

Master en Salud Pública

UPF 2002-04

TESINA

COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD:

Un marco para el análisis

Rebeca Terraza Núñez

Directora de Tesina: Ingrid Vargas Lorenzo

Codirectora de Tesina: M^a Luisa Vázquez

Barcelona, 2 de julio de 2004

Índice

Resumen	5
Resum	7
Abstract.	9
1. Introducción.	11
1.1. Antecedentes.	11
1.2. Justificación.	17
1.3. Objetivos	19
1.4. Limitaciones del estudio	19
1.5. Bibliografía	20
2. Artículo: <u>Coordinación y continuidad: un marco para el análisis</u>	22
2.1. Resumen	23
2.2. Abstract	24
2.3. Introducción	25
2.4. Métodos	27
Estrategias de búsqueda	27
Fuentes de datos	27
Criterios de selección.	27
Plan de análisis.	28
2.5. Resultados y discusión.	29
¿Qué entendemos por coordinación en la asistencia sanitaria?	29
Un marco conceptual para los mecanismos de coordinación asistencial	30
Aplicación del marco conceptual a los sistemas sanitarios	31
¿Cómo se puede medir la coordinación?	38
¿Qué entendemos por continuidad en la asistencia?	39
¿Qué mecanismos existen para mejorar la continuidad en la asistencia sanitaria?	42
¿Cómo podemos medir la continuidad en la asistencia?	43
¿Qué relación existe entre coordinación y continuidad asistencial?	43

Coordinación y continuidad de la asistencia en las organizaciones sanitarias integradas	44
2.6. Conclusiones	46
2.7. Agradecimientos	47
2.8. Bibliografía	48
2.9. Tablas y figuras	54
Anexo 1. Definiciones de coordinación de la asistencia	58
Anexo 2. Instrumentos de coordinación de la atención.	59
Anexo 3. Definiciones de continuidad asistencial	64
Anexo 4. Medidas de continuidad de la asistencia	78

RESUMEN

Introducción. La escasa coordinación entre proveedores de salud es un problema que afecta a todos los sistemas sanitarios, incluido el español. La importancia del problema se refleja en las numerosas intervenciones que se han implementado para abordarlo: por ejemplo, a nivel de políticas, la promoción de redes integradas de servicios de salud, en Cataluña; o, a nivel de los proveedores, el desarrollo de múltiples estrategias y mecanismos para mejorar la articulación de niveles (sistemas de información integrados, programas de gestión de enfermedades, guías de práctica clínica, etc.).

Las revisiones conceptuales que se han realizado resultan escasas y carecen de una aproximación global. La mayoría de los artículos que abordan este tema se centran en analizar cuáles son las causas y las consecuencias de la ausencia de coordinación, o bien en describir un mecanismo o estrategia para mejorar la coordinación asistencial. La abundancia de estrategias y mecanismos de coordinación que se están implantando requieren una sistematización y clasificación que ayude a utilizarlos en el contexto adecuado.

En la revisión bibliográfica surgió un nuevo aspecto a tener en cuenta, la continuidad asistencial. En primer lugar, en los diferentes artículos las palabras coordinación y continuidad en la asistencia se usaban indiscriminadamente, sin saber realmente que se entendía por cada concepto, pues eran escasos los artículos que las definían explícitamente. En segundo lugar tampoco quedaba claro como se relacionaban la coordinación y la continuidad asistencial, si la continuidad era un requisito para la coordinación (para que exista coordinación antes debe existir continuidad) o bien su resultado (no existe continuidad a menos que el sistema esté coordinado).

Esta tesina está enmarcada en el estudio "Estudio de organizaciones sanitarias integradas" desarrollado por el "Consorti Hospitalari de Catalunya". Dado que uno de los objetivos de la integración de proveedores es la coordinación de los diferentes servicios de salud con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial, surge la necesidad de elaborar una revisión conceptual de todo lo que a coordinación y continuidad se refiere.

Objetivo. Desarrollar un marco teórico para la descripción y el análisis de la coordinación y de la continuidad en la atención del paciente en los servicios sanitarios.

Métodos. Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y el análisis narrativo de la literatura científica sobre coordinación asistencial. Los aspectos que se han

tenido en cuenta en el análisis han sido: definición de coordinación, de continuidad y sus dimensiones respectivas; mecanismos para mejorar la coordinación y la continuidad asistencial y los indicadores para medirlas, la relación existente entre coordinación y continuidad y sus implicaciones en las organizaciones sanitarias integradas. Para el análisis de los mecanismos de coordinación se aplicó el marco teórico desarrollado por Mintzberg (1988) y Galbraith (1973).

Resultados y discusión. La coordinación asistencial se define como la conexión de los diferentes servicios que son necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Existen diversos grados de coordinación y se considera que en su grado máximo, la atención está integrada. La continuidad asistencial es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y consiste en el nivel de coherencia y unión de las experiencias en la atención de un paciente a lo largo del tiempo, que se logra cuando el paciente percibe que la atención está coordinada. En los últimos años, y como consecuencia de la presión creciente para contener los costes, los proveedores sanitarios han comenzado a estandarizar los procesos y resultados asistenciales. No obstante, en situaciones de incertidumbre, elevada especialización y/o interdependencia entre las actividades para atender al paciente, las organizaciones deberían utilizar estrategias de coordinación basadas en la adaptación mutua. Existen diferentes tipos de continuidad: información, relación y gestión; que tienen un énfasis diferente según la disciplina. La continuidad de relación es la que más se ha desarrollado, en cuanto a efectos, indicadores,... debido a que es la más enfatizada en atención primaria.

Conclusiones. La coordinación y la continuidad son resultado de procesos complejos en los que inciden diversos elementos, como el grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las actividades. No existe una combinación ideal mecanismos de coordinación, sino que habrá que adaptarlos de acuerdo a las circunstancias y necesidades. El desarrollo de indicadores para coordinación, para la continuidad de información y de gestión es insuficiente. No permiten la comparación entre organizaciones, ni como tienen en cuenta pacientes con necesidades diferentes.

RESUM

Introducció. L'escassa coordinació entre proveïdors de salut és un problema que afecta a tots els sistemes sanitaris, inclòs l'espanyol. La importància del problema es reflecteix en les nombroses intervencions que s'han implementat per a abordar-lo: per exemple, a nivell de polítiques, la promoció de xarxes integrades de serveis de salut, a Catalunya; o, a nivell dels proveïdors, el desenvolupament de múltiples estratègies i mecanismes per a millorar l'articulació de nivells (sistemes d'informació integrats, programes de gestió de malalties, guies de pràctica clínica, etc.).

Les revisions conceptuals que s'han realitzat resulten escasses i manquen d'una aproximació global. La majoria dels articles que aborden aquest tema es centren en analitzar quines són les causes i les conseqüències de l'absència de coordinació, o bé en descriure un mecanisme o estratègia per a millorar la coordinació de l'assistència. L'abundància d'estratègies i mecanismes de coordinació que s'estan implantant requereixen una sistematització i classificació que ajudi a utilitzar-los en el context adequat.

En la revisió bibliogràfica va sorgir un nou aspecte a tenir en compte, la continuïtat en l'assistència. En primer lloc, en els diferents articles les paraules coordinació i continuïtat en l'assistència s'usaven indiscriminadament, sense saber realment que s'entenia per cada concepte, doncs eren escassos els articles que les definien explícitament. En segon lloc tampoc quedava clar com es relacionaven la coordinació i la continuïtat, si la continuïtat era un requisit per a la coordinació (perquè existeixi coordinació abans de existir continuïtat) o bé el seu resultat (no existeix continuïtat a menys que el sistema estigui coordinat).

Aquesta tesina està emmarcada en l'estudi "Estudi d'organitzacions sanitàries integrades" desenvolupat pel Consorci Hospitalari de Catalunya. Atès que un dels objectius de la integració de proveïdors és la coordinació dels diferents serveis de salut amb la finalitat de garantir la continuïtat assistencial, sorgeix la necessitat d'elaborar una revisió conceptual de tot el que a coordinació i continuïtat es refereix.

Objectiu. Desenvolupar un marc teòric per a la descripció i l'anàlisi de la coordinació i de la continuïtat en l'atenció del pacient en els serveis sanitaris.

Mètodes. Es va realitzar una revisió sistemàtica de la bibliografia, a través de la recerca exhaustiva i l'anàlisi narratiu de la literatura científica sobre coordinació assistencial. Els aspectes que s'han tingut

en compte en l'anàlisi han estat: definició de coordinació, de continuïtat i les seves dimensions respectives; mecanismes per a millorar la coordinació i la continuïtat assistencial i els indicadors per a mesurar-les, la relació existent entre coordinació i continuïtat, i les seves implicacions en les organitzacions sanitàries integrades. Per a l'anàlisi dels mecanismes de coordinació es va aplicar el marc teòric desenvolupat per Mintzberg (1988) i Galbraith (1973).

Resultats i discussió. La coordinació assistencial es defineix com la connexió dels diferents serveis que són necessaris per a atendre al pacient al llarg del continu assistencial, de manera que es sincronitzin i s'arribi a un objectiu comú sense que es produeixin conflictes. Existeixen diferents graus de coordinació i es considera que en el seu grau màxim, l'atenció està integrada. La continuïtat assistencial és el resultat de la coordinació des de la perspectiva del pacient i consisteix en el nivell de coherència i unió de les experiències en l'atenció d'un pacient al llarg del temps, que s'aconsegueix quan el pacient percep que l'atenció està coordinada. En els últims anys, i com a conseqüència de la pressió creixent per a contenir els costos, els proveïdors sanitaris han començat a estandarditzar els processos i resultats assistencials. No obstant, en situacions d'incertesa, elevada especialització i/o interdependència entre les activitats per a atendre al pacient, les organitzacions haurien utilitzar estratègies de coordinació basades en l'adaptació mútua.

Existeixen diferents tipus de continuïtat: informació, relació i gestió; que tenen una èmfasi diferent segons la disciplina. La continuïtat de relació és la qual més s'ha desenvolupat, quant a efectes, indicadors,... degut al fet que és la més emfatitzada en l'atenció primària.

Conclusions. La coordinació i la continuïtat són resultat de processos complexos en els quals incideixen diversos elements, com el grau d'incertesa, especialització i interdependència de les activitats. No existeix una combinació ideal mecanismes de coordinació, sinó que caldrà adaptar-los d'acord a les circumstàncies i necessitats. El desenvolupament d'indicadors per a coordinació, per a la continuïtat d'informació i de gestió és insuficient. No permeten la comparança entre organitzacions, ni com tenen en compte pacients amb necessitats diferents.

ABSTRACT

Introduction. The scarce coordination among providers of health is a problem that affects to all the healthcare systems, included the Spanish national health system. The importance of the problem is reflected in the numerous interventions that have been implemented to undertake it: for example, to level of politics the promotion of networks integrated of services of health, in Catalonia; or, to level of the providers, the development of multiple strategies and mechanisms to improve the articulation of levels (systems of information integrated, illnesses management programs, guides of practical clinic, etc.). The conceptual revisions that have been carried out turn out to be scarce and lack of a global approximation. The majority of the articles that undertake this theme are centred in analysing which are the causes and the consequences of the absence of coordination, or well in describing a mechanism or strategy to improve the welfare coordination. The abundance of strategies and mechanisms of coordination that are being established require a systematisation and classification that help to utilize them in the adequate context. In the bibliographical revision a new aspect arose to keep in mind, the welfare continuity. In the first place, in the different articles the words coordination and continuity in the aid were used indiscriminately, without knowing really that was understood for each concept therefore they were scarce the articles that defined them explicitly. In second place did neither remain clear as they were related the coordination and the welfare continuity, if the continuity was a requirement for the coordination (so that coordination exist before should exist continuity) or well its turned out (does not exist continuity unless the system be coordinated). This work is framed in the study "Estudi d'organitzacions Sanitaries Integrades" developed by the "Consorti Hospitalari de Catalunya". It given that one of the objectives of the integration of suppliers is the coordination of the different services of health with the purpose to guarantee the welfare continuity, the need to devise arises a conceptual revision of everything that to coordination and continuity refers.

Objective. To develop a theoretical framework for the description and the analysis of the coordination and of the continuity in the attention of the patient in the sanitary services.

Methods. A systematic revision was carried out of the bibliography, through the exhaustive search and the narrative analysis of the scientific literature on welfare coordination. The aspects that have kept in mind itself in the analysis have been: definition of coordination, of continuity and its respective dimensions; mechanisms to improve the coordination and the welfare continuity and the indicators to

measure them, the existing relation among coordination and continuity and its implications in the sanitary organizations integrated. For the analysis of the mechanisms of coordination applied the theoretical framework developed by Mintzberg (1988) and Galbraith (1973).

Results and discussion. The welfare coordination is defined like the connection of the different services that are necessary to attend al patient along the continuous welfare one, so that they be synchronized and a common objective be reached without conflicts be produced. Diverse degrees of coordination exist and is considered that in its most maximum degree, the attention is integrated. The welfare continuity is the result of the coordination since the perspective of the patient and consists of the level of coherence and union of the experiences in the attention of a patient through the years the one that is achieved when the patient perceives that the attention is coordinated. In recent years, and as a result of the growing pressure to contain the prices, the sanitary suppliers have begun to standardize the processes and welfare results. Nevertheless, in situations of uncertainty, high specialization and/or interdependency among the activities to attend al patient, the organizations should utilize strategies of coordination based on the mutual adaptation. Different types of continuity exist: information, relation and management; that have a different emphasis according to the discipline. The continuity of relation is the one that more has developed, as for effects, warning, ... due to that is the most emphasized one in primary attention.

Conclusions. The coordination and the complex processes results continuity in which impact diverse elements, as the degree of uncertainty, specialization and interdependency of the activities. Not an ideal combination exists mechanisms of coordination, but there will be that to adapt them according to the circumstances and needs. The development of indicators for coordination, for the continuity of information and of management is insufficient. Do not they permit the comparison among organizations, neither as keep in mind patient with different needs.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

Para nadie es desconocido el significado de coordinar en general, sin embargo, palabras como integración, cooperación, colaboración y continuidad se utilizan de manera indiscriminada para designar esta acción. Un ejemplo lo encontramos en estas dos definiciones, en la primera definen coordinación en salud como la “integración de los servicios relacionados con la salud independientemente del lugar donde se reciben”¹ y en la segunda nos definen integración como la “coordinación de funciones y actividades entre unidades operativas”², entonces, si integrar es coordinar y coordinar es integrar ¿qué significa realmente coordinar?

MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA

Antes de entrar de lleno en el tema de la coordinación entre proveedores de asistencia sanitaria, debemos empezar por centrar los puntos críticos en los que es necesaria la coordinación. Para ello recordaremos en primer lugar los modelos de atención presentes en los sistemas sanitarios, para determinar qué tipos de relación pueden establecerse entre los proveedores.

La mayoría de sistemas sanitarios se organizan agrupando sus recursos y actividades en niveles asistenciales, un nivel primario (atención primaria) y un nivel especializado (atención especializada)³, con el objetivo de que la atención se preste en el nivel más adecuado de atención⁴. En cada nivel asistencial existe una relación inversa entre accesibilidad y complejidad tecnológica³. La atención primaria tiene una elevada accesibilidad y, por tanto, una baja complejidad tecnológica mientras que ocurre lo contrario en la atención especializada. Los límites entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) aunque en teoría están delimitados, no ocurre así en la práctica.

La atención primaria constituye el primer nivel de atención, y su cometido es ocuparse de la resolución de los problemas más frecuentes en la población y de las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades³. El médico de familia (MF) utiliza el método hipotético deductivo, su principal herramienta diagnóstica es el tiempo, y su medio diagnóstico es el tratamiento, que es un medio considerado coste-efectivo⁵.

La atención especializada concentra los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad, que, si no se concentran tienen una baja eficiencia³. Los médicos son expertos en una especialidad clínica y adoptan el papel de consultores y de realizadores de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados⁶. El médico de atención especializada brinda aptitudes basadas en el hospital, fruto de su experiencia, sus expectativas y orientaciones⁷.

La diferencia en los modelos asistenciales de los diferentes sistemas de salud estriba en como se articulan estos niveles. Países como Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Irlanda, Noruega, Portugal y el Reino Unido, plantean la atención primaria como la base que sustenta el sistema sanitario. Con la conferencia de Alma Ata, la atención primaria pasa a ser el eje integrador de los procesos asistenciales⁸, y asume el papel de puerta de entrada y filtro del sistema^{6:9}. Esto significó dotar al sistema sanitario de una fuerte infraestructura en atención primaria de manera que se aumente la equidad (porque se centra en encontrar y tratar las necesidades en salud de la población), la eficacia (se delega la provisión de atención al nivel más formado y con más experiencia para tratar un problema determinado) y eficiencia de los servicios sanitarios (los servicios están organizados en el nivel más apropiado para tratar)¹⁰. En este tipo de modelo existe un lugar estable para las historias de los pacientes; un lugar a partir del cual se integran los servicios, ya que el médico de atención primaria tiene la función de gestor de casos^{1:6}; un conocimiento ganado de una relación continua; y un medio por el que se puede desarrollar la actividad preventiva¹¹.

Otros países que no basan su sistema sanitario en la atención primaria, es decir, con una AP débil son EEUU, Alemania occidental, Bélgica, Francia y en menor medida Australia¹¹. El acceso a servicios especializados, en estos países no está restringido¹¹. Los pacientes pueden acudir al médico que quieran y donde quieran.

El sistema sanitario español, que como ya se ha mencionado pertenece al primer grupo, se estructura en dos niveles asistenciales en los que el médico de familia tiene la función de puerta de entrada y gestor de casos⁶, manteniendo la responsabilidad principal del paciente y el especialista es la figura del consultor y realizador de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados⁶. Los equipos de atención primaria deben desarrollar su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otros niveles¹².

Sea cual sea el punto por donde los pacientes entren en contacto con el sistema sanitario lo que está claro es que las necesidades de un paciente no pueden resolverse por un solo proveedor, con lo que la necesidad de coordinación es común en todos los sistemas sanitarios, incluido el español.

ESCENARIOS DE COORDINACIÓN

Independientemente del modelo asistencial tanto los profesionales como los pacientes tienen una visión de los sistemas sanitarios como compartimentos aislados que están obligados a relacionarse³. El tipo de relaciones depende de quién tiene la responsabilidad del paciente, la duración de la provisión o del tipo de proceso. En la *consulta informal*, el médico de AP pide la opinión a un colega sin que ésta sea vinculante y se realiza a través de una conversación telefónica, relación de amistad,...¹³. En la *consulta formal*, el consultor debe tener contacto directo con el paciente o la familia, la relación con el consultor es más contractual. Se da mediante un documento que incluye todos los datos pertinentes al paciente¹³ y en el que el médico especialista contesta una serie de recomendaciones o un resumen de la asistencia prestada, así como las instrucciones para que se pueda reanudar la atención continuada del paciente¹.

En la *provisión paralela* la división del trabajo es clara y cada nivel se ocupa de un problema concreto, sin que exista un flujo entre ambos. Esta situación la encontramos entre especialistas cuando atienden a pacientes con pluripatologías, nadie asume la responsabilidad global del paciente, resultando en una provisión fragmentada. Otro modo sería la *coprovisión* de la atención que implica que los profesionales compartan la responsabilidad de un paciente concreto, es una relación no jerárquica aunque el profesional que está al mando del tratamiento puede variar dependiendo del problema, el médico de familia mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para que sea atendido por un problema específico¹³.

Dentro de la coprovisión también encontramos las situaciones en las que el paciente es enviado para que reciba atención integral durante un periodo de tiempo determinado (intervención quirúrgica, hospitalización), cuando un paciente es atendido por distintos miembros de un equipo de profesionales dentro de un servicio generándose distinta información sobre él en distintos puntos¹.

