

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
Dr. Salvador Allende G.**



**“CAMBIOS EN LA PERCEPCION DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE
USUARIOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS TRAS INTERVENCIONES
DE MEJORA EN LA RED SSMN.”**

Ximena Morlans Huaquin

Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública

Profesora guía: Pamela Eguiguren Bravo

Santiago de Chile, Abril 2022

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es resultado de largas horas de estudio, desvelos y esfuerzos por compatibilizar con ella mi vida familiar y laboral. En estas líneas quiero agradecer primero a mi familia, a mi compañero Titin, que fue mi sostén y apoyo durante estos meses, dándome los espacios necesarios para poder avanzar en este documento, asumiendo muchas veces mi parte de las tareas del hogar que antes compartíamos; a mis hijos Joaquín y Diego, que sufrieron la ausencia de su mamá durante este período y que muchas veces me dijeron que me extrañaban, pero que tuvieron la generosidad de regalarme tiempo a solas para conseguir el objetivo final; y a mi madre, Laura Huaquin, que leyó y releyó esta tesis, mostrándome amorosamente sus observaciones.

Durante los dos años de Magister conocí personas invaluable que me ayudaron de distintas formas a llegar a este punto, desde motivarme a seguir, hasta resolver problemas estadísticos, tendría que nombrar a toda la cohorte 2019-2020 que se convirtieron en grandes compañeros de ruta. Pero debo agradecer especialmente a mi compañero Esteban Pizarro, pues sin su ayuda en el uso de STATA y análisis estadísticos, no lo habría logrado, convirtiéndose en una persona clave en el desarrollo de este trabajo. ¡Muchísimas gracias!

Agradecer a mi profesora guía Pamela Eguiguren por incentivar me siempre a mirar y reflexionar con mayor profundidad las cosas, por su paciencia y compañía en este camino, por el cariño puesto en cada corrección propuesta, por confiar en mis capacidades y motivarme para sacar adelante este proyecto. Su orientación y guía fueron fundamentales.

Finalmente agradecerme a mí misma, por la perseverancia, el esfuerzo, el compromiso conmigo y la constancia, pues sin estas fortalezas no habría podido cumplir con las metas que yo misma me propuse al ingresar al Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
SUMMARY	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO	8
2.2. LA ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	10
2.3. MARCO DE ANÁLISIS DE RISS Y ESTUDIO DEL DESEMPEÑO DE LAS REDES ASISTENCIALES	12
2.4. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD COMO RESULTADOS INTERMEDIOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	13
2.4.1 COORDINACIÓN	14
2.4.2 CONTINUIDAD	15
2.5. EL PROYECTO EQUITY LA II	20
3. HIPOTESIS Y OBJETIVO DE ESTUDIO	21
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
3.2 HIPÓTESIS	21
3.3 OBJETIVOS	21
3.3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. MARCO METODOLÓGICO	22
5. ASPECTOS ÉTICOS	34
6. RESULTADOS	35
7. DISCUSIÓN	51
8. CONCLUSIONES	58
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
10. ANEXO 1. ENCUESTA CCAENA	67
11. ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	79

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la continuidad de información y de gestión entre niveles asistenciales, percibida por los usuarios y sus cambios entre los años 2015 y 2017, en dos Servicios de Salud de la Región Metropolitana, luego de implementar intervenciones para mejorar la coordinación asistencial, a través de investigación acción participativa, en uno de ellos.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, basado en el análisis de la información recogida por la encuesta CCAENA-Ch en los años 2015 y 2017 a usuarios de 18 y más años, con al menos una patología crónica y que hubieran requerido atención en el nivel primario y secundario o terciario en los 6 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, pertenecientes a dos subredes de atención de los Servicios de Salud Metropolitano Sur (red control) y Norte (red intervenida). Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas y de salud de la población encuestada, aplicando test Chi² para observar diferencias entre los encuestados en cada área, tanto en la línea de base como en la medición post-intervención. Luego se aplicó un análisis multivariante con regresión de Poisson, ajustado por variables de control, para observar los cambios en la continuidad de información y gestión en las redes estudiadas, tanto entre las redes en la medición basal y en 2017, como de la propia red en el curso del tiempo.

Resultados: En relación a la continuidad de información se observaron cambios en la red intervenida, principalmente en la percepción de los usuarios sobre la información que tenía el especialista de su patología actual (PR= 1,41 [1,21-1,66]). Respecto de la continuidad de gestión, existieron mejoras en la red intervenida en la percepción de los usuarios del grado de acuerdo de los especialistas con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones entregadas por el médico de APS (PR= 1,20 [1,07-1,35]) y de ser derivado oportunamente al nivel secundario desde el nivel primario (PR= 1,08 [1,01-1,16]). No se observaron variaciones atribuibles a la intervención, en el grado de accesibilidad de los usuarios al nivel secundario y tampoco en los tiempos de espera para el médico de APS o el especialista.

Conclusiones: Los resultados proveen evidencia sobre el impacto que producen las intervenciones que mejoran la coordinación de la red, en la continuidad del cuidado de los usuarios, especialmente en la percepción de transferencia de información entre profesionales de los distintos niveles asistenciales, el grado de acuerdo de los especialistas con los médicos de APS y ser derivado oportunamente al nivel secundario cuando lo necesitan. Se requieren más estudios para identificar estrategias que permitan mejorar otros aspectos de la continuidad asistencial, como la accesibilidad a los servicios de salud. Dado que la medición de la continuidad es un reflejo del funcionamiento de las redes asistenciales, es necesario evaluar su incorporación como una herramienta para la formulación de políticas públicas relacionadas con la implementación de las RISS.

SUMMARY

Aim: Evaluate information and management continuity, between healthcare levels, perceived by users and their changes between 2015 and 2017, in two Healthcare Networks of Metropolitan Region, after implementation of interventions to improve healthcare coordination, through participatory action research, in one of them.

Methods: Quantitative study, cross over, based on the analysis of information collected by CCAENA-Ch survey in 2015 and 2017 from users 18 years and more, with at least one chronic condition and would have required attention on the primary and secondary care level in the 6 months before the survey application, belonging to two sub healthcare networks of the South Metropolitan Health Service (control network) and North Metropolitan Health Service (Intervened network). It has been made a demographics and health variables analysis of surveyed population, applying Chi2 test to observe difference between surveyed people in each area, at baseline and postintervention measure. Then a multivariate analysis with Poisson Regression is applied, adjusted by control variables, to observe changes in information and management continuity on the study networks, both between areas, on the baseline and the 2017 measure and the area itself through the years.

Results: Regarding information continuity we observe changes in the intervention network, mainly on users perception of information that the specialist have on the actual condition (PR= 1,41 [1,21-1,66]). About management continuity, there were improvements in the intervened network on the users perception of specialist agreement degree with diagnosis, treatment and recommendations delivered by primary care doctor (PR= 1,20 [1,07-1,35] and to be timely referred to the secondary level from the primary level (PR= 1,08 [1,01-1,16]). Were not observed variations, attributable to the intervention, in the accessibility degree of users to the secondary level and neither in the waiting times to the primary care doctor or specialist.

Conclusions: The results provide evidence in relation to the impact of interventions to improve care coordination, in users care continuity, especially on the perception of information transferred between different care levels, specialist agreement degree with primary care physicians and being promptly referred to the secondary level when they need it. More studies it's require to identify strategies to improve other aspects of care continuity, like accessibility to care services. Since continuity is a reflection of healthcare network operation, it is necessary evaluate incorporation of this measure like a tool for formulate public policies related with implementation of integrated health services networks (IHN).

1. INTRODUCCIÓN

El perfil epidemiológico de la población en países desarrollados y en vías de desarrollo, como Chile y otros de América Latina (Colombia, Brasil, Argentina), ha cambiado en las últimas décadas desde una mayoritaria incidencia, prevalencia y mortalidad por enfermedades infecciosas, al predominio de las enfermedades crónicas, con un envejecimiento sostenido de la población, lo que hace que los sistemas de salud, deban volcar sus esfuerzos en abordar la salud de los adultos mayores y personas con patologías crónicas. Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) representan el 88% de las causas de muerte en los países de ingresos altos y casi un 40% en aquellos de ingresos bajos, llegando a un promedio de 74% a nivel mundial, según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2016 y se reporta que en 2019, siete de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial corresponden a ECNT(1,2). En Chile más de la mitad de las causas de muerte se concentran en las enfermedades del aparato circulatorio (27,06%) y el cáncer (25,02%) (3), las que sumadas al envejecimiento de la población, exigen respuestas integrales en salud (4).

Estas patologías son multicausales, una parte de ellas con componentes genéticos, pero con una gran influencia de factores ambientales relacionados con los hábitos de vida, por lo que su abordaje requiere de estrategias complejas, tanto en la promoción y prevención de salud, como en el tratamiento y rehabilitación de las personas que ya las padecen. Estas intervenciones deben lograr integrar las diversas prestaciones que necesitan estos usuarios para obtener la mejor calidad de vida posible según su condición, ante lo cual surge como estrategia para este abordaje las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”(4). Se observa que en la mayoría de los países de Latinoamérica hay una profunda fragmentación de los servicios de salud, la que genera problemas en el acceso a las prestaciones, servicios de baja calidad técnica, el uso poco eficiente y muchas veces duplicado de los recursos, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los usuarios con la atención que reciben (4). Los problemas causados por la fragmentación de los servicios de salud se hacen aún más evidentes en el manejo de patologías crónicas, donde se requiere de un abordaje multiprofesional en, y entre, los distintos niveles de atención(5).

La declaración de Alma Ata, en 1978, ya mencionaba la necesidad de sustentar la provisión de los servicios de salud en un primer nivel de atención, la que debía entregar servicios de salud asequibles y de calidad a toda la población, centrándose en la promoción y prevención en todas las etapas del desarrollo de las personas, esto a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (6). Sin embargo, esta necesidad de resolver problemas de salud multicausales y complejos, hace que los servicios de salud requieran fortalecerse e integrarse con otros niveles de atención, para lograr mejorar la salud y calidad de vida de las personas, cuestión que aborda la declaración de Astaná, sobre Atención Primaria de Salud (7), en la que se reafirman los compromisos adquiridos en la conferencia de Alma Ata, pero se profundiza en aspectos como, alcanzar el acceso universal a la salud, continuar fortaleciendo la Atención Primaria, como base para dar una atención de salud

eficiente, eficaz e inclusiva, evitar la fragmentación de la atención de salud, asegurar la calidad de las prestaciones y la eficiencia en el gasto en salud. En esta declaración, los países miembros firman los siguientes compromisos (7):

- Tomar decisiones políticas, abordando los determinantes sociales de la salud para disminuir los factores de riesgo con un enfoque de salud en todas las políticas.
- Establecer una Atención Primaria Sostenible, reforzando la capacidad e infraestructura de la atención primaria, la que deberá ser “accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, disponible y prestará servicios integrados y continuos centrados en la persona...”. En este punto es relevante que se hace hincapié en los esfuerzos que deben hacer los países firmantes para evitar la fragmentación de los servicios de salud, garantizando un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención.

Según la OPS las RISS mejoran el acceso al sistema, disminuyen la discontinuidad del cuidado, mejoran la eficiencia global del sistema, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, disminuyen los costos de producción, y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas (4). El desafío para los servicios de salud es buscar estrategias para mejorar la integración de sus establecimientos, de manera de lograr los beneficios que aportaría la RISS.

La continuidad asistencial, definida como la percepción de los usuarios sobre su atención en las redes asistenciales, se refiere a como las personas experimentan la integración de los servicios y es un reflejo de la coordinación asistencial, que es la conexión de los servicios para la atención de un usuario. Ambas dimensiones dan cuenta del funcionamiento de las RISS (4).

En Chile, al igual que en otros países, tanto en América Latina como en Europa, existe una importante fragmentación en el sistema de atención (4,8–10), por lo que desde el año 2014 el Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha impulsado la implementación del enfoque RISS en los Servicios de Salud. Junto a otras medidas, este enfoque se ha incorporado en los compromisos de gestión que se establecen con los servicios y donde se definen las prioridades en salud. El MINSAL, en su “Informe de Implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud Periodo 2014-2017” (11), menciona que se decidió integrar todos los ámbitos de las RISS a los compromisos de gestión 2015-2018, de manera que las redes de salud pudieran mejorar el acceso a los servicios, su calidad técnica y usar de manera eficiente los recursos, mejorando la satisfacción de la población con los servicios recibidos. Además, se estableció un convenio con la OPS para la aplicación, en 2016, de un instrumento para evaluar la implementación del modelo RISS en cinco servicios de salud del país, el cual evidenció altos niveles de fragmentación (11).

Ante la escasez de estudios sobre redes integradas de salud (12) y continuidad de los cuidados en Latinoamérica, entre los años 2009 y 2012 se desarrolló el estudio Equity-LA, cuyo objetivo fue evaluar las redes integradas de salud en Colombia y Brasil, observándose una percepción de escasa

coordinación entre los niveles de atención y una implementación limitada de mecanismos de coordinación en la red (13). A la luz de los resultados, entre los años 2013 y 2017 se realizó un segundo estudio, Equity LA-II, donde se incluyeron otros países de Latinoamérica, como Chile, México, Uruguay y Argentina, con el objetivo de proveer evidencia sobre las mejores prácticas para la integración de los cuidados en distintos sistemas de salud en Latinoamérica (14). En el contexto de este estudio, se generó información acerca de la percepción de los usuarios sobre la continuidad del cuidado en la red, midiendo tres tipos de continuidad: de información, de gestión clínica y de relación, antes y después de la implementación de estrategias, surgidas de la propia red, para mejorar la integración de la red asistencial (a través de un proceso de investigación acción participativa).

Este informe de tesis tuvo como objetivo analizar el nivel de continuidad asistencial percibido por los usuarios y el efecto de la implementación de estrategias para mejorar la coordinación asistencial en la continuidad de la atención de los usuarios/as de las redes participantes, como parte de uno de los objetivos del estudio Equity LA II en Chile. Los resultados encontrados, permiten contar con información de la percepción de los usuarios sobre la coherencia en el cuidado de sus problemas de salud y las experiencias que viven en su trayectoria a través de la red asistencial y además visualizar como, las estrategias para mejorar la coordinación de la red, generadas por los propios equipos, logran reflejarse en mejoras en algunos aspectos de la continuidad asistencial.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta tesis abordará los siguientes ejes temáticos:

2.1 El Sistema de Salud Chileno

2.2 La estrategia RISS

2.3 Marco de análisis de RISS y estudio del desempeño de las redes asistenciales

2.4 Coordinación y continuidad como resultados intermedios de las redes de atención de salud

2.5 Proyecto Equity LA-I y II y su relación con este proyecto de tesis

2.1. El Sistema de Salud Chileno

En Chile los cambios epidemiológicos y demográficos han sido muy profundos. Desde la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud (SNS), la implementación de programas y políticas públicas en salud han logrado que Chile cuente con indicadores sanitarios similares a los de países desarrollados, logrando en un poco más de 60 años, disminuir las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad general y aumentar la esperanza de vida al nacer hasta una cifra cercana a los 80 años (15), acompañándose de una transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles como primera causa de morbilidad y mortalidad (16). Sin embargo, los cambios que ha sufrido el sistema de salud en las últimas décadas, primero durante la dictadura militar, con la incorporación de instituciones de salud privada (ISAPRE) y la municipalización de la atención primaria y posteriormente con las reformas al sistema de salud llevadas a cabo en el año 2005, han profundizado la segmentación y fragmentación del sistema causando graves deficiencias e inequidades (12,15).

