determinada RISS— (Conrad y Dowling, 1990; Shortell et al., 1993).

Aunque las evaluaciones realizadas no son concluyentes sobre la relación entre los tipos de RISS, definidos a partir de sus características básicas y sus logros (Dranove et al., 1996), parece existir un consenso respecto a los factores que influyen positivamente en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones (Conrad y Dowling, 1990; Shortell et al., 2000; Skelton-Green y Sunner, 1997). Por ello, para su evaluación y con base en la revisión bibliográfica, se desarrolló un modelo (Vázquez et al., 2009) que tiene en cuenta los factores externos e internos que influyen en los resultados en relación con la coordinación asistencial, la continuidad y la eficiencia. Este modelo, no obstante, fue modificado posteriormente para distinguir entre niveles de las políticas (macro y micro), distinguir entre resultados intermedios y finales, como también incluir los resultados sobre el acceso a la atención y equidad de acceso (figura 1.1) (Vázquez et al., 2009b).

Diversos **elementos externos o de contexto** afectan al proceso de integración asistencial, entre los que destacan a nivel macro, los objetivos de las políticas en relación con la equidad de acceso y la eficiencia, las políticas sobre redes de servicios de salud, las características del aseguramiento público (beneficiarios, prestaciones y condiciones de acceso), así como el modelo de asignación de recursos y el sistema de incentivos asociado. Los sistemas de pago aplicados tradicionalmente de manera independiente para cada nivel asistencial, pago por acto, por actividad o presupuesto, desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales. En una red, el sistema de asignación debería permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costes directos como de los que induce sobre el resto de la red, de esta manera la red intentaría tratar el problema de salud en el lugar más costo-efectivo dentro del continuo asistencial (Shortell et al., 1994). Teóricamente, el pago *per capita* global a la red de proveedores incentiva a buscar fórmulas para alinear sus intereses con

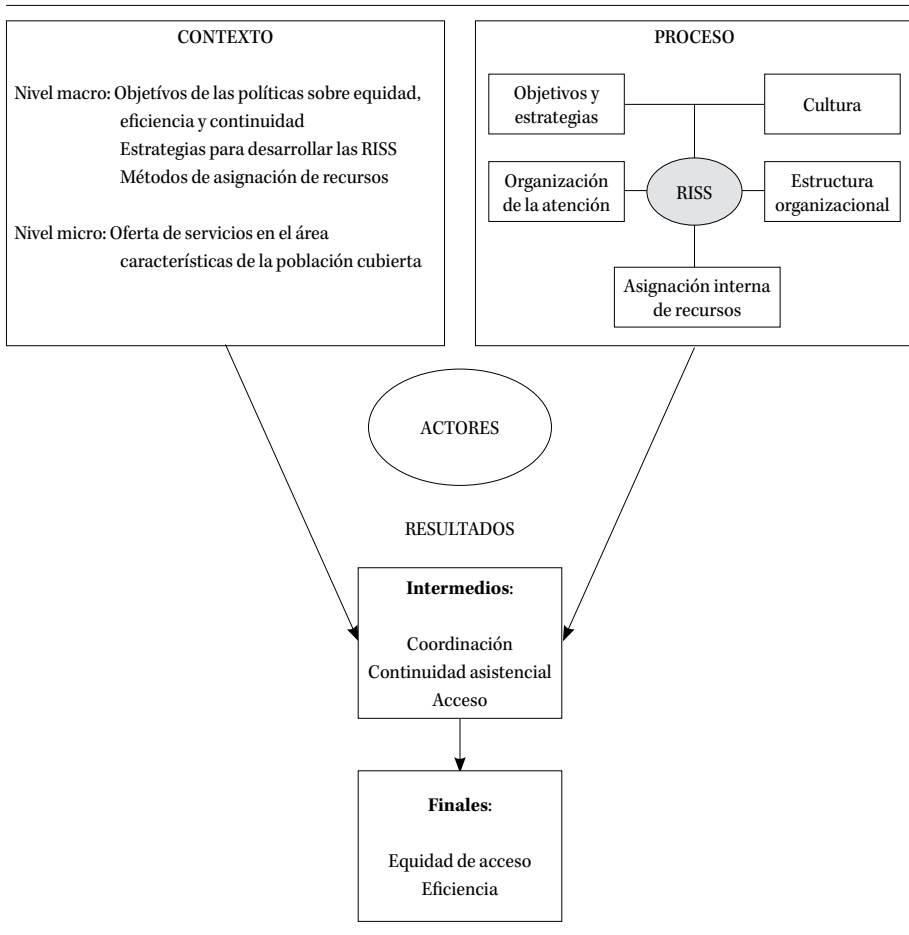


Figura 1.1. Marco conceptual para el análisis del impacto de las redes integradas de servicios de salud(RISS)

Fuente: Vázquez et al. (2009b).

los objetivos globales de la red y alcanzarlos, reducir costes y fortalecer la calidad de los servicios. A nivel micro, los factores determinantes son las características de la población de referencia, entre ellas, las socioeconómicas, la proporción de grupos de edad con mayor carga de enfermedad; grupos con necesidades especiales de atención de salud que requieren una mayor coordinación de servicios entre niveles de atención; extensión del territorio para cubrir y la presencia en el territorio de otros proveedores de salud con los que se tenga que compartir la atención a la población, etc.

Elementos internos de las RISS. Según la bibliografía, las características de las redes que contribuyen a una mejor coordinación son (i) la presencia de un gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización (Alexander et al., 1995; Forest, 1999); (ii) una estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente; (iii) objetivos y estrategias compartidas (Alexander et al., 1995); (iv) una cultura común con valores orientados a la colaboración, trabajo en equipo y a resultados (Kornacki, 1998); (v) líderes que promuevan la integración (Barnsley et al., 1998); (vi) sistema de asignación interna de recursos que incentiva la alineación de los servicios con los objetivos globales (Shortell et al., 2000); y (viii) un modelo de atención que establece roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.

El análisis del desempeño de las redes tiene en cuenta los resultados intermedios —acceso, coordinación y continuidad— para el logro de los objetivos/resultados finales de equidad de acceso y eficiencia global en la provisión.

Acceso a la atención

En el análisis se aplica el concepto de acceso como utilización de servicios y se parte de los modelos teóricos propuestos por Aday y Andersen (1974) en el análisis del acceso, que distinguen entre factores relacionados con las políticas, las características de los proveedores y de la población que influyen en el acceso a los servicios de salud.

El ‘modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud’ (*Behavioral model of health services use*), desarrollado por Aday y Andersen (1974), se basa en los trabajos iniciales de Andersen en los años sesenta, en los que estudiaba las causas y patrones de uso de los servicios de salud para adecuar la oferta a la demanda y facilitar el acceso a los servicios (Cernadas, 2008). Aunque el modelo ha sufrido paulatinas modificaciones (Aday y Andersen, 1981; Andersen, 1973, 1995, 2008), su rasgo principal es la distinción entre dos dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso realizado (figura 1.2). El acceso potencial se define como la presencia de recursos, tanto de los servicios como de la población, que posibilitan el uso de servicios, mientras que el acceso realizado es la utilización real de los servicios (Andersen, 2008).

El análisis del **acceso potencial** incluye características de los servicios y de la población. *Las características de los servicios de salud* (Aday y Andersen, 1974) se refieren, por un lado, a la disponibilidad de recursos, es decir, al capital y trabajo que se destinan a la prestación de los servicios de salud, y considera el volumen y la distribución de servicios en el área (Andersen y Newman, 1973). Por otro lado, se analiza la organización, es decir, cómo los servicios de salud utilizan estos recursos para proporcionar la atención, a través de dos componentes: la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de ‘entrar’ (Aday y Andersen, 1974) o ‘acceder’ (Andersen y Newman, 1973) a los servicios y comprende las barreras que se deben superar antes de recibir la atención médica (el tiempo de viaje, el tiempo de espera, el pago de los servicios, los horarios de atención, etc.). La estructura se relaciona con aspectos de los servicios que determinan qué sucede con el paciente una vez consigue entrar en los servicios, tales como los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales. *Las características de la población* incluyen distintos tipos de factores (Aday y Andersen, 1974; Mogollón, 2004): factores que predisponen al uso de los servicios de salud (creencias y actitudes sobre la salud, conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud, características sociodemográficas); factores capacitantes, individuales (ingreso económico, tipo de aseguramiento, residencia, procedencia, etc.) o comunitarios (redes de apoyo, organización de los servicios en la comunidad); y, por último, las necesidades de atención en salud de la población (percibidas o evaluadas por los proveedores). El análisis del **acceso real**, o utilización de servicios, considera el tipo de servicios que usa el paciente, el lugar donde recibe la atención, el propósito de la visita —preventiva, curativa— y el intervalo de tiempo que implique (Aday y Andersen, 1974). Finalmente, el uso de los servicios se halla enmarcado en las políticas de salud, que constituyen un determinante poderoso de la utilización de los servicios (Aday y Andersen, 1974), al incidir en factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación o la existencia de programas dirigidos a características de la población susceptibles de ser modificadas, como la cobertura de aseguramiento, educación e información sobre los servicios.

Los análisis empíricos del acceso basados en el modelo desarrollado por Aday y Andersen son abundantes (Eden, 1998; Hulka y Wheat, 1985;

Phillips et al., 1998), a pesar de las diversas críticas que han recibido. Entre ellas, se señala, por un lado, la dificultad para la inclusión de las variables contextuales —relacionadas con las políticas y las características de los proveedores (Aday y Awe, 1997; Kasper, 1998; Phillips et al., 1998)—, debido a los problemas metodológicos que representa; y, por otro, la dificultad de diferenciar entre utilización necesaria, excesiva o insuficiente, dada la complejidad de establecer estándares apropiados de utilización (Hulka y Wheat, 1985).

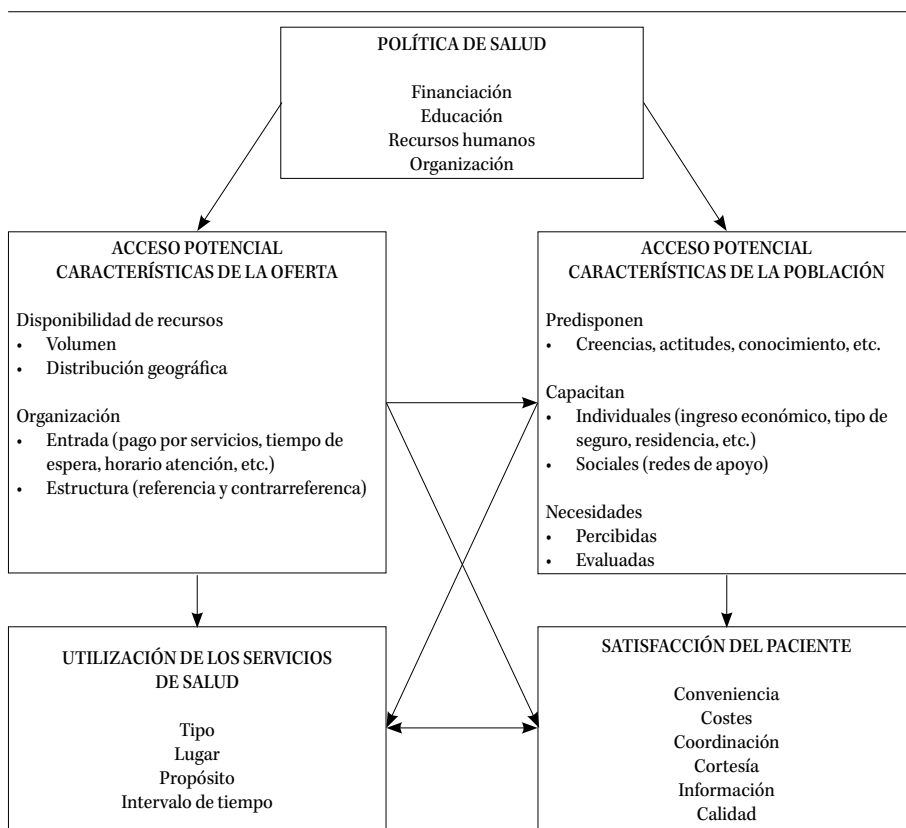


Figura 1.2. Marco para el análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen

Fuente: Aday y Andersen (1974).

Entre las adaptaciones de marcos teóricos de acceso a modelos organizativos específicos, destaca la que realiza Gold (1998) del modelo de competencia gestionada —mercado de aseguramiento en salud en el que

las aseguradoras están sujetas a un esquema de regulación para intentar corregir los fallos del mercado (Enthoven, 1988)—. Gold (1998) intenta captar mejor cómo las formas organizativas desarrolladas en modelos de *managed care* —RISS organizadas por aseguradoras— afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras. Estas organizaciones no solo pueden influir en el mercado del aseguramiento, sino también en la oferta de servicios disponibles y en la forma en que los individuos acceden a ellos.

Coordinación de la atención

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión (Terra et al., 2006). La coordinación de la atención se define como la conexión armoniosa de todos los servicios necesarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asistencial de manera que se logre alcanzar un objetivo común sin conflictos (Longest y Young, 2000). Se centra en la interacción entre proveedores y tiene en cuenta toda la atención, con independencia de donde se preste— primer nivel de atención, hospitalaria y sociosanitaria. Cuando alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada (Glendinning et al., 2002). La continuidad se centra en la relación entre el paciente y el proveedor; para que haya continuidad el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención (Reid, 2002), es decir, percibir que hay coherencia y unión en la atención que recibe a lo largo del tiempo y que ésta es coherente con sus necesidades médicas y contexto personal.

Se pueden delimitar tres tipos de coordinación asistencial (Vargas, 2011): coordinación de la información del paciente, coordinación de la gestión clínica del paciente y coordinación administrativa, que, a su vez, se definen por una serie de dimensiones y atributos (figura 1.3).

La coordinación de información clínica se refiere a la transferencia y utilización de la información clínica del paciente, necesaria para armonizar las actividades entre proveedores, y comprende dos dimensiones: *Transferencia de información* o intercambio de información sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales o comunicación informal. *Utilización*

de la información, que es el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial. Por lo tanto, para que exista coordinación de la información clínica del paciente, su sola transferencia no es suficiente, es necesario conocerla y utilizarla (Haggerty et al., 2002; Reid et al., 2002).

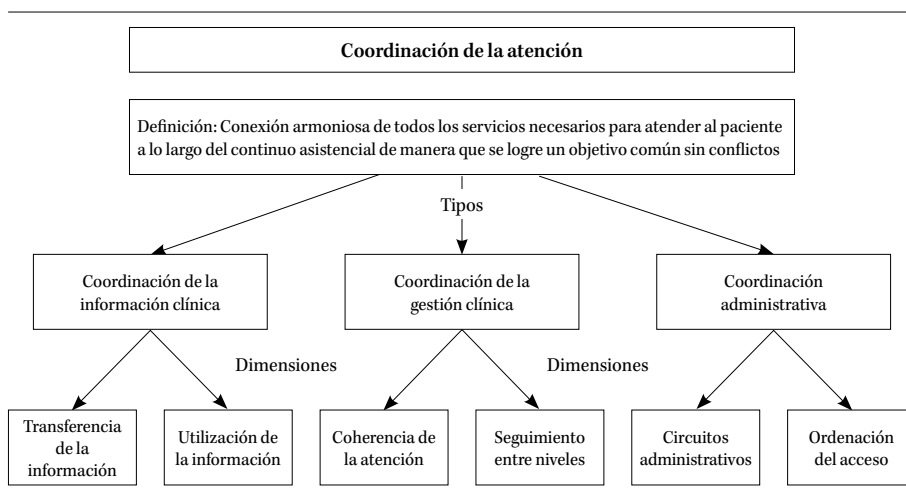


Figura 1.3. Definición, tipos y dimensiones de coordinación de la atención según la clasificación de Vargas *et al.*

Fuente: Vargas *et al.* (2011).

La coordinación de la gestión clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención que participan. En otras palabras, se refiere a la coordinación de la atención entre los profesionales y servicios que intervienen en la atención al paciente. Comprende dos subdimensiones: la *consistencia de la atención*, que implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales del primer nivel de atención y de la atención especializada que prestan atención a un paciente. El *seguimiento del paciente entre niveles asistenciales*, que hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por el primer nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista).

La coordinación administrativa de la atención hace referencia a la coordinación del acceso del paciente al continuo de servicios que conforman la red, de acuerdo con sus necesidades. Se relaciona con los circuitos administrativos por los que transita el paciente para obtener la atención y la regulación de los flujos asistenciales (consultas, pruebas diagnósticas) para una intervención concreta entre los distintos niveles de complejidad de la red.

Para evaluar el proceso de coordinación asistencial, es importante analizar la organización de la asistencia, determinada por los roles asignados a cada nivel asistencial y el modelo de colaboración establecido, así como los mecanismos de coordinación utilizados.

La coordinación a lo largo del continuo asistencial requiere la organización de la atención, es decir, la distribución del trabajo con asignación de roles y tareas a los diferentes profesionales y niveles asistenciales involucrados (Wagner et al., 1996b). A partir de la clasificación de Lorenz *et al.* (1999), se pueden establecer tres modelos de colaboración entre los niveles asistenciales de una RISS. La provisión paralela se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa. Cada nivel asistencial puede trabajar independientemente y solo se requiere la coordinación en la información. En el modelo de gestor-consulta, un nivel asistencial actúa como gestor del paciente y el resto de niveles intervienen en el proceso para dar un consejo o para llevar a cabo una intervención concreta. Es el caso del modelo de atención en el que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema. El médico de atención primaria actúa como gestor o coordinador de la atención del paciente y el especialista como consultor (Starfield, 2002). La *coprovisión* de la atención supone la responsabilidad compartida entre los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. El modelo de coprovisión es más efectivo para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos ámbitos. Para el resto de los procesos, el modelo asistencial de la red determinará el rol de cada nivel en la resolución del proceso: si la atención primaria asume la responsabilidad del continuo o la especializada. Dos aspectos centrales que definen el modelo de organización asistencial de los servicios (Wagner et al., 1996a) son el papel de la atención primaria y el de los profesionales no

médicos, es decir, la delegación de determinadas tareas claves a profesionales no médicos que forman parte del equipo de atención al paciente.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial. Un aspecto crítico de la coordinación asistencial en una RISS es la combinación de instrumentos que utiliza para ‘concertar’ las actividades necesarias para atender al paciente. No existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que dependerá de cada situación y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas (Terraiza et al., 2006).

De acuerdo con la teoría organizativa general, existen dos formas básicas de coordinación: la programación y la retroalimentación (Mintzberg, 1988) (tabla 1.1). *La programación* consiste en estandarizar y predeterminar las tareas a realizar por el trabajador. Los mecanismos asociados a este tipo de coordinación son la normalización de los procesos de trabajo, por ejemplo, mediante el uso de guías de práctica clínica y mapas de atención o trayectorias clínicas, compartidas entre niveles; la normalización de las habilidades del trabajador, mediante las acreditaciones, los programas de formación continuada o mecanismos alternativos para mejorar el acceso al conocimiento especializado en la atención primaria, como el sistema experto (Wagner et al., 1996b); así como, la normalización de los resultados de la atención mediante la inclusión de diferentes medidas, tanto de actividad como de resultados intermedios en salud (Galbraith, 1973). Este tipo de mecanismos contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo al concretar criterios de derivación entre niveles de atención, fijar objetivos asistenciales comunes y determinar el nivel de atención en que la actividad es más eficiente (Grifell et al., 2002). 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 (Young et al., 1998), siendo más apropiados para situaciones habituales.

La retroalimentación implica el intercambio de información del paciente relevante para coordinar actividades asistenciales entre profesionales o unidades, mediante la supervisión directa o la utilización de mecanismos de adaptación mutua. Entre estos últimos se encuentran la comunicación informal, a través de diversos instrumentos (teléfono, correo, e-mail, reuniones informales, etc); los dispositivos de enlace que engloban, puestos de

Tabla 1.1. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg (1988) y Galbraith (1973)

Base de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación	Mecanismo de coordinación asistencial	
Programación	Normalización de habilidades	Sistema experto: métodos reflexivos, formación continua, alternativas a la consulta tradicional	
	Normalización de procesos de trabajo	GPG, mapas de atención, guías farmacológicas, planificación del alta; protocolos y circuitos para la referencia de pacientes; sistema de petición de citas compartido; sistema de planificación de acciones	
	Normalización de resultados	Mapas de atención Sistemas de control del rendimiento	
Retroalimentación	Supervisión directa	Gestor de programa o proceso asistencial	
	Comunicación informal	E-mail, correo, web, teléfono, reuniones informales	
	Adaptación mutua	Dispositivos de enlace	Grupos de trabajo: multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios
			Puestos de enlace: Gestor de casos; central de regulación
			Comités permanentes: Comité de gestión inter-niveles
		Directivo integrador: Director asistencial, director de ámbito transversal; director de área o distrito	
		Estructura matricial	
	Sistema de información	Hoja de referencia y contrarreferencia; informe de alta hospitalaria; historia clínica única/compartida	

Fuente: adaptado de Terraza *et al.* (2006).

enlace (profesionales sanitarios que canalizan la comunicación y aseguran la coordinación entre diferentes unidades, servicios o niveles asistenciales (Shortell *et al.*, 2000), grupos de trabajo, comités de trabajos permanentes y estructuras matriciales y por ultimo los sistemas de información vertical, basados en la comunicación formal (Galbraith, 1973).

Se observa en las últimas décadas la promoción de estrategias para gestionar la atención del paciente con necesidades complejas que requieren una colaboración estrecha entre distintos niveles asistenciales, que combinan varios de los instrumentos de coordinación analizados (Hill, 1998;

Qudah et al., 1998; Weiss, 1998). Las más extendidas son la gestión de casos (Meneu, 2006; Weiss, 1998), los programas de gestión de enfermedades (Meneu, 2006; Peiró, 2003; Pilnick et al., 2001) y la atención compartida (Smith et al., 2007).

Formas de analizar la coordinación de la atención. La coordinación de la atención entre niveles asistenciales ha sido poco analizada de forma comprehensiva, es decir, teniendo en cuenta los diferentes tipos, sus dimensiones y atributos (MacDonald et al., 2010). El análisis se realiza desde el punto de vista de los servicios. Unos estudios analizan algunas dimensiones o atributos mediante indicadores, mientras que otros los exploran a partir de la opinión de los profesionales por medio de estudios cualitativos o encuestas. Estos últimos tienden a centrarse en un tipo de pacientes (con cáncer, diabetes, problema de salud mental o final de la vida) o en un tipo de transición entre niveles, como el alta hospitalaria o del servicio de urgencias, o en un atributo concreto o un tipo de mecanismo de coordinación específico.

La mayoría de los instrumentos desarrollados se dirigen a evaluar alguna de sus dimensiones de forma cuantitativa, mediante la construcción de *indicadores*, basados en la revisión de registros o historias clínicas, y que reflejan distintas dimensiones de los tres tipos de coordinación. La evaluación puede centrarse en la estructura, los procesos o resultados de la coordinación, que a su vez pueden ser resultados inmediatos de las actividades de coordinación o resultados clínicos a corto o medio plazo.

Para evaluar la coordinación de la información, se analiza tanto la transferencia de información como su utilización por los profesionales para tomar decisiones clínicas. Para la coordinación de la gestión clínica, se estudia el seguimiento entre niveles: si se producen consultas de seguimiento, cómo fueron programadas, el tiempo desde el alta hospitalaria hasta la primera consulta de seguimiento y el número de consultas anuladas. La consistencia de la atención se centra en la existencia y el grado de adherencia de los profesionales a diferentes estrategias o mecanismos de coordinación asistencial, fundamentalmente a las guías de práctica clínica (GPC). La comparación de aspectos de la práctica clínica —tests en el momento del ingreso hospitalario; actividades preventivas, como el examen rutinario de pie en los diabéticos, control de la glucemia en diabéticos o la presión arterial (Peiró, 2003)— respecto del estándar

aconsejado permite conocer el grado en que estas recomendaciones son incorporadas en la práctica clínica diaria.

Desde el *punto de vista de los profesionales*, se analiza su opinión o experiencia de los distintos tipos de coordinación, indagando, por ejemplo, para la coordinación de la información, si se accede a la información clínica del paciente de los otros niveles asistenciales y la utiliza. Para la coordinación de la gestión clínica, si hay acuerdo con los diagnósticos, tratamientos e indicaciones terapéuticas del otro nivel de atención, si es atendido en el nivel apropiado a sus necesidades, así como los factores que influyen. Estos aspectos también han sido recientemente incorporados en el cuestionario COORDENA[®] (www.equity-la.eu), para su análisis mediante encuesta a los profesionales.

Continuidad de la atención

La continuidad asistencial se define aquí como “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal” (Reid et al., 2002). Reid *et al.* (2002) identifican tres tipos de continuidad en la atención: *de información*, o percepción del paciente de que la información de episodios anteriores (diagnósticos, exámenes de laboratorio, recomendaciones, historia clínica, etc.) está disponible y es utilizada para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales; *de la gestión clínica*, o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo; y *de relación*, que es la percepción del paciente de que existe una relación con un proveedor a lo largo del tiempo. Mientras que los dos primeros pueden ser analizatos entre niveles de atención, el último es intranivel, ya que se refiere a la interacción del paciente con un profesional determinado a lo largo del tiempo, por lo que solo puede ser analizado en un nivel, sea este atención primaria o secundaria. Cada tipo de continuidad consta de varias dimensiones (figura 1.3).

La continuidad de información engloba, por un lado, la *transferencia y utilización de información* que es la percepción del usuario de que cada proveedor tiene acceso a la información sobre la atención prestada con anterioridad y del curso de su enfermedad (Reid et al., 2002), así como su incorporación y utilización para el diseño y aplicación del tratamiento actual (Freeman et al., 2007). Por otro lado, el *conocimiento acumulado*

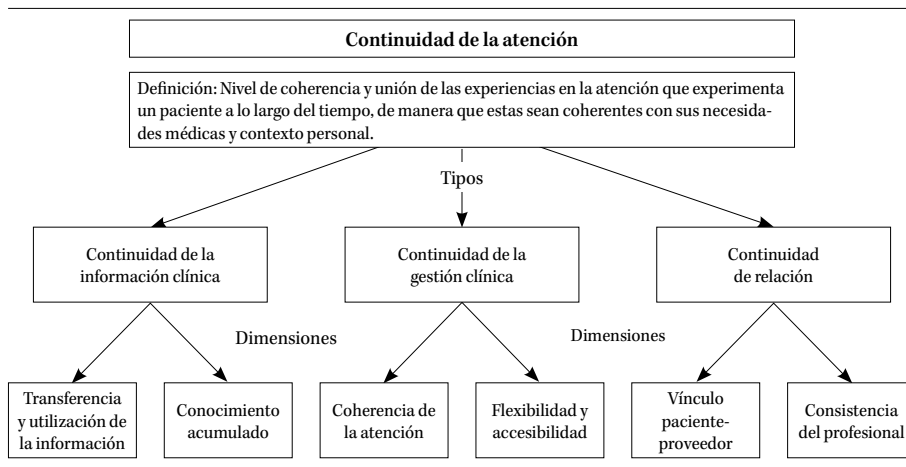


Figura 1.4. Definición, tipos y dimensiones de continuidad según la clasificación de Reid *et al.* (2002)

Fuente: adaptado de Letelier (2010).

es la percepción de que el proveedor conoce sus valores, preferencias, contexto social y mecanismos de apoyo, y que son tomados en cuenta en la planificación del tratamiento, para que sea el más adecuado para el paciente (Reid *et al.*, 2002). Se ha relacionado con el compromiso del paciente hacia el tratamiento (Freeman *et al.*, 2007).

La continuidad de gestión clínica incluye la *consistencia de la atención* o la percepción del paciente de que existe coherencia entre los objetivos y tratamientos de los diferentes proveedores que le atienden. Otra dimensión es la *flexibilidad* en los planes de atención, definida como la percepción del paciente de que su atención se adapta a los cambios de sus necesidades y circunstancias (Reid, 2002). Krogstad *et al.* (2002) define la continuidad de gestión clínica y de la información como continuidad ‘tras bastidores’ o *back stage continuity*. Algunos autores incluyen además la *accesibilidad entre niveles* (oportunidad y tiempo de espera) como una dimensión de la continuidad de la gestión clínica (Letelier, 2010).

La continuidad de relación incluye, por un lado, el *vínculo que se establece* entre el paciente y el proveedor de salud (Reid *et al.*, 2002), que se relaciona con el desarrollo de confianza y responsabilidad y por otro, la *consistencia del personal* (Haggerty *et al.*, 2002; Reid *et al.*, 2002; Rogers y Curtis, 1980), que es la percepción de ser atendido por el mismo proveedor. Krogstad *et al.* (2002) considera la continuidad de relación como

front stage o de primera línea, y que es altamente percibida y evaluada por el paciente.

Formas de medir la continuidad. Existen diferentes métodos e instrumentos para medir la continuidad. La mayoría se basa en aplicación de encuestas a los usuarios de los servicios, que suelen evaluar solo un tipo de continuidad, generalmente de relación para una patología determinada —generalmente patologías crónicas— y en un nivel de atención específico, generalmente atención primaria (Aller et al., 2013). Recientemente se han desarrollado tres cuestionarios que miden de forma comprehensiva la continuidad entre niveles de atención y abordan los tres tipos de continuidad, con algunas diferencias: el CCAENA (Letelier et al., 2010), validado para el contexto latinoamericano en este proyecto (García-Subirats et al., 2015), el Nijmegen Continuity Questionnaire (Uijen et al., 2010) y el desarrollado por Haggerty (2012). Así mismo, se utilizan métodos cualitativos para analizar los aspectos más relevantes para los usuarios, como paso previo a la construcción de un instrumento cuantitativo (Baker et al., 2005; Burkey et al., 1997; Guilliford et al., 2007) o para profundizar en la comprensión de la opinión de los usuarios, así como de los elementos contextuales que pueden influir (Waibel et al., 2012, 2015, 2016).

En *continuidad de la información* para evaluar la transferencia de la información desde la perspectiva del usuario, se pregunta a los pacientes si sus exámenes e historia clínica previos estaban disponibles cuando ellos se reunieron con el profesional, si el profesional era consciente de sus consultas previas, si los documentos anteriores estaban completos y fueron usados, y si los problemas identificados en visitas precedentes fueron seguidos (Flocke, 1997; Reid et al., 2002; Aller, 2013; Waiber, 2015, 2016). No se encuentran estudios que midan el *conocimiento acumulado* del paciente.

El análisis de *la continuidad de gestión clínica* ha sido menos desarrollado y se abordan diversas dimensiones, como la consistencia de la atención, preguntando a los pacientes si los médicos (de los distintos niveles) están de acuerdo con los diagnósticos, tratamientos e indicaciones; si repiten la pruebas realizadas por los médicos del otro nivel, si se comunican entre ellos, si el especialista les refiere para seguimiento en el primer nivel o el médico de atención primaria les refiere al especialista cuando es necesario. En relación con la accesibilidad, si los tiempos de espera tras la derivación son largos (Aller et al., 2013; Waibel et al., 2015, 2016).

La *continuidad de relación* ha sido objeto de mayor atención y se analiza mediante el vínculo entre el proveedor y el paciente o la duración de esta relación. El *sentimiento de pertenencia (affiliation)* es la dimensión más utilizada para analizar la continuidad de relación, principalmente en atención primaria, donde se les pregunta a los pacientes si tienen un médico asignado (Flocke, 1997; Reid et al., 2002). Muchas de las evaluaciones de continuidad de relación miden la *cronología del contacto* entre los pacientes y los proveedores de salud en el tiempo (Reid et al., 2002; Saultz, 2003), evaluando la duración de la relación entre el profesional y el paciente, o la concentración y secuencia de atención de los diferentes proveedores.

Equidad de acceso

En la literatura existe una variedad de aproximaciones al concepto de equidad (Aday y Andersen, 1981). Las tres definiciones más frecuentes basadas en el igualitarismo son: igualdad de tratamiento o igualdad de acceso para igual necesidad, e igualdad en salud (Vargas et al., 2002). Estas definiciones indican que la atención en salud es equitativa si se distribuye según las necesidades en salud y no en función de otras variables, como la renta, género, etnia o residencia geográfica (Aday y Andersen, 1981). Las variaciones en el uso de los servicios debido a la disponibilidad de recursos, su organización o características de los individuos indican una distribución no equitativa de la atención en salud. Muchos estudios empíricos aplican el concepto de igual tratamiento para igual necesidad como medida de equidad en el acceso (Aday y Andersen, 1981; Le Grand, 2004; Wagstaff et al., 1992). La aproximación de Le Grand para medir las inequidades en el acceso compara el tratamiento médico (medido, por ejemplo, a partir del nivel de gastos médicos) recibido por un grupo de personas con unas determinadas características socioeconómicas, con el nivel de necesidades correspondiente (medido, por ejemplo, a partir de las necesidades percibidas) (Le Grand, 2004).

Eficiencia

En términos generales, eficiencia se refiere al mejor uso de los recursos escasos. Habitualmente, se distinguen dos tipos: la eficiencia técnica y la asignativa (Jacobs et al., 2006; Mills, 1995; Palmer y Torgerson, 1999;

Peñaloza-Ramos, 2003; Sennett y Starkey, 2006). La *eficiencia técnica* evalúa si un bien o servicio se produce empleando la combinación menos costosa de *inputs* (recursos). La opción técnicamente eficiente es aquella que se encuentra en la frontera técnica de producción, es decir, cuando no se puede obtener un *output* más elevado a un determinado nivel de calidad, con un *input* determinado de recursos (Sennett y Starkey, 2006). Algunos autores (Hollingsworth y Peacock, 2008) distinguen, dentro de esta, la *eficiencia productiva*, definida como aquella opción que usa una combinación óptima de recursos de forma que no se puede obtener un mayor *output* de una calidad específica a un costo determinado de recursos. La evaluación de la eficiencia técnica de servicios de salud, RISS, etc., puede ser compleja cuando se comparan entornos diferentes: servicios con diferente accesibilidad, con distinta calidad asistencial, etc.

La *eficiencia asignativa* evalúa si la combinación de bienes y servicios producidos es la que más valora la sociedad. Por ejemplo, la decisión de asignar recursos en la gestión de los servicios o en la atención a la salud, en el primer nivel de atención o en cuidados hospitalarios, en la prevención de los accidentes infantiles o en mejorar el tratamiento del asma infantil, etc. Se alcanza cuando no existe una asignación alternativa de recursos que pueda mejorar la salud de alguien sin que al menos otra empeore. Por lo tanto, la eficiencia técnica evalúa si los servicios se han proporcionado al menor coste (*doing things right*), una vez que ya se decidió qué servicio o intervención se va a dar (Xingzhu, 2003). La eficiencia asignativa, no obstante, evalúa qué servicio o intervención se debe proporcionar, no cómo debe realizarse (*doing the right things*) (Shiell et al., 2002). La eficiencia asignativa implica eficiencia técnica, pero no al contrario.

En este libro se aplica el marco descrito para analizar el acceso a la atención, la coordinación y continuidad asistenciales, desde el punto de vista de los actores principales y de los registros clínicos de las redes de servicios de salud, casos de estudio.

Otros resultados de la investigación, relativos a equidad, niveles de acceso y continuidad, han sido publicados en diversos artículos (p. 389).