Los retos en la coordinación en estos escenarios dependerán de lo complicadas que sean las necesidades de los pacientes, del punto de entrada que decidan los pacientes, a través de atención primaria o directamente a los servicios de urgencias.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE COORDINACIÓN

Aunque la coordinación entre niveles es imprescindible para dar una respuesta integral, de calidad y satisfactoria a las necesidades del ciudadano⁶ a lo largo del continuo asistencial, en la práctica esto no es así. No es nuestro objetivo detallar, una por una, cuales son las causas y consecuencias de la ausencia de coordinación. Las causas más descritas en la literatura^{4;6;9;13-19} pueden atribuirse al sistema, a los propios médicos o a los pacientes. En la tabla 1 tenemos una pequeña muestra de estas causas según quien sea el actor implicado.

Tabla 1. Principales causas de la ausencia de coordinación

CAUSAS DE LA AUSENCIA DE COORDINACIÓN		
Factores del sistema	Médicos	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> · Objetivos distintos en AP y AE · AP acceso limitado a pruebas complementarias · Estructuras organizacionales distintas · Estructuras jerárquicas diferentes · Unidades de gestión distintas · Falta de estímulo y motivación profesional · Escasa planificación en el acceso a los servicios sociosanitarios · Retención de pacientes en circuitos hospitalarios 	<ul style="list-style-type: none"> · Desconocimiento mutuo entre niveles · Ausencia de protocolos y guías de práctica clínica · Desatención mutua entre los niveles · Desconfianza en AP por parte de AE · Sentir residual y rancio que la ciencia solo existe en un nivel · Inexistencia de canales de comunicación eficaces entre niveles · Escasa información clínica sobre un mismo paciente · No conciencia de la corresponsabilidad en la utilización de recursos · Falta de comunicación y diálogo · Falta de unificación de criterios 	<ul style="list-style-type: none"> · Uso inapropiado de los servicios de urgencia · Masificación de la demanda asistencial ⇒ presión asistencial creciente · Idealización de la tecnología del hospital

Fuente: elaboración propia

A grandes rasgos podemos decir que los sistemas de salud ofrecen pocos incentivos para la coordinación de niveles, ya que los dos niveles son como dos compartimentos que pocas cosas tienen en común, tienen diferentes maneras de organizarse (AP estructura matricial y AE decisiones conjuntas entre profesionales), estructuras jerárquicas distintas, objetivos distintos y en ocasiones contrapuestos. Por lo que respecta a los médicos, parece que hay un desconocimiento de la AP desde AE, durante su formación los especialistas no pasan por AP lo cual hace que desconozcan su manera

de trabajar. Otro punto importante, es la ausencia de guías de práctica clínica (GPC) o su escasa utilización en los procesos asistenciales. Pero el problema de más relevancia y que fue descrito por Vergeles-Blanca⁹ como “verdadero campo de batalla entre niveles asistenciales” es la falta de comunicación entre niveles. Los pacientes, por su parte, idealizan las nuevas tecnologías hospitalarias¹⁵, buscan una asistencia rápida y pruebas complejas en los servicios de urgencia de los hospitales.

Las consecuencias que aparecen cuando el sistema no está coordinado son varias, las más relevantes por ser las más citadas en los diferentes artículos son: pérdidas en la continuidad asistencial, ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...) y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...). Estas consecuencias se encuentran en la tabla 2 junto con otras^{4;6;9;14;15;18-21}.

Tabla 2. Consecuencias de la ausencia de coordinación

Consecuencias de la ausencia de coordinación
· Disfuncionalidades
· Ineficiencia en la gestión de recursos
· Disminución en la calidad de la atención prestada
· Derivaciones inadecuadas
· Fragmentación del sistema sanitario
· Listas de espera en la derivación al especialista
· Pérdida de la continuidad en la provisión de servicios
· Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados
· Falta de visión global del paciente
· Inequidad
· Duplicación de pruebas

Fuente: elaboración propia

La coordinación asistencial siempre se ha mirado desde el punto de vista del sistema, son escasos, cuando no inexistentes, los estudios empíricos que relacionan la coordinación asistencial con efectos sobre la salud. Es de suponer que una disminución de la calidad asistencial, las listas de espera, la inequidad,... tendrán un efecto negativo sobre la salud de los pacientes.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN

La importancia del problema se refleja en las numerosas intervenciones que se generan para abordarlo. Por ejemplo, a nivel de organización del sistema sanitario con la promoción de

organizaciones sanitarias integradas, o el desarrollo de mecanismos (guías de práctica clínica, correo electrónico,...) y estrategias (programas de gestión de enfermedades, gestión de casos,...) a nivel de proveedores de salud. Estos mecanismos sin embargo, no se encuentran sistematizados.

Dentro de la teoría de organizaciones, dos autores Mintzberg²²(1988) y Galbraith²³(1973), proponen un marco teórico específico para los mecanismos de coordinación utilizados por las organizaciones. Este marco, aunque su desarrollo no es estrictamente del ámbito sanitario, sí que hace mención, a modo de ejemplos, a éste; permitiéndose su utilización para sistematizar los mecanismos, que utilizan las organizaciones sanitarias, para coordinar la asistencia de los pacientes.

Mintzberg propone la **adaptación mutua** (consigue la coordinación del trabajo mediante la simple comunicación informal y en la que el control del trabajo corre a cargo de los que lo realizan), la **supervisión directa** (consigue la coordinación al responsabilizarse a una persona del trabajo de otros, dándoles instrucciones y controlando sus acciones), **normalización** (la coordinación de las partes se incorpora en el programa de trabajo al establecerse éste, reduciéndose en consecuencia la necesidad de la comunicación continuada, existen diferentes tipos de normalización: procesos de trabajo, resultados del trabajo, habilidades del trabajador). Galbraith²³, añade a éstos el **sistema de información vertical**, actuaciones en el interior y en el exterior de la organización destinadas a limitar las necesidades de información y a incrementar la capacidad de la organización para procesarla.

CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA

En la revisión bibliográfica ha surgido un nuevo aspecto a tener en cuenta, la continuidad asistencial. En primer lugar, en los diferentes artículos las palabras coordinación y continuidad en la asistencia se usaban indiscriminadamente, sin saber realmente que se entendía por cada concepto, pues eran escasos los artículos que las definían explícitamente. En segundo lugar, tampoco quedaba claro como se relacionaban la coordinación y la continuidad asistencial, es la continuidad un requisito para la coordinación (para que exista coordinación antes debe existir continuidad) o bien es su resultado (no existe continuidad a menos que el sistema esté coordinado).

En tercer lugar, también es importante ya que la consecuencia más comentada en la mayoría de artículos revisados de la ausencia de coordinación es la pérdida de la continuidad asistencial, y por ser, en sí misma, un atributo de la atención primaria¹.

Una primera clasificación de continuidad sería la propuesta por Reid et al²⁴: continuidad de información (disponibilidad, utilización e interpretación de acontecimientos anteriores de un paciente), continuidad de relación (relación en el tiempo de un paciente con un proveedor) y continuidad de gestión (provisión de diferentes tipos de atención sanitaria de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen). Una taxonomía de continuidad podría ayudarnos a entender como la continuidad se relaciona con la coordinación.

La continuidad asistencial, concretamente la continuidad de relación, se ha visto que la está asociada con la atención preventiva y la inmunización, mejora el cumplimiento de las prescripciones médicas, reduce las tasas de hospitalización²⁴⁻²⁶, la satisfacción de los pacientes²⁵⁻²⁸. También se ha relacionado la continuidad con tasas menores de discapacidad y malestar²⁹.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El modelo asistencial de nuestro sistema sanitario, presenta barreras por lo que hace referencia a la coordinación y cooperación entre niveles. La atención primaria presenta pocos incentivos para aumentar su capacidad de resolución en el sistema y asumir el papel de puerta de entrada y, por el contrario, la atención especializada se remunera en función de la actividad que realice teniendo por tanto más incentivos para la producción de servicios³⁰.

Para mejorar la equidad y la eficiencia (favoreciendo la gestión coordinada de los servicios y la continuidad en la asistencia) del sistema sanitario³⁰, el "Servei Català de Salut" ha querido promocionar la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), constituidas por la alianza de proveedores de un mismo territorio mediante la asignación por cápita. Las organizaciones sanitarias integradas, son una red de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a una población determinada y se responsabilizan de los costes y los resultados de salud de la población³¹.

Uno de los puntos centrales en la constitución de las OSI, es la integración clínica de la atención del paciente, que es la coordinación de los servicios especializados y de la atención primaria

dentro de la estructura de un sistema³². Por tanto, una condición sine qua non de la integración clínica es la coordinación de la atención de una persona en el tiempo a través del continuo asistencial.

El “Consorti Hospitalari de Catalunya” está llevando a cabo el “Estudi d’organitzacions sanitàries integrades”. Con este estudio se pretende analizar las experiencias existentes en Catalunya. Esta tesina contribuye al marco conceptual del estudio del CHC. Dado que uno de los objetivos de la integración de proveedores es, como hemos dicho antes, la coordinación de los diferentes servicios asistenciales con la finalidad de garantizar la continuidad de la asistencia, surge la necesidad de elaborar una revisión conceptual de todo lo que a coordinación y continuidad se refiere: definición de conceptos, factores que las influyen, qué instrumentos y mecanismos existen para mejorarlas,...

La relevancia del tema, el grado de confusión que rodea a los conceptos de coordinación y continuidad en la asistencia encontrado en la revisión bibliográfica previa, el estudio llevado a cabo por el CHC, requieren la elaboración de un marco conceptual en el que haya una clarificación de los conceptos de coordinación y continuidad, una sistematización de los tipos de mecanismos para mejorarlas y de los indicadores para medirlas. . Así, surgen las siguientes preguntas a las que esta tesina intentará dar respuesta:

- ¿Qué es la coordinación?, ¿Cómo podemos mejorarla en nuestro sistema sanitario? ¿Cómo se puede medir?
- ¿Qué entendemos por continuidad?¿Qué mecanismos tenemos para mejorarla?¿Cómo la medimos?
- ¿Qué relación existe entre coordinación y continuidad?
- ¿Cómo estas dos características están presentes en las OSI?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar un marco teórico para la descripción y el análisis de la coordinación de la asistencia y de la continuidad en la atención del paciente en los servicios sanitarios.

Objetivos Específicos

- a. Aportar una definición de coordinación y continuidad en la asistencia en sistemas sanitarios.
- b. Identificar y sistematizar, según Mintzberg y Galbraith, los mecanismos de coordinación presentes en nuestro sistema sanitario.
- c. Recopilar y sistematizar las medidas de coordinación.
- d. Identificar y sistematizar, según los tipos de continuidad, los mecanismos que permitan mejorarla.
- e. Recopilar y sistematizar las medidas de continuidad.
- f. Establecer la relación existente entre coordinación y continuidad en la asistencia sanitaria y sus implicaciones para las OSI

1.4. LIMITACIONES

Los sesgos presentes en el estudio son de selección, debido a que solo se seleccionaron artículos escritos en español, català o inglés; debido también al hecho que no se hayan localizado todos los trabajos publicados sobre coordinación y continuidad. Otro sesgo sería el sesgo de publicación, se publican más artículos con resultados favorables para coordinación y continuidad.

En cuanto a las limitaciones de la aplicabilidad del estudio, si éste se quisiera aplicar, serían por un lado, la escasez de indicadores para medir la coordinación asistencial, y por otro lado, en que para medir coordinación y continuidad necesitamos disponer de información del proceso de atención a lo largo de todo el continuo asistencial, y ésta en la práctica, la encontramos fragmentada.

1.5. BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En Starfield B. Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2002; 233-65.
2. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration* 1993;38(4):467-89.
3. Alfaro Latorre M et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia., pp 240-60. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid 2002. En : <http://www.msc.es/insalud/docpub/ap17/Completo.pdf>
4. Ortún Rubio V. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*, pp 349-57. Barcelona: Masson, 1998.
5. Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *Eur J Gen Pract* 1996;2:53-4.
6. Morell Bernabé JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en AP; 2003 enero; Madrid, España
7. Davis P. The interface between primary and secondary care. *J R Soc Med* 2001;94 Suppl 39:46-9.
8. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 2002;8(4):159-66.
9. López G, Ortún V. La política sanitària a Catalunya, 1989-1998. En: *Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política, Cultura*. Barcelona: 1999, p 465-476.
10. Starfield B. The future of primary care in a managed care era. *Internal Journal of Health Services* 1997;27(4):687-96.
11. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European journal of general practice* 1998;4,june:81-3.
12. R. Dto. 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. B.O.E.1 de febrero 1984.
13. Agúndez Basterra, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre 2000.
14. Alfaro Latorre M, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia., pp 240-60. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria., 2002.
15. Alonso Fernández M, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002.
16. Alonso Pérez de Agreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(2):122-30.

17. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Atención Primaria* 1996;17(4):239-40.
18. Contel Segura JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria* 2002;29(8):502-6.
19. Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud* 2002;44:1-2.
20. Kreling B, Carmel M. Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide the development of measures. U.S Department of Health and Human Services 2000.
21. Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de Gestión* 2001;7(2):59-64.
22. Mintzberg H. *La Estructuración de las Organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1988.
23. Galbraith J. *Designing complex organizations*. Addison-Wesley Publishing Company, 1973.
24. Reid R, Haggerty J, and McKendry MA. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. 2002. Ottawa, Ontario. Canadian Health Services Research Foundation.
25. Vargas Lorenzo I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 2002;8(4):167-78.
26. Ibern P, Calsina J. Más enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries integrades. *Centre de Recerca en economia i salut.CRES* 2001.
27. Conrad D. Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration. *Hospital & Health Services Administration* 1993;38:491-508.

ARTÍCULO:

Coordinación y continuidad: un marco para el análisis¹

Autores: Rebeca Terraza Núñez

Ingrid Vargas Lorenzo

M^a Luisa Vázquez Navarrete

Joan Farré i Calpe

Consorci Hospitalari de Catalunya

¹ Una versión anterior de este documento fue presentada en las XXIV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, en El Escorial del 26 al 28 de mayo de 2004.

2.1. Resumen

Introducción. La escasa coordinación entre proveedores de salud es un problema que afecta a todos los sistemas sanitarios. La importancia del problema se refleja en las numerosas intervenciones que se han implementado para abordarlo, por ejemplo, la promoción de redes integradas de servicios de salud, y el desarrollo de múltiples estrategias y mecanismos para mejorar la articulación de niveles. Coordinación y continuidad asistencial se usan indiscriminadamente y no está claro qué tipo de relación hay entre ellas, si la continuidad era un requisito para la coordinación, o bien su resultado.

Objetivo. Desarrollar un marco teórico para la descripción y el análisis de la coordinación en la asistencia y de la continuidad en la atención del paciente en los servicios sanitarios.

Métodos. Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía con un análisis narrativo de la literatura científica sobre coordinación asistencial y continuidad de la atención. Para el análisis de los mecanismos de coordinación se aplicó el marco teórico desarrollado por Mintzberg (1988) y Galbraith (1973).

Resultados y discusión. Para coordinar la atención las organizaciones en la actualidad dirigen los esfuerzos a estandarizar los procesos y los resultados de la atención. La continuidad en la asistencia es un resultado de la coordinación, que se logra cuando el paciente percibe que la atención está coordinada. Existen diferentes tipos de continuidad, que tienen un énfasis diferente según la disciplina. La continuidad de relación ha sido la más desarrollada debido a que es la más enfatizada en atención primaria.

Conclusiones. La coordinación y la continuidad son resultado de procesos complejos en los que inciden diversos elementos, como el grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las actividades. No existe una combinación ideal mecanismos de coordinación, sino que habrá que adaptarlos de acuerdo a las circunstancias y necesidades. El desarrollo de indicadores para coordinación, para la continuidad de información y de gestión es insuficiente.

Palabras clave: coordinación asistencial, continuidad en la atención, relación entre niveles asistenciales.

2.2. ABSTRACT

Introduction. The scarce coordination among suppliers of health is a problem that affects to all the sanitary systems. The importance of the problem is reflected in the numerous interventions that have been implemented to undertake it, for example promotion of networks integrated of services of health, and the development of multiple strategies and mechanisms to improve the articulation of levels. Coordination and welfare continuity are used indiscriminately and does not be clear what type of relation there is among them, if the continuity was a requirement for the coordination, or well its turned out.

Objective. To develop a theoretical framework for the description and the analysis of the coordination in the aid and of the continuity in the attention of the patient in the sanitary services.

Methods. A systematic revision was carried out of the bibliography with a narrative analysis of the scientific literature on welfare coordination and continuity of the attention. For the analysis of the mechanisms of coordination applied the theoretical framework developed by Mintzberg (1988) and Galbraith (1973).

Results and discussion. To coordinate the attention the organizations currently direct the efforts to standardize the processes and the results of the attention. The continuity in the aid is a result of the coordination, that is achieved when the patient perceives that the attention is coordinated. Different types of continuity exist, that have a different emphasis according to the discipline. The continuity of relation has been the most developed one due to that is the most emphasized one in primary attention.

Conclusions. The coordination and the complex processes results continuity in which impact diverse elements, as the degree of uncertainty, specialization and interdependency of the activities. Not an ideal combination exists mechanisms of coordination, but there will be that to adapt them according to the circumstances and needs. The development of indicators for coordination, for the continuity of information and of management is insufficient.

Key words: coordination of care, continuity patient care, and healthcare delivery

2.3. INTRODUCCIÓN

Para nadie es desconocido el significado de coordinar en general, sin embargo, palabras como integración, cooperación, colaboración y continuidad se utilizan de manera indiscriminada para designar esta acción. Un ejemplo lo encontramos en estas dos definiciones, en la primera definen coordinación asistencial como la “integración de los servicios relacionados con la salud independientemente del lugar donde se reciben”¹ y en la segunda nos definen integración como la “coordinación de funciones y actividades entre unidades operativas”². Por lo tanto, si integrar es coordinar y coordinar es integrar ¿qué significa realmente coordinar?

La mayoría de sistemas sanitarios se organizan en niveles asistenciales, un nivel primario (atención primaria, AP) y un nivel especializado (atención especializada, AE)³ que incluye a los hospitales, servicios sociosanitarios, salud mental,... Existen dos modelos de articulación de estos niveles asistenciales: el primero, presente en países como España³, la atención primaria se constituye como el eje integrador de los procesos asistenciales⁸, al asumir el papel de puerta de entrada y filtro del sistema^{6,9}, siendo el médico de familia el gestor de la atención del paciente; el segundo modelo, al que pertenecen países como EEUU, Alemania y Francia¹¹, la provisión de la atención sanitaria no se basa en la atención primaria, los pacientes acceden libremente a los servicios especializados y es el especialista el que toma la función de gestor de casos para un proceso concreto.

Independientemente del tipo de sistema, tanto los profesionales como los pacientes, tienen una visión de los sistemas sanitarios como compartimentos aislados que están obligados a relacionarse³, cuando un nivel actúa como gestor de casos y el otro de consultor, o cuando los niveles comparten la responsabilidad de un paciente concreto³³. Sea cual sea el tipo de relación, incluso cuando la división de los roles está bien definida, es necesaria una transferencia e interpretación de la información referente a un paciente concreto, una comunicación fluida y por último, el manejo de los pacientes¹.

Así, el problema de la coordinación es común en todos los sistemas sanitarios independientemente de su modelo de atención. Los retos en la coordinación en estos escenarios, dependerán de lo complicadas que sean las necesidades de los pacientes, o del punto de entrada que decidan los pacientes, ya sea a través de atención primaria o directamente a los servicios de especializada.