Actualmente Chile cuenta con un sistema de salud con un modelo de aseguramiento mixto Público-Privado, donde las personas deben optar por uno de ambos sistemas, lo que ocurre asociado a su capacidad de pago.

Para el año 2019 el seguro público cubría a cerca del 78% de la población, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que concentra los fondos provenientes de cotizaciones obligatorias de los trabajadores, impuestos generales y copagos para financiar la prestación de servicios que se realiza a través de la Red Pública de Salud y parcialmente también con prestadores privados bajo varias modalidades subsidiadas. Por su parte, el sistema privado cubre aproximadamente al 14% de la población, a través de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que concentran los fondos de cotizaciones obligatorias de sus afiliados, más cotizaciones voluntarias adicionales y copagos que financian la prestación de servicios a través de establecimientos principalmente privados (16,17). Existe además un 4% de personas cubiertas por servicios de salud de las Fuerzas Armadas, que tienen su propia red de atención y un 7% restante que no cuentan con seguro de salud (16,17). Los accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores son cubiertos por un sistema de seguro obligatorio adicional (17). El sector público en general funciona de manera solidaria, administrando y distribuyendo los fondos según las necesidades de sus afiliados, que tienen libre acceso al seguro. Por el contrario, el sistema privado, funciona más como un seguro privado, que

hace selección de sus asegurados, pudiendo negar la afiliación a alguna institución por tener riesgos muy altos y que además aumenta las primas a los usuarios en función de estos riesgos. Esto genera una gran inequidad, pues el sistema público concentra la mayor cantidad de población más vulnerable, riesgosa y de menos recursos económicos, concentrándose la población sana, joven y de mayores recursos en el sistema privado, lo que produce dificultades en el financiamiento del sector público(15,16).

La rectoría y regulación del sector salud la ejerce la autoridad sanitaria que está dirigida por el Ministerio de Salud (MINSAL), que tiene el rol de formular, fijar y controlar las políticas de salud. El MINSAL a su vez se compone de dos Subsecretarías, de Salud Pública (SSP) y Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA). La primera de ellas tiene la responsabilidad sobre el diseño de políticas, normas y planes para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como de la vigilancia y fiscalización, delegando la autoridad sanitaria en los territorios a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), quienes tienen el rol fiscalizador y deben velar por el cumplimiento de las normativas, planes y programas que emanan del MINSAL (17). La SRA está a cargo de la articulación y desarrollo de las redes asistenciales públicas para brindar atención a los beneficiarios de FONASA y se organiza a lo largo del país en 29 Servicios de Salud con jurisdicciones que abarcan todo el territorio nacional. Sus direcciones son las encargadas por ley de articular la red asistencial y la atención integral de su población a cargo. Estas redes se articulan en niveles de complejidad basados en el Modelo de Atención Integral en Salud, siendo el primer nivel de acceso la Atención Primaria de Salud (APS), el nivel secundario, que brinda atención hospitalaria ambulatoria (de especialidades) y el nivel terciario, que entrega la atención hospitalaria cerrada (hospitalización) y la atención de urgencia, abarcando todas las acciones del continuo asistencial. Esta organización territorial, permite entregar prestaciones de salud más adecuadas a las necesidades de su población, sin embargo la administración de los establecimientos esta fraccionada, en el caso del nivel secundario y terciario (hospitales y centros ambulatorios de especialidad) tienen dependencia de los Servicios de Salud y la APS es dependiente mayoritariamente de los municipios (con algunas excepciones de dependencia de los Servicios de Salud o de organizaciones privadas sin fines de lucro), por lo que las priorizaciones de acciones de salud y distribución de recursos dependen del gobierno local municipal, de su estabilidad y capacidad financiera, lo que mantiene y profundiza las inequidades en salud, pues los municipios de menos recursos no tienen capacidad de invertir más recursos en salud (18).

El financiamiento de las prestaciones de salud también es diferente para cada nivel asistencial. Las atenciones hospitalarias son financiadas principalmente por pago por prestaciones (PPV), grupos relacionados al diagnóstico (GRD) y presupuestos históricos. Por el contrario, las prestaciones de atención primaria, que en su mayoría es administrada por los municipios, se financian a través de un monto por paciente, Per Cápita, que entrega FONASA, según la cantidad de usuarios inscritos en sus establecimientos (12,16).

2.2. La Estrategia de Redes Integradas de Servicios de salud (RISS)

El perfil epidemiológico de la población, con bajas tasas de fertilidad, altas expectativas de vida y el envejecimiento progresivo de la población, exigen cambios en los modelos de entrega de servicios de salud. Estos cambios demográficos, asociados al aumento de enfermedades crónicas y comorbilidades, demandan una mayor integración entre los niveles de atención de salud, para proveer los servicios adecuados, en el nivel que corresponde, con una alta calidad, logrando obtener mejores resultados de salud y satisfacer las expectativas de la población (19).

Existe un amplio consenso sobre las áreas en que los sistemas de salud deben transformarse, por ello en 2008 se publica un reporte mundial sobre la Atención Primaria, recomendando 4 áreas de reformas para mejorar los sistemas de salud: cobertura universal, entrega de servicios, políticas públicas y gobernanza (20). En relación a la entrega de servicios, las reformas deben orientarse a reorganizar los servicios de salud según las necesidades de la población para lograr mejores resultados (9).

Para avanzar en esta entrega de servicios más equitativos, universales, centrados en el usuario, se requiere integrar los distintos niveles de atención, de manera que el cuidado de salud de un individuo se desarrolle sin interrupciones y reciba las prestaciones en el lugar más adecuado para ello, lo que se ha denominado enfoque de RISS(4).

El enfoque de RISS promueve un sistema de salud basado en APS que permita entregar servicios más accesibles, equitativos, de manera eficiente, con altos niveles de calidad técnica y que sean satisfactorios para los usuarios. No existe un modelo único de implementación de las RISS, pero hay atributos fundamentales para un óptimo funcionamiento (4):

- a. Modelo Asistencial: contar con una población a cargo y un territorio definido que permitan tener un diagnóstico claro de las necesidades de salud de esa población, una red de establecimientos de salud que entregue servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con un primer nivel multidisciplinario con acceso universal y que sea la puerta de entrada al sistema y con un nivel especializado. Entre estos niveles existen mecanismos de coordinación en el continuo de la atención de salud, la que está centrada en la familia y comunidad.
- b. Gobernanza y Estrategia: Contar con un sistema de gobernanza único para toda la red, con participación social y acción intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud.
- c. Organización y Gestión: Contar con una gestión integrada de servicios de apoyo, administrativos y logísticos, recursos humanos suficientes y capacitados, sistemas de información integrados y gestión basada en resultados.
- d. Asignación e Incentivos: Contar con un financiamiento adecuado y con incentivos asociados al cumplimiento de las metas de la red.

Sin embargo, pese a las reformas de salud que se han llevado a cabo, buscando implementar el modelo RISS, los sistemas de salud de América muestran altos niveles de fragmentación. En el año 2010 la OPS identifica la fragmentación de las redes de atención como uno de los principales factores que entorpecen la entrega de una atención adecuada en muchos países de Latinoamérica (4). Esta fragmentación tiene consecuencias negativas en el acceso a los servicios de salud, menor calidad técnica, pérdida de la continuidad en la atención, duplicación de los servicios e infraestructura y uso ineficiente de los recursos (4).

La fragmentación de las redes asistenciales tiene causas diversas, entre ellas (4,11,12):

- Segmentación institucional de los sistemas de salud (por ejemplo, coexistencia de subsistemas con modalidades de financiamiento distintas).
- Establecimientos de salud de varios niveles de cuidado, descentralizados, bajo distinta dependencia administrativa.
- Predominio en los servicios de salud de programas para patologías específicas, sin coordinación con el resto de sistema de salud.
- Amplia separación entre los servicios de salud pública, de la provisión de atención de salud a las personas.
- Modelo de cuidado centrado en los episodios de enfermedad aguda y basado en la atención hospitalaria.
- Rol de la autoridad sanitaria debilitado.
- Problemas con la cantidad y calidad de la distribución de recursos.
- Deficiencia en la definición de roles, competencias y mecanismos de contratación de los trabajadores de salud.
- Multiplicidad de instituciones aseguradoras y mecanismos de pago.
- Obstáculos legales y administrativos.
- Prácticas de financiamiento internacional que favorecen los programas verticales.

En el escenario chileno los desafíos que enfrenta el sistema de salud se relacionan con la distribución heterogénea de dotación hospitalaria y de la APS, con una baja cantidad de profesionales de la salud por habitante, lo que genera listas de espera tanto en consultas ambulatorias como para intervenciones quirúrgicas, atención poco oportuna, limitaciones en la resolutivez de la APS e insatisfacción usuaria, dando cuenta de dificultades en las tres áreas que caracterizan a las RISS: el acceso, la continuidad del cuidado y la integralidad en las atenciones de salud (12). Por otra parte, tampoco existe evaluación sistemática de las RISS que permita hacer ajustes y visibilizar brechas que logren mejorar el funcionamiento de las redes, no como un fin en sí mismo, si no por el impacto en la salud de la población que generan (12). El Ministerio de Salud ha priorizado el fortalecimiento de la salud pública a través de la estrategia de modelo de RISS, para entregar respuestas uniformes y coherentes a las necesidades de los usuarios de manera eficiente, efectiva, oportuna y de calidad en el curso de vida (21). Para ello, desde el año 2015 se incorporó la metodología RISS a los compromisos de gestión de los servicios de salud, considerando sus cuatro ámbitos como líneas estratégicas para definir indicadores a evaluar en el periodo 2015-2018 (21). Además, el ministerio

de salud promovió la validación del instrumento de autovaloración de la RISS de la OPS, la que se realizó en 5 Servicios de Salud del país (11,21). Los resultados observados dan cuenta de brechas en todos los ámbitos del modelo RISS. En el ámbito asistencial el estudio mostró que tanto la coordinación asistencial, como la fluidez con que la APS lograba coordinarse con otros niveles y el acceso a los especialistas tenían un bajo desarrollo; además se menciona la falta de mecanismos tecnológicos que permitan la interacción entre pacientes y profesionales (telemedicina) y la escasa participación de las personas y familias en la toma de decisiones sobre su salud. Esto dio cuenta de las dificultades que enfrentan los servicios de salud en nuestro país para superar la fragmentación. En el ámbito de gobernanza hay dispersión amplia de los resultados en los atributos de participación social (desarrollo entre 25% y 50%) y acción intersectorial (desarrollo entre 25% y 75%) en los servicios estudiados (11). El ámbito de organización y gestión, se observó un nivel bajo en general, siendo el atributo mejor evaluado la presencia de recursos humanos competentes, comprometidos y valorados, no así los atributos de gestión basada en resultados y gestión integrada de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico que tenían un bajo desarrollo en los servicios evaluados. Finalmente el ámbito de asignación e incentivos fue el mejor evaluado, con un porcentaje de desarrollo de 75% en promedio (11).

En este contexto se requiere de analizar y explorar alternativas de intervención que favorezcan la integración de las redes asistenciales, que permitan ofrecer una atención coordinada, en los distintos niveles de atención, centrada en el usuario y que otorguen la mejor calidad técnica, logrando mejores resultados de salud y satisfacción de la población, que sea eficiente, equitativa y con una reducción de costos (14).

2.3. Marco de análisis de RISS y estudio del desempeño de las redes asistenciales

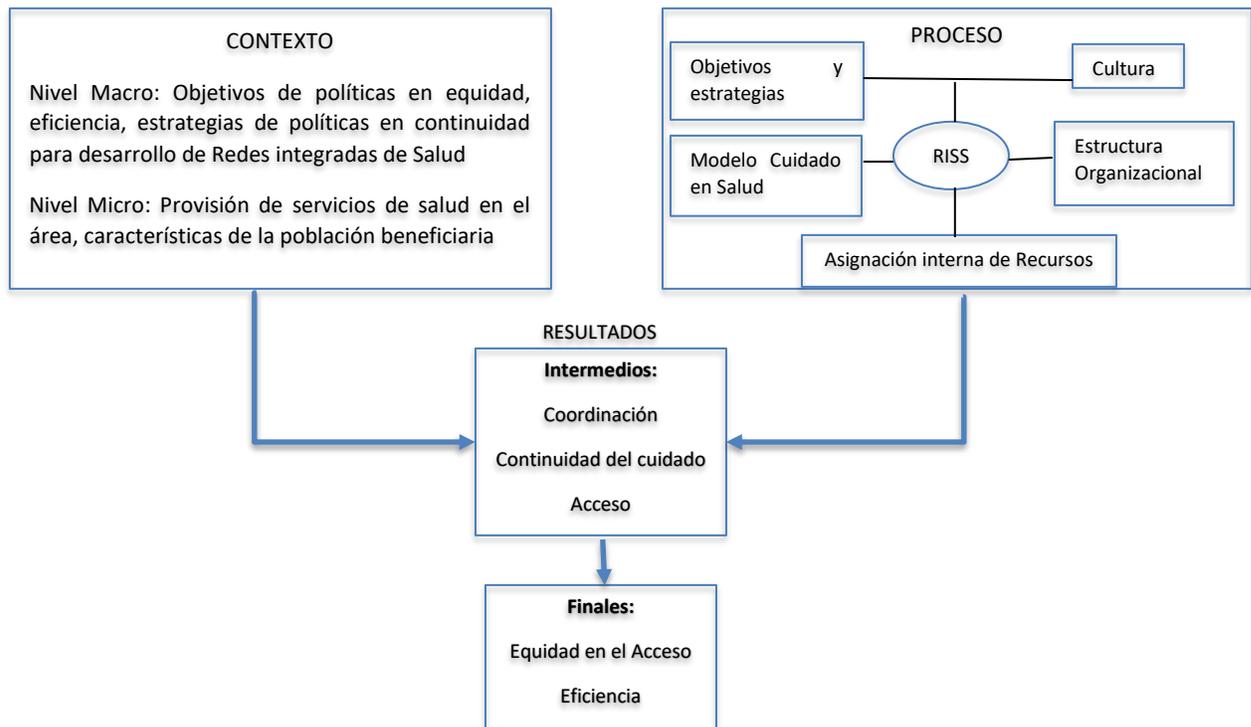
Como ya se mencionó, los sistemas de salud en América se caracterizan por tener altos niveles de fragmentación que tienen diversas causas y efectos (9). Ésta falta de integración tiene distintas manifestaciones en los sistemas de salud, algunas de ellas son la falta de coordinación entre los niveles y lugares de atención, la duplicación de los servicios y la entrega de estos en un nivel de complejidad no apropiado. La OPS ha desarrollado encuestas en América Latina, donde la fragmentación es percibida como un problema grave para los prestadores de todos los niveles de atención, donde las áreas más débiles son contar con un sistema de referencia y contra referencia funcional, que las prestaciones se entreguen en el nivel de complejidad que corresponde y que los pacientes cuenten con un equipo de salud estable (4).

En este escenario, es necesario contar con evidencia que permita hacer un diagnóstico del funcionamiento de las redes, visibilizando las barreras específicas que causan la fragmentación y buscar estrategias que permitan mejorar su integración, para lograr mejores resultados de salud de su población a cargo.

Vásquez y Vargas (10) proponen un marco conceptual para el análisis de las RISS, distinguiendo factores relevantes de contexto y de proceso que influyen en su desempeño, describiendo

resultados intermedios y finales que permitirían caracterizar las RISS y evaluar su desempeño (Figura 1).

Figura 1. Adaptado de Vásquez y Vargas (10). Mapa conceptual para el análisis del impacto de las Redes Integradas de Servicios de Salud en equidad de acceso, eficiencia y continuidad del cuidado.



En este mapa conceptual se observa que los resultados finales de la integración de la red son la equidad en el acceso y la eficiencia y que como resultados intermedios están la coordinación, continuidad del cuidado y el acceso, que serían dimensiones que permiten la integración de la red. De ello se desprende que la coordinación de la red no es un fin en sí mismo, sino parte de los mecanismos que permiten la atención integral, oportuna y eficiente de la población. Los resultados intermedios pueden ser medidos a través diversos mecanismos, como análisis de casos, encuestas, revisión de reportes clínicos, entrevistas individuales o grupales, donde no solo participa el personal de salud sino también los y las usuarias.

2.4 Coordinación y continuidad como resultados intermedios de las redes de atención de salud

Como se observa en el mapa conceptual anterior, la coordinación y la continuidad son resultados intermedios de la implementación de RISS, desde el punto de vista de los profesionales y de los usuarios respectivamente, siendo la continuidad un reflejo de la coordinación.

2.4.1 Coordinación

La coordinación puede definirse como la conexión entre los servicios necesarios para la atención de un paciente en el continuo asistencial, independiente de donde se reciban, lográndose en su nivel máximo una atención integrada (22–24). Los elementos que se requieren para que se produzca la coordinación y por ende exista continuidad en la atención son tres: conexión de los servicios asistenciales a través de la transferencia de información, contar con un objetivo común que permita plantear un plan de atención para cada usuario y la sincronización entre los servicios para que la atención se entregue de manera oportuna y en el lugar adecuado (23). Existen factores que condicionan la coordinación asistencial, estos son la diferenciación de la tarea, que depende del grado de especialización, la interdependencia, donde cada unidad especializada aporta a un objetivo, el procesamiento de información, que requiere de una organización de esta para ser útil a las unidades y finalmente la incertidumbre, definida como la diferencia entre la cantidad de información que se requiere para hacer una tarea y la información disponible; mientras mayor es la interdependencia y diferenciación de la tarea, más información debe procesarse y por lo tanto la incertidumbre aumenta (23). Los procesos básicos para establecer la coordinación son 2, primero, la programación de una tarea, donde se estandariza y se define el trabajo a realizar con sus responsabilidades y actividades y segundo, la retroalimentación, que ocurre cuando no es posible programar una tarea (23). Existen diversos instrumentos de coordinación asistencial, algunos de ellos se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Instrumentos de Coordinación Asistencial, clasificados según Minzberg, 1988.

Instrumentos de Coordinación Asistencial	Normalización de Habilidades	Programas de Formación
	Estandarización de Procesos y Resultados	Guías de Práctica Clínica Mapas de Atención Planes de Alta Hospitalaria
	Adaptación Mutua	Email y Teléfono Sistemas de Información vertical Grupos interdisciplinarios Puestos de Enlace Estructuras matriciales

Fuente: Elaboración propia en base a Vásquez, 2005 (22).

La coordinación de la red ha sido evaluada a través del efecto de los mecanismos de coordinación en la calidad de atención y por tanto está centrada en la evaluación desde la organización interna. Son escasos los estudios que miden la perspectiva de los usuarios internos de los mecanismos de coordinación en las organizaciones (profesionales de salud) o desde los pacientes, como usuarios de los servicios de salud (22).

2.4.2 Continuidad

La continuidad asistencial es el reflejo de la coordinación, desde la perspectiva de los usuarios, y está definida como el grado de coherencia y conexión de las vivencias en la atención que percibe el paciente en el tiempo (22). Es la perspectiva y experiencia del paciente, sobre su atención y cobra especial relevancia en la medida aumentan las enfermedades crónicas multicausales y que requieren atenciones de salud más complejas, multi-profesionales y en diferentes niveles de atención. La percepción de continuidad se ve influida por factores como el flujo de información adecuado entre los prestadores, las habilidades interpersonales de los profesionales de salud y la coordinación del cuidado entre las distintas unidades que entregan los cuidados de salud a un paciente (25).

Existen estudios que mencionan la continuidad como un factor protector sobre la mortalidad (26), la hospitalización por patologías de manejo ambulatorio (27,28), los reingresos hospitalarios en pacientes con EPOC (29), la poli-consulta en servicios ambulatorios (30) la reducción de costos de la atención, menor cantidad de consultas en servicios de urgencia, mayor satisfacción usuaria (28,31,32) y la disminución de la derivación a nivel especializado (33).

El concepto de continuidad ha sido incluido como una de las dimensiones del modelo de atención integral en salud en Chile, donde forma parte de la característica de integralidad que es parte del modelo. Es definida para este efecto como “la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó una consulta” (34). Aunque muchas veces se utiliza el mismo concepto para definir la atención continua a través del ciclo vital y no necesariamente como la percepción de consistencia y fluidez de la atención de un usuario, para una patología determinada o frente a una necesidad de salud.

En este sentido es relevante mencionar que el concepto de continuidad, puede ser definido de distintas formas en los diversos contextos de salud, refiriéndose a la relación que se establece con un equipo de salud determinado y al acceso a prestaciones de salud, en el ámbito de la salud mental; la relación que se establece con un médico en particular en el contexto de la atención primaria; o la entrega de servicios de distintos profesionales de salud, de manera coherente, lógica y oportuna en el caso del manejo de patologías crónicas por especialistas (35). En los estudios realizados para poder llegar a un consenso en el concepto de continuidad se encuentran 2 elementos centrales que distinguen la continuidad de otros atributos de salud, el primero, el cuidado de un individuo y el segundo, el cuidado a través del tiempo (35). Estos elementos deben estar presentes para que exista la continuidad.

Los autores Reid y Haggerty identifican 3 tipos de continuidad asistencial, (25):

2.4.2.1. Continuidad de información

Se refiere a la percepción de que la información clínica del usuario es compartida entre los profesionales de distintos niveles de atención, para brindar una atención adecuada a sus necesidades. Es la disponibilidad de información, tanto de la condición actual como de eventos previos. Tiene 2 dimensiones: la transferencia de información y la utilización de la información. La primera se refiere al intercambio de datos entre los proveedores de salud, en los distintos niveles de atención, poniendo énfasis en la comunicación entre los profesionales, para lograr un plan de cuidados coherente. La segunda, tiene relación con la disponibilidad y utilización de información acumulada del paciente, e incluye tanto la información clínica, como otros datos relevantes del usuario como valores, creencias, preferencias, contexto social, que son fundamentales para adecuar las intervenciones a las necesidades particulares de cada paciente. Esta dimensión se ve altamente influida por la estabilidad de la relación profesional-paciente, que permite que el proveedor conozca de manera integral al usuario, pudiendo adaptar el plan de tratamiento a las condiciones particulares del paciente. Las herramientas de transferencia de información pueden ser, fichas o documentos en papel, medios electrónicos, memoria del médico, pero sin duda se ven facilitadas por la tecnología, que puede permitir una comunicación más fluida entre proveedores a través de medios formales, como la ficha clínica o los documentos de referencia y contrarreferencia, o medios informales como mensajes de texto, redes sociales, contacto telefónico, etc. Al existir una transferencia de información adecuada, los pacientes no necesitan repetir información en cada consulta, haciendo más eficiente el uso del tiempo, tanto del usuario, como del proveedor. Las consecuencias de la falta de comunicación entre proveedores de salud generan dificultades en la mejora de las patologías de los pacientes, lo que resulta en una pérdida de confianza en los profesionales, aumento de la ansiedad y sentimientos de no ser valorados como individuos, además de las consecuencias propias de la falta de compensación de la enfermedad en curso (24,25).

2.4.2.2. Continuidad de relación

Da cuenta de la percepción del grado de estabilidad en la interacción del usuario con uno o más profesionales en el tiempo. Ser atendido por el mismo proveedor facilita la continuidad de información, pero además genera, conocimiento mutuo, confianza y sensación de responsabilidad del proveedor hacia el usuario. Cuenta con 2 dimensiones: vínculo entre el paciente y el proveedor de salud y la estabilidad del personal que lo atiende. Respecto de la primera dimensión, es importante para el desarrollo de un sentimiento de afiliación, generándose una lealtad, principalmente del usuario hacia el proveedor. Si bien es, en general altamente valorada, hay pacientes que prefieren cambiar de proveedor, pues quieren una segunda opinión o contar con una perspectiva distinta sobre su condición. En relación con la segunda dimensión, la estabilidad o consistencia del personal, es muy relevante para pacientes con enfermedades crónicas, adultos mayores, padres jóvenes y pacientes con enfermedades terminales, que valoran la certidumbre en los cuidados, no así en pacientes jóvenes o laboralmente activos con patologías agudas, los que privilegian el acceso por sobre la consistencia del personal. Los elementos o factores que facilitan la continuidad de la relación están las habilidades de escucha de los proveedores, poner atención a las necesidades de los pacientes, que los profesionales se involucren en la coordinación de los cuidados

y que conozcan integralmente al usuario. Estos factores mejoran la continuidad de la información, encontrándose una relación entre estos dos tipos de continuidad y permitiendo unir eventos pasados con el cuidado presente; además genera beneficios como construcción de confianza mutua, comprensión y sentimientos de responsabilidad del proveedor hacia el usuario. Las fallas en la continuidad de relación causan en los usuarios insatisfacción, sensación de impotencia y aislamiento y confusión al recibir indicaciones y tratamientos distintos de diferentes proveedores (24,25).

2.4.2.3. Continuidad de gestión clínica

Se refiere a la entrega de prestaciones de salud coordinada entre los distintos niveles de atención y según las necesidades del usuario. Implica la complementariedad de los cuidados, sin duplicaciones, pérdidas o dificultades de acceso. Está compuesta de dos dimensiones: la consistencia de la atención y la flexibilidad. En relación con la primera, está principalmente enfocada en el problema de salud que ocasiona la consulta y consiste en la creación de un plan explícito de cuidado, en especial cuando este será entregado por varios proveedores, que deben estar conectados de manera coherente (siendo una percepción de la coordinación entre proveedores), es decir la programación consistente de los servicios entre los distintos niveles de atención. La segunda dimensión, flexibilidad, se refiere a la adaptación de los protocolos de cuidado a las necesidades particulares de cada usuario, teniendo en cuenta su contexto social, valores y preferencias, por lo que nuevamente observamos una dependencia de la continuidad de relación y de información, que permiten tener este conocimiento acumulado y utilizarlo para adecuar de la mejor manera posible las intervenciones al usuario. Esta dimensión también es percibida por los usuarios como accesibilidad, entendida como la entrega de servicios a tiempo y de manera regular, incorporando la oportunidad de la atención como una variable relevante y el acceso a su médico o especialista cuando lo requieren. Los factores que pueden impedir o dificultar la accesibilidad son los tiempos de espera prolongados, la escasez de proveedores de salud y la gestión inadecuada de citas, que incluyen las cancelaciones frecuentes, las citaciones no predecibles y los retrasos en la atención (24,25).

Los factores que podrían influir en la percepción de continuidad de los usuarios, que se mencionan en cada tipo de continuidad, pueden ser elementos propios de la organización de los servicios de salud o dependientes de la relación médico-paciente, observándose una interacción entre la continuidad de relación y los otros tipos de continuidad. En la Tabla N°2 se resumen los principales factores facilitadores según tipo y dimensiones de continuidad del cuidado.

Tabla N°2 Factores facilitadores de la continuidad del cuidado. Mapa conceptual según Reid, 2011.

Tipo Continuidad	Dimensión	Factor Facilitador
Continuidad de Información	Transferencia de información	Comunicación consistente entre y dentro de las instituciones de salud. Intercambio de información clínica
		Acceso de los profesionales a la ficha clínica desde distintas unidades y establecimientos
	Conocimiento Acumulado	Recopilación de información integral (valores, preferencias, redes de apoyo, y contexto social)
Continuidad de Relación	Consistencia del Personal	Ser atendido por el mismo profesional o equipo de médicos tanto en nivel primario, secundario como en cuidados en casa
		Regularidad de las atenciones (para verificar los progresos)
	Relación Médico-Paciente	Calidad de la consulta (atención, inspiración de confianza, conocimiento médico, etc.)
		Evitar el “exceso de familiaridad” o ver al mismo medico con demasiada frecuencia
	Tomar la responsabilidad y coordinación de los cuidados por un profesional (normalmente el médico de cabecera)	
Continuidad de Gestión Clínica	Consistencia del Cuidado	Recibir apoyo y preparación en el proceso de alta hospitalaria
		Compañía del médico al paciente a otros lugares de atención
		Oportunidad en el cuidado en domicilio
		Organización de transferencia y coordinación de los cuidados domiciliarios por el médico de cabecera
	Acceso	Disponibilidad del profesional habitual (médico o enfermera de cabecera) cuando se requiere
		Recibir consejo y contar con exámenes cuando se requiera
		Provisión de servicios regular, oportuna y eficiente
		Servicios y profesionales están en el mismo lugar
		Implementación de revisiones de cuidado estructuradas
	Flexibilidad	Respuesta inmediata a las necesidades de cuidado
Adecuación de los cuidados a las necesidades del paciente (cuidado individualizado)		

Fuente: Adaptado de *Waibel et al.* (24)

En una meta síntesis de estudios cualitativos, se encontraron otros aspectos que los usuarios consideran en su percepción de continuidad y que pueden favorecerla o dificultarla. La primera es la autorresponsabilidad, es decir el compromiso del propio paciente en el manejo de su enfermedad, actitud que podría influir en la relación que establecen con el profesional de salud y por otro lado la interdependencia de los tipos de continuidad del cuidado entre ellas, especialmente la continuidad de relación con la de información y de gestión clínica (24).

La continuidad de relación influye en la continuidad de información en tres aspectos. El primero, los conocimientos adquiridos sobre aspectos “no médicos” y la familiaridad con la historia clínica del paciente, que es información relevante para el abordaje del paciente, permitiendo que este no requiera repetir su historial, con lo que el cuidado es más eficiente. El segundo, la consistencia del personal es la única forma en que los profesionales obtendrían conocimiento del contexto de los usuarios y tercero los pacientes adultos mayores consideran que la relación profesional-paciente es prerequisite para recibir información adecuada, en el momento oportuno y de una forma sensible. En el sentido inverso, la continuidad de información puede influir en la continuidad de relación en la medida que la entrega de información clara y relevante a los usuarios favorece la relación entre el proveedor y el usuario (24,25,35).

Según la percepción de los usuarios la continuidad de relación impacta en la continuidad de gestión, pues piensan que la relación con su médico de cabecera es lo que permite que el tratamiento se adapte a su caso individual, por otra parte, los usuarios aceptan mejor las dificultades de acceso (lista de espera prolongada, retrasos en citas), cuando hay una buena relación profesional-paciente y finalmente consideran que la disponibilidad del profesional, aunque sea por teléfono, es fundamental para mantener la continuidad de relación (24).

Finalmente, la continuidad de gestión afecta la continuidad de información pues la pérdida de esta podría causar retrasos en la atención con el especialista y por lo tanto en recibir tratamiento de manera oportuna, lo que puede generar estrés y sensación de vulnerabilidad en los pacientes (24).

2.4.2.4 Estudios sobre continuidad

La importancia de medir o evaluar la continuidad asistencial radica en que, dado que es el reflejo de la coordinación asistencial, nos permite saber, desde la perspectiva del usuario, si la atención es coherente, asequible y sin duplicaciones, lo que podría traducirse en calidad de la atención, esto es relevante pues permite encontrar brechas en la coordinación del cuidado y otros factores organizacionales que pueden influir en la mejora de la percepción de los usuarios, respecto de la continuidad de su atención (36). A modo general, la continuidad de la relación se mide en cada nivel al que accede el usuario, en cambio la continuidad de información y de gestión se mide a través de la atención en los niveles asistenciales (25).

La medición de la continuidad asistencial es un tema de estudio relativamente reciente y se ha evaluado principalmente desde la perspectiva de la continuidad de la relación y a través de metodologías cualitativas (37). Por otra parte las investigaciones en continuidad de atención se han realizado principalmente en Europa (14,24), por lo que es relevante evaluar lo que ocurre con los usuarios en América Latina. En los últimos años se han desarrollado algunos cuestionarios para poder medirla de manera integral, evaluando los tres tipos de continuidad (38–40), de los cuales dos han sido validados en el contexto latinoamericano, el cuestionario “Primary Care Assessment Tools” (PCAT), en Brasil, Uruguay y Argentina y la encuesta “Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención” (CCAENA©), en Brasil y Colombia (37).

2.5. El Proyecto Equity LA II

Ante la falta de estudios sobre redes asistenciales en América Latina, en el año 2013 se decide realizar un estudio para observar el impacto de los distintos tipos de redes integradas de salud en la equidad de acceso y eficiencia. En este estudio, llamado Equity LA se exploran las deficiencias en el desempeño de las redes de servicios de salud en 2 países de Latinoamérica (Colombia y Brasil), encontrándose barreras relativas a las políticas en salud, escasa transferencia de información clínica, pobre coordinación del acceso, precariedad laboral en el personal de salud, incentivos económicos que promueven la competencia y no el trabajo coordinado y formación inadecuada de los profesionales en relación con la atención primaria como nivel coordinador del paciente (13). Posteriormente, en el estudio Equity LAII, llevado a cabo entre 2015 y 2017, se profundiza en este análisis, incluyendo más países y evaluando la implementación de una serie de intervenciones, diseñadas por los mismos actores de las redes asistenciales para mejorar la coordinación asistencial. Este estudio tiene un diseño cuasi-experimental (diseño controlado antes y después) con un proceso de investigación acción participativa multidisciplinaria, evaluando mediante técnicas cualitativas y cuantitativas, la efectividad de estas intervenciones en 2 servicios de salud de cada país, generando evidencia sobre estrategias efectivas para mejorar la coordinación de la red y su impacto en la continuidad asistencial (14). El análisis de la continuidad de atención en la red, se hace mediante el instrumento CCAENA©, que fue validado en todos los países incluidos en el estudio y que permite medir integralmente la continuidad asistencial, antes y después de la intervención o no intervención en ambas redes asistenciales estudiadas (14).

Esta tesis se enmarca en uno de los objetivos planteados por el proyecto Equity LA II, donde se analizará la información obtenida de encuestas a usuarios de los servicios participantes en los años 2015 y 2017. Se utilizará la base de datos de las encuestas realizadas a los usuarios en los Servicios de Salud Metropolitano Norte (Servicio donde se lleva a cabo la intervención) y Sur (control) en el contexto del estudio Equity LAII en los años 2015 y 2017. El objetivo es analizar la percepción de continuidad de atención de los usuarios en subredes de los dos Servicios de Salud mencionados y evaluar el efecto la implementación de estrategias para fortalecer la coordinación asistencial en una de estas subredes, con lo que se espera obtener conocimiento sobre intervenciones para mejorar la continuidad asistencial.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVO DE ESTUDIO

3.1 Pregunta de investigación

¿La implementación de intervenciones para mejorar la coordinación de la red asistencial, se traduce en una mejora en los niveles de continuidad asistencial percibidos por los usuarios portadores de patologías crónicas de esa red?

3.2 Hipótesis

Luego de la implementación de estrategias para mejorar la coordinación de la red, la continuidad de información y de gestión de los usuarios con patologías crónicas, será mejor evaluada en el área de intervenida, en contraste con los cambios que se observen en el área de control.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Evaluar la continuidad de la atención percibida por los usuarios, en los ámbitos de información y gestión y sus cambios luego de la implementación de una intervención para mejorar la coordinación de la red, entre los años 2015 y 2017, en dos Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

3.3.2 Objetivos específicos

3.3.2.1 Describir las experiencias de continuidad en la trayectoria de los usuarios en la red y la percepción de continuidad de la información y de gestión clínica de usuarios con patologías crónicas en los años 2015 y 2017, en las redes de intervención y control de dos Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

3.3.2.2 Comparar los cambios en las experiencias de continuidad en la trayectoria de los usuarios en la red y en la continuidad de la información y de gestión clínica de los usuarios de cada red (control e intervención) en el tiempo transcurrido entre la línea de base (2015) y postintervención (2017).

3.3.2.3 Comparar los cambios en las experiencias de continuidad en la trayectoria de los usuarios en la red y en la continuidad de la información y de gestión clínica de los usuarios entre las redes de intervención y control, luego de implementada una intervención para mejorar la coordinación de la red.

4. MARCO METODOLÓGICO

Este estudio se basa en el análisis de la base de datos sobre continuidad de atención, obtenida a través de la aplicación del instrumento CCAENA, como parte del estudio Equity LA II (14), llevado a cabo entre los años 2015 y 2017, por lo que se describirá inicialmente la metodología utilizada para la producción de esos datos. El estudio Equity LA II tiene como objetivo general “Evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud en América Latina”, en su metodología utiliza un diseño Cuasi- Experimental (controlado antes-después), utilizando la Investigación-Acción Participativa multidisciplinaria para el diseño e implementación de intervenciones para mejorar la coordinación en la red asistencial y metodologías cualitativas y cuantitativas para su medición. En el área de estudio se incluyen 2 redes de servicios de salud en cada uno de los países participantes, Colombia, Brasil, Chile, México, Argentina y Uruguay, una de ellas como control y la otra como área de intervención, seleccionadas con los siguientes criterios: a) Entrega de servicios de salud que incluyan atención primaria y especializada, b) contar con una población definida, c) entrega de servicios en áreas urbanas de bajos ingresos, d) disposición a participar e implementar las intervenciones diseñadas, y e) liderazgo para la implementación de las intervenciones. En el caso chileno las redes de salud escogidas para realizar el estudio fueron el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) con una población validada por FONASA de 644.494 personas al 2017 y con 8 comunas en su territorio, como área de intervención; y el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), con una población inscrita validada de 851.804 al 2017 y con 11 comunas dentro de su territorio, como área de control. Para cada Servicio de Salud, se escogió por conveniencia una subred que involucra el centro de atención de especialidades y 3 de sus comunas, siendo para el SSMN el centro de atención secundaria el Complejo Hospitalario San José, con su Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y las comunas de Recoleta, Huechuraba e Independencia con su red de APS y para el SSMS, como centro de atención secundaria el Complejo Asistencial del Complejo Hospitalario Barros Luco Trudeau (CHBLT) con su CDT y la red de APS de las comunas de San Miguel, San Joaquín y Pedro Aguirre Cerda.

En el estudio cuantitativo, específicamente para la medición de continuidad asistencial, se realizó un muestreo aleatorio simple de usuarios que asisten a los centros de atención primaria de las subredes de salud seleccionadas, con un tamaño muestral calculado en base a un poder del 80% y un nivel de confianza del 95% y que permitiera asegurar la detección de variaciones de 10% en la percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre fases y redes, con esto el número obtenido fue de 1568, que correspondieron a 392 pacientes por cada red en cada año. Se definió como criterio de inclusión pacientes mayores de 18 años, con al menos 1 enfermedad crónica y que hubiera recibido atención en el nivel primario y secundario (especialidad) o terciario (urgencia) en los últimos 6 meses previos a la aplicación de la encuesta. Se utilizó como herramienta de medición la encuesta CCAENA©, que fue aplicada en la sala de espera de los centros de atención primaria de las subredes seleccionadas por encuestadores capacitados. Para el estudio Equity LA II, se realizaron pre-test y validación con 20 usuarios antes de la aplicación en cada país, incluyendo Chile (14). Este instrumento en su versión original tiene 21 ítems (41), de los cuales se seleccionaron 14 para su validación en Brasil y Colombia (37). El cuestionario utilizado en Chile, CCAENA-Ch (Anexo 1), consta

de 11 ítems, que evalúan los tres tipos de continuidad asistencial (relación, gestión e información). Este instrumento cuenta con once secciones: 1. Problema de salud, 2-7. Experiencias de continuidad, accesibilidad y percepción de continuidad entre niveles de atención, 8. Factores relacionados con la continuidad entre niveles de atención, 9-11. datos de sociodemográficos y de seguro de salud (14,37,42).

El trabajo de campo fue realizado en los años 2015 y 2017 por encuestadores, en las salas de espera de los CESFAM seleccionados para cada red de atención (Tabla N°3 y N° 4). Se agregaron 3 CESFAM en la medición del año 2017, de las mismas comunas, que, por menor concentración de usuarios, no habían participado en la primera medición en el año 2015 (CESFAM Santa Teresa de la comuna de San Joaquín y CESFAM Pincoya y Salvador Allende de la comuna de Huechuraba). En el año 2017 se definió el número de personas a entrevistar en cada CESFAM según proporcionalidad de inscritos.

Se contactó a todos los usuarios/as que se encontraban en la sala de espera. Durante el primer encuentro, el entrevistador aplicó una hoja de contacto para saber si el usuario cumplía los criterios de inclusión, en caso positivo se le consultó si deseaba participar del estudio. En el caso de no cumplir con criterios de inclusión o no querer participar en el estudio se dejaba registro en la hoja de contacto.

Tabla N° 3. Establecimientos de salud seleccionados para el estudio Equity LA II en 2015 y 2017 (Subred). Red Intervención. Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

Comunas Intervención (SSMN)		Subred de	Establecimientos	
			2015	2017
Atención Primaria	Comuna de Recoleta		CESFAM Patricio Hevia	CESFAM Patricio Hevia
			CESFAM Juan Petrinovic	CESFAM Juan Petrinovic
			CESFAM Recoleta	CESFAM Recoleta
			CESFAM Quinta Bella	CESFAM Quinta Bella
	Comuna de Huechuraba		CESFAM El Barrero	CESFAM El Barrero
				CESFAM La Pincoya
				CESFAM Salvador Allende
	Comuna de Independencia		CESFAM Cruz Melo	CESFAM Cruz Melo
			CESFAM Juan Antonio Ríos	CESFAM Juan Antonio Ríos
Atención Secundaria			Complejo Hospitalario San José	Complejo Hospitalario San José

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 4 Establecimientos de salud seleccionados para el estudio Equity LA-II en 2015 y 2017 (Subred). Red Control. Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS).

Comunas Subred Control (SSMS)		Establecimientos	
		2015	2017
Atención Primaria	Comuna de San Miguel	CESFAM Barros Luco	CESFAM Barros Luco
		CESFAM Recreo	CESFAM Recreo
	Comuna de San Joaquín	CESFAM Baeza Goñi	CESFAM Baeza Goñi
		CESFAM San Joaquín	CESFAM San Joaquín
			CESFAM Santa Teresa
	Comuna de Pedro Aguirre Cerda	CESFAM Pierre Dubois	CESFAM Pierre Dubois
		CESFAM Edgardo Enríquez	CESFAM Edgardo Enríquez
		CESFAM Amador Neghme	CESFAM Amador Neghme
	Atención Secundaria		Hospital Barros Luco Trudeau

Fuente: Elaboración Propia.

La calidad y consistencia de los datos se garantizó mediante la revisión de cuestionarios por supervisores, el mismo día de la entrevista, con retroalimentación al encuestador para evitar errores sistemáticos, luego se supervisó el 20% de los cuestionarios, seleccionados de manera aleatoria, contactando al entrevistado y volviendo a hacer algunas preguntas del cuestionario. Finalmente se realizó doble digitación de los cuestionarios para evitar errores en esta fase.

Con el fin de diseñar e implementar las intervenciones, se convocó un comité conductor local, integrado por autoridades y gestores de la dirección del servicio de salud, de las comunas participantes y de los distintos niveles asistenciales, además del equipo de investigación. A partir de la medición cualitativa de la línea de base y las dificultades de coordinación y continuidad asistencial encontradas en la red intervención, el comité identificó y priorizó los problemas, diseñando 2 intervenciones que luego fueron implementadas en la red. En el caso chileno, las estrategias llevadas a cabo en la subred del Servicio de Salud intervenido (Servicio de Salud Metropolitano Norte) fueron videoconferencias o consultorías virtuales entre APS y especialistas y visitas interniveles, tanto de médicos de APS a su Hospital base, como a la inversa.

Expuesto el estudio y la metodología desde donde se obtuvo la base de datos que se utilizó para el desarrollo de esta tesis, se procede a explicitar la metodología propia de este estudio:

Este estudio se aborda desde una perspectiva postpositivista, pues si bien, es parte de un estudio mayor (Equity LA-II), que tiene un paradigma pragmático y que utiliza en su evaluación herramientas

mixtas para la recolección y análisis de datos, este estudio se enfoca principalmente en el análisis de información obtenida de un instrumento estructurado, obteniendo información cuantitativa, que pretende confirmar o descartar la hipótesis planteada a través de métodos estadísticos (43,44).

Tipo de Estudio: Estudio transversal analítico, basado en el análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento CCAENA-Ch en 2015 y 2017-2018 (que se describirá como año 2017) en Chile, durante el desarrollo del estudio Equity LA II.

Universo: Población usuaria de las subredes de los Servicios de Salud Metropolitano Norte (área intervención) y Sur (área de control) en los años 2015 y 2017.

Muestra: Se utilizó la base de datos de la aplicación de la encuesta CCAENA® en el estudio Equity LA II, con la que se obtuvieron registros de usuarios encuestados en 2015 (435 usuarios en el SSMS y 445 en el SSMN) y en el año 2017 (444 usuarios en el SSMS y 449 en el SSMN). Los criterios de inclusión para la aplicación de la encuesta fueron personas de 18 y más años, con al menos una patología crónica, de los CESFAM de las subredes definidas para los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Sur de la Región Metropolitana de Santiago, y que hubieran requerido atención en el nivel primario y secundario o terciario de atención en los 6 meses anteriores a la aplicación del cuestionario.

Descripción de Variables

Las variables que fueron utilizadas para este estudio se resumen en la tabla N° 5 y son las siguientes:

Variables Dependientes:

Experiencias de continuidad: Se evaluaron preguntas relacionadas con la experiencia de continuidad de los usuarios encuestados en su trayectoria a través de la red asistencial, principalmente relacionadas con los procesos de referencia y contrarreferencia y accesibilidad a la atención de salud. Las preguntas analizadas fueron:

- ¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consulto?
- ¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el especialista?
- ¿El especialista tenía información sobre su historial clínico con el médico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se le explicara?
- ¿El especialista le dio un informe (contrarreferencia) para el médico del consultorio?
- ¿El especialista le resolvió el motivo por el que consultó?
- En los últimos 6 meses ¿ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada?

Percepción de continuidad: Evaluada a través de preguntas específicas para medir la percepción de continuidad de información y gestión en la encuesta CCAENA® y evaluadas a través de una escala de Likert, para medir el nivel de acuerdo o desacuerdo con las preguntas realizadas, siendo las

respuestas posibles “*Siempre*”, “*Muchas Veces*”, “*Pocas Veces*”, “*Nunca*”, “*No Aplica*” (NA), “*No Sabe*” (NS), “*No Responde*” (NR).

Para el análisis del efecto de las intervenciones, los resultados obtenidos en cada pregunta serán dicotomizados en *Percepción de continuidad Alta*, para los resultados “*Siempre*” y “*Muchas Veces*” y *Baja* para los resultados “*Pocas Veces*” y “*Nunca*”. Las preguntas son las siguientes:

1. Percepción de Continuidad de Información:

- ¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?
- ¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, antes de que usted se lo explique?
- ¿El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?

2. Percepción de Continuidad de Gestión:

- ¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?
- ¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?
- ¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?
- ¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?
- Cuando el médico del consultorio le deriva a los especialistas ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?
- Tras la consulta con el especialista, cuando solicita una cita con el médico del consultorio, ¿Tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?
- ¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?

Variables Independientes

La variable independiente fue el Área a la que pertenecía el paciente, pudiendo pertenecer al Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), correspondiente al área de control (AC), o al Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), que corresponde al área de intervención (AI).

Variables Demográficas y de Salud

Las variables demográficas analizadas en la población encuestada fueron:

País de Nacimiento: Variable cualitativa categórica nominal, que describe el país de nacimiento de la persona encuestada. Se evalúa a través de la pregunta abierta “País de Nacimiento”.

Pertenencia a Pueblos Indígenas: Variable cualitativa categórica nominal, que describe si la persona se considera perteneciente a algún pueblo indígena, con posibles respuestas *Si*, *No*, *No sabe (NS)* o *No responde (NR)* a la pregunta “¿Pertenece usted a algún pueblo indígena?”.

¿Cuál Pueblo Indígena?: Variable cualitativa categórica nominal, que define a cuál pueblo indígena se siente perteneciente la persona encuestada, a través de un listado de pueblos originarios de Chile.

Afiliación FONASA: Variable cualitativa categórica nominal, que indica si la persona pertenece o no al seguro de salud público FONASA, a través de respuestas *Si*, *No*, *no sabe (NS)* o *no responde (NR)*.

Sexo: Variable cualitativa categórica nominal que describe el sexo biológico de la persona en Hombre o Mujer.

Edad: Variable cualitativa categórica ordinal, que se agrupó en 4 intervalos: 18 a 39 años, 30 a 59 años, 60 a 79 años y 80 y más años.

Ultimo Nivel de Estudios Aprobado: Variable cualitativa categórica ordinal, que describe el nivel académico alcanzado por la persona encuestada, que debe señalar el último nivel de estudios aprobado. Los resultados posibles son ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica incompleta, técnica completa, universitaria incompleta, universitaria completa y postgrado. Para facilitar el análisis, los resultados se agruparon en categorías que incluyen el último nivel de estudios aprobado, incorporando en la misma categoría si es completo o incompleto, obteniendo así solo 7 categorías: Ninguno, Primaria, Secundaria, Técnica, Universitaria, Postgrado, No Sabe (NS)/ No Responde (NR).

Número de enfermedades crónicas: variable cuantitativa discreta, con valores posibles a partir de 1, pues los pacientes incluidos en el estudio debían tener al menos 1 enfermedad crónica. Se obtiene de la pregunta abierta ¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los últimos 6 meses?, con lo que se cuantifico la cantidad de enfermedades referidas por la persona encuestada.

Autopercepción de Salud: variable cualitativa categórica ordinal, consultada en la encuesta CCAENA® con la pregunta ¿Cómo define su salud?, con los resultados posibles, muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

Enfermedad GES (codificada): Variable cualitativa dicotómica (*Si-No*), obtenida de la pregunta abierta ¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los últimos 6 meses?, con las respuestas obtenidas, se codificaron las enfermedades referidas por los pacientes

según el sistema CIAP-2 (45) y con ello se obtuvo la frecuencia de usuarios que tenían o no, una enfermedad GES.

Autoreporte enfermedad GES: Variable cualitativa categórica nominal, que se obtiene de la pregunta ¿Alguna de estas enfermedades, ¿Tienen Garantías Explícitas de Salud (es un problema AUGE)?

Tabla N° 5. Operacionalización de Variables de Estudio. Santiago 2022.

Variables de Control	Tipo variable	Valores/Categorías
País de Nacimiento	Cualitativa Categoría Nominal	Pregunta abierta
Pertenencia a Pueblos Indígenas	Cualitativa Nominal Dicotómica	No= 0 Si= 1
Cual Pueblo Indígena		Aymara= 1 Quechua= 2 Lican Antai= 3 Coya= 4 Diaguita= 5 Rapa Nui= 6 Mapuche= 7 Kawasqar (alacalufe)= 8 Yaman o Yagan= 9 NS/NR= 10
Afiliación FONASA	Cualitativa Nominal Dicotómica	No= 0 Si= 1
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hombre= 1 Mujer=2
Edad	Cualitativa Categoría Ordinal	Rangos 18-39= 1 40-59= 2 60-79= 3 80 y más= 4
Nivel de Estudios	Cualitativa Categoría Ordinal	Ninguno= 1 Primaria= 2 Secundaria=3 Técnico=4 Universitaria=5 Postgrado=6 NS/NR=7
Numero enfermedades crónicas	Cuantitativa Discreta	Valores a partir de 1
Autopercepción de salud ¿Cómo define su salud?	Cualitativa Categoría Ordinal	Muy Mala= 1 Mala= 2 Regular= 3 Buena=4 Muy Buena= 5
Enfermedad GES (codificada)	Cualitativa Nominal Dicotómica	No= 0 Si= 1

Autoreporte enfermedad GES	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 NS/NR= 2
Variable Independiente	Tipo variable	Análisis
Área (intervención/control)	Cualitativa Categoría Nominal	Área Control (SSMS)= 0 (control) Área Intervención (SSMN)= 1 (intervención)
Experiencias de Continuidad en la Trayectoria a Través de la Red		
Variables Dependientes	Tipo variable	Análisis
¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consulto?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 NS/NR= 2
¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el especialista?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 NS/NR= 2
¿El especialista tenía información sobre su historial clínico con el médico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se le explicara?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si, toda= 1 Si, alguna= 2 NS/NR= 3 Se dicotomiza en: No= 0 Si, toda + Si, alguna= 1
¿El especialista le dio un informe (contrarreferencia) para el médico del consultorio?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 NS/NR= 2
¿El especialista le resolvió el motivo por el que consultó?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 Parcialmente= 2 NS/NR= 3 Se dicotomiza en: No= 0 Si + Parcialmente= 1
En los últimos 6 meses ¿ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada?	Cualitativa Categoría Nominal	No= 0 Si= 1 NS/NR= 2
Continuidad de Información		
Variables Dependientes	Tipo variable	Análisis
¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)

Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, ¿antes de que usted se lo explique?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
Continuidad de Gestión		
Variables Dependientes	Tipo variable	Análisis
¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
Cuando el médico del consultorio le deriva a los especialistas ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
Tras la consulta con el especialista, cuando solicita una cita con el médico del consultorio, ¿Tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)
¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?	Cualitativa Categoría Ordinal	Nivel Bajo= 0 (Pocas veces/nunca) Nivel Alto= 1 (siempre/muchas veces)

Fuente: Elaboración Propia. NS: No Sabe. NR: No Responde

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de variables sociodemográficas y de salud de la población encuestada, comparando resultados en el tiempo para cada red (2015 y 2017) y entre las áreas de control e intervención en la línea de base y post-intervención, aplicando el test Chi2 para observar diferencias. Luego se describen las experiencias de continuidad en el trayecto de los pacientes en la red asistencial y la percepción de continuidad de información y gestión en la línea de base.

Para estudiar los cambios observados en las experiencias de continuidad en el trayecto de los pacientes en la red asistencial y los niveles de continuidad de la información y de gestión clínica entre los años 2015 y 2017 en la red intervenida, respecto de la red control, se realizó un análisis multivariante a través de regresión de Poisson, que, ajustando por variables de control que no se relacionan con la intervención, permitió obtener la Razón de Prevalencia entre los participantes de cada área de estudio, considerando un intervalo de confianza de 95% y un valor p menor a 0.05 para considerarlo significativo estadísticamente. La regresión de Poisson es una distribución que modela adecuadamente situaciones de conteo en una unidad de observación y permite analizar ese conteo dividido por una medida de exposición, logrando predecir una tasa de prevalencia a partir de la presencia o ausencia de exposiciones (46). Se analizaron los cambios en cada área en el transcurso del tiempo y los cambios observados entre las redes en la línea de base y la medición postintervención.

Las variables de control que se utilizaron para ajustar los resultados fueron Sexo, Rango Etario, Nivel Educativo, Autopercepción de Salud, Autoreporte Enfermedad GES. Para el análisis multivariante se excluyeron las respuestas NA/NS/NR.

Se utilizó el programa STATA SE/16.1 para el manejo de los datos estadísticos.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio contó con la participación de seres humanos y por tanto se requirió el consentimiento de cada participante, donde se les informó los alcances del estudio y para que se utilizaría la información obtenida, asegurando el resguardo de la información confidencial que pudiera surgir en la recogida de los datos. Antes de realizar las entrevistas, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes (Anexo 2), se les comunicó el derecho a rechazar su participación o retirarse de la encuesta y se les aseguró la privacidad y la confidencialidad de los datos de acuerdo con la legislación vigente. Sólo aquellos usuarios que aceptaron firmar el consentimiento informado fueron entrevistados. El consolidado de información obtenida se entregó a cada red asistencial (sin la identificación particular de cada participante) (14). El proyecto Equity LA-II obtuvo la aprobación de los comités de ética tanto de la Unión Europea, como de los países involucrados en el estudio (España, Bélgica, Colombia, Brasil, Chile, México, Argentina y Uruguay). Para Chile, además fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio Metropolitano Sur, y del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en Santiago de Chile, Chile.

6. RESULTADOS

Se presenta una descripción de las características sociodemográficas y variables relacionadas con el estado de salud en la línea de base (año 2015) y post intervención (año 2017), comparando las áreas de estudio. Luego se describen variables vinculadas a las experiencias de continuidad en la trayectoria a través de la red y niveles de continuidad de los participantes y se analizan los cambios observados en la medición postintervención (año 2017), respecto de la línea de base, evaluando las diferencias entre el área de control (AC) y el área de intervención (AI) y las variaciones que presentó cada red entre ambas mediciones.

6.1 Caracterización de los participantes

6.1.1 Descripción de variables demográficas y de salud

Considerando ambas mediciones (2015 y 2017), más del 94% de los encuestados, en ambas redes, nacieron en Chile, seguido por un porcentaje no superior al 1% de personas nacidas en Perú. Un porcentaje menor al 5% de los participantes consultados se declaró perteneciente a algún pueblo indígena, con un predominio de personas identificadas con el pueblo Mapuche (79,4%). En la tabla N°6 se observan las características sociodemográficas y de salud de la población encuestada en cada área de estudio.

En relación al aseguramiento, las personas encuestadas declararon una afiliación a FONASA mayor a un 95%. Se observó una disminución de afiliados en el año 2017, con respecto a la línea de base, en ambas redes, lo que fue estadísticamente significativo (AC $p < 0,01$; AI $p = 0,02$). Al comparar las diferencias entre áreas, en el año 2015, no hubo diferencias significativas, sin embargo, en el año 2017, la afiliación a FONASA disminuyó significativamente más en la red control ($p = 0,003$).

Cerca del 70% de los participantes fueron mujeres, con una mayor proporción en el área de control en la línea de base ($p = 0,013$). Si bien no hubo diferencias entre áreas en el año 2017, en la red control existió una disminución de mujeres, respecto del año 2015, que fue estadísticamente significativa (77,2% vs 70,7%; $p = 0,028$), manteniéndose el área intervenida sin variaciones.

El promedio de edad de los encuestados fue de 63,9 años (DS=13,1; min. =19; máx.=100), concentrándose en el rango etario entre 60 a 79 años, existiendo, en el área intervenida una proporción mayor de personas en este grupo en la línea de base ($p = 0,035$). Desagregado por sexo, la edad promedio de los hombres fue ligeramente mayor (Hombres: 66,14; DS= 11,3/ Mujeres: 63,16; DS= 13,68). En la medición post-intervención, la proporción entre rangos etarios se mantuvo, aumentando el promedio de edad a 65,7 años (DS=13,3; min. =22; máx.=110), sin diferencias significativas entre redes. Al describir los cambios de cada red en el tiempo, en el AC la distribución de los grupos etarios cambió significativamente, con un aumento en la proporción de población de 60 a 79 y mayor de 80 años ($p = 0,026$) en el año 2017. En el AI se mantuvieron sin cambios los rangos etarios en el tiempo. La edad promedio de los hombres se mantuvo algo más alta en la medición post-intervención (Hombres: 67,44; DS= 12,68/ Mujeres: 64,87; DS= 13,54).

Los usuarios encuestados, en ambas redes, tenían en su mayor parte estudios primarios (AC= 38,9%; AI= 38,4%) y secundarios (AC= 35,9%; AI= 43,6%) en el año 2015. El predominio de estudios primarios y secundarios se mantuvo en la medición 2017 entre las áreas, sin embargo, al comparar cada área en el tiempo, el AI tuvo una mayor proporción de personas con estudios primarios y menor con estudios secundarios ($p=0,022$), cambios no observados en el AC.

Con respecto a los resultados de salud, los participantes calificaron su estado de salud como *regular, malo o muy malo* en más del 74% de los casos, en ambas redes. Al comparar las áreas en la línea de base, no hubo diferencias entre los Servicios de Salud. En la medición 2017 los participantes mantienen la opinión de que su estado de salud es *regular, malo o muy malo* en más del 74% de los casos.

Cerca de la mitad de las personas entrevistadas, en ambas redes, tenía entre 2 y 3 enfermedades crónicas, cifra que se mantuvo en la medición post-intervención, sin embargo, al comparar cada área en el tiempo, se observó en el área control un aumento de usuarios con 4 o 5 enfermedades crónicas, lo que fue estadísticamente significativo ($p= 0,049$).

Sobre las patologías crónicas reportadas, hubo 5 de mayor frecuencia entre los encuestados, que daban cuenta de aproximadamente el 64% a 70% del total de las enfermedades que aquejaban a los pacientes, incluyendo la Hipertensión Arterial (AC= 26,9%; AI= 29%), seguida de la Diabetes Mellitus II (AC= 19,5%; AI= 24,9%), Artrosis, Asma, EPOC e Hipotiroidismo. No existieron cambios relevantes entre las redes en relación con esta variable.

Al evaluar las patologías reportadas según su codificación, se observó que sobre un 93% de los encuestados en ambas redes tenía al menos una enfermedad GES no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ellas ni en la línea de base ni en la medición 2017. Tampoco existieron diferencias de cada red en el tiempo.

Al evaluar el auto-reporte de enfermedad GES en el año 2015, más del 70% (AC= 73%; AI= 80%) de los usuarios respondieron que su enfermedad era GES, existiendo diferencias significativas entre redes, con una mayor proporción de pacientes que pensaban que tenían patologías garantizadas en el SSMN ($p= 0,002$). Llama la atención la cantidad de pacientes, en ambas redes, que refirió no saber si su enfermedad era GES (AC= 20,1%; AI= 11%). En la medición del año 2017, no se encontraron diferencias significativas entre las áreas, manteniendo una proporción de personas que refirió no saber si su enfermedad era GES (AC= 17%; AI=15%). Al comparar cada red en el tiempo, en ambas disminuyó la cantidad de pacientes que reportaron tener una patología garantizada entre las dos mediciones, cambio que fue significativo (AC: $p= 0,002$; AI: $p=0,017$).

En la misma línea, en el año 2015, al analizar los resultados del auto-reporte GES solo entre los usuarios que tenían una patología GES por codificación, un número importante de los participantes de ambas áreas refirió no saber o no tener una enfermedad garantizada, con una proporción mayor en el área de control (AC= 25,1%/AI= 18,7%), siendo esta diferencia significativa ($p=0,002$). No se observaron diferencias entre los Servicios en la medición 2017. Al comparar cada red en el tiempo, en ambas se observó un aumento de las personas que no sabían o creían no tener una enfermedad GES (AC: $p <0,001$; AI: $p= 0,03$).

Entre los pacientes que fueron atendidos por el médico de APS y luego derivados a nivel secundario, las especialidades con mayor concentración de derivaciones fueron Oftalmología, Diabetología, Traumatología de Rodilla y Cardiología.

6.1.2 Descripción de variables relacionadas con la trayectoria de los usuarios a través de la red en la línea de base.

Se analizaron algunas preguntas de los ítems 2 al 6 que se relacionaban con las experiencias de continuidad de los usuarios a través de la red asistencial y la accesibilidad a los distintos niveles de atención. Las frecuencias relativas de cada ítem se observan en la Tabla N° 7.

Entre los usuarios que fueron atendidos en el nivel primario y derivados al nivel secundario, la mayor parte refirió que el médico de APS le entregó una hoja de interconsulta para el especialista (AC= 87,7%; AI= 74,3%), sin embargo, los usuarios de la red control tuvieron una mayor proporción de respuestas positivas en relación con la red intervenida en la línea de base.

Al consultar si el médico del nivel secundario conoce otros antecedentes del paciente, como enfermedades previas, tratamientos indicados o situación familiar, en el SSMN, cerca del 50% de los encuestados sienten que cuenta con toda o alguna información (52,7%), al contrario de la red del SSMS, donde esta cifra llega solo a un tercio (34,1%).

Sobre la contrarreferencia hacia APS, los usuarios refieren que el médico del nivel secundario no le entrega un informe para el médico del consultorio en tres de cada cuatro casos aproximadamente, para ambas áreas.

Entre los participantes que fueron atendidos por especialista y derivados al médico de su consultorio, cerca de un 80%, tanto en el SSMS como en el SSMN, consideraron que el médico de la APS resolvió su problema de salud (AC= 80,1%; AI= 80,4%). Al consultarles si el médico especialista resolvió su problema de salud, cerca del 64% de los usuarios refirieron que si lo resolvió (AC= 65,4%; AI= 63,2%).

Existió un porcentaje de las personas consultadas que fueron atendidas en el sistema privado (AC= 26,4%; AI= 31%). Entre estos usuarios, cerca del 30% en promedio (163 personas) declaró que la principal causa para no haber consultado en el sistema público fue la demora en la atención, seguida de falta de disponibilidad o de asignación de horas para el especialista (17% en promedio, 89 personas).

6.1.3 Descripción de la percepción de continuidad asistencial en la línea de base

6.1.3.1 Continuidad de información

Se midió a través del análisis de tres preguntas relacionadas con la percepción de los usuarios sobre la transferencia de información del paciente entre niveles de atención. Los resultados se observan en la Tabla N°8.

En la medición de la línea de base, más de la mitad de los usuarios del SSMN pensaban que el médico del consultorio *Siempre y Muchas Veces* tenía información sobre el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones de los especialistas previamente (53,8%), valor que fue menor para el SSMS (42,4%).

En relación con la percepción sobre si los especialistas conocen previamente el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da al usuario, antes de su atención, en ambas áreas se observó mayor proporción de personas que respondieron que *Pocas Veces y Nunca* (AC: 59,3%; AI: 52,8%).

Al consultar a los usuarios si el médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas, para ambos Servicios, algo más de la mitad declaró que *Nunca y Pocas veces* les preguntaban (AC: 50,5%; AI: 57,1%).

6.1.3.2 Continuidad de la gestión clínica

Se evaluó a través del análisis de 7 preguntas relacionadas con la percepción de los usuarios sobre la coherencia de las atenciones recibidas en los distintos niveles asistenciales (4 preguntas) y la accesibilidad a los servicios (3 preguntas). Los resultados se observan en la Tabla N°8.

En las dos áreas estudiadas, seis de cada 10 usuarios tenían la percepción de que *Siempre o Muchas veces*, el médico del consultorio estaba de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le daban (AC= 69,7%; AI= 64,7%), cabe señalar que una proporción de usuarios respondió que no sabe si hay acuerdo entre los médicos, con un 10,4% en el SSMS y 5,4% en el SSMN.

Al consultar a los encuestados, por la situación inversa, es decir si percibían que los especialistas estaban de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del médico del consultorio, algo más de la mitad de las personas en ambas redes de atención pensaban que había acuerdo entre los médicos del nivel secundario con los del primario *Siempre o Muchas veces* (AC= 57,4%; AI= 51,4%), existiendo nuevamente una cantidad de personas cercana al 10% que no sabía si existía acuerdo (AC= 11,2%; AI= 8,5%).

Sobre la derivación oportuna del médico de APS a los especialistas, al menos 3 de cada 4 usuarios en las dos áreas, consideraron que la derivación del médico del consultorio se realizó cuando lo requerían (AC= 79,4%; AI= 75%).

Al evaluar la percepción de la colaboración entre proveedores de salud, algo menos de la mitad de los usuarios, en ambas redes, pensaba que existía poca colaboración entre el especialista y el médico

del consultorio para resolver sus problemas de salud (AC: 47,4%; AI: 47,9%), existiendo entre un 4 y un 7% de personas que respondieron no saber si existía tal colaboración.

Sobre la accesibilidad a los servicios, los usuarios consideraban que el tiempo de espera para ser atendido por el especialista, después de ser derivado por el médico del consultorio, era muy largo *Siempre o Muchas veces* (AC: 70%; AI: 69,5%). Al contrario, al consultar sobre el tiempo de espera para ser atendido por el médico de APS, luego de haber sido visto por el especialista, aproximadamente 3 de cada 4 usuarios, en ambas redes, consideraba que *Nunca o Pocas veces*, debían esperar mucho tiempo.

Finalmente, en ambas redes, más de la mitad de los encuestados consideraban que *Nunca o Pocas veces* tenían dificultades para acudir a las horas con el especialista debido a no consultarles su disponibilidad (AC: 55,6%; AI: 62,4%).

6.2 Cambios observados entre las redes en ambas mediciones y en cada red en el transcurso del tiempo

En esta sección se describen los cambios observados, primero en cada área de estudio en el tiempo y luego se comparan las redes contrastando los cambios observados entre en la línea de base y post-intervención, a través de la razón de prevalencia (PR) y su intervalo de confianza (IC).

6.2.1 Cambios en las variables relacionadas con la trayectoria de los usuarios a través de la red en cada área en el tiempo.

Los resultados de los cambios observados, para cada Servicio de Salud en el tiempo, en las experiencias de continuidad vividas por los participantes en su trayecto a través de la red se observan en la Tabla N°9.

Sobre la entrega de una hoja de interconsulta por el médico de APS para el especialista, solo en el SSMS se observó una disminución del porcentaje de personas que informaron que si se les entregaba una hoja de interconsulta (87,7% vs 77,9%; PR= 0,9 [0,81-0,99]), no observándose cambios significativos en el SSMN (74,3% vs 73,2%).

En relación con el manejo de información previa que tiene el especialista sobre el usuario (enfermedades, tratamientos, redes de apoyo, etc.), ninguno de los Servicios presentó cambios en el transcurso del tiempo. Tampoco se observaron cambios respecto de la contrarreferencia del especialista a APS.

Respecto del nivel de resolución de los problemas de salud de los usuarios por el médico de APS o por el especialista, no hubo diferencias relevantes entre los encuestados en cada red en el tiempo.

6.2.2 Cambios en la percepción de continuidad de cada red en el tiempo

En esta sección se analizan las variables relacionadas con la continuidad de información (transferencia de información entre profesionales) y de gestión (coherencia en el cuidado y accesibilidad a los servicios sanitarios) y sus cambios en cada área de estudio en el tiempo, es decir, cada red se compara consigo misma entre los años 2015 y 2017. Los datos se observan en la Tabla N°10.

Solo se observaron cambios significativos en la continuidad de gestión. Respecto del grado de acuerdo que los especialistas tienen con el diagnóstico, tratamiento e indicaciones que da el médico de consultorio hubo una mejora significativa del área intervenida en la medición post-intervención (PR= 1.20 [1,07-1,35]).

Sobre la derivación oportuna del médico de APS al especialista, en el SSMN se observó un cambio favorable en la medición 2017 (PR= 1,08 [1,01-1,16]), en relación con el área de control.

Al consultar a los usuarios si deben esperar mucho tiempo para ser atendidos en el consultorio después de haber sido atendidos por el especialista, hubo una disminución significativa de respuestas *Siempre* y *Muchas Veces* en el área de control entre el año 2015 y 2017 (PR= 0,6 [0,46-0,48]).

Finalmente, al analizar si los usuarios si tienen dificultades para asistir a las horas de especialista por no consultar su disponibilidad, en la red control menos usuarios respondieron *Siempre* y *Muchas Veces*, siendo el cambio estadísticamente significativo (PR= 0,54 [0,44-0,67]).

6.2.3 Cambios en las variables relacionadas con las experiencias de continuidad en la trayectoria de los usuarios entre redes

En la Tabla N° 11 se registran los resultados observados en las preguntas sobre la experiencia de continuidad en su trayecto través de la red entre las áreas de estudio en la línea de base y luego el efecto post-intervención.

Se observaron diferencias significativas entre redes solo en 2 ítems. En relación con la pregunta sobre si el médico del consultorio le dio una hoja de interconsulta para el especialista, en la línea de base con mayor frecuencia los usuarios de la red control respondieron que si se les entregaba tal documento (PR= 0,85 [0,76-0,94]), diferencia que no se mantuvo en la medición 2017, pues en el SSMS disminuyeron las personas que contestaron de manera afirmativa. El SSMN no presentó cambios.

En relación con la pregunta de si el especialista tenía información sobre el historial clínico con el médico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) en la línea de base hubo diferencias significativas a favor de la red intervenida (PR= 1,53 [1,18-1,98]), diferencia que se mantuvo en la medición post-intervención (PR= 1,4 [1,08-1,83]).

6.2.4 Cambios en la percepción de continuidad entre redes en el tiempo

Se analizan, a continuación, los cambios entre redes de atención, en las mediciones realizadas. Los resultados se registran en la Tabla N°12.

En relación con la continuidad de información, hubo diferencias significativas entre las redes respecto de la percepción de los usuarios sobre la información que tenía el médico de atención primaria acerca del diagnóstico, tratamiento e indicaciones dadas por el especialista, resultando la red intervenida con mayor proporción de usuarios con respuestas en nivel alto (*Siempre y Muchas Veces*), tanto en la línea de base, como en la medición post-intervención en comparación con la red control (2015: PR= 1,22 [1,6-1,41]; 2017: PR= 1,18 [1,04-1,34]).

Para la situación inversa, es decir la percepción de que los especialistas cuentan con el diagnóstico, tratamiento e indicaciones dadas por el médico de atención primaria, si bien en la línea de base no hubo diferencias significativas, se observaron cambios en la medición post-intervención, teniendo la red intervenida mayor prevalencia de respuestas en nivel alto que la red control (PR= 1,41 [1,21-1,66]).

En relación con la continuidad de gestión, en términos del grado de acuerdo de los especialistas con el diagnóstico, tratamiento e indicaciones dadas por el médico del consultorio, en la línea de base, los usuarios de la red control tuvieron una mayor prevalencia de respuestas *Siempre y Muchas Veces*, respecto de la red intervenida, lo que fue estadísticamente significativo (PR= 0,87 [0,77-0,99]), sin embargo en la medición 2017, no se observaron diferencias entre las áreas debido a que el SSMN tuvo una mejora significativa en la proporción de personas que pensaban que había acuerdo entre el médico del nivel secundario con el medico de APS.

En cuanto al tiempo que deben esperar los usuarios para ser atendidos por el médico del consultorio después de haber sido visto por el especialista, en la medición 2015 no hubo diferencias entre las redes, pero en el año 2017 se observó una disminución significativa de respuestas *Siempre y Muchas Veces* en la red control, lo que se traduce en una percepción de los usuarios de que con mayor frecuencia en la red del SSMS, no deben esperar mucho tiempo para su consulta en el nivel secundario (PR= 1,69 [1,31-2,17]). Como se comentó en el análisis de cada red, en este ítem efectivamente el área de control tuvo una mejora en el tiempo.

Para terminar, sobre las dificultades de los usuarios para asistir a sus horas con especialista, por no consultar su disponibilidad, en la línea de base no se observó diferencia entre las redes, sin embargo en el año 2017, hubo una mayor prevalencia de respuestas *Siempre y Muchas Veces* en la red intervenida, siendo estadísticamente significativa la diferencia con la red control (PR= 1,50 [1,21-1,86]), es decir, en la medición post-intervención, más usuarios en el SSMS percibieron que no tenían dificultades para asistir a sus horas médicas, siendo coherente con lo obtenido en la comparación de resultados de la red en el tiempo, en que la red control tuvo cambios relevantes entre las mediciones 2015 y 2017.

Tabla N° 6. Caracterización Sociodemográfica y de Salud de la muestra según áreas (AC/AI) en línea de base (2015) y post-intervención (2017). SSMS/SSMN.

	2015		2017	
	AC (435)	AI (445)	AC (444)	AI (449)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
País de Nacimiento				
Chile	429 (98,6)	443 (99,8)	421 (94,6)	434 (95,6)
Perú	2 (0,5)	0 (0)	14 (3,1)	8 (1,8)
Otros	4 (0,9)	2 (0,2)	9 (2,3)	7 (2,6)
Pertenencia a Algún Pueblo indígena				
Sí	13 (3)	21 (4,7)	18 (4)	25 (5,6)
No	420 (96,6)	423 (95,3)	424 (95,3)	418 (93,1)
NS/NR	2 (0,5)	0 (0)	3 (0,7)	6 (1,3)
Pueblo indígena	(13)	(21)	(18)	(25)
Mapuche	11 (84,6)	16 (76,2)	14 (77,8)	24 (96)
Otros	2 (15,4)	5 (23,8)	4 (22,2)	1 (4)
Sexo				
Hombre	99 (22,8)	134 (30,1)	130 (29,3)	150 (33,4)
Mujer	336 (77,2)	311 (69,9) +	314 (70,7) *	299 (66,6)
Rango Etario				
1. 18-39	25 (5,7)	14 (3,1)	17 (3,8)	16 (3,6)
2. 40-59	145 (33,3)	127 (28,5)	116 (26,1)	115 (25,6)
3. 60-79	210 (48,3)	254 (57,1)	236 (53,2) +	268 (59,7) *
4. 80 y más	55 (12,6)	50 (11,2)	75 (16,9) +	50 (11,1)
Afiliación a FONASA				
Sí	418 (96,1)	434 (97,5)	398 (89,6) *+	423 (94,2) *
No	11 (2,5)	5 (1,1)	42 (9,5)	18 (4,0)
NS/NR	6 (1,4)	6 (1,3)	4 (0,9)	8 (1,8)
Nivel de Estudios				
Ninguno	13 (3,0)	7 (1,6)	14 (3,2)	15 (3,3)
Primaria	169 (38,9)	171 (38,4)	183 (41,3)	212 (47,2) *
Secundaria	156 (35,9)	194 (43,6)	179 (40,4)	166 (37,0)
Técnico	63 (14,5)	39 (8,8)	36 (8,1)	32 (7,1)
Universitario	28 (6,4)	26 (5,8)	28 (6,3)	22 (4,9)
Postgrado	2 (0,5)	3 (0,7)	0 (0)	0 (0)
NS/NR	4 (0,9)	5 (1,1)	3 (0,7)	2 (0,4)

Autopercepción de Salud				
Muy buena	11 (2,5)	2 (0,4)	9 (2,0)	10 (2,2) *
Buena	98 (22,5)	99 (22,2)	105 (23,6)	85 (18,9)
Regular	223 (51,3)	232 (52,1)	223 (50,2)	225 (50,1)
Mala	89 (20,5)	96 (21,6)	87 (19,6)	96 (21,4)
Muy mala	14 (3,2)	16 (3,6)	20 (4,5)	33 (7,3) *
Numero Enfermedades Crónicas				
1	39 (9,0)	39 (8,8)	46 (10,4)	34 (7,6)
2	128 (29,4)	105 (23,6)	107 (24,1)	105 (23,4)
3	140 (32,2)	141 (31,7)	130 (29,3)	137 (30,5)
4	81 (18,6)	87 (19,6)	95 (21,4) *	98 (21,8)
5	27 (6,2)	46 (10,3)	45 (10,1) *	58 (12,9)
6 o mas	20 (4,6)	27 (6,1)	21 (4,7)	17 (3,8)
¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los últimos 6 meses?				
T90 Diabetes Mellitus II	85 (19,5)	111 (24,9)	117 (26,4) *	116 (25,8)
K86 Hipertensión no complicada	117 (26,9)	129 (29,0)	125 (28,2)	119 (26,5)
L91 Otras Artrosis	15 (3,4)	22 (4,9)	22 (5,0)	24 (5,3)
R96 Asma	22 (5,1)	18 (4,0)	18 (4,1)	21 (4,7)
R95 EPOC	12 (2,8)	9 (2,0)	14 (3,4)	13 (4,9)
T86 Hipotiroidismo	15 (3,4)	15 (3,4)	15 (3,4)	22 (4,9)
Otras Causas	169 (38,9)	141 (31,7)	133 (30,0)	134 (29,8)
Enfermedad GES (Según Código)				
Si	406 (93,3)	418 (93,9)	413 (93,0)	428 (95,3)
No	29 (6,7)	27 (6,1)	31 (7,0)	21 (4,7)
Autoreporte Enfermedad GES				
Si	315 (72,7)	357 (80,2) +	304 (68,5) *	321 (71,7) *
No	31 (7,2)	37 (8,3)	65 (14,6)	58 (12,9)
NS	87 (20,1)	51 (11,5)	75 (16,9)	69 (15,4)
¿Cuál es la especialidad del médico que le atendió?				
	AC (219)	AI (208) +	AC (180) *	AI (185)
Oftalmólogo	12 (5,5)	27 (13,0)	11 (6,1)	31 (16,8)
Diabetólogo	20 (9,1)	24 (11,5)	16 (8,9)	20 (10,8)
Broncopulmonar	25 (11,4)	18 (8,7)	12 (6,7)	19 (10,3)
Traumatólogo Rodilla	24 (11,0)	17 (8,2)	13 (7,2)	19 (10,3)
Cardiólogo	13 (5,9)	29 (13,9)	12 (6,7)	13 (7,0)
Otras Especialidades	125 (57,1)	93 (44,7)	116 (64,4)	83 (44,9)

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN)

+ Estadísticamente significativo entre redes en la línea de base o postintervención

* Estadísticamente significativo para la red entre ambos años

Tabla N°7. Descripción de Experiencias de Continuidad de los Usuarios en la Trayectoria a través de la red. SSMS/SSMN, 2015/2017.

	2015		2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consulto?				
	AC (161)	AI (189)	AC (175)	AI (182)
Si	129 (80,1)	152 (80,4)	138 (78,9)	138 (75,8)
Parcialmente	9 (5,6)	8 (4,2)	12 (6,9)	15 (8,2)
No	23 (14,3)	29 (15,3)	25 (14,3)	29 (15,9)
¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el especialista?				
	AC (171)	AI (167)	AC (145)	AI (164)
No	21 (12,3)	43 (25,7)	32 (22,1)	44 (26,8)
Sí	150 (87,7)	124 (74,3)	113 (77,9)	120 (73,2)
¿El especialista tenía información sobre su historial clínico con el medico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se lo explicara?				
	AC (171)	AI (169)	AC (146)	AI (167)
Sí, toda	21 (13,3)	48 (28,4)	32 (21,9)	58 (34,7)
Sí, alguna	36 (21,1)	39 (23,1)	16 (11,0)	26 (15,6)
No	110 (64,3)	78 (46,2)	87 (59,6)	77 (46,1)
NS/NR	4 (2,3)	4 (2,4)	11 (7,5)	6 (3,6)
El especialista le dio un informe (contra-referencia) para el médico del consultorio				
	AC (219)	AI (208)	AC (177)	AI (184)
Sí	56 (25,6)	49 (23,6)	39 (22,0)	51 (27,7)
No	163 (74,4)	159 (76,4)	138 (78,0)	133 (72,3)
¿El especialista le resolvió el motivo por el que consulto?				
	AC (218)	AI (208)	AC (180)	AI (185)
No	45 (20,6)	47 (22,5)	34 (18,9)	37 (20)
Parcialmente	31 (14,2)	30 (14,4)	19 (10,6)	17 (9,2)
Sí	142 (65,1)	132 (63,2)	127 (70,6)	131 (70,8)
En los últimos 6 meses ¿Ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada?				
	AC (435)	AI (445)	AC (444)	AI (449)
Sí	115 (26,4)	139 (31,2)	133 (30,0)	123 (27,4)
No	320 (73,6)	306 (68,8)	311 (70,0)	326 (72,6)
¿Por qué no realizó esa consulta en los centros del sistema público?				
	AC (115)	AI (139)	AC (133)	AI (123)
Demora	38 (33,0)	49 (35,3)	39 (29,3)	37 (30,1)
No hay o no me dan hora para especialista	22 (19,1)	24 (17,3)	22 (16,5)	21 (17,1)
No se resolvió mi problema	12 (10,4)	14 (10,1)	6 (4,5)	6 (4,9)
Necesitaba atención Inmediata	6 (5,2)	14 (10,1)	21 (15,8)	13 (10,6)
Por calidad de atención	9 (7,8)	8 (5,8)	16 (12,0)	5 (4,1)
Otras Causas	28 (24,3)	30 (21,6)	29 (21,8)	41 (33,3)

Elaboración propia.AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN). NS: No sabe; NR: No responde.

+ Estadísticamente significativo entre redes en la línea de base o postintervención

* Estadísticamente significativo para la red entre ambos años

Tabla N°8. Resultados Descriptivos sobre Continuidad de Información y de Gestión 2015/2017. SSMS/SSMN.

Continuidad de Información				
	2015		2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?				
	AC (406)	AI (433)	AC (441)	AI (447)
Nivel alto	172 (42,4)	233 (53,8)	210 (47,6)	251 (56,2)
Nivel bajo	224 (55,2)	195 (45,0)	224 (50,8)	188 (42,1)
NS	8 (2,0)	5 (1,2)	7 (1,6)	7 (1,6)
NR	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, antes de que usted se lo explique?				
	AC (405)	AI (430)	AC (440)	AI (448)
Nivel alto	153 (37,8)	194 (45,1)	150 (34,1)	219 (48,9)
Nivel bajo	240 (59,3)	227 (52,8)	278 (63,2)	216 (48,2)
NS	12 (3,0)	9 (2,1)	12 (2,7)	11 (2,5)
NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,4)
¿El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?				
	AC (404)	AI (431)	AC (438)	AI (435)
Nivel alto	195 (48,3)	183 (42,5)	192 (43,8)	194 (43,6)
Nivel bajo	204 (50,5)	246 (57,1)	242 (55,3)	243 (54,6)
NS	3 (0,7)	2 (0,5)	4 (0,9)	8 (1,8)
NR	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Continuidad de Gestión				
	2015		2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?				
	AC (386)	AI (425)	AC (433)	AI (441)
Nivel alto	269 (69,7)	275 (64,7)	310 (71,6)	298 (67,6)
Nivel bajo	75 (19,4)	127 (29,9)	89 (20,6)	85 (19,3)
NS	40 (10,4)	23 (5,4)	34 (7,9)	56 (12,7)
NR	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	2 (0,5)
¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?				
	AC (385)	AI (424)	AC (433)	AI (441)
Nivel alto	221 (57,4)	218 (51,4)	258 (59,6)	271 (61,5)
Nivel bajo	121 (31,4)	170 (40,1)	128 (29,6)	99 (22,4)
NS	43 (11,2)	36 (8,5)	47 (10,9)	69 (15,6)
NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,5)
¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?				

	AC (418)	AI (436)	AC (438)	AI (437)
Nivel alto	332 (79,4)	327 (75,0)	353 (80,6)	352 (80,5)
Nivel bajo	82 (19,6)	105 (24,1)	79 (18,0)	77(17,6)
NS	4 (1,0)	4 (0,9)	6 (1,4)	6 (1,4)
NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,5)

¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?

	AC (409)	AI (436)	AC (441)	AI (448)
Nivel alto	173 (42,3)	203 (46,6)	218 (49,4)	234 (52,2)
Nivel bajo	206 (50,4)	213 (48,9)	203 (46)	180 (40,2)
NS	30 (7,3)	20 (4,6)	20 (4,5)	34 (7,6)
NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Cuando el médico del consultorio le deriva al especialista ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?

	AC (397)	AI (423)	AC (417)	AI (425)
Nivel alto	278 (70,0)	294 (69,5)	268 (64,3)	266 (62,6)
Nivel bajo	115 (29,0)	124 (29,3)	143 (34,3)	151 (35,5)
NS	3 (0,8)	5 (1,2)	6 (1,4)	5 (1,2)
NR	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	3 (0,7)

Tras la consulta del especialista, cuando solicita una hora con el médico del consultorio ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?

	AC (403)	AI (429)	AC (436)	AI (440)
Nivel alto	118 (29,3)	115 (26,8)	75 (17,2)	127 (28,9)
Nivel bajo	283 (70,2)	311 (72,5)	355 (81,4)	309 (70,2)
NS	2 (0,5)	3 (0,7)	6 (1,4)	3 (0,7)
NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)

¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?

	AC (401)	AI (428)	AC (426)	AI (432)
Nivel alto	173 (43,1)	155 (36,2)	97 (22,8)	147 (34)
Nivel bajo	223 (55,6)	267 (62,4)	323 (75,8)	280 (64,8)
NS	5 (1,2)	5 (1,2)	6 (1,4)	5 (1,2)
NR	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN). NS: No sabe; NR: No responde.

Nivel Alto: "Siempre" y "Muchas Veces"

Nivel Bajo: "Nunca" y "Pocas Veces"

Se elimina la respuesta "No Aplica" para el análisis

Tabla N°9 Cambios en las Experiencias de Continuidad en la Trayectoria de los Usuarios en cada red en el Tiempo. SSMS/SSMN, 2015/2017.

Experiencias de Continuidad	Área Control			Área Intervención		
	2015 n (%)	2017 n (%)	PR [IC 95%]	2015 n (%)	2017 n (%)	PR [IC 95%]
¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consulto?	138 (85,7)	150 (85,8)	1,0 [0,92-1,09]	160 (84,6)	153 (88,4)	0,99 [0,91-1,09]
¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el especialista?	150 (87,7)	113 (77,9)	0,9 [0,81-0,99]	124 (74,3)	120 (73,2)	0,98 [0,86-1,11]
¿El especialista tenía información sobre su historial clínico con el medico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se lo explicara?	57 (34,4)	48 (32,9)	1,03 [0,76-1,4]	87 (51,5)	84 (50,3)	1,03 (0,76-1,4)
El especialista le dio un informe (contra-referencia) para el médico del consultorio	56 (25,6)	39 (22,0)	0,88 [0,62-1,25]	49 (23,6)	51 (27,7)	1,18 [0,85-1,65]
¿El especialista le resolvió el motivo por el que consulto?	173 (79,3)	146 (81,2)	1,01 [0,92-1,12]	162 (77,6)	148 (80)	1,04 [0,94-1,15]
En los últimos 6 meses ¿Ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada?	115 (26,4)	133 (30,0)	1,14 [0,92-1,42]	139 (31,2)	123 (27,4)	0,89 [0,73-1,09]

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de Prevalencia para comparar la percepción de continuidad de los usuarios en 2015 y 2017 para cada una de las redes ajustada por Sexo, Edad (en Rangos), Autoreporte Enfermedad GES, Autopercepción de Salud y Nivel de estudios. Se muestra el n y prev de las categorías *Siempre + Muchas Veces* (Nivel Alto). En negrita se resaltan resultados con significancia estadística $p < 0.05$.

Tabla N°10. Cambios en la Percepción de Continuidad del Cuidado en la Red Control y la Red Intervención a través del Tiempo. SSMS/SSMN, 2015/2017.

Continuidad de Información	Área Control			Área Intervención		
	2015	2017	PR [IC 95%]	2015	2017	PR [IC 95%]
	n (prev)	n (prev)		n (prev)	n (prev)	
¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?	172 (42,6%)	210 (47,6%)	1,09 [0,94-1,27]	233 (53,8%)	251 (56,3%)	1,04 [0,92-1,17]
¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, antes de que usted se lo explique?	153 (37,8%)	150 (34,1%)	0,89 [0,74-1,07]	194 (45,1%)	219 (49,1%)	1,08 [0,94-1,25]
¿El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?	195 (48,5%)	192 (43,8%)	0,95 [0,82-1,09]	183 (42,5%)	194 (43,6%)	1,05 [0,90-1,21]

Continuidad de Gestión	Área Control			Área Intervención		
	2015	2017	PR [IC 95%]	2015	2017	PR [IC 95%]
	n (prev)	n (prev)		n (prev)	n (prev)	
¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?	269 (70,1%)	310 (71,6%)	1,03 [0,95-1,13]	275 (64,7%)	298 (67,9%)	1,06 [0,97-1,17]
¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?	221 (57,4%)	258 (59,6%)	1,04 [0,93-1,17]	218 (51,5%)	271 (61,7%)	1,20 [1,07-1,35]
¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?	332 (79,4%)	353 (80,6%)	1,02 [0,96-1,10]	327 (75,0%)	352 (80,9%)	1,08 [1,01-1,16]
¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?	173 (42,3%)	218 (49,4%)	1,16 [1,0-1,35]	203 (46,6%)	234 (52,2%)	1,12 [0,98-1,28]
Cuando el médico del consultorio le deriva al especialista ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	278 (70,2%)	268 (64,3%)	0,93 [0,84-1,02]	294 (69,5%)	266 (63,0%)	0,91 [0,83-1,01]
Tras la consulta del especialista, cuando solicita una hora con el médico del consultorio ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	118 (29,2%)	75 (17,2%)	0,60 [0,46-0,48]	115 (26,8%)	127 (28,9%)	1,09 [0,88-1,35]
¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?	173 (43,1%)	97 (22,8%)	0,54 [0,44-0,67]	155 (36,3%)	147 (34,0%)	0,94 [0,79-1,13]

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN)

Prev: Prevalencia; PR: Razón de Prevalencia para comparar la percepción de continuidad de los usuarios en 2015 y 2017 para cada una de las redes ajustada por Sexo, Edad (en Rangos), Autoreporte Enfermedad GES, Autopercepción de Salud y Nivel de estudios. Se muestra el n y prev de las categorías *Siempre + Muchas Veces* (Nivel Alto). En negrita se resaltan resultados con significancia estadística $p < 0.05$.

Tabla N°11 Cambios en las Experiencias de Continuidad en la Trayectoria de los Usuarios entre Redes de Atención en la Medición de Línea de Base y Post-intervención (2015/2017). SSMS/SSMN.

Experiencias de Continuidad	2015	2017
	PR [IC 95%]	PR [IC 95%]
¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consulto?	0,98 [0,90-1,07]	0,98 [0,9-1,07]
¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el especialista?	0,85 [0,76-0,94]	0,94 [0,83-1,06]
¿El especialista tenía información sobre su historial clínico con el medico de APS (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se lo explicara?	1,53 [1,18-1,98]	1,4 [1,08-1,83]
El especialista le dio un informe (contra-referencia) para el médico del consultorio	0,93 [0,67-1,29]	1,26 [0,88-1,79]
¿El especialista le resolvió el motivo por el que consulto?	0,97 [0,88-1,07]	0,98 [0,89-1,08]
En los últimos 6 meses ¿Ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada?	1,19 [0,97-1,47]	0,92 [0,75-1,14]

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN)

PR: Razón de Prevalencia para comparar la percepción de continuidad entre las redes de Atención en el año 2015 y luego 2017 ajustada por Sexo, Edad (en Rangos), Autoreporte Enfermedad GES, Autopercepción de Salud y Nivel de estudios.

En negrita se resaltan resultados con significancia estadística $p < 0.05$.

Tabla N°12. Cambios en la Percepción de Continuidad del Cuidado entre Redes de Atención en la Medición de Línea de Base (2015) y Post-intervención (2017). SSMS/SSMN.

Continuidad de Información	2015	2017
	PR [IC 95%]	PR [IC 95%]
¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?	1,22 [1,06-1,41]	1,18 [1,04-1,34]
¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, antes de que usted se lo explique?	1,17 [0,99-1,38]	1,41 [1,21-1,66]
¿El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?	0,89 [0,77-1,04]	0,99 [0,85-1,15]
Continuidad de Gestión	2015	2017
	PR [IC 95%]	PR [IC 95%]
¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?	0,91 [0,83-1,01]	0,95 [0,87-1,03]
¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?	0,87 [0,77-0,99]	1,03 [0,93-1,15]
¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?	0,94 [0,88-1,02]	0,99 [0,94-1,06]
¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?	1,07 [0,92-1,25]	1,05 [0,92-1,19]
Cuando el médico del consultorio le deriva al especialista ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	1,01 [0,92-1,11]	0,98 [0,89-1,09]
Tras la consulta del especialista, cuando solicita una hora con el médico del consultorio ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?	0,94 [0,75-1,17]	1,69 [1,31-2,17]
¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?	0,87 [0,73-1,03]	1,50 [1,21-1,86]

Elaboración propia. AC: Área de control (SSMS); AI: Área intervención (SSMN)

PR: Razón de Prevalencia para comparar la percepción de continuidad entre las redes de Atención en el año 2015 y luego 2017 ajustada por Sexo, Edad (en Rangos), Autoreporte Enfermedad GES, Autopercepción de Salud y Nivel de estudios. En negrita se resaltan resultados con significancia estadística $p < 0.05$.

7. DISCUSIÓN

La fragmentación de los servicios sanitarios impacta significativamente en los resultados de salud y en la continuidad del cuidado de personas con enfermedades crónicas, que requieren de un abordaje multidisciplinario y en varios niveles de atención para su manejo (12,19,47).

Si bien la evidencia internacional demuestra, de manera robusta, que la continuidad del cuidado tiene múltiples beneficios como, disminución de la mortalidad, menor tasa de consultas a servicios de urgencia, menos riesgo de hospitalización y de reingreso a una unidad hospitalaria, disminución de la derivación a nivel secundario, menos poli-consulta y reducción de los costos en salud (26–31,33), los estudios de continuidad asistencial en Chile son limitados y en general miden la experiencia de los usuarios con metodologías cualitativas, en los ámbitos de salud mental, cuidados paliativos y patologías crónicas, por lo que no se conoce el nivel de continuidad de los usuarios de las redes asistenciales locales (42,48,49).

Por otra parte las investigaciones para evaluar como impactan las mejoras en la coordinación asistencial en los niveles de continuidad también son escasas (32,47,50,51). Este estudio entrega evidencia cuantitativa respecto de la continuidad asistencial que perciben los usuarios con enfermedades crónicas que han requerido atención en los niveles primario y secundario y sobre el impacto que tienen las intervenciones para mejorar la coordinación de los equipos de salud en la continuidad del cuidado.

Características sociodemográficas y de salud de los participantes

Se discuten a continuación, algunos aspectos que surgen de los resultados obtenidos sobre la población atendida en las redes de estudio, que resultan interesantes de comentar a la luz de otras mediciones. Se observó un predominio de población femenina entre quienes respondieron la encuesta en las salas de espera de los centros de salud, en ambos años. El grupo etario de mayor frecuencia fueron personas entre 60 a 79 años, existiendo coincidencia con estudios sobre factores relacionados al uso de los servicios sanitarios, en que se describe un mayor número de consultas en pacientes femeninas y de edades más avanzadas, pues hay mayor longevidad y carga de enfermedades crónicas (52–55).

La población consultada tenía una autopercepción de salud regular o mala en más del 75% de los casos, situación que, agrupada, no presentó cambios significativos en el tiempo en las redes estudiadas. Entre los encuestados, como ya se mencionó, se observó un predominio de mujeres, en un rango etario de 60 años y más, con un nivel educativo en su mayoría primario o secundario y que padecían entre 2 y 4 enfermedades crónicas, factores que han sido asociados a una peor percepción de salud en estudios nacionales e internacionales (56–59) coincidiendo con los resultados obtenidos.

La patología crónica de mayor frecuencia en la muestra fue la Hipertensión, seguida de la Diabetes Mellitus II, las que en conjunto estaban presentes en al menos el 50% de los encuestados, lo que es

coherente con el perfil epidemiológico de la población adulta en Chile y en el mundo, donde estas enfermedades son las de mayor prevalencia (60,61). Si bien cerca de la mitad de los usuarios tenían entre 2 y 3 patologías crónicas al inicio del estudio, en el año 2017 existió un aumento de pacientes con 4 o 5 enfermedades crónicas en ambas redes, tal como se describe en la encuesta nacional de salud, en su comparación 2015-2017 y en otros estudios asociados, donde se ha observado un aumento de la cantidad de enfermedades crónicas que cursan los pacientes, lo que representa un desafío para los sistema de salud en términos del incremento en la complejidad de la atención y por lo tanto la necesidad de contar con redes de salud integradas que permitan entregar una atención oportuna, eficiente y de calidad (4,60,61).

El 94% de los pacientes tenía al menos 1 patología GES, sin embargo, al evaluar el auto-reporte de enfermedad GES, en ambas mediciones solo el 70% de las personas refirieron tener una patología garantizada. Dentro del universo de pacientes que tenían enfermedades GES (verificado por código de la enfermedad), hubo cerca de un 15% de personas que no sabían si su enfermedad correspondía o no a una patología GES, situación que llama la atención, pues a pesar de que la reforma en salud y entrada en vigencia de las garantías explícitas en salud llevan cerca de 17 años de implementación, aún existen usuarios que no tienen claridad de si su enfermedad se encuentra cubierta por estas garantías. La ley N°19.966, establece un régimen de garantías explícitas en salud para un conjunto de patologías prioritarias (más prevalentes, de mayor gravedad y/o con tratamientos o intervenciones efectivas), en las que se garantiza acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención, asegurando el derecho de acceso a la salud (62). Una de las obligaciones de los prestadores es la notificación a las personas que tienen alguna de las enfermedades incorporadas, lo que permite a los usuarios exigir el derecho al cumplimiento de los tiempos establecidos para su atención y el acceso a las canastas definidas para cada patología (62,63). A la luz de los resultados, sería interesante indagar con más profundidad si no se está cumpliendo con la notificación GES en todos los casos o ésta no es suficiente para que los usuarios comprendan los alcances de tener una patología garantizada, desprendiéndose que para ambas redes puede ser necesario entregar más información a la población respecto del régimen de garantías explícitas en salud, que permitan mejorar el conocimiento de los pacientes de sus derechos, en términos de la oportunidad y acceso al tratamiento de su enfermedad.

Experiencias de continuidad en las trayectorias estudiadas

En cuanto a los elementos a destacar en el análisis de la trayectoria de los usuarios a través de la red asistencial, destaca el proceso de referencia y contrarreferencia, que es uno de los mecanismos centrales que permiten la coordinación asistencial en nuestro contexto, cuyo uso se traduce en una mayor coherencia de la atención (47,64–67). Por ello, esta estrategia ha sido incorporada en los compromisos de gestión de los Servicios de Salud (11), pero además ha sido relevada también en la estrategia de cuidados centrados en la persona (ECICEP), que impulsa el MINSAL desde el año 2019 y cuyo objetivo es el abordaje integral de las personas con multimorbilidad, que requieren de atención en varios niveles de la red y por distintos profesionales, siendo uno de los pilares la coordinación entre los equipos de salud (19). En el estudio, se encontró que más de 70% de los usuarios refieren que el médico del nivel primario le entrega una interconsulta para el especialista

(referencia) y que son derivados cuando lo requieren al nivel secundario. Por el contrario, más del 70% de los usuarios percibe que el especialista no entrega un documento de contrarreferencia para el médico de la APS. En el informe de implementación de RISS del Ministerio de Salud periodo 2014-2017 se describe un bajo desarrollo de la coordinación asistencial en los Servicios de Salud del país (11), lo que coincide con los resultados observados principalmente en la contrarreferencia, sin embargo existen otros aspectos que deben ser considerados, como el desarrollo de herramientas informáticas en las redes asistenciales, que han sido parte del proyecto SIDRA del MINSAL, que tienen por objeto mejorar la calidad y eficiencia en los cuidados de salud, que han estado incorporados también en los COMGES y que buscan establecer sistemas de referencia y contrarreferencia informatizados (68). Esto puