

VI. Anexos

B. Glosario

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Maria Rejane Ferreira da Silva
Jean-Pierre Unger
Pierre de Paepe
(eds.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. Glosario. In: *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 381-387. 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-9789587388121-28.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/).

B. Glosario

Acción de tutela: mecanismo jurídico que busca proteger los derechos constitucionales fundamentales de los individuos cuando han sido vulnerados o amenazados por la acción u omisión de una autoridad pública.

Atención pertinente: es la que resulta conveniente a las condiciones y circunstancias, según las necesidades del paciente.

Atención especializada/II nivel de atención/media complejidad: se ocupa de la resolución de problemas de salud más complejos, derivados del I nivel de atención y que requieren de profesionales especializados. La atención se dispensa en dos tipos de centros: ambulatorio u hospitalario.

Atención integrada: cuando la coordinación asistencial alcanza su grado máximo, se considera que la atención está integrada.

Atención médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los pacientes.

Atención básica o I nivel de atención: se define como la puerta de entrada o el I nivel de contacto del usuario con el sistema sanitario. Se caracteriza por la capacidad de resolver los problemas más frecuentes, la accesibilidad, la integralidad y longitudinalidad o contacto a lo largo del tiempo.

Atención sociosanitaria/larga estancia/cuidados paliativos/convalescencia: son los servicios que dan atención a colectivos en situación de dependencia, como los enfermos de cuidados paliativos y de convalecencia, o bien las personas con alguna discapacidad.

Conciliación/reconciliación de los tratamientos: ajuste de la medicación para evitar la incompatibilidad medicamentosa.

Coordinación: acción de coordinar. Concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común.

Coordinación asistencial: es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, administrando los posibles conflictos. Se centra en la interacción entre proveedores. Se distinguen tres tipos de coordinación: *coordinación de la información, de la gestión clínica y la administrativa.*

Coordinación de la información: es la transferencia entre niveles de atención y uso de información de episodios anteriores y situación biopsicosocial para la atención actual al paciente. La manera en la que los profesionales se transmiten la información es importante para unir los eventos anteriores con los actuales y para adaptar la atención a las necesidades de los pacientes. Está definida por dos dimensiones: la *transferencia* es el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos niveles que participan en su atención, tanto mediante mecanismos formales como con el uso de canales de comunicación informal. Y la *utilización* de la información, es decir, su uso para 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.

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 niveles de atención y servicios que participan. Se define a partir de tres dimensiones, la coherencia de la atención (aproximaciones similares entre los profesionales de diferentes niveles), la accesibilidad entre niveles (provisión sin interrupciones) y el seguimiento adecuado del paciente entre niveles (en las transiciones de un nivel asistencial a otro).

Coordinación administrativa: es la coordinación del acceso del paciente a lo largo del continuo asistencial de acuerdo con sus necesidades. Sus atributos incluyen la existencia de mecanismos para la coordinación administrativa (centrales de referencia), la referencia admi-

nistrativa del paciente a la unidad adecuada dada sus necesidades y la programación de la consulta, prueba, etc.

Consistencia (o coherencia) de la atención: subdimensión de la coordinación de la gestión de la atención, implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales del I nivel de atención y la especializada, o distintas especialidades que prestan atención a un paciente.

Continuidad asistencial o de la atención: el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo. Se distinguen tres tipos de continuidad: información, gestión clínica y de relación.

Continuidad de la información: es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias. Implica la conexión de elementos separados de la atención a lo largo del tiempo.

Continuidad de la gestión clínica: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

Continuidad de relación: es la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores.

Continuo asistencial o de la atención: abarca la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, o, lo que es lo mismo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación.

Calidad de la atención: el grado en el cual los servicios de salud que proporcionan atención a los individuos y a la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento científico actual.

Efectividad: definida como dimensión de la calidad a nivel poblacional, se refiere a la provisión de servicios basados en el conocimiento científico para todos aquellos que se pueden beneficiar, absteniéndose aquellos que no se beneficiarían. A nivel individual, se denomina eficacia, y es el grado en el que la atención se provee de manera correcta, dado el

estado actual del conocimiento, para lograr los resultados deseados o previstos para el paciente.

Eficiencia: se refiere al mejor uso de los recursos escasos. Generalmente, se distinguen la *eficiencia técnica*, que se refiere a si un bien o servicio se produce empleando la combinación menos costosa de *inputs* (recursos), de la *eficiencia asignativa o distributiva*, que evalúa si la combinación de bienes y servicios producidos es la que más valora la sociedad.

Equidad: se basa en la noción de justicia social. En contexto de la prestación sanitaria, desde la óptica igualitarista, se definen tres aspectos: igual tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud.

Estrategia: un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo con los recursos necesarios para lograr un determinado fin o un objetivo deseado.

Eventos/patologías trazadoras: (diabetes mellitus de tipo 2 y cáncer de mama). En el Equity-LA, son las enfermedades que se utilizan en el estudio para profundizar en el análisis del desempeño de las redes de servicios de salud.

Gerente/directivo: se aplica a la persona, órgano de una entidad, etc., que tiene como función dirigir. Se aplica también a las personas que forman parte de una junta directiva.

Gestión de casos (GC): provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente. Se centra en pacientes individuales considerados a riesgo. Se basa en la figura del gestor de casos, quien coordina la atención a lo largo del continuo asistencial para alcanzar los resultados clínicos y económicos deseados.

Glosa: es una objeción a una cuenta de cobro presentada por una institución prestadora de servicios de salud, originada por la inconsistencia detectada en la revisión de la factura y de su respectivo soporte por parte de la entidad responsable del pago y que debe ser aclarada o corregida por el prestador de servicios de salud.

Guías farmacológicas compartidas entre niveles asistenciales: conjunto de recomendaciones farmacológicas que contemplan las indicaciones del tratamiento, detalle de la dosis, efectos secundarios, etc.

Sólo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Guías de práctica clínica/Linha de cuidados: son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud. Solo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Grupo de trabajo: comité de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos, de los cuales son mutuamente responsables. Sólo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Historia clínica: es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona que realizan los profesionales sanitarios a lo largo del proceso asistencial.

Hoja/formulario de referencia y contrarreferencia: es el instrumento que se utiliza para transferir información entre los niveles de atención, en el que el profesional que envía consigna la información del paciente pertinente para el profesional que lo recibe.

Integración asistencial o de la atención: cuando la coordinación asistencial alcanza su grado máximo, se considera que la atención está integrada.

Intervención: acción y efecto de intervenir de manera activa. Es una acción programada y justificada, que se realiza sobre un colectivo o individuo, con el fin de mejorar su situación.

Mapas de atención, trayectorias clínicas o protocolos: son planes de gestión de la atención que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que serán necesarias llevar a cabo por los profesionales para alcanzar los objetivos en un tiempo determinado. Solo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Mecanismos de coordinación asistencial de la atención: son los medios con los que las organizaciones coordinan su trabajo asistencial. Dependiendo de la forma de coordinación en la que se basan, se distinguen dos tipos fundamentales: de *normalización o estandarización*, en los que se alcanza la coordinación especificando de antemano procesos, resultados o habilidades; y mecanismos de *adaptación mutua*, que coordinan el trabajo estimulando el contacto entre los individuos involucrados directamente en el proceso, en situaciones en las que resulta muy complicado planificar de antemano.

Planificación del alta hospitalaria: es un caso particular del mapa de atención en el momento del alta.

Población de referencia: (sinónimo Arg/Uy: población adscrita) población sobre cuya atención en salud es responsable el servicio de salud.

Programas de gestión de enfermedades (PGE): es un modelo de gestión clínica compartida que consiste en un conjunto coordinado de información e intervenciones sanitarias para poblaciones con diagnósticos específicos. Los PGE se dirigen a enfermedades con elevada prevalencia, que requieran de atención intensiva o de elevado coste. Estos programas facilitan que los profesionales se pongan de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención.

Profesionales de salud: todos aquellos que intervienen en la atención del paciente en los distintos niveles asistenciales (médicos generalistas, médico de familia, especialistas, médicos internistas, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, etc.).

Proveedores/prestadores de servicios: son los responsables de la producción de servicios de salud a partir de la gestión de los recursos financieros, humanos y materiales de los que dispone el proveedor o prestador, o le son asignados desde otra instancia.

Puesto de enlace: se trata de un mecanismo de adaptación mutua que consiste en un profesional que hace de nexo para coordinar el trabajo entre dos o más niveles asistenciales. Ej.: enfermera de enlace.

Redes integradas de servicios de salud: conjunto de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de servicios a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población.

Referencia y contrarreferencia de los pacientes/derivación/transferencia/remisión/interconsulta: es un procedimiento de coordinación entre niveles asistenciales, que permite realizar un direccionamiento del paciente —adecuado según su perfil o debido a la prioridad/urgencia de su caso, o bien por las competencias del profesional— a otro nivel asistencial para recibir atención.

Seguimiento del paciente: se trata de una dimensión de la coordinación de la gestión de la atención y hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por parte del I nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista).

Sistema experto o métodos reflexivos: constituido por estrategias de capacitación continuada que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos y, de esta manera, a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. También se conocen como métodos reflexivos de capacitación. Ej.: visita conjunta, sesiones clínicas conjuntas, programas de formación continua, supervisión capacitante, etc.

Sistema de información clínica integrado: sistema mediante el cual se une a los pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial. Incluye el sistema integrado de registros clínicos, herramientas de soporte a la decisión clínica y el sistema de análisis de información de resultados, que da soporte a la práctica médica.

Transferencia de información: como una dimensión de la coordinación de la información, se refiere al intercambio de información clínica y biopsicosocial sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales e o comunicación informal.

Unidades operativas: o dispositivos de atención que constituyen la red de servicios. Ej.: los centros de atención primaria, los hospitales, centros sociosanitarios, centros de salud mental, laboratorio de referencia.

Usuarios de los servicios de salud: individuos que utilizan el sistema salud.

Utilización de la información: dimensión de la coordinación de la información, se define como 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.