Aunque la coordinación entre niveles es imprescindible para dar una respuesta integral, de calidad y satisfactoria a las necesidades del ciudadano⁶ a lo largo del continuo asistencial, en la práctica esto no es así. La insuficiente coordinación entre proveedores de salud, se manifiesta con la pérdida de la continuidad asistencial, con una ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...) y con una disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...), entre otras^{4;6;9;14;15;18-21}.

La importancia del problema se aprecia en el énfasis en la introducción de estrategias y mecanismos, que incidan en la práctica clínica, mejorando la coordinación. Por ejemplo, a nivel de organización del sistema sanitario con la promoción de organizaciones sanitarias integradas (OSI) por parte del Catesalut en Catalunya, o el desarrollo de mecanismos (guías de práctica clínica, correo electrónico,...) y estrategias (programas de gestión de enfermedades, gestión de casos,...) a nivel de proveedores de salud. Estos mecanismos sin embargo, no se encuentran sistematizados.

La continuidad toma relevancia, en primer lugar, debido a que las palabras coordinación y continuidad en la asistencia se usan indiscriminadamente, sin saber realmente que se entiende por cada concepto, pues los artículos que las definen explícitamente son escasos. En segundo lugar tampoco queda claro como se relacionan la coordinación y la continuidad asistencial, es la continuidad un requisito para la coordinación (para que exista coordinación antes debe existir continuidad) o bien es su resultado (no existe continuidad a menos que el sistema esté coordinado).

En tercer lugar, también es importante ya que la consecuencia más comentada en la mayoría de artículos revisados de la ausencia de coordinación es la pérdida de la continuidad asistencial, y por ser, en si misma, un atributo de la atención primaria¹.

Esta revisión forma parte de un estudio más amplio sobre OSI que está realizando el "Consorti Hospitalari de Catalunya" (CHC). El objetivo de nuestro estudio es desarrollar un marco teórico para la descripción y el análisis de la coordinación en la asistencia y de la continuidad en la atención del paciente en los servicios sanitarios.

Las limitaciones del estudio son en primer lugar el sesgo en la selección de artículos, solo se escogieron artículos escritos en español, català e inglés; en segundo lugar también tenemos sesgo de publicación porque solo aparecen artículos con resultados favorables para coordinación y continuidad.

2.4. MÉTODOS

El estudio es una revisión sistemática de la bibliografía de coordinación y continuidad en la asistencia mediante el análisis narrativo del contenido.

Para localizar toda la información pertinente al tema que nos ocupa se realizó una primera búsqueda bibliográfica de forma mecanizada en las siguientes bases de datos: MEDLINE, que cubre la producción biomédica angloamericana, EMBASE, que es de producción básicamente europea³⁴, y el IME (Índice Médico Español). Una segunda búsqueda se realizó de manera manual, revisando por un lado, las revistas que normalmente publican artículos sobre nuestro tema, y por otro, revisando las referencias bibliográficas de los artículos localizados durante la primera búsqueda.

Las palabras clave empleadas en nuestra búsqueda fueron: "continuity patient care", "comprehensive care", "coordination of care", "continuity healthcare systems", "concept AND measurement AND continuity", "continuity AND coordination AND Spain" y "health care delivery". Los años de búsqueda fueron limitados a la base de datos, es decir, se realizó la búsqueda a partir del momento en que se informatizó la base de datos. Se decidió no limitar los años porque el tema que nos concierne, coordinación y continuidad en la asistencia, no es un tema sobre el que se avance a velocidades vertiginosas sino que desde hace años se viene hablando de lo mismo sin muchas modificaciones, y existen artículos relevantes sobre el tema que hace años que se publicaron.

Un primer criterio de selección, aplicado antes de leer el abstract fue el idioma en el que estaba escrito el artículo o documento. Solo se revisaron aquellos artículos que estaban escritos en una de estas tres lenguas: català, inglés o español. Una vez aplicado este primer criterio se aplicaron los siguientes: a) Existe una definición explícita de coordinación y/o continuidad, b) Aporta aspectos o características, c) Exponen mecanismos de coordinación y/o continuidad, d) Contienen una clasificación de coordinación y/o continuidad, e) Contienen medidas de coordinación y/o continuidad, f) Exponen qué tipo de relación existe entre coordinación y continuidad, g) Relacionan coordinación y continuidad con las organizaciones sanitarias integradas.

Paralelamente se localizaron las obras en las que Mintzberg y Galbraith exponían su teoría de organizaciones, para elaborar un marco teórico que permitiera la sistematización de mecanismos de acuerdo a las características de los mecanismos y organizaciones.

La obtención de los documentos se realizó a través de la biblioteca del "Institut Català de la Salut" y de la biblioteca de la Universitat Pompeu Fabra (Àrea del Mar).

Después de la selección de los artículos se analizó su contenido extrayendo de cada artículo:

a) las definiciones de coordinación y continuidad, con el fin de poder realizar un análisis crítico de éstas; b) las dimensiones que se asocian a ambos conceptos para poder establecer que es lo que los afecta o beneficia; c) la clasificación de los diferentes tipos de coordinación y continuidad existentes; d) los mecanismos de coordinación y continuidad; e) las medidas de coordinación y continuidad; f) relaciones de ambos conceptos con las organizaciones sanitarias integradas.

Tanto para coordinación como para continuidad, se sintetizó la información más relevante hallada en el análisis de las definiciones en una sola definición aplicada al entorno de los sistemas sanitarios. Para clasificar los mecanismos de coordinación se aplicó un marco teórico elaborado a partir de los modelos de Mintzberg y Galbraith, los mecanismos de continuidad se clasificaron según el tipo de continuidad. Los indicadores de coordinación se clasificaron en función de si eran indicadores de estructura, proceso o resultado, y los de continuidad en función del tipo de continuidad que median.

2.5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

¿Qué entendemos por coordinación en la asistencia sanitaria?

Analizando las definiciones propuestas para coordinación^{1;35-38}, se han extraído los elementos clave para al final, elaborar una definición que los contemple todos aplicada a los sistemas sanitarios.

Las definiciones convergen en que coordinar es conectar, unir elementos. En el caso de los sistemas sanitarios los elementos a conectar son los profesionales que pertenecen a un mismo servicio, los diferentes servicios de una organización o bien diferentes organizaciones. La conexión tiene que ser en el orden correcto de manera sincronizada, a lo largo del continuo asistencial. Así, se une para conseguir un objetivo común, satisfacer las necesidades de los pacientes sin que se produzcan conflictos.

Teniendo en cuenta estas características podríamos definir la coordinación como la *conexión de los diferentes servicios que son necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos.*

Los elementos necesarios para que exista coordinación son: en primer lugar, la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial, mediante la transferencia de información y el manejo de los pacientes. La información a transferir entre los distintos proveedores puede ser relacionada con el paciente (consultas, pruebas diagnósticas,...), o información sanitaria sobre como tratar a un paciente con una enfermedad concreta (guías de práctica clínica,...)³⁹.

En segundo lugar es necesario un objetivo común, en el que se deben tener en cuenta las perspectivas de todos los implicados, para que no existan conflictos por tener objetivos contrapuestos. La posesión de un objetivo común facilita la creación de un plan unificado de atención a los pacientes³³. Por último, en tercer lugar es importante la sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuado.

Existen diferentes grados de coordinación en función del tipo de atención³². La coordinación de un episodio de enfermedad aislado, que requiere de atención por un intervalo corto de tiempo, como por ejemplo una hospitalización, sería la que requeriría un grado más bajo de coordinación. Con una graduación intermedia estaría la coordinación de la atención para los procesos crónicos, que

implicaría la intervención de más de un proveedor, y el grado máximo de coordinación lo encontraríamos en la coordinación de los proveedores a lo largo del continuo asistencial, que se daría cuando la atención está integrada.

Un marco conceptual para los mecanismos de coordinación asistencial

En palabras de Mintzberg²² se puede decir que “toda actividad humana organizada plantea dos requisitos: la división del trabajo en tareas y la coordinación de éstas”. De la división del trabajo, o diferenciación²³, nacen las interdependencias que pueden ser *compartidas*, cuando los individuos comparten recursos conservando su identidad, *secuenciales*, cuando la tarea se puede realizar si antes alguien a realizado su trabajo correctamente, y por último, las *recíprocas*, en las que existe transferencia de trabajo entre tareas proporcionando outputs y recibiendo inputs de los demás²².

Además del grado de diferenciación y del tipo de interdependencias, otro factor que condiciona el uso de un tipo de mecanismo de coordinación u otro es la incertidumbre, diferencia entre la cantidad de información necesaria para desarrollar una tarea y la información disponible por la organización para desarrollarla²³. Cuanto mayor es el grado de interdependencias y de diferenciación más información debe procesarse, con lo cual, el grado de incertidumbre aumenta limitando la capacidad de planificar y tomar decisiones sobre actividades antes de su ejecución.

Para coordinar las tareas existen dos tipos básicos de coordinación^{36:40-42} (ver figura 1): la programación y la retroalimentación. La programación estandariza y predetermina el trabajo dejando claras cuales son las responsabilidades, actividades y habilidades necesarias de ese trabajo. Se utiliza cuando las interdependencias son mínimas y cuando el grado de incertidumbre es bajo porque los requerimientos de las tareas son predecibles. Este tipo de coordinación tiene una capacidad de procesar información limitada.

Los mecanismos asociados a la coordinación por programación son la normalización de los procesos de trabajo, de las habilidades del trabajador y de los resultados del trabajo²². A través de la normalización de los procesos de trabajo las operaciones se coordinan al especificarse y programarse el proceso de acción en cada una de sus fases. Es el mecanismo utilizado para subtareas independientes y situaciones uniformes y repetitivas. Cuando para coordinar las tareas se utilizan los conocimientos y preparación requeridas para realizar el trabajo, se está utilizando la normalización de

las habilidades del trabajador como mecanismo de coordinación. Por último, en la normalización de los resultados del trabajo las tareas se coordinan a partir de la definición de las características a lograr por esa tarea.

El otro tipo básico de coordinación, la retroalimentación, implica un intercambio de información. Entra en juego cuando el grado de incertidumbre aumenta, cuando existe una gran diferenciación y cuando se pasa de las interdependencias compartidas a las secuenciales y recíprocas. Los mecanismos que utiliza son la adaptación mutua y la supervisión directa²², y los sistemas de información vertical²³.

La adaptación mutua consigue la coordinación del trabajo mediante la comunicación informal, siendo los realizadores del trabajo los responsables de éste. Se utiliza tanto en los procesos más sencillos como en las situaciones más complejas, tomando en éstas la forma de dispositivos de enlace (puestos de enlace, grupos de trabajo, comités permanentes, directivos integradores y estructuras matriciales). A través de la supervisión directa se consigue la coordinación al responsabilizarse a una persona del trabajo de los demás, dándoles instrucciones y controlando sus acciones. Mediante los sistemas de información vertical, las organizaciones aumentan la capacidad de los canales de comunicación existentes, crean nuevos canales, e introducen nuevos mecanismos de decisión.

Aunque los mecanismos de coordinación se han presentado de manera aislada, las organizaciones utilizan varios de ellos a la vez, existiendo un continuo de mecanismos de coordinación²². No existe una única combinación efectiva de mecanismos de coordinación sino que la efectividad variará en función de lo diferenciada que esté la organización, del grado y tipo de interdependencias, de la incertidumbre y del procesamiento de información.

Aplicación del marco conceptual a los sistemas sanitarios

Los servicios sanitarios experimentan una gran diferenciación debido a la especialización clínica que comporta que cada vez sean más complejos y heterogéneos⁴³. La diferenciación también es función del tamaño de la organización, cuanto mayor es la organización más diferenciada está interiormente³⁸.

La atención del paciente comporta un elevado nivel de interdependencias ya que requiere inputs de diferentes servicios³⁸. Ejemplos de los distintos tipos de interdependencias que pueden

aparecer en los sistemas sanitarios son las *compartidas*, que aparecen cuando una persona requiere más de un servicio al mismo tiempo y los roles están bien definidos⁴¹, las *secuenciales*, cuando hay que organizar por ejemplo, las transiciones desde el hospital a la atención domiciliaria⁴¹, mientras que las *recíprocas* aparecen por ejemplo, ante una operación cuando la enfermera se encarga de los preparativos prequirúrgicos, el cirujano opera, y la enfermera vuelve a ocuparse del paciente prestándole cuidados postquirúrgicos²².

La variabilidad en la respuesta entre pacientes a las intervenciones médicas hace que exista un grado elevado de incertidumbre³⁶. Pero no solo eso, la incertidumbre también depende del tipo de trabajo que se realiza. Por ejemplo, en las pruebas de laboratorio la mayoría de los procesos pueden planificarse, el número de excepciones que se presentan es bajo, y se puede estandarizar debido a que el grado de incertidumbre que encierran es bajo³⁸. Si por el contrario nos fijamos en los servicios de urgencia, el grado de incertidumbre aumenta considerablemente de manera que se hace más necesario utilizar un mecanismo de retroalimentación para poder coordinar la atención.

Instrumentos para mejorar la coordinación asistencial

Los instrumentos que se han desarrollado para mejorar la coordinación asistencial pueden sistematizarse en función del mecanismo en el que se basan para coordinar la atención (Tabla 1).

Para normalizar los procesos de trabajo los instrumentos utilizados son las guías de práctica clínica, los protocolos de actuación clínica, y la planificación del alta. Estandarizan el proceso de atención del paciente³⁸ y añaden formalización a la práctica clínica⁴⁴, reduciendo la incertidumbre de los actos médicos⁴³.

Las guías de práctica clínica (GPC), recomiendan la práctica apropiada en la atención de un paciente para una circunstancia clínica específica, y se basan en la mayor evidencia científica disponible⁴⁵. Sus atributos tienen que ver con su validez científica, relevancia y aplicabilidad en la práctica, formulación y estilo de las recomendaciones, compatibilidad con las opciones y los valores existentes, complejidad, consecuencias para los proveedores de la atención, pacientes, médicos; el riesgo de aplicar sus recomendaciones, y la atención prestada a la guía en el proceso de diseminación⁴⁶. Su efectividad depende de las estrategias de implementación, ya que no basta con su

simple existencia sino que tienen que incorporarse a la práctica clínica⁴⁷, de quién las realiza¹³ y de los atributos antes mencionados.

Los protocolos de actuación clínica (integrated care pathways) son planes de atención multidisciplinarios, que incluyen los pasos a seguir en la atención de los pacientes con una enfermedad concreta, y describen los progresos esperados en los pacientes^{48;49}. Sus elementos clave son: una secuencia temporal, un listado de problemas, instrucciones de intervención para cada disciplina que se relaciona estrechamente con el tipo de caso, y la descripción de los resultados esperados⁵⁰. Consisten en un informe único multidisciplinario que forma parte de la historia clínica del paciente⁴⁸. Mejoran la coordinación al potenciar el trabajo en equipo, conectan las intervenciones dejándolas establecidas de antemano, facilitan la introducción de las guías de práctica clínica en la práctica y mejoran la comunicación multidisciplinaria y la planificación de la atención⁴⁸. Este instrumento también normaliza los resultados, ya que describe, como hemos dicho antes, los progresos esperados en los pacientes.

La planificación del alta, establece los objetivos que el paciente debe haber asumido en el momento del alta hospitalaria para que se reduzca su probabilidad de reingreso⁴⁷. Los planificadores del alta, mayoritariamente trabajadores sociales, son responsables de reunir, validar y comunicar la información adecuada acerca del paciente a quien asuma la responsabilidad de la continuación de cuidados, y de coordinar la provisión de servicios una vez ha abandonado el hospital⁵¹. Sus fases principales: son la valoración de los pacientes, desarrollo del plan de alta, provisión de servicios, seguimiento y evaluación, todo dentro de un ambiente interdisciplinario⁵². Sirve para transferir información y conectar la atención en el momento que se produce el alta hospitalaria. Al especificar los objetivos que debe asumir el paciente, también puede considerarse un mecanismo de normalización de los resultados.

Tradicionalmente, los mecanismos utilizados en salud se han basado en la normalización de las habilidades. Se definen los roles y se adaptan a tener la formación adecuada para optar a un puesto de trabajo, otro instrumento que también normaliza las habilidades es la formación continuada para los profesionales de la salud. A nadie se le escapa, que un cirujano cardiovascular tiene que tener los conocimientos necesarios para desarrollar las operaciones con éxito, pero no tiene que tener excesivo conocimiento sobre anestesiología porque a su lado tiene a una persona que si lo tiene.

Los instrumentos asociados a la normalización de los resultados, como se ha mencionado con anterioridad, son los protocolos de actuación clínica y la planificación del alta. Estos además de estandarizar los procesos de trabajo, establecen los resultados que se esperan en los primeros en cada paso de la atención del paciente, y en el caso de la planificación del alta especifican los objetivos que el paciente debe haber asumido en el momento del alta hospitalaria.

Los instrumentos que se han desarrollado para mejorar la coordinación asistencial, basados en la adaptación mutua incluyen, tanto los instrumentos más simples, como son el teléfono, el correo electrónico y el correo postal; como los más complejos entre los que estarían los grupos de trabajo y los puestos de enlace. Mediante el teléfono, el correo electrónico y el correo postal los profesionales se ponen en contacto entre ellos o con los pacientes, el teléfono se ha visto que es eficaz para el seguimiento de pacientes crónicos⁵³. Estos instrumentos tan solo necesitan la disposición a colaborar por parte de los implicados.

Los grupos de trabajo (task force) son un grupo organizado de profesionales sanitarios que tienen roles encarados a cubrir las necesidades sanitarias de un paciente o un grupo de pacientes, y proveerles una atención coordinada⁵⁴. Los prerrequisitos para que un grupo de trabajo sea efectivo son: un número pequeño y manejable de componentes, un correcto grado de combinación de habilidad y pericia, comprometidos con un propósito significativo, con objetivos específicos y alcanzables por los que tienen una responsabilidad conjunta, comunicación regular para resolver problemas, tomar decisiones y gestionar los conflictos⁵⁴. Este tipo de mecanismo, mejora la coordinación de los servicios sanitarios adoptando una visión global de las necesidades de los pacientes y llegando al consenso sobre las distintas actuaciones. El ejemplo sobre el que se han realizado más intervenciones y que goza de gran importancia son los equipos de atención primaria. Otro ejemplo de grupo de trabajo son las sesiones interconsulta, que se proponen como un mecanismo para fomentar el conocimiento mutuo entre profesionales⁹, de manera que se permite que el especialista sepa un poco más que se hace en AP¹³. Para ser efectivas deben ser abiertas, bidireccionales y tratar de casos prácticos¹³. También existen las rondas interdisciplinarios (interdisciplinary rounds) cuyo objetivo es generar un plan de atención, para los pacientes y sus familias, integrado⁵⁵. Sus resultados deseados son: una alta oportuna y sin peligro, documentación de

la colaboración en la provisión de la atención, aumento de la conciencia de los recursos necesarios para un grupo especializado de pacientes.

Los puestos de enlace poseen un conocimiento especializado y actúan como una fuente de información central. En las organizaciones sanitarias este papel ha sido adoptado por enfermeras que unen a los médicos con la estructura administrativa del sistema. Proveen una coordinación significativa entre varios departamentos y subunidades particularmente cuando se relaciona con la atención del paciente³⁸. Otra función del puesto de enlace sería la de unir los huecos entre atención primaria y secundaria. En el caso del alta hospitalaria coordina al hospital con el médico de atención primaria⁵². El rol de la persona que ocupa esta posición incluye una formación adecuada, organización de la atención compartida y además su función también es mejorar la comunicación. El gestor de casos, es un nuevo rol creado que se responsabiliza de gestionar la atención de pacientes con unas necesidades concretas.

Los instrumentos que utilizan los sistemas de información vertical para coordinar la atención son las historias clínicas, los partes interconsulta, los sistemas de información integrados, y los sistemas de soporte informatizados. La historia clínica es uno de los métodos más utilizados para coordinar la atención, sobretodo cuando están implicados múltiples médicos en la atención de un paciente⁵⁶. La historia clínica de AP contiene registrada la información generada durante la práctica asistencial, de manera que se facilite la información generada durante la práctica asistencial⁵⁷. En Catalunya existe una historia clínica homologada, con unificación de criterios y la creación de sistemas de registro de calidad⁵⁷. La historia clínica compartida electrónica tiene como objetivo resolver los problemas de coordinación de la atención de un paciente, cuando varios profesionales están implicados en su atención⁴⁵.

Los partes interconsulta, deberían ser informatizados, de manera que lleguen al especialista y se conteste de la misma manera, cada petición y respuesta irían perfectamente identificadas. El proceso no debería ser contabilizado como completo hasta que la respuesta no llega al médico de familia¹³. Establecer un circuito interno y ágil de remisión y recepción de volantes, con dispositivo específico de transporte, corregir y mejorar los volantes remitidos por AP, asegurarse la continuidad de la atención del paciente en especializada, evitando que sea visto por profesionales diferentes cada vez¹³.

Los sistemas de información integrados³⁹ conectan los diferentes proveedores haciendo posible el acceso y el intercambio de información electrónicamente entre hospitales, médicos de familia, pacientes, centros sanitarios, laboratorios y otras instituciones. Mejoran la coordinación ya que la información sobre un paciente específica está disponible para los médicos de diferentes lugares y a cualquier hora, de manera que el paciente puede tratarse en el momento. Se centran en las historias clínicas compartidas informatizadas, mensajes clínicos (prescripciones, resultados de laboratorio,...), correo electrónico clínico para la transferencia segura de la información relacionada con un paciente, protocolos de atención,...

Los Sistemas de soporte de decisiones informatizados, son programas informáticos que apoyan al gestor en la toma de decisiones cuando se encara a problemas que no están estructurados⁴⁵. Los sistemas de soporte pueden ser pasivos (proveen información como la historia clínica, resultados de laboratorio, protocolos estandarizados y guías) o activos (aplican el conocimiento médico a los datos de un paciente determinado recomendando una conclusión específica o curso de acción)⁴⁵. Estos programas informáticos son útiles para ayudar a los médicos de AP a decidir cuando es apropiada una derivación, qué pruebas y exploraciones hay que hacer antes de derivar y que información debe proporcionarse al especialista¹. Este instrumento mejora el desempeño de los médicos y su efectividad general es variable, solo los recordatorios aumentan la probabilidad que los pacientes reciban intervenciones preventivas⁵⁸. Mejoran la coordinación en la medida que se contribuye a que el médico se adhiera mejor a las GPC.

El mecanismo utilizado para coordinar la atención que ha imperado históricamente en los servicios sanitarios ha sido la normalización de las habilidades del trabajador, dejándose descrito de antemano qué formación debía tener cada trabajador que ocupa un lugar y qué rol tenía cada nivel en la atención a lo largo del continuo asistencial. Aunque hoy en día ésta es todavía la manera principal de coordinar la asistencia, la elevada presión por reducir los costes, y aumentar la efectividad de las intervenciones, además de los factores descritos con anterioridad, hace que hayan tenido un auge las medidas de coordinación basadas en la normalización de los procesos y resultados.

Los instrumentos que tratan de normalizar el proceso de atención del paciente presentan limitaciones en su implementación. Los médicos los perciben como inflexibles cuando hay que aplicarlos a condiciones complejas, a enfermos con pluripatologías, o en situaciones de elevada

incertidumbre. Sin embargo, estos instrumentos sirven para reducir la gran variabilidad existente en la práctica médica. No se han desarrollado muchos instrumentos para normalizar los resultados de la atención sanitaria, debido a la dificultad de definir cual es el resultado (se considera como resultado el tratamiento, la prevención de la recurrencia de una enfermedad?)³⁸. La atención de un paciente presenta limitaciones para la normalización. La incertidumbre que acompaña a los actos médicos hace que se necesite un mecanismo que vaya más allá de la estandarización y se base en la adaptación mutua, que mejora la coordinación mediante la comunicación entre profesionales. Para ello se han desarrollado mecanismos como los grupos de trabajo y los puestos de enlace, cada vez más necesarios por el incremento de pacientes con condiciones crónicas y con problemas sociosanitarios, que tienen que moverse entre más de un proveedor.

Estrategias desarrolladas para mejorar la coordinación asistencial

Además de estos instrumentos, en la práctica hallamos estrategias que combinan varios de estos mecanismos para mejorar la gestión continuada. Éstos son: la gestión de casos, los programas de gestión de enfermedades y la atención compartida.

La gestión de casos, es la coordinación de los servicios para pacientes con necesidades complejas y sus familias, con el fin de conseguir resultados óptimos en la atención de los pacientes, gestionando las transiciones entre los lugares de atención o servicios⁵⁰. El gestor de casos aporta su experiencia para el desarrollo de la provisión de servicios a través de múltiples puntos de atención; maneja poblaciones de pacientes, utilizando los servicios más apropiados y localizaciones de servicios para conseguir los resultados esperados en los pacientes; y perfecciona el proceso de provisión de atención para maximizar los resultados en la calidad y el coste⁵⁹.

Los programas de gestión de enfermedades están destinados a enfermedades crónicas como la diabetes, el asma, la enfermedad coronaria, fibrosis cística, VIH, SIDA⁶⁰. Consisten en la identificación de los pacientes con una enfermedad concreta; la gestión de la enfermedad crónica a través de guías de práctica clínica sobre el tratamiento, la autoeducación de los pacientes, gestión médica,...; episodios agudos de la enfermedad también con guías de práctica clínica; reestablecimiento del estado de salud mayor que pueda alcanzarse⁶¹. Son un medio para coordinar la atención, centrándose en el curso global de la enfermedad, la atención se organiza y se provee de

acuerdo con las evidencias científicas y los pacientes se implican activamente para conseguir unos mejores resultados en salud⁶².

La atención compartida son aquellas estrategias en las que la responsabilidad por la atención sanitaria de un paciente se comparte entre individuos o equipos que pertenecen a diferentes organizaciones o servicios (médico de familia, hospital, atención domiciliaria,...)⁶³. Incluye la planificación del alta, la prescripción compartida, gestión de enfermedades⁵². Es necesario que exista un medio para facilitar la transferencia recíproca de información entre el médico de AP y otros especialistas para la atención continuada de los pacientes¹.

Las estrategias desarrolladas se basan en los mecanismos antes descritos pero tienen un valor añadido, intentan implicar al paciente en su propia atención, ya sea en la toma de decisiones, la autoeducación,... La mayoría de estas estrategias se han desarrollado para tratar el aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población, que conlleva un aumento de la población anciana con problemas sanitarios y sociales. La participación activa de los pacientes en su proceso de atención se ha visto que mejora sus resultados en salud y bienestar⁶⁴.

¿Cómo se puede medir la coordinación?

La evaluación de la coordinación en los servicios sanitarios es un apartado escasamente desarrollado, pese a ser un problema común y recurrente. La mayoría de los estudios evalúan los efectos de la implementación de un mecanismo de coordinación en la calidad y el desempeño de las organizaciones³⁶. Por ejemplo Smith et al (2002) evaluaron si la atención coordinada se relacionaba con la calidad de vida y funcional, y con las admisiones hospitalarias⁶⁵. Young et al (1998) realizaron un examen cuantitativo de la relación entre coordinación y los resultados experimentados en los pacientes respecto con la mortalidad y morbilidad, utilizando un instrumento desarrollado por Charns. Este instrumento sirve para evaluar la utilización de los modos de coordinación de programación y de retroalimentación, entre profesionales de la atención sanitaria, en lugares de atención aguda. Una variación de este instrumento también se utilizó para medir la relación entre la coordinación de proveedores y las amputaciones en pacientes con diabetes⁴².

Podemos clasificar las medidas de coordinación según si son medidas de estructura, recursos profesionales y organizacionales asociados a la provisión de atención; proceso, intervenciones

realizadas por el médico en el curso de la atención; o resultado, resultados esperados del proceso de atención⁴⁴ (tabla 2).

Para tener una visión general del grado de coordinación de una organización o servicio, tendríamos que seleccionar varios indicadores. Las medidas de estructura, utilizan la disponibilidad de información en la historia clínica, para otros proveedores, y la existencia de mecanismos de normalización de la asistencia. Para medir la coordinación a través de protocolos y guías de práctica clínica, lo que hay que evaluar es el grado de adherencia a éstos, de nada sirven si no se adhieren a la práctica médica. Las medidas de proceso se centran en medir si existe transferencia de información, recordemos que la transferencia de información, es uno de los requisitos para coordinar la asistencia. Los resultados que se miden son los efectos adversos de la ausencia de coordinación: duplicación de pruebas, repetición de visitas,... Como medida de resultado también encontramos las medidas de la continuidad en la atención.

Las aproximaciones que se han desarrollado para medir la coordinación, en función de la calidad de vida o del desempeño organizacional, no tienen en cuenta que estos dos atributos no dependen solo de la coordinación efectiva de la organización, sino que entran en juego otras características de gestión como el liderazgo, la cultura, conflictos de gestión³⁶.

¿Qué entendemos por continuidad en la asistencia sanitaria?

La continuidad en la asistencia es un concepto multidimensional para el que no existe consenso acerca de su definición⁶⁶. La mayoría de las definiciones propuestas para este concepto se centran en alguno de estos elementos, que acompañamos con un ejemplo de definición: la transferencia de información, "secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de información de manera que se unen las diferentes partes del episodio de enfermedad o el seguimiento de pacientes crónicos" ^{1:67}; la relación interpersonal, "atención médica provista en el tiempo por un profesional sanitario que implica un contrato implícito entre el médico y el paciente en el que el médico asume la responsabilidad del paciente en el tiempo"; la coordinación de la atención, "grado en que los servicios de atención se reciben como una sucesión de eventos de manera coordinada y sin interrupciones consistentes con las necesidades médicas de los pacientes"²⁴. Reid et al (2002) aporta una definición más amplia que intenta abarcar más de un elemento "nivel de

coherencia y unión de las experiencias en la atención de un paciente a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal”²⁴.

Según la disciplina atención primaria, atención en salud mental o en enfermería y en la literatura de enfermedades específicas, el concepto de continuidad se concibe de manera diferente⁶⁸. Para enfermería, continuidad en la atención está comúnmente basada en la transferencia de información y en el concepto de coordinación (ejemplo de definición de continuidad para esta disciplina: aquella atención del paciente que es planeada e integrada alrededor de los recursos disponibles y no al azar y fragmentada⁶⁹). Para atención primaria (médicos generales) la continuidad en la atención ha significado tradicionalmente que el paciente vea siempre al mismo médico, dando prioridad a las habilidades de relación interpersonales de médicos y pacientes⁷⁰. En salud mental se enfatizan la coordinación de servicios y la estabilidad de la relación en el tiempo del paciente con el proveedor. En la gestión de casos la continuidad se concibe como la provisión de servicios por diferentes proveedores de manera que esta sea lógica, apropiado y en el orden que corresponde⁶⁸.

Teniendo en cuenta los elementos que se destacan en el análisis de las definiciones de continuidad en la atención, podríamos definirla como el nivel de unión, mediante la transferencia de información, experimentado por los pacientes que implicarían una relación de confianza y responsabilidad entre paciente y proveedor, de manera que la atención sea consistente con las necesidades del paciente a lo largo del tiempo.

La continuidad en la atención, como veíamos al principio, también es víctima del uso indiscriminado con conceptos como coordinación, integración y con otros como pueden ser el continuo en la atención, planificación del alta, gestión de casos y la longitudinalidad^{67:68}. Pero existen dos elementos centrales en la continuidad que permiten diferenciarla de los otros⁶⁸. La atención de un paciente individual⁶⁸ es uno de los dos elementos y permite que se diferencie entre continuidad y coordinación e integración de servicios. El otro elemento, nos permite diferenciar entre continuidad y calidad de la comunicación interpersonal, y es la atención en el tiempo⁶⁸.

Otra confusión importante hace referencia a la continuidad y la longitudinalidad ya que muchos autores hablan de continuidad y en realidad se refieren a longitudinalidad. Starfield es la autora que más hincapié ha hecho para diferenciar estos dos conceptos^{1:67}. Define la longitudinalidad como la relación en el tiempo, independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad, es

decir, la presencia y utilización de una fuente regular asistencial durante el tiempo¹. Para ella la continuidad es el mecanismo para conseguir conocimiento del paciente mientras que la longitudinalidad es el mecanismo para conseguir comprensión⁷¹.

Basándose en los tres elementos relevantes en las definiciones de continuidad Reid et al. (2002) citan tres tipos de continuidad en la atención: continuidad en la información (flujo de información), continuidad de relación (habilidad de relación interpersonal) y continuidad en la gestión (coordinación de la atención)²⁴. Cada tipo de continuidad puede verse desde la perspectiva del paciente o de la enfermedad²⁴.

Continuidad de información: se refiere a la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores para dar una atención apropiada a la circunstancia actual del paciente. La información es el nexo de unión de un proveedor a otro y de un servicio a otro.

Continuidad de relación: Centrada en la relación en el tiempo de un paciente con uno o más proveedores. Reconoce la importancia del conocimiento del paciente como persona, el conocimiento de los valores del paciente, preferencias y contexto social. Es el nexo de unión entre pasado y presente. Algunos autores se refieren a este tipo de continuidad como longitudinalidad⁶⁷.

Continuidad de gestión: Provisión de diferentes tipos de atención sanitaria durante el tiempo de manera coordinada para que se complementen los unos con los otros y los servicios solicitados no sean extraviados, duplicados,...

Cada tipo de continuidad tiene asociados unos elementos clave que conforman lo que Rogers y Curtis (1980) denominan ambiente de la continuidad, y de ellos depende la calidad y el nivel de continuidad entre paciente y proveedor⁷² (tabla 3). Asociados a la continuidad de información encontramos la transferencia de información²⁴, de manera que cada proveedor tiene acceso a la información sobre la atención prestada con anterioridad a un paciente, el conocimiento que el médico debe poseer sobre medicina preventiva, cursos de la enfermedad,... importante para poder planificar la atención⁷³ y por último conocimiento acumulado del paciente sobre sus preferencias, valores y contexto²⁴. Un médico puede conocer acerca del paciente mirando la historia clínica pero esto no implicaría alguna relación con éste paciente⁶⁶.

La continuidad de relación requiere de un vínculo entre paciente y proveedor, que se caracteriza por la generación de expectativas sobre la confianza y la responsabilidad del médico hacia

su paciente^{66;68;73}; de relaciones interpersonales familiares, en las que el médico también conoce los problemas de salud de otros miembros de la familia⁶⁶; de la estabilidad del proveedor y la consistencia del personal cuando hay expectativas de establecer una relación de larga duración^{24;72}.

Los elementos que condicionan la continuidad de gestión son el geográfico la atención debe proveerse de manera continua sin tener en cuenta el lugar donde se presta (consulta, domicilio, hospital,...)^{66;72}; el elemento interdisciplinario, habilidad del médico para atravesar los límites del sistema para, gestionar e integrar un amplio rango de enfermedades, problemas sociales y de comportamiento, así como los de la familia⁷²; la accesibilidad a los servicios y al consejo médico⁶⁸; la coherencia de la atención y la flexibilidad, creación de planes que se adapten a los cambios en las necesidades de los pacientes de manera que sean coherentes²⁴.

Existe una relación jerárquica entre los tres tipos de continuidad, la continuidad de información estaría en la base de la jerarquía mientras que la de gestión estaría en el ápice⁶⁶. A nadie se le escapa que para que exista una relación interpersonal debe antes disponerse de información y, para coordinar la atención del paciente debe haber una transferencia de información sobre su pasado y debe existir una relación interpersonal.

Para que exista continuidad en la asistencia la atención ésta debe ser experimentada por un paciente individualmente, debe ser continua a través del tiempo, y requiere además de un intercambio de información, una relación interpersonal y la coordinación de la atención²⁴. Por ello se considera que existe continuidad cuando un paciente percibe que su atención está coordinada²⁴.

¿Qué mecanismos existen para mejorar la continuidad en la asistencia sanitaria?

Los mecanismos que se han propuesto para mejorar la continuidad asistencial básicamente son los mismos que para coordinación. Para la continuidad de información los mecanismos propuestos son las historias clínicas que deben contener información importante sobre los pacientes,... Para la continuidad de relación el mecanismo propuesto es potenciar que el paciente vea al mismo médico de atención primaria¹, y para la continuidad de gestión los mecanismos utilizados son: la planificación del alta, la gestión de casos, la atención compartida,...

¿Cómo podemos medir la continuidad en la asistencia?

La continuidad como hemos visto tiene diferentes dimensiones y elementos a medir. La mayoría de índices y medidas se basan en algunas de las dimensiones, es decir, tienen en cuenta la relación paciente-proveedor en el tiempo, la transferencia de información, la gestión. Si queremos capturar todo el espectro de la continuidad asistencial, tendremos que utilizar varias de ellas a la vez, por esto hemos clasificado los indicadores de continuidad (ver tabla 4) según el tipo de continuidad propuesto por Reid et al²⁴: continuidad de información, de relación y de gestión. Para una visión más detallada de los indicadores pueden consultarse el anexo 4.

La mayoría de indicadores de continuidad se han desarrollado para la continuidad de relación. Esto se debe a que este tipo de continuidad es el más enfatizado en atención primaria y sobre el que más se ha escrito. Los indicadores miden la continuidad en intervalos de tiempo cortos pero no se sabe que pasa con la continuidad cuando ha pasado un largo periodo de tiempo que dure unos cuantos años. Pocos índices permiten comparar entre organizaciones de manera que la mayoría son relativos y sirven solo para evaluar en aquella organización concreta como varía la continuidad con el tiempo. La mayoría de índices no tienen en cuenta el tipo de paciente, una persona con una enfermedad crónica posiblemente tenga que acudir más veces al médico, su atención seguramente estará dividida entre la atención primaria y la especializada, y en los indicadores no queda claro para este tipo de personas como se ve afectada la medida de la continuidad.

Para medir la continuidad de información, se centran en la existencia de mecanismos de transferencia de información entre proveedores, en la accesibilidad a dicha información, y en el grado de utilización e interpretación de ésta por un proveedor²⁴. Las medidas de la continuidad de gestión se fijan, en la adherencia a protocolos y en la consistencia de la atención en el tiempo; y en la evidencia de seguimiento longitudinal²⁴.

¿Qué relación existe entre coordinación y continuidad en la asistencia sanitaria?

La continuidad en la asistencia es el resultado de la coordinación, ya que para que exista continuidad el paciente los pacientes tienen que experimentar su atención como coordinada²⁴. En ambos casos debe existir una transferencia de información acerca del paciente, ésta es un requisito para coordinar las actividades y un elemento central en la continuidad de información. La continuidad

de gestión es en la que más claramente se ve la relación entre ambos conceptos, pues hace referencia concreta a la coordinación de la atención del paciente.

La continuidad es jerárquica, para que exista continuidad de gestión antes deben existir la continuidad de información y de relación. La continuidad de relación, no está claro como se relaciona con la coordinación. Puede ser importante para la coordinación a lo largo del tiempo en la medida que aumenta la información sobre el paciente.

Pero viendo esto, qué es lo que las diferencia? La diferencia estriba en que la coordinación se refiere a la interacción entre proveedores y la continuidad a la interacción entre pacientes y proveedores, implicando la perspectiva del paciente.

Coordinación y continuidad de la asistencia en las organizaciones sanitarias integradas (OSI)

Las organizaciones sanitarias integradas son una red de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a una población determinada y se responsabiliza de los costes y los resultados de salud de la población³¹. Un punto central en la constitución de sistemas sanitarios integrados verticalmente es la coordinación de servicios especializados y de la atención primaria dentro de la estructura de un sistema (integración clínica de la atención del paciente)³², por tanto, uno de los objetivos de la integración de proveedores es, como hemos dicho antes, la coordinación de los diferentes servicios asistenciales con la finalidad de garantizar la continuidad de la asistencia^{19:21}.

Una organización sanitaria integrada mejora la coordinación asistencial en la medida que aporte elementos organizativos que la faciliten: establece estrategias y objetivos orientados a la coordinación, promueve una cultura organizativa común que rompe con los compartimentos y la atención fragmentada, se dota de una estructura organizativa que facilita la atención por procesos, fomentan un liderazgo orientado a la integración clínica y asigna sus recursos para incentivar la coordinación entre niveles. Los mecanismos que utilizan para coordinar el proceso de atención de un paciente, son los mismos que se utilizan en una organización no integrada (sistemas de información integrados con informes médicos computerizados para sus pacientes, protocolos para enfermedades concretas a nivel de sistema, la creación de grupos de discusión, utilizan los puestos de enlace con enfermeras especializadas, grupos de trabajo interdisciplinarios, la gestión de casos por el médico de

atención primaria, planificación de la atención de los pacientes y del sistema de atención de los pacientes,...)³².

Una vez aclarados los conceptos de coordinación y continuidad asistencial, cuáles son los mecanismos que se utilizan en el ámbito asistencial y sus posibles medidas, se podría analizar como se aplican en las OSI. Para analizarlo tendríamos que ver en primer lugar los aspectos organizativos, es decir, qué función cumple cada nivel asistencial dentro de la OSI y que roles tienen asociados, qué tipo de relación de colaboración existe entre los niveles (consulta, derivación provisión paralela o coprovisión) y cual es la vía de comunicación que se establece en estos casos. Una vez clara la organización de la OSI tendríamos que describir y analizar los mecanismos de coordinación utilizados por ésta: con qué objetivos se utiliza, quién los utiliza (servicios o unidades operativas implicadas en su utilización), determinar en qué aspectos de la coordinación ponen más énfasis y qué dejan de banda, determinar si presentan aquellos aspectos que la literatura señala como más efectivos para la coordinación, el grado de adherencia a los mecanismos...

Además de describir y analizar los mecanismos de coordinación, también tendrían que tenerse en cuenta, cuáles son las estrategias utilizadas en la OSI para mejorar la coordinación asistencial, describir sus características generales y analizarlas, determinando además cuáles son los mecanismos de coordinación que utiliza.

Medir aquellos aspectos que tienen que ver con la estructura, proceso y resultado de la coordinación asistencial mediante los indicadores de la tabla 2. Como indicador de resultado se encuentra la continuidad asistencial, la mediríamos en sus tres dimensiones: continuidad de información (evaluando el grado de transferencia de información y la evidencia de la transferencia, grado de cumplimentación y recopilación de la información acerca del paciente a lo largo de la OSI); continuidad de relación entre el médico de familia y el paciente (mediante el COC y el UPC); y la continuidad en la gestión (buscaríamos si existe evidencia del seguimiento longitudinal para procesos concretos, miraríamos la adherencia a protocolos específicos de enfermedad, y por último estudiaríamos la consistencia de la atención en el tiempo).

2.6. CONCLUSIÓN

La coordinación, conexión de los diferentes servicios que son necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos, es el resultado de un proceso complejo que depende de la especialización clínica, del grado y tipo de interdependencias, del grado de incertidumbre y de la capacidad para procesar información.

Aunque la normalización de las habilidades es todavía el mecanismo con más importancia en los sistemas sanitarios, los nuevos esfuerzos tienden a estandarizar los procesos de atención del paciente y, en situaciones de elevada complejidad e incertidumbre los mecanismos más efectivos son los basados en la adaptación mutua. Por otro lado, se está incentivando la implicación del paciente en su propia atención, a través de la autogestión, decisión de objetivos,... No existe un conjunto óptimo de instrumentos y estrategias para coordinar la atención sino que cada organización deberá combinarlos de manera que éstos se adapten a las circunstancias específicas de cada momento.

Hay que remarcar el vacío existente en lo que a medidas de coordinación se refiere. Los indicadores para coordinación resultan escasos, cuando no inexistentes. Nuevas líneas de investigación futura tendrían que abordar el tema de cómo se puede medir la coordinación para decidir si un sistema está coordinado y, si es así, en que grado lo está.

La continuidad, concepto multidimensional, es el resultado de la coordinación y se consigue cuando existe una transferencia de información, una relación interpersonal y una gestión de la atención, en orden jerárquico. Las medidas de continuidad de información y de gestión están poco desarrolladas versus las de continuidad de relación, cosa que dificulta poder captar la continuidad en su totalidad.

Las organizaciones sanitarias, utilizan los mismos mecanismos de coordinación que las no integradas para coordinar la atención de la población.

2.7. Agradecimientos

Agradezco la ayuda de Ingrid Vargas y M^a Luisa Vázquez en la revisión crítica de esta tesina. Así mismo, al Consorci Hospitalari de Catalunya, patrocinador del estudio.

2.8. Bibliografía

1. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En Starfield B. Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2002; 233-65.
2. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration* 1993;38(4):467-89.
3. Alfaro Latorre M, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia., pp 240-60. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria., 2002.
4. Ortún Rubio V. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*, pp 349-57. Masson, 1998.
5. Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *Eur J Gen Pract* 1996;2:53-4.
6. Morell Bernabé JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV curso de Pediatría en AP; 2003 enero; Madrid, España.
7. Davis P. The interface between primary and secondary care. *J R Soc Med* 2001;94 Suppl 39:46-9.
8. López G, Ortún V. La política sanitària a Catalunya, 1989-1998. En: Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política, Cultura. Barcelona: 1999; 465-476.
9. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 2002;8(4):159-66.
10. Starfield B. The future of primary care in a managed care era. *Internal Journal of Health Services* 1997;27(4):687-96.
11. Olesen F., Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European journal of general practice* 1998;4,june:81-3.
12. R. Dto. 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. B.O.E.1 de febrero 1984.
13. Agúndez Basterra, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre 2000.
14. Afaro Latorre M, et al. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia., pp 240-60. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria., 2002.
15. Alonso Fernández M, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002.
16. Alonso Pérez de Agreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(2):122-30.

17. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Atención Primaria* 1996;17(4):239-40.
18. Contel Segura JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria* 2002;29(8):502-6.
19. Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud* 2002;44:1-2.
20. Kreling B, Carmel M. Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide the development of measures. U.S Department of Health and Human Services 2000.
21. Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de Gestión* 2001;7(2):59-64.
22. Mintzberg H. *La Estructuración de las Organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1988.
23. Galbraith J. *Designing complex organizations*. Addison-Wesley Publishing Company, 1973.
24. Reid R, Haggerty J, and McKendry MA. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. 2002. Ottawa, Ontario, Canadian Health Services Research Foundation.
25. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
26. Gill JM, Mainous AG, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of provider continuity on quality of care for persons with diabetes mellitus. *Ann Fam Med* 2003;1(3):162-70.
27. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982;15(5):929-37.
28. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304(6837):1287-90.
29. Citro R, Ghosh S, Churgin PG. Modeling and evaluation of continuity of care in a staff model HMO. *M.D.Computing* 1998;15(5):298-306.
30. Vargas Lorenzo I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 2002;8(4):167-78.
31. Ibern P, Calsina J. Més enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries integrades. *Centre de Recerca en economia i salut.CRES* 2001.
32. Conrad D. Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration. *Hospital & Health Services Administration* 1993;38:491-508.
33. Lorenz AD, Mauksch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Primary Care* 1999;26(2):401-10.
34. Guardiola E. El artículo de revisión: Hacia un mayor rigor científico. *Revisiones en Salud Pública* 1991;2:197-218.
35. Committee on the Future of Primary Care. *Primary care: america's health in a new era*. Institute of Medicine, 1996.
36. 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.

37. Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Mental Health Policy Econ* 2000;3:69-75.
38. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health Care in America*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000; 212-240.
39. Oates J, Bjerregard JH, (eds). *Building regional health care networks in Europe*. Amsterdam: IOS Press, 2000; 9-11.
40. Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res* 2002;37(4):1031-54
41. Sofaer S, Kreling B, Carmel M. Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide de development of measures. Report to the Division of Disability, Aging and Long-term Care, ASPE/HHS and the Center for Health Care Strategies by the School of Public Affairs, Baruch College, December, 2000.
42. Wrobel JS, Charms MP, Diehr P, Robbins JM, Reiber GE, Bonacker KM et al. The relationship between provider coordination and diabetes-related foot outcomes. *Diabetes Care* 2003;26(11):3042-7
43. Profili S and Sammarra A. Changes in health care systems and evolution of coordination mecanisms. 1999. Disponible en: <http://www.sba.muohio.edu/abas/1999/profilsi.pdf>.
44. Zinn J, Mor V. Organizational structure and the delivery of primary care to older americans. *Health Services Research* 1998;33:354-80.
45. Warren JR, Beliakov GV, Noone JT, Frankel HK. Chronic disease coordinated care planning: flexible, task-centered decision support. *Top Health Inform Manage* 1999;20(2):52-68.
46. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observation study. *BMJ* 1998;317:858-61.
47. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Conde M, Hernández R, Rodríguez C, Olcoz MT. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas? Una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. In Ortún V. (ed), ed. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Barcelona: Masson, 2003; 1-15.
48. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
49. Bengoa R. Sanidad la reforma posible. Merck Sharp & Dohme de España, 1997; 141-143.
50. Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Adv Prac Nurs Q* 1998;4(1):33-9.
51. Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health* 1995;18(1):49-57.
52. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* 1996;13:264-79.
53. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry S, Wagner E. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097-102.
54. Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review* 2000;23(1):179-92.

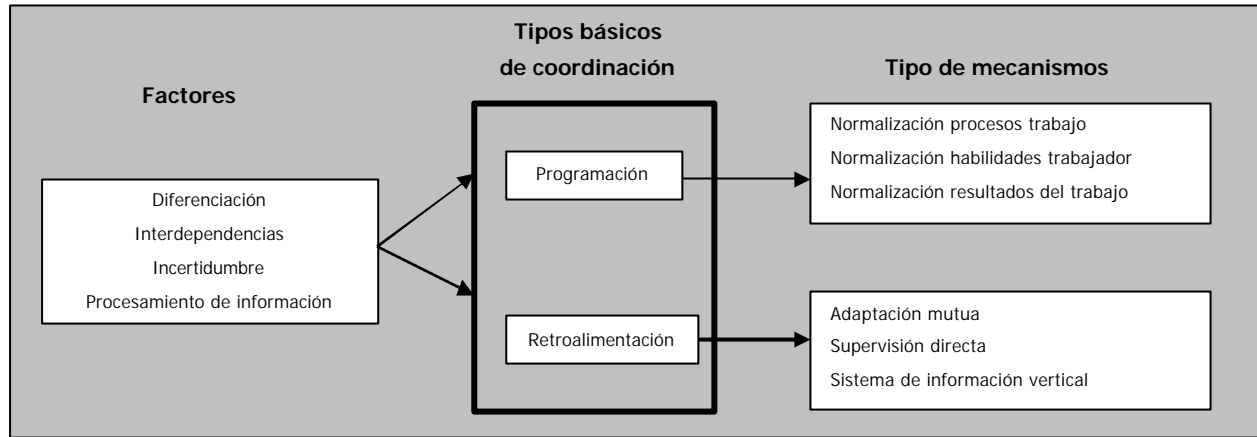
55. Halm MA, Gagner S, Goering M, Sabo J, Smith M, Zaccagnini M. Interdisciplinary rounds: impact on patients, families, and staff. *Clin Nurse Spec* 2003;17(3):133-42.
56. Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C. Concordance between medical records and observations regarding information on coordination of care. *Med Care* 1979;17(7):758-66.
57. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28(8):535-42.
58. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome: a critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994;120(2):135-42.
59. Weiss ME. Case management as a tool for clinical integration. *Adv Prac Nurs Q* 1998;4(1):9-15.
60. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79:755-63.
61. Qudah F, Brannon M, McDougall P. Integrated clinical management: a model for clinical integration. *Top Health Inform Manage* 1998;19(2):1-11.
62. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care -A position paper of the Who European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of integrated Care* 2001;1(3) online en: http://www.ijic.org/cgi-bin/pw.cgi/2001-6/000076/article_print.html.
63. Genefke J, Holm T, and Melchiorson H. Shared care: management fad- or a tool for the few. En Hibbert, P. *Co-creating Emergent Insight: Multi-organisational Networks, Partnerships and Alliances*. Glasgow: University of Strathclyde 2003.
64. Wagner EH, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quartely* 1996;74(4):511-44.
65. Smith BJ, McElroy HJ, Ruffin RE, Frith PE, Heard AR, Battersby MW et al. The effectiveness of coordinated care for people with chronic respiratory disease. *MJA* 2002;177:481-5.
66. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003;1:134-43.
67. Starfield B. Continuous confusion. *Am J Public Health* 1980;70(2):117-9.
68. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
69. Anderson MA, Helms LB. Talking about Patients: Communication and Continuity of Care. *J Cardiovasc Nurs* 2000;14(3):15-28.
70. Guthrie B. Continuity in UK general practice: A multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Family Practice* 2002;19(5):496-9.
71. Starfield B. Continuity and longitudinality. *Ann Fam Med* 2003; Comments for De Maeseneer et al *Ann Fam Med* 2003; 1: 144-148.
72. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1980;70(2):122-7.

73. Ruane TJ, Brody H. Understanding and teaching continuity of care. *Journal of Medical Education* 1987;62(12):969-74.
74. Devers K, Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review* 1994;19(3):7-20.
75. Gallagher EJ. How well do clinical practice guidelines guide clinical practice? *Ann Emerg Med* 2002;40(4):394-8.
76. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage M, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the conference on guideline standardization. *Ann Intern Med* 2003;139:493-8.
77. Phillips-Harris C, Fanale JE. The acute end long-term care interface: integrating the continuum. *Clinics in Geriatric Medicine* 1995;11(3):481-501.
78. McHugh M, West P, Assatly C, Duprat L, Howard L, Niloff J et al. Establishing an interdisciplinary patient care team. Collaboration at the bedside and beyond. *JONA* 1996;26(4):21-7.
79. Stumberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract* 2000;17:16-20.
80. Hjortdahl. Continuity of care: general practitioners' Knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992;9(1):3-8.
81. Hjortdahl P, Borchgrevink CFr. Continuity of care: influence of general practitioner's knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303(6811):1181-4.
82. Ejlertsson G, Berg S. Continuity of care in health care teams. A comparison of continuity measures and organisational solutions. *Scand J Prim Health Care* 1985;3:79-85.
83. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000;321(7263):734-6.
84. Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmuker G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:137-42.
85. Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs* 2000;14(3):15-28.
86. Sparbel KJ, Anderson MA. Integrated literature review of continuity of care: Part 1, Conceptual issues. *J Nurs Scholarsh* 2000;32(1):17-24.
87. Béland F. A descriptive study of continuity of care as an element in the process of ambulatory medical care utilization. *Can J Public Health* 1989;80(4):249-54.
88. Gill JM, Mainous AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9:333-8.
89. Darden PM, Ector Walton, Moran C, Quattlebaum TG. Comparison of continuity in a resident versus private practice. *Pediatrics* 2001;108(6):1263-8.
90. Christakis DA, Kazak AE, Wrigth JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med* 2004;36(1):55-60.

91. Anderson MA, Helms LB. Comparison of continuing care communication. *Image J Nurs Sch* 1998;30(3):255-60.
92. Rodríguez-Contreras R, López Gigoso RM, Aguado Mingorance A, Gastón Morata JL, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P et al. La continuidad interepisodios en la atención primaria de salud: propuesta de un indicador. *Bol Of Sanit Panam* 1993;114(3):242-7.

2.9. TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Marco teórico para la clasificación de los mecanismos de coordinación



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Sistematización de los instrumentos de coordinación según el marco teórico de Mintzberg (1988) y Galbraith (1973)

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento usado en la práctica
Normalización procesos de trabajo	Guías de práctica clínica Sistemas de soporte informatizados Protocolos de actuación clínica Planificación del alta hospitalaria
Normalización de las habilidades del trabajador	Formación continuada
Normalización de los resultados del trabajo	Planificación del alta hospitalaria Protocolos de actuación clínica
Adaptación mutua	Teléfono Correo electrónico Grupos de trabajo Oficiales de enlace Gestor de casos
Sistemas de información vertical	Historias clínicas Partes interconsulta Sistemas de información integrados

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Medidas de la coordinación asistencial

Tipo de medida	
Medidas de estructura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número promedio de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento desarrollados a nivel de servicio⁷⁴. ▪ Porcentaje de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento compartidos con otras unidades operativas⁷⁴ ▪ Porcentaje de elementos de las historias clínicas disponibles para otras unidades o compartidos entre unidades⁷⁴ ▪ Tiempo necesario para obtener información de la historia clínica de otro servicio⁷⁴ ▪ Porcentaje de servicios que utilizan una misma numeración para todas las posibles circunstancias⁷⁴ ▪ Porcentaje promedio de servicios que utilizan un informe integrado con un organigrama orientado a los problemas⁷⁴ ▪ Adherencia de protocolos conjuntos a lo largo del continuo asistencial por proveedores de AP y AE
Medidas de proceso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidencia de la transferencia de información: ¿Dan los médicos de la unidad una información pertinente a los otros médicos que atienden al paciente, buscan un intercambio de información activa entre los otros médicos? ¿Se proporciona a los otros médicos un resumen de la historia clínica del paciente cuando lo necesitan? ▪ Transferencia de información: ¿Existe un mecanismos de transferencia de información? (Si/no) ▪ Porcentaje promedio de la utilización de seis programas y herramientas de evaluación en los servicios. Ej. planificación del personal médico, recogida de las mismas puntuaciones de la satisfacción de los pacientes⁷⁴ ▪ Número promedio de programas e instrumentos evaluadores utilizados por cada servicio⁷⁴
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duplicidad en la prescripción de medicamentos similares: Medicamentos repetidos prescritos AP y AE / Total medicamentos prescritos entre AP y AE ▪ Repetición de visitas por falta de resultados de las pruebas solicitadas: Número de visitas repetidas por falta de pruebas / Número total de visitas del paciente ▪ Duplicación de pruebas solicitadas por diferentes profesionales: número de pruebas solicitada duplicadas / total de pruebas solicitadas para ese paciente ▪ Continuidad de la atención

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Ambiente de continuidad

Dimensión	Elementos		Descripción
Información	Transferencia de información		Implica que cada proveedor que cuida a un paciente tiene acceso a la información exhaustiva del paciente en visitas anteriores aunque haya sido visitado por otros proveedores.
	Conocimiento	del médico	Conocimiento que los médicos deben tener: medicina preventiva, posible curso de una enfermedad, efectos y tiempo de prescripción de medicamentos,...
		acumulado del paciente	De las preferencias de los pacientes, sus valores y contexto que a menudo está presente en la memoria del proveedor
Relación	Relación paciente-proveedor		Generación de expectativas sobre la responsabilidad y confianza entre paciente y proveedor
	Familia		Todos los miembros de la familia reciben atención de proveedores que conocen los problemas de salud de los otros miembros.
	Estabilidad del proveedor y consistencia del personal		Ver al mismo proveedor sistemáticamente cuando hay expectativas de establecer una relación a largo plazo
	Cronológica		Servicios sanitarios provistos en períodos de tiempo dando cobertura al ciclo de la vida y a las crisis que en ésta aparecen.
Gestión	Geográfica		Provisión de atención sin tener en cuenta el lugar de atención
	Interdisciplinaria		Habilidad del médico para atravesar los límites del sistema, gestionar e integrar un amplio rango de enfermedades, problemas sociales
	Accesibilidad		Facilidad para acceder a una amplia gama de servicios
	coherencia de la atención		Creación de planes de gestión para asegurar la coherencia de ésta
	Flexibilidad		Adaptación de la atención a los cambios en las necesidades y circunstancias de los pacientes ya que su contexto y valores varían a lo largo de la vida

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 4. Medidas de continuidad según la clasificación de Reid et al²⁴

Tipo de continuidad	Medida de continuidad
Continuidad de relación	Proveedor habitual de continuidad (<i>usual provider of continuity UPC</i>) Índice de continuidad en la atención (<i>continuity of care index COC</i>) Continuidad conocida del proveedor (índice K) Probabilidad de continuidad (<i>likelihood of continuity LICON</i>) Índice de continuidad modificado (<i>modified continuity index MCI</i>) Modified modified continuity index (MMCI) Continuidad secuencial (<i>sequential continuity SECON</i>) Índice alfa CI_{α} Survey based-sequential continuity Afiliación entre paciente y proveedor/es Fuerza de la relación Preguntas de estudio en el grado de la afiliación paciente proveedor Escala de percepción de continuidad Encuestas multidimensionales de atención primaria Escala de continuidad de los servicios de Alberta para salud mental
Continuidad de información	Evidencia de la transferencia de información, grado de completación y recopilación Inventario de datos de derivación (<i>referral data inventory RDI</i>) Transferencia de información
Continuidad de gestión	Evidencia de seguimiento longitudinal Adherencia a protocolos específicos de enfermedad y consistencia de la atención en el tiempo Indicador de continuidad interepisodios (ICI)

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 1. Definiciones de coordinación de la asistencia

Definición	Acción Y efecto de concertar medios y esfuerzos para una acción común (Diccionario de la Real Academia Española.)
Interpretación	Para coordinar tiene que existir un objetivo común en el que todas las partes estén de acuerdo para alcanzarlo, uniendo tanto medios como esfuerzos.
Definición	Es la conexión dentro de un mismo servicio y entre distintos servicios y lugares de atención, de manera que la atención se reciba en un orden correcto. Asegura la provisión de una combinación de servicios sanitarios e información que cubra las necesidades de los pacientes. ³⁵
Interpretación	En esta definición se destaca que la coordinación es la conexión en el orden correcto, es decir, conforme a las necesidades de los pacientes.
Definición	Actividad consciente de unir y sincronizar los esfuerzos de trabajos diferenciados haciendo que éstos funcionen de manera armoniosa para conseguir los objetivos de las organizaciones ³⁶
Interpretación	En el caso de los sistemas sanitarios los trabajos diferenciados serían los diferentes servicios, que son los que se tienen que unir de manera sincronizada para alcanzar el objetivo de las organizaciones. La unión no puede producirse al azar sino que debe ser sincronizada
Definición	Integración de todos los servicios relacionados con la salud independientemente del lugar donde se reciban ¹
Interpretación	La coordinación no está supeditada al lugar en el que se presta la atención
Definición	Acciones conjuntas de las organizaciones y sectores en algún aspecto fuerte y más formal hacia cada uno ³⁷
Interpretación	Esta definición aporta que la coordinación además de ser una acción conjunta, como ser la colaboración, tiene carácter formal
Definición	Es un medio de tratar con las interdependencias encajando efectivamente las partes de una organización, o encajando dos o más organizaciones, persiguiendo un objetivo común ³⁸
Interpretación	La coordinación depende de las interdependencias y puede darse dentro de una misma organización o entre organizaciones distintas.

ANEXO 2. Mecanismos de coordinación de la atención

INSTRUMENTO	Guías de Práctica Clínica
Definición	Exposiciones que recomiendan la práctica apropiada en la atención de un paciente para una circunstancia clínica específica basadas en la mayor evidencia científica disponible
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ validez científica ▪ relevancia y aplicabilidad en la práctica ▪ formulación y estilo de las recomendaciones ▪ compatibilidad con las opciones y los valores existentes ▪ complejidad ▪ consecuencias de su aplicación para los proveedores, pacientes y médicos ▪ riesgo de aplicar sus recomendaciones ▪ tipo de diseminación
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ revisión de la literatura ▪ consulta multidisciplinaria ▪ graduación de las recomendaciones según el nivel de evidencia ▪ evaluación crítica
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En su mayoría están desarrolladas por especialistas ▪ Percibidas como inflexibles en su aplicación a condiciones complejas ▪ Su existencia y conocimiento no es suficiente ▪ Diseminación de la información que contienen
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducen la provisión de atención inadecuada ▪ Soportan la introducción de nuevo conocimiento en la práctica clínica ▪ Reducción de la variabilidad de la práctica clínica
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben incorporarse al proceso de toma de decisiones del médico en la práctica diaria ▪ Según las estrategias de implementación (Artalejo): <ul style="list-style-type: none"> - Ineficaces: distribución y diseminación, conferencias magistrales o mesas redondas - Eficacia variable: auditorias y presentación de resultados de éstas a los médicos, sesiones educativas, conferencias/ sesiones locales de consenso - Eficaces: recordatorios de la conducta deseable del médico ante un paciente concreto, encuentros interactivos con expertos externos. Intervenciones multicomponente son las más eficaces e incluyen varias de las intervenciones anteriores
Coordinación	Estandarizan el proceso de atención del paciente Añaden formalización a la práctica médica Reducen la incertidumbre en los procesos médicos
Mecanismo de coordinación	Estandarización de los procesos de trabajo
Fuentes bibliográficas	47, 75, 76

INSTRUMENTO	Protocolos de Actuación Clínica (“integrated care pathways”)
Definición	Planes de atención multidisciplinarios que incluyen los pasos esenciales en la atención de los pacientes con una enfermedad concreta y describen los progresos esperados en los pacientes.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe único multidisciplinario ▪ Guías de práctica clínica ▪ Atención multidisciplinaria centrada en el paciente
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seleccionar una área de la práctica clínica importante ▪ Obtener soporte para el proyecto ▪ Formar un grupo multidisciplinario ▪ Identificar las GPC existentes o desarrollarlas ▪ Revisión de la práctica ▪ Implicar al personal local ▪ Identificar áreas locales clave para el desarrollo del servicio ▪ Desarrollar un protocolo de actuación clínica ▪ Preparar la documentación ▪ Educar al personal ▪ Prueba piloto ▪ Análisis regular de la varianza ▪ Discusión de las variaciones
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para desarrollarlos en cuando existen múltiples patologías ▪ Dificiles de aplicar cuando la gestión clínica es muy variable ▪ Condiciones complejas o inusuales ▪ Su implementación
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medio para desarrollar e implementar protocolos locales de atención basados en guías de práctica clínica ▪ Mejoran la comunicación multidisciplinaria y la planificación de la atención ▪ Ayudan en la comunicación del médico con los pacientes y la satisfacción de los pacientes ▪ Disminuyen la variabilidad de la práctica clínica
Eficacia	Ausencia de existencia robusta de su efectividad global pero si para sus partes (GPC, historias clínicas,...)
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencia el trabajo en equipo ▪ Diseñados para coordinar las intervenciones ▪ Su objetivo es facilitar la introducción en la práctica clínica de las GPC, nexo entre las GPC y su uso ▪ Mejora la comunicación multidisciplinaria y la planificación de la atención
Mecanismo de coordinación	Normalización de los procesos de trabajo Normalización de los resultados del trabajo
Resultados de su utilización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de las estancias hospitalarias ▪ Reducción de costes ▪ Mejora de los resultados en pacientes (calidad de vida, reducción de complicaciones) ▪ Aumento de la satisfacción de los pacientes con el servicio ▪ Mejora de la comunicación entre médicos y enfermeras ▪ Incrementa la participación del paciente o cuidador en la atención del paciente ▪ Reducción del tiempo de papeleo del personal
Modificaciones	Extended care pathways: para la atención de procesos o enfermedades específicas que se extienden a través de los niveles de atención y de este modo une la evaluación y la coordinación de la atención entre todas las disciplinas
Fuentes Bibliográficas	77 48

INSTRUMENTO	Sistemas de Soporte de Decisiones Informatizados
Definición	Programas informáticos que apoyan al gestor en la toma de decisiones en procesos no estructurados. Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD)
Descripción	Se aplican sobre los pacientes individuales. Se introduce en el programa la historia clínica informatizada del paciente y se clasifican según la base del conocimiento del software, generándose las recomendaciones. (ART) Tipología: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasivos: Su objetivo es proveer la información necesaria cuando se necesita (historia clínica, resultados de laboratorio, protocolos estandarizados y GPC) ▪ Activos: aplican el conocimiento médico a los datos de un paciente determinado recomendando una conclusión específica o un curso de acción Componentes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de expertos ▪ Recordatorios informáticos y alertas ▪ Calculadores de dosis ▪ Sistemas de navegación de protocolos y GPC
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los médicos tienen la responsabilidad del tratamiento
Limitaciones	Adhesión a éstos por parte de los médicos
Coordinación	Útiles en la derivación a especialistas, indican cuando es apropiada, pruebas a realizar antes e información a proporcionar al especialista
Mecanismo de Coordinación	Sistemas de información vertical
Resultados de Su utilización	Implementada en Catalunya por PANEM y SAGESSA: buen grado de utilización y satisfacción por médicos de AP
Fuente bibliográfica	47

INSTRUMENTO	Historia clínica
Definición	Conjunto mínimo de datos: núcleo de datos necesarios y comunes para el sistema de información de diferentes profesionales e instituciones.
Atributos	Identificación y situación social del paciente Actividades y problemas sanitarios Cobertura financiera Identificación del profesional que atiende al paciente
Limitaciones	Hº Clínica compartida: confidencialidad y legalidad de ésta, sacrificio de la riqueza de la calidad de los datos inherente en la historia clínica escrita, ausencia de un entrenamiento o habilidades para su uso o limitaciones en el software.
Efectividad	CMBD permite evaluar la adecuación de la demanda del paciente y la respuesta del médico
Coordinación	Instrumento más utilizado para coordinar la atención de un paciente cuando varios profesionales están implicados en la atención de un paciente
Mecanismo de Coordinación	Sistema de información vertical
Variaciones de este instrumento	- Historia clínica compartida electrónica: para paliar los problemas de coordinación, se le añade el plan de atención y los objetivos de tratamiento futuro - Historia clínica homologada: en Catalunya, con unificación de criterios y con registros de calidad
Fuentes bibliográficas	57, 56

INSTRUMENTO	Grupos de trabajo
DEFINICIÓN	Grupo de trabajadores del sector sanitario que tienen roles relacionados para cubrir las necesidades sanitarias de un paciente o un grupo de pacientes y proveerlos de una atención coordinada
TIPOLOGÍAS	<p><u>Multidisciplinarios</u>: los profesionales trabajan en paralelo, con una definición clara de roles, tareas específicas, jerarquía de autoridad y un gran nivel de autonomía profesional. Una limitación de éstos es que los profesionales a menudo consultan con los pacientes individualmente y crean sus propios objetivos y planes de tratamiento, esto lleva a una inconsistente y contradictoria comunicación a los pacientes. Típico equipo del modelo médico ⁵⁴</p> <p><u>Equipos Interdisciplinarios</u>: Los profesionales que participan en este tipo de equipos, se encuentran regularmente para coordinar los programas de tratamiento para dar cobertura a todas las necesidades de los pacientes de manera conjunta. Normalmente un miembro del equipo es el responsable de coordinar la comunicación entre los profesionales y el paciente. Reconocido positivamente para pacientes con enfermedades crónicas y problemas de salud complejos⁵⁴. La relación de colaboración que se ha desarrollado en estos equipos de trabajo permitieron a McHugh et al coordinar la atención de manera más eficiente alrededor de un episodio de enfermedad para los pacientes individuales (McHugh et al, 1996) El grupo de (McHugh et al, 1996) no tiene una relación jerárquica, médicos, enfermeras y pacientes planifican y evalúan la atención del día en las rondas diarias por la mañana.</p> <p><u>Equipos Transdisciplinarios</u>: En estos todos los miembros contribuyen, por medio de la toma de decisiones consensuada, al plan individualizado para el paciente, y uno o dos miembros del equipo son designados como los agentes primarios de la intervención. Minimiza la autonomía profesional pero, maximiza la habilidad compartida. No son muy utilizados en sector sanitario. ⁵⁴</p>
EFECTIVIDAD	<p>Prerrequisitos de efectividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de componentes pequeños y manejable ▪ Combinación adecuada de habilidad y pericia ▪ Comprometidos con un propósito significativo ▪ Objetivos específicos y alcanzables de los que tienen una responsabilidad conjunta ▪ Comunicación regular ▪ Resuelven problemas, toman decisiones y gestionan los conflictos conjuntamente ▪ Misma visión económica, administrativa y un mismo funcionamiento social
COORDINACIÓN	Mejoran la coordinación de los servicios sanitarios adoptando una visión global del paciente
MECANISMO DE COORDINACIÓN	Adaptación mutua
RESULTADOS DE SU UTILIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor continuidad y coherencia de la atención ▪ Mejor planificación ▪ Mejora de la resolución de problemas y reducción de la ambigüedad entre los miembros del grupo
EJEMPLOS	<p>Grupos de evaluación geriátrica en atención ambulatoria</p> <p>Equipos de atención primaria: el más importante y sobre el que se han realizado más intervenciones</p> <p>UFIS: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias, valoración geriátrica en los hospitales de las personas mayores.</p>
Fuente bibliográfica	54, 78

INSTRUMENTO	Sistemas de información integrados
Definición	Conectan los diferentes proveedores de una región haciendo posible el acceso y el intercambio de información electrónicamente entre hospitales, médicos de familia, pacientes, centros sanitarios, laboratorios y otras instituciones sanitarias de esa región. Creación de un flujo de información flexible en el que la información clínica se transmite de un proveedor a otro no quedándose bloqueada en el nivel de atención previo.
Descripción	Se centran en las historias clínicas compartidas informatizadas, mensajes clínicos (prescripciones, resultados de laboratorio,...), correo electrónico clínico para la transferencia segura de la información relacionada con un paciente, protocolos de atención,... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de historias clínicas compartidas: mejoran la división del trabajo entre diferentes proveedores, reducen la duplicación y mejoran el diagnóstico y el desarrollo del plan de tratamiento
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - mejoran la capacidad de los médicos de cuidar a los pacientes estén en el nivel que estén - reducen los costes al reducir la redundancia de pruebas - mejoran la capacidad para cuidar del paciente en cualquier lado de la interfase y reducen los costes de pruebas redundantes
Efectividad	
Coordinación	Mejoran la coordinación ya que la información sobre un paciente específica está disponible para los médicos de diferentes lugares y a cualquier hora, de manera que el paciente puede tratarse en el momento
Mecanismo de coordinación	Sistema de información vertical
Fuente bibliográfica	39, 77

ANEXO 3. Definiciones de continuidad asistencial

DIMENSIÓN CRONOLÓGICA

Definición	Es la relación entre la atención pasada y presente conforme a las necesidades terapéuticas de los clientes
Autor	Bass y Windle (1972)
Fuente Bibliográfica	²⁴ , Bass RD and Windle C 1973, Sedgely DJ 1973

Definición	Aquellos aspectos de la atención médica que no pertenecen al presente, que son pasados y futuros.
Autor	⁷³
Fuente Bibliográfica	^{73, 24}

DIMENSIÓN INFORMACIÓN

Definición	Medio por el que la información sobre el diagnóstico y la gestión de un problema se transmite de una visita a la siguiente
Autor	Starfield B 1980
Fuente Bibliográfica	^{67, 24, 1, 27}

Definición	Seguridad que el conocimiento de los detalles de la interacción de un paciente se utilizan en las interacciones posteriores.
Autor	Harding J 1991
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Medio por el que se unen partes separadas de un episodio de enfermedad o el seguimiento de una enfermedad aguda o la atención sostenida de una crónica.
Autor	Starfield B 1980
Fuente Bibliográfica	^{24, 67} , Vivier PM, Lewander WJ, Block Sh et al 1995

DIMENSIÓN RELACIÓN

Definición	Tener responsabilidad de tus pacientes después del alta desde tu servicio
Autor	Honovich D 1983
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Contrato implícito entre médico y paciente en el que el médico asume una responsabilidad sostenida por el paciente hasta el final, sea cual sea el curso que tome.
Autor	McWhinney 1975
Fuente Bibliográfica	^{66, 79, 80, 24}

Definición	Compromiso con el paciente y sus necesidades cambiantes independientemente del lugar de atención. Solo puede ser provista por un equipo que actúe como una madre sustituta.
Autor	Amyot A, Lavoie JG 1976
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado en el que el número total de visitas de un paciente para un episodio de enfermedad por un periodo de tiempo determinado son con un único proveedor o grupo de proveedores
Autor	Bice TW, Boxerman SB 1977
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Todas las visitas con su propio médico de familia
Autor	Phillips WR, Little TL
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación sostenida en el tiempo entre un proveedor de atención sanitaria y un paciente independientemente del estado de salud del paciente. Contrato de actitud mutuo
Autor	Banahan y banahan 1981
Fuente Bibliográfica	27 , 28 , 79 , 24 ' , ' , ' , '

Definición	Atención continua por parte del mismo médico
Autor	Breslau et al. 1981; Breslau 1982
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación continuada con un médico personal
Autor	Dietrich AJ, Olson AL
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Atención continuada por un proveedor
Autor	Godkin MA, Rice CA 1981
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Atención sostenida por parte de una persona (médico o profesional sanitario) o por parte de una organización (hospital, health maintenance organization,...)
Autor	Dietrich AJ, Marton KI 1982
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado en el que se ve al mismo proveedor durante una secuencia de visitas
Autor	EriKsson EA, Mattsson L 1983
Fuente Bibliográfica	24. , 79;81; Spooner SA 1994

Definición	Fuerza de la creencia en el siguiente afirmación: Tu debes ver al mismo médico en cada visita.
Autor	Fletcher RH, O'Malley MS, Earp J, et al 1983
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Ver al propio médico en todas las visitas
Autor	Ejlertsson G, Berg S 1984
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Un médico vela por el mismo paciente por muchos años durante los cambios significativos en el ciclo de la vida del paciente
Autor	Freeman GK 1984
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado en el que la atención médica de un paciente individual se provee por un único médico
Autor	Godkin MA, Rice CA 1984
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación sostenida entre un paciente y un proveedor de atención sanitaria, independientemente de los problemas médicos del paciente
Autor	Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP et al 1984
Fuente Bibliográfica	24

Definición	En una organización médica especializada es el grado en el que la atención se provee por un único médico de manera consistente.
Autor	Berg S 1985
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación terapéutica estable entre un paciente y proveedor con una atención apropiada a las necesidades de los pacientes.
Autor	Given CW, Branson M, Zemach R 1985
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación de larga duración entre paciente y doctor, independientemente de cual pueda ser el problema.
Autor	82
Fuente Bibliográfica	82, 24

Definición	Relación terapéutica a largo plazo entre un paciente y un proveedor
Autor	Quartier F 1986
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Identificación de un médico como proveedor de atención primaria para un paciente concreto durante un periodo largo de tiempo
Autor	Roland M, Mayor V, Morris R 1986
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Ver al mismo médico en cada visita
Autor	Freeman GK 1987
Fuente Bibliográfica	24; Freeman GK, Richards SC 1993; Freeman GK 2000

Definición	Grado en el que cada individuo ve solo a un médico
Autor	Mattsson LG, Westman G 1987
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Es más una actitud por parte del paciente y del proveedor que una sucesión de visitas al mismo proveedor
Autor	Chao J 1988
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Atención médica provista en el tiempo por un trabajador de la salud independientemente de la presencia o no de una patología concreta.
Autor	Hjortdahl P 1989
Fuente Bibliográfica	81, 24

Definición	Relación sostenida entre un proveedor y paciente
Autor	Weil GL, Ramsey SA 1989
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación a largo plazo con un médico
Autor	Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC 1993
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación sostenida entre paciente y proveedor construida con el tiempo
Autor	Freeman GK, Richards SC 1994
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Una vez que se ha establecido una relación de un paciente con un médico este provee la mayoría de la atención que puede perdurar en el tiempo
Autor	Emanuel EJ, Dubler NN 1995
Fuente Bibliográfica	24

Definición	La relación entre un médico general y un paciente en un eje temporal
Autor	Owen C 1996
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Responsabilidad ininterrumpida de un médico por la atención de un paciente
Autor	Pilotto LS, McCallum J, Raymond C et al 1996
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Mantenimiento de un relación duradera entre paciente-proveedor durante un periodo de tiempo
Autor	Weiss LJ, Blustein J 1996
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Los pacientes ven a su propio médico versus a cualquier otro
Autor	Weyrauch KF 1996
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Unión entre una secuencia de eventos o factores relacionados. En enfermería se espera que una misma enfermera siga al paciente a través de los estadios clave de su hospitalización o durante un periodo de tiempo específico en la comunidad.
Autor	Castledine G 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación continuada con un proveedor o médico durante todo un episodio de atención
Autor	Elder WG 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Atención continuada por un médico o equipo durante el tiempo
Autor	Flocke SA 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	El desarrollo de una relación sostenida con comunicación, confianza, y relación con el paciente
Autor	Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Los pacientes son visitados por el mismo médico para la evaluación inicial y el subsiguiente tratamiento
Autor	Hawton K 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Los mismos médicos proveen a los clientes con servicios centrales para la duración de su tratamiento en el programa
Autor	Smith TE, Hull JW, Hedayat-Harris A et al 1997
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación sostenida entre pacientes y proveedores que se dirige a la mayoría de las necesidades sanitarias de la población
Autor	25
Fuente Bibliográfica	24;25

Definición	Ver al mismo proveedor de salud durante el tiempo
Autor	Gill JM, Mainous AG
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación de larga duración sostenida entre un paciente y un proveedor
Autor	Love MM, Mainous AG 1999
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación sostenida en el tiempo entre paciente y médico
Autor	Cook A, Lennox N 2000
Fuente Bibliográfica	24

Definición	El paciente visita al mismo médico
Autor	83
Fuente Bibliográfica	24;83

Definición	Provisión de atención por un médico durante un tiempo determinado
Autor	Neal RD, Heywood PL, Morley S 2000
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Relación continua entre un médico y un paciente durante periodos largos de tiempo
Autor	Newberry P 2000
Fuente Bibliográfica	24

DIMENSIÓN GESTIÓN

Definición	Atención apropiada y tratamiento de acuerdo con las necesidades del pacientes
Autor	Byrd JT
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Coordinación de la atención de los pacientes hospitalizados y externos, planificación para el seguimiento post hospitalario necesario, y centrándose durante la estancia en el hospital en la vida post hospitalaria del paciente
Autor	Teeter RB
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado en que los servicios de atención se reciben como una sucesión de eventos de manera coordinada y sin interrupciones consistentes con las necesidades médicas de los pacientes
Autor	Shortell SM 1976
Fuente Bibliográfica	^{29, 72, 24} Hadac RR, Smith CK, Gordon MJ 1979; Wall EM 1981; Kersten D, Hackenitz E 1991

Definición	Comunicación interinstitucional efectiva
Autor	Rosenthal JM, Miller DB 1979
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	La recepción de servicios de atención sanitaria coordinados y sin interrupciones
Autor	Horan MJ, Steinwachs DM, Smith CR et al 1980
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Proceso que implica el movimiento ordenado sin interrupciones de los pacientes entre diferentes elementos del sistema de provisión de servicios
Autor	Bachrach (1981)
Fuente Bibliográfica	⁸⁴ , Semke J 1991; Barbato A, Terzian E, Saraceno B et al 1992; Brown L, Cox GB, Jones WE et al 1994; ²⁴ ; Predergast PJ 1995

Definición	Proveer un protocolo de transferencia de un paciente y un acuerdo de servicios compartidos definiendo la cooperación entre dos instituciones para facilitar y asegurar una atención al paciente efectiva y eficaz.
Autor	Dorky DL, Housley CE 1981
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Paso de los pacientes desde la atención hospitalaria a la atención comunitaria
Autor	Joseph B, Ryan CF, Boundrealt TM 1981
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	En organizaciones de servicios integrales es la orquestación de los servicios médicos
Autor	Berg S 1985
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Proceso que implica un movimiento de los pacientes ordenado y sin interrupciones entre los distintos elementos del sistema de provisión de servicios
Autor	Torrey EF 1986
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	El sistema de servicios debe ser accesible al paciente de diferentes maneras: geográfica, por largos periodos de tiempo, acceso psicológico, acceso financiero.
Autor	Bachrach L 1987
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Planificación del alta integral, transferencia rápida y eficaz e implementación de un programa específico de tratamiento
Autor	Tessler RC 1987
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Programa multidisciplinario coordinado para restablecer una enfermedad o discapacidad individual hasta sus capacidades máximas en las utilidades físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas
Autor	Conkling VK 1989
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Plan de atención para los progresos de un paciente concreto sin interrupciones
Autor	Banks NJ, Palmer RH 1990
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Ausencia de interrupción o sucesión de las partes que están íntimamente unidas
Autor	Stedman 1982
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Seguridad sistemática que una atención del paciente sin interrupciones, integrada y psicosocial, conforme con los deseos del paciente, desde la evaluación de los síntomas en el periodo diagnóstico, a través de la fase de tratamiento activo, y para la duración de la monitorización del postratamiento y/o atención paliativa.
Autor	Lauria MM 1991
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Sentido del todo, responsabilidad directa o coordinativa de las diferentes necesidades médicas del paciente
Autor	80
Fuente Bibliográfica	80, 24

Definición	Amplio número de estrategias destinadas a asegurar un soporte a largo plazo e integral a personas con problemas mentales para gestionar su vida día a día en un ambiente no institucional. Coordinación de los diferentes servicios requeridos para el tratamiento de cualquier problema de salud complejo o crónico.
Autor	White D 1992
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Coordinación de la provisión de los servicios en curso en una variedad de lugares de atención sanitaria
Autor	Anderson MA Helms 1993
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Definición Canadiense: Un médico general o de familia quién, además de la atención de las tareas médicas, toma la responsabilidad directa de conectar a los pacientes con los servicios de salud mental del sistema.
Autor	Bachrach LL 1993
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Provisión de los servicios mentales, servicios generales, sociales y servicios de discapacidad necesarios de larga duración y sin barreras de acceso
Autor	Commonwealth of Australia 1993
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Proceso dirigido a los problemas asociados con las fases iniciales de la enfermedad y con la continuación de la gestión de las no curadas de la enfermedad
Autor	O'Hare PA, Yost LS, McCorkle R 1993
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Filosofía y estandarte de la atención que implica al paciente, la familia y a los proveedores de atención sanitaria trabajando conjuntamente para proveer una atención coordinada y un continuo de atención integral.
Autor	Beddar SM, Aikin JL 1994
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Es el resultado deseado del proceso de alta, que capacita a los clientes para maximizar su potencial para el bienestar de una manera digna minimizando el malestar y el estrés.
Autor	Cameron B 1994
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Provisión de los servicios sanitarios de una manera exhaustiva, coordinada e integrada
Autor	Alberta Association of Registered Nurses 1996
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Coordinación de las actividades sanitarias por parte de todas las disciplinas dentro y fuera de una institución antes de la admisión, durante la admisión, antes del alta y en el alta.
Autor	Escott-Stump S 1996
Fuente Bibliográfica	²⁴ 2)

Definición	Implica una serie de uniones coordinadas y exhaustivas a través del tiempo, lugares, proveedores y consumidores del ámbito de la salud
Autor	Anderson MA, Foreman MD, Theis SL et al 1997
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Provisión programada de la enseñanza para participar en todas las fases de la práctica quirúrgica (prequirúrgica, posquirúrgica,...)
Autor	Chung RS, Verghese J, Diaz J et al 1997
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Coordinación de las actividades implicando a los pacientes, proveedores y pagadores para promover la provisión de atención sanitaria
Autor	Zurek EL 1997
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Provisión de servicios coordinados en una base individual
Autor	Bickman L, Salzer MS, Lambert EW et al 1998
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Provisión de atención de manera coordinada y sin interrupciones conforme a las necesidades de los pacientes
Autor	Citro R, Ghosh S, Churgin PG 1998
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	El paciente recibe la atención y el tratamiento adecuado de manera regular y que los diferentes episodios están conectados de manera que la acciones en la atención ocurren de manera similar y la cultura de la atención es la misma
Autor	Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM, Johansson JE 1998
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Ningún usuario está perdido en los servicios
Autor	Downing A, Brandon WP, Schoeps NB 1999
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Sucesión o conexión ininterrumpida, unión estrecha entre las partes
Autor	Perrin JM
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Gestión y tratamiento de condiciones severas que soncrónicas y debilitantes durante el tiempo
Autor	Ware NC, Tugenberg T, Dickey B et al 1999
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Planificación e integración de la atención del paciente alrededor de los recursos disponibles, no al azar y fragmentada
Autor	85
Fuente Bibliográfica	24:85

Definición	Accesibilidad percibida a los servicios y el conocimiento sobre ellos, el número de trabajadores clave en un periodo de tiempo determinado, y la proporción de tiempo fuera de servicios
Autor	Bindman J, Johnson S, Szulker G et al 2000
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Cuidadores comprometidos con una filosofía de atención compartida o atención provista por un grupo pequeño por todo el episodio del embarazo hasta el parto
Autor	Biró MA, Waldenström U, Pannifex JH 2000
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Transferencia de la responsabilidad clínica desde pediatría a la atención adulta para enfermedades crónicas de muy larga duración
Autor	Roussey M, Desrues B, Turck D et al 2000
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Serie de conexiones de los eventos de la atención de los pacientes dentro de una institución y entre múltiples lugares.
Autor	86
Fuente Bibliográfica	24:86

MÁS DE UNA DIMENSIÓN

Definición	Integración en el tiempo de la información del paciente y del personal y de las acciones dirigidas a promover la rehabilitación física y psicosocial del paciente, empezando en el hospital y continuando después del alta.
Autor	Davis MZ 1980
Dimensiones	Dimensión de información y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	El grado en que un único médico gestiona las necesidades en salud de un paciente. Cuantas más visitas realiza el paciente con un único médico más continua se considera la atención
Autor	Breslau N y Reeb KG 1975
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	²⁴ ; Wall EM 1981

Definición	Preferencia del médico por mantener la responsabilidad global de la atención del paciente y solo consultar con el especialista
Autor	Gruppen LD, Wolf FM, Voorhees CV et al
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	En una práctica de enseñanza es la responsabilidad de la atención por parte de un equipo, por lo que los pacientes se pueden sentir seguros que su atención no será interrumpida o comprometida frente a un giro inevitable
Autor	Biehn JT 1990
Dimensiones	
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Proceso coordinado de las actividades que implican al cliente y a los proveedores sanitarios trabajando juntos para facilitar la transición de la atención sanitaria de una a otra institución, agencia o de un individuo a otro.
Autor	Shegda LM, McCordle R 1990
Dimensiones	
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Atención sanitaria provista de manera que incluye un conocimiento de la historia médica del paciente, signos, síntomas, resultados, tratamientos y respuestas a éstos, de todos los momentos con interrelaciones. Estar sensibilizado con los sentimientos de los pacientes de la atención provista, ya que la cooperación de los pacientes es necesaria para conseguir el máximo de continuidad
Autor	Volpe F 1994
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Grado en el que la atención que necesita un paciente se coordina entre médicos y entre organizaciones y el tiempo
Autor	Hospital Food Nutrition Focus 1995
Dimensiones	Dimensión temporal y de gestión
Fuente Bibliográfica	²⁴

Definición	Implica la continuidad del cuidador o la coordinación entre médicos, entre organizaciones durante el tiempo
Autor	Meijer WJ, Vermeij DJB 1997

Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Transferencia efectiva de procedimientos y una comunicación clara entre médicos
Autor	Hill J, Schofield PF 1998
Dimensiones	Continuidad de información y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado con que los servicios del sistema unen episodios de tratamiento de una manera ininterrumpida, sin huecos conforme a las necesidades de los pacientes
Autor	Saarento O, Öiesvold T, Systema S et al 1998
Dimensiones	Continuidad de información, relación y gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Mantenimiento de proveedores consistentes durante el tiempo y planificación del seguimiento
Autor	Hecht FM, Wilson IB, Wu AW et al 1999
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Recibir atención de un profesional particular a través del proceso de atención, y recibir atención consistente y coordinada desde diferentes trabajadores conjuntamente
Autor	Preston C, Cheater F, BakerR et al 1999
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Consistencia de la información sobre la enfermedad de un paciente y la gestión de su atención
Autor	Bull MJ, Hansen HE, Gross CR 2000
Dimensiones	Dimensión de información y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Atención longitudinal que es integrada y coordinada en el tiempo
Autor	Chien CF, Steinwachs DM, Lehman A et al 2000
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Grado en que la información sobre el diagnóstico y la gestión de los problemas de salud se transmiten de una visita a la siguiente
Autor	Fu JC, Lou WYW 2000
Dimensiones	Dimensión de información y gestión
Fuente Bibliográfica	24

Definición	Coherencia de la atención desde un proveedor en el que se confía
Autor	Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA 2000
Dimensiones	Dimensión de relación y de gestión
Fuente Bibliográfica	24

ANEXO 4. Medidas de continuidad de la asistencia

Medida	Proveedor habitual de continuidad (<i>usual provider of continuity UPC</i>)
Descripción	Número de visitas al proveedor habitual en un periodo determinado por el número total de visitas a proveedores similares
Fórmula	$UPC = n_i / N$ <p>n_i: nº de visitas al proveedor habitual en un periodo de tiempo determinado N: nº total de visitas</p>
Rango	Valores de 0 a 1
Interpretación	<p>Cuanto mayor es el número de visitas al proveedor habitual más se acerca al valor 1. Su valor sería de 0,5 cuando la mitad de las visitas se realizan con el proveedor habitual</p> <p>Cuantifica como los patrones de visita se relacionan con la asignación de los pacientes aun proveedor habitual</p> <p>Es un simple ratio de las visitas a un proveedor predominante partido por el total de visitas</p>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamente utilizada permitiendo la comparación entre estudios - Relativamente fácil de aplicar con datos administrativos - Permite examinar el rol del médico de primaria o el gestor de casos de un paciente - Sus valores son significativos y atractivos intuitivamente para los médicos
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Medida indirecta de la fuerza de relación, de la transferencia de información y/o de la consistencia de la atención - Insensible a la distribución de las visitas a otros proveedores diferentes del habitual - No explica el número de proveedores vistos - Dependiente del nivel de utilización, la medida decrece a medida que aumenta el nº de proveedores visitados - Ignora la secuencia de visitas, el grado de comunicación y coordinación entre proveedores - Requiere información completa sobre el proveedor de la atención para cada visita del paciente
Tipo continuidad	Continuidad de relación Basado en los individuos
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede modificarse para medir la continuidad de los proveedores que ejercen como un grupo (lugar de continuidad) - Puede categorizarse en dos grupos (variable dicotómica): pacientes que reciben toda la atención de una sola fuente vs. Todos los otros - Puede agregarse al nivel de población - Puede normalizarse estadísticamente - Puede modificarse como una medida basada en las visitas - Para atención primaria normalmente se basa en la primera visita
Fuentes Bibliográficas	24 66 29 87 26 88 89 , , , , , , , ,

Medida	Índice de continuidad en la atención (<i>continuity of care index COC</i>)
Descripción	Mide tanto la dispersión como la concentración de la atención entre todos los proveedores visitados. Se calcula para cada paciente individualmente. Si se suman los COC de cada paciente y se dividen por el número total de pacientes en ese consultorio
Fórmula	$COC = \frac{\sum_{i=1}^k n_i^2 - N}{N(N-1)}$ <p>n_i: nº de visitas a un proveedor i N: nº total de visitas en un periodo determinado</p>
Rango	Valores de 0 a 1
Interpretación	Disminuye cuando aumenta el número de proveedores vistos o tiene un valor de continuidad elevado cuando hay un gran número de visitas con un número pequeño de proveedores Un valor de 0 significa el máximo de dispersión, cuando en cada visita se ve a un proveedor distinto, un

	valor de 1 significa una dispersión mínima que ocurre cuando se ve al mismo proveedor en cada visita No existe una relación lineal entre el número de médicos diferentes visitados y el valor de COC
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamente utilizada y permite la comparación entre estudios - Explica el número de proveedores diferentes vistos, disminuye cuando aumenta el número de proveedores - Sensible a los cambios en la distribución de las visitas entre proveedores - Buen desempeño matemático. Tiende a tener una media de 0,5 y un gran coeficiente de variación
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Carece de interpretación intuitiva. No tiene significado intrínseco excepto en los extremos - Puede enmascarar importantes diferencias en la secuenciación de la atención - Requiere información detallada de la utilización - Sensible a la utilización. Falsamente elevada para usuarios bajos y vuelve a elevarse en usuarios elevados - La medida disminuye rápidamente con el aumento del n° de proveedores vistos - Inestable y carece de interpretación en el caso de pacientes que realizan pocas visitas
Tipo continuidad	Continuidad de relación Basado en los individuos
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede adaptarse para medir la concentración de la atención en el sitio de atención o con un grupo de proveedores - Índices de concentración similares han sido desarrollados incluyendo los índices FRAC y CON
Fuentes Bibliográficas	24 66 29 87 90 26 89 , , , , , , ,

Medida	Continuidad conocida del proveedor (índice K)
Descripción	Mide la concentración de la atención con diferentes proveedores Modifica un simple recuento del número de proveedores con el número de visitas realizado
Fórmula	$K = \frac{(N - k)}{(N - 1)}$ <p>k: n° de proveedores vistos en un periodo determinados N: n° total de visitas</p>
Rango	Valores de 0 a 1
Interpretación	Refleja el número total de visitas por parte de un paciente y el número de proveedores visitados
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Simple de calcular - Utilizado comúnmente permitiendo la comparación entre lugares y estudios - Requiere solo un resumen de los datos de utilización (n° de visitas y proveedores) - Explica el número total de visitas - Interpretable intuitivamente a medida que las necesidades de intercambio de información entre proveedores (de una misma disciplina o diferente) aumentan como el número de proveedores aumenta
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser sensible a las diferencias en los niveles de utilización (la medida aumenta con el aumento del n° de visitas) - No explica la secuencia de visitas
Tipo continuidad	Continuidad de relación Basado en los individuos
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede adaptarse como una medida basada en las visitas en el que k =1 cuando el proveedor es conocido, y k =0 si no
Fuentes Bibliográficas	24 66 87 29 , , , ,

Medida	Probabilidad de continuidad (<i>likelihood of continuity LICON</i>)
Descripción	Mide la probabilidad que el número de proveedores vistos sea inferior que aquel que tendría en condiciones aleatorias, dado el nivel de utilización del paciente y el número de proveedores disponibles
Fórmula	$LICON = 1 - \sum_{i=1}^k P_n i + \frac{i}{M} P_{n-1}(i)$ donde $P_n i = \frac{M - [i-1]}{M} P_{n-1}(i-1) + \left(\frac{i}{M}\right) P_{n-1} i$
Rango	Valores de 0 a 1
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Gran aplicación en lugares donde hay diferencias significativas en existencias de proveedores - No requiere datos de visita detallados, solo el número de visitas y los proveedores diferentes visitados - Ayuda a diferenciar entre la continuidad de proveedor forzada (por la poca existencia de éstos) y la continuidad elegida
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Complicada de calcular - No refleja patrones específicos de atención y carece de interpretación intuitiva - Requiere datos del número de proveedores disponibles - Muy sensible a como se mide el número de proveedores disponible - No explica el número de visitas o su distribución a través de los proveedores - No explica la secuencia de atención - Poco usado
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Modificaciones	Para pacientes con acceso abierto a los servicios, el número de proveedores disponible se asume que es el máximo número de proveedores visto por cualquier paciente
Fuentes Bibliográficas	24 66

Medida	Índice de continuidad modificado (<i>modified continuity index MCI</i>)
Descripción	Mide la concentración de atención en una población de pacientes Calculado dividiendo el promedio del número de visitas por grupo y por el promedio del número de proveedores en una población Desarrollado para explicar los problemas del índice COC
Fórmula	$MCI = \frac{\sum_{i=1}^k n_i}{k} \div \frac{\sum_{i=1}^k p_i}{k}$
Rango	Valores de 0 a 1
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculo simple - Explica el total de visitas realizadas por los pacientes - Explica el número de proveedores vistos - Solo se necesita un resumen de medidas de utilización para su cálculo (nº de visitas y proveedores vistos por cada paciente)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil de interpretar - Extremos de continuidad no están reflejados en la medida (ej dos visitas al mismo proveedor produce un resultado intermedio en lugar de una continuidad perfecta) - No explica la secuencia de la atención - Poco utilizada y validación limitada
Tipo continuidad	Continuidad de relación

Fuentes Bibliográficas	24 66
-------------------------------	-------

Medida	Modified modified continuity index (MMCI)	
Descripción	Mide la concentración de la atención con los proveedores y a nivel individual del paciente. Medida de dispersión Desarrollado para explicar los problemas de los índices COC y MCI	
Fórmula	$MCCI = \frac{1 - (k_i / [N_i + 0.1])}{1 - (1 / [N_i + 0.1])}$	N_i : n° de visitas K_i : n° total de proveedores vistos por un paciente i durante un intervalo de tiempo definido visitas
Rango	Valores de 0 a 1	
Interpretación	Toma el valor 0 si cada visita es con un proveedor diferente y 1 si todas las visitas son con el mismo proveedor	
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculo simple - Solo se necesita un resumen de medidas de utilización - Explica el número total de visitas y proveedores visitados - No demasiado sensible a un número elevado de proveedores 	
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No explica la secuencia de la atención - Poco usado y pocos datos de validez 	
Tipo continuidad	Continuidad de relación	
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede agregarse al nivel de grupo 	
Fuentes Bibliográficas	24 66 26 88 89	

Medida	Continuidad secuencial (sequential continuity SECON)	
Descripción	Proporción de visitas secuenciales en un intervalo de tiempo discreto que fueron con el mismo proveedor Basado en los informes de los encuentros	
Fórmula	$SECON = \frac{f_1 + \dots + f_{n-1}}{N - 1}$	$f = 1$ si las visitas i y $(i + 1)$ son con el mismo proveedor y 0 si son con cualquier otro durante un intervalo de tiempo definido
Rango	Valores de 0 a 1	
Interpretación	Refleja la naturaleza secuencial de la atención médica de los pacientes, tiene en cuenta si ve al médico de AP u otro médico durante cada visita sucesiva	
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretación intuitiva - Sensible a cambios en la secuencia de visitas - Potencialmente útil como medida de la cantidad de comunicación necesaria entre proveedores debido a las transferencias en la atención 	
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No mide la continuidad a largo plazo, solo visita a visita - No explica el total de proveedores vistos - Requiere datos de visitas detallados (n° de visitas a cada proveedor y orden en el que se vieron) - Insensible a la distribución de visitas entre proveedores si la secuencia permanece constante - No explica el número total de visitas 	
Tipo continuidad	Continuidad de relación Basado en los individuos	
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede adaptarse como una medida basada en las visitas: <ul style="list-style-type: none"> - Índice s: si el proveedor que se ve en esta visita se ha visto con anterioridad - likelihood of sequential continuity LISECON - puede dicotomizarse si el paciente recibe o no un número mínimo de visitas consecutivas del mismo proveedor 	

Fuentes Bibliográficas	24 66 87 29 , , , ,
-------------------------------	------------------------

Medida	Índice alfa CI_a
Descripción	Representa una media ponderada entre la continuidad secuencial y la concentración de proveedores vistos en las series de visitas del paciente
Fórmula	$CI_a = \alpha KL + 1 - \alpha SECON$ <p>KL: índice de concentración KL SECON: continuidad secuencial α: ponderación predeterminada entre 0 y 1</p>
Ventajas	- Combina medidas de secuenciación de las visitas (SECON) con medidas de concentración
Limitaciones	- Los usuarios deben escoger como ponderar el índice - No existen aplicaciones prácticas
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	²⁴

Medida	Survey based-sequential continuity
Descripción	Pregunta a los entrevistados si el proveedor que ha visto en esta visita es el mismo que en la visita anterior o si el proveedor que ha visto ha sido proveedor habitual del paciente
Interpretación	
Ventajas	- Simple de calcular - Interpretación intuitiva
Limitaciones	- Necesita datos de encuesta - No refleja la continuidad duradera sobre visitas múltiples
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	²⁴

Medida	Afiliación entre paciente y proveedor/es
Descripción	El enfoque más común es preguntar si el paciente tiene un proveedor regular o no Puede también preguntar a los paciente por el nombre de su proveedor regular
Ventajas	- Muy utilizado en atención primaria, de manera que permite la comparación con otros lugares y estudios - Ha sido asociado con muchos resultados en salud y mejores procesos de atención (ej estudios de recepción de prevención clínica)
Limitaciones	- Medida cruda: en atención primaria, una mayoría sustancial de población informa tener una fuente regular de atención - No mide el grado de afiliación (ej la fuerza de la relación entre paciente y proveedor)
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Modificaciones	- en sistemas donde los pacientes están inscritos con un proveedor/es particular puede utilizarse una lista de pacientes para inferir la presencia de un proveedor regular - en la atención maternal, se puede preguntar a los pacientes si conocían al proveedor que presta la atención prenatal, en el parto y después del parto, y si era el mismo proveedor - en atención primaria los investigadores también examinan el grado en que los pacientes regulares ven a sus proveedores por problemas nuevos

Fuentes Bibliográficas	24
-------------------------------	----

Medida	Fuerza de la relación Preguntas de estudio en el grado de la afiliación paciente proveedor
Descripción	El enfoque más común es preguntar si el paciente si conocen a su proveedor bien Puede también preguntar sobre la adecuación de la comunicación y de la confianza
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Captura el punto de vista del paciente de la relación - Relativamente simple de aplicar en los lugares de práctica - Conocer bien al proveedor ha sido asociado con la duración de la relación entre paciente y proveedor - También asociado con algunos resultados en salud, satisfacción de los pacientes, y una utilización más apropiada de los recursos
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere entrevistar a los pacientes pero con una carga pequeña sobre los entrevistados - El conocimiento de los pacientes se mide subjetivamente - Los proveedores tienden a sobreestimar su grado de conocimiento sobre los pacientes
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - El grado de conocimiento básico se puede obtener preguntando a los proveedores - Se puede preguntar sobre el sentido de los proveedores de la responsabilidad en curso por el paciente
Fuentes Bibliográficas	24

Medida	Escala de percepción de continuidad
Descripción	Cuestionario autoadministrado que describe la relación sostenida entre médico y paciente 23 ítems divididos en dos subescalas: elementos estructurales y elementos interpersonales La subescala interpersonal incluye ítems de nivel de confort, conocimiento, confianza, comunicación y de integralidad de la atención
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Buena fiabilidad consistencia interna - Muy relacionado con la satisfacción del paciente - La escala interpersonal tiene una validez significativa
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación modesta con el índice UPC y COC - Generalización cuestionable en poblaciones que no pertenecen a la clase media - Uso limitado
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	24

Medida	Encuestas multidimensionales de atención primaria
Descripción	Estudian múltiples aspectos de la atención primaria, uno de los cuales es la fuerza de la relación entre paciente y proveedor
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - estudio de evaluación de la atención primaria (<i>primary care assessment survey PCAT</i>): Las subescalas miden múltiples aspectos de la relación incluyendo conocimiento del paciente, comunicación, trato interpersonal y confianza - Herramienta de evaluación de atención primaria (<i>primary care assessment tool</i>): una subescala mide el grado de afiliación longitudinal . Preguntas relacionadas con el grado de conocimiento por el proveedor, adecuación de la comunicación, y nivel de confort - Componentes de la atención primaria (<i>components of primary care CPC</i>): tres subescalas relacionadas con la fuerza de la relación: preferencia por un proveedor regular, conocimiento acumulado, y comunicación interpersonal
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - La entrevista captura la perspectiva del paciente de la fuerza de la relación - PCAS tiene un buen desempeño psicométrico. El trato interpersonal y la confianza están muy

	<ul style="list-style-type: none"> - correlacionadas - PCAT también tiene un buen desempeño psicométrico, tiene versiones para niños y adultos, captura tanto la perspectiva de los pacientes como la de los proveedores - CPC muestra un desempeño psicométrico bueno. La preferencia por un proveedor regular está asociado con el cumplimiento en la inmunización, comunicación y prácticas de screening
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere entrevistar a los pacientes - Carga significativa para los que responden al cuestionario - May be resource intensive - Puede excluir personas con dificultades en el acceso o a aquellas que no tienen un proveedor regular - Validez no estudiada extensivamente fuera de US - Las encuestas PCAS, PCAT y CPC solo son útiles para medir la fuerza de la relación en atención primaria
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	²⁴

Medida	Escala de continuidad de los servicios de Alberta para salud mental
Descripción	Encuesta multidimensional completada por los pacientes de atención en salud mental Cuatro subescalas, una de las cuales es la base de la relación Pregunta a los pacientes sobre la comunicación y la confianza en el proveedor
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Los ítems tienen una fiabilidad interna consistente - La subescala de relación tiene una elevada fiabilidad test-retest - Evidencia para la validez del contenido - Desarrollado expresamente para la atención en salud mental
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollado en una muestra pequeña de clientes de salud mental - Todavía no se le ha visto una aplicación amplia - No hay estudios concurrentes o de validez predictiva hasta el momento
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	²⁴

Medida	Transferencia de información
Descripción	Existencia de un mecanismo de transferencia de información o evidencia de que se transfiere de manera exitosa. Normalmente en contraposición a un estándar normalizado Su objetivo es transferir la información entre visitas y entre proveedores
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación fácil de la disponibilidad de este mecanismo pero es difícil evaluar la transferencia de la información - Cuando varios proveedores asumen la atención de un paciente, la transferencia de la información y su interpretación es crítica - A menudo integrado en programas de mejora de la calidad
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Mide solo un elemento estructural de la atención, no mide si la información es recogida y utilizada por los proveedores - Inexistencia de métodos estandarizados que permitan la comparación - La medida es específica del lugar o del contexto limitando la comparación
Tipo continuidad	Continuidad de información
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - La transferencia de información puede reflejarse mediante la existencia de un gestor de casos - Ejemplos incluyen la evaluación de documentos de derivación y la utilización de un sistema de información farmacéutico - Grado en que el mismo proveedor visita al paciente en diferentes lugares como por ejemplo un médico de AP que visita a un paciente en el hospital
Fuentes Bibliográficas	²⁴

Medida	Inventario de datos de derivación (<i>referral data inventory RDI</i>)
Descripción	Mide la cantidad y el tipo de información que contienen los informes de derivación a atención domiciliaria. La escala contiene 40 ítems agrupados en cuatro categorías: antecedentes, psicosocial, médico y atención de enfermería.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Generalmente aplicable en una variedad de lugares de alta - Puede utilizarse para comparar lo completa que es la transferencia de información en diferentes contextos - Puede utilizarse como herramienta para mejorar y centrar la comunicación entre instituciones y agencias
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se centra solo en la transferencia de documentos - Puede subestimar lo completa que es la transferencia de información
Tipo continuidad	Continuidad de información
Fuentes Bibliográficas	24;51;91

Medida	Evidencia de la transferencia de información, grado de completación y recopilación
Descripción	Evidencian que la información generada en visitas anteriores es conocida y utilizada para informar las decisiones presentes. Dos enfoques para medirlo: examen de las historias clínicas para ver si hay evidencia del conocimiento de información anterior, encuesta a los pacientes sobre la utilización de información anterior por parte de sus proveedores.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce que la transferencia de información no tiene sentido a menos que ésta sea accesible y utilizada por parte de los proveedores - Buen desempeño de los métodos basados en encuesta
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos basados en encuestas pueden ser resource intensive - Medir el uso de la información por los proveedores puede ser complejo
Tipo continuidad	Continuidad de información
Modificaciones	Ej. de la información obtenida desde la revisión chart incluye evidencias de que problemas anteriores, resultados de laboratorio, o visitas a otros proveedores son conocidas y/o seguidas. Ej. de cuestionarios a los pacientes incluyen el conocimiento de su proveedor de que se han realizado otras visitas, la disponibilidad y utilización de documentos de derivaciones, y si problemas detectados previamente fueron han sido preguntados. Ej. algunos investigadores preguntan sobre el conocimiento de los pacientes sobre las instrucciones del alta.
Fuentes Bibliográficas	56;86

Medida	Evidencia de seguimiento longitudinal
Descripción	Evidencia de un seguimiento de la atención indicado para problemas particulares. Frecuentemente utilizado cuando hay una transición en la atención de una organización o grupo de proveedores a otro.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicable a la gestión de problemas complejos - Útil para examinar el éxito de transiciones clave de la atención de un proveedor a otro - Medidas bien validadas en atención de salud mental - TCI no está extensamente validado o desarrollado
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Confundido por cuestiones de acceso - No examina la consistencia en la gestión de la atención entre proveedores
Tipo continuidad	Continuidad de gestión
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - puede también examinar tiempo prescrito de seguimiento - algunos investigadores examinan citas "no shows" como un indicador de ausencia de seguimiento - También puede examinar huecos en los servicios para problemas donde el tratamiento

	<p>sostenido es indicado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otros investigadores han mirado las tasas de completación del tratamiento - El índice de continuidad temporal (TCI) resume los intervalos entre la visita índice y la de seguimiento en relación con lo que sería esperable
Fuentes Bibliográficas	56,86]

Medida	Adherencia a protocolos específicos de enfermedad y consistencia de la atención en el tiempo
Descripción	<p>Evalúa si hay acuerdo en los parámetros de la atención entre proveedores y en el tiempo</p> <p>Puede aplicarse para evaluar la recepción de servicios clave</p> <p>Puede ser una evaluación subjetiva que la atención es similar entre proveedores</p>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamente utilizada para enfermedades como la diabetes y la tuberculosis - Asociado con resultados en salud importantes
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Confundido por cuestiones de acceso - Difícil de distinguir de las medidas de proceso de la calidad de la atención
Tipo continuidad	Continuidad de gestión
Modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos investigadores preguntado subjetivamente a los proveedores si la atención era similar y coherente entre proveedores
Fuentes Bibliográficas	

Medida	Índice fundamental de continuidad en la atención (<i>fundamental continuity care index FCCI</i>)
Descripción	<p>Representa la duración total de la interacción del paciente con el proveedor de atención primaria relacionado con un estándar</p> <p>modificación de UPC que tiene en cuenta además la duración acumulativa del contacto con el proveedor habitual ≠ las visitas a especialistas se agrupan juntas</p>
Fórmula	$FCCI = (\text{fracción de visitas al médico de AP}) \times (\text{tiempo normalizado que el paciente gasta con el proveedor de AP})$
Rango	No puede exceder la unidad
Interpretación	Para que sea elevado el paciente debe encontrarse con el médico de AP muchas veces y la duración del encuentro tiene que ser elevada
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Captura la relación continua del paciente con el doctor de atención primaria - La incorporación de la duración de la interacción nominal asegura la aplicabilidad de la definición entre países y culturas médicas y se puede seguir usando en el tiempo
Tipo continuidad	Continuidad de relación
Fuentes Bibliográficas	29

Medida	Indicador de continuidad interepisodios (ICI)	
Descripción	Mide la continuidad interepisodios sobre los registros de historias clínicas, cuando la información de interés se limita a los intervalos entre enfermedades	
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ historias clínicas con registros esenciales completos}}{\text{n}^\circ \text{ total de historias clínicas}} \times K \times 100$	Registro esencial: corresponde a antecedentes personales, familiares y hábitos de riesgo K: factor de corrección, probabilidad que los registros esenciales siendo completos sean correctos, ciertos y vigentes
Rango	Toma valores entre 0 y 100	
Interpretación	Nos da el porcentaje de historias clínicas que contienen información suficiente que permita la continuidad	
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Los datos utilizados por este indicador son de fácil acceso - Refleja el grado de cumplimiento práctico de conductas protocolizadas 	
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No hace referencia a la continuidad en el seguimiento de enfermedades crónicas - Afectado por la anotación errónea en el registro de datos y por el movimiento de los registrados 	
Tipo continuidad	Continuidad de información	
Fuentes Bibliográficas	92	

Medida	Continuidad de médico (<i>continuity for physician PHY</i>)	
Descripción	Es la proporción de visitas para cada médico en las que ve a sus propios pacientes. Se calcula para cada médico individualmente Para cada consultorio las proporciones de cada médico se suman y se divide por el número de médicos en ese consultorio	
Fórmula	$C_{phy} = \frac{\sum n_{pi}/n_{pt}}{P_t}$	n _{pi} : número de pacientes que el médico p ha visitado que son suyos n _{pt} : número de pacientes que el médico p ha visitado P _t : número total de médicos
Interpretación	Promedio de la proporción de pacientes visitados por cada proveedor que son de su asignación	
Ventajas	- Sencillo de calcular	
Limitaciones	- Necesita que exista un médico asignado explícitamente a cada paciente	
Tipo continuidad	Continuidad de relación	
Fuentes Bibliográficas	89	

Medida	Continuidad de paciente (<i>continuity for patient PAT</i>)	
Descripción	Es la proporción de visitas para cada paciente en las que ve a su propio médico. Se calcula para cada paciente individualmente Para cada consultorio las proporciones de cada paciente se suman y se divide por el número de pacientes en ese consultorio	
Fórmula	$C_{pat} = \frac{\sum (n_{sj}/n_{st})}{S_t}$	n _{sj} : número de visitas que el paciente s ha sido visitado por su propio médico n _{st} : número total de visitas que el paciente s ha realizado S _t : número total de pacientes
Interpretación	Promedio de la proporción de visitas para cada paciente en las que son visitados por su médico asignado	
Ventajas	Sencillo de calcular	
Limitaciones	Necesita que exista un médico asignado explícitamente a cada paciente	
Tipo continuidad	Continuidad de relación	
Fuentes Bibliográficas	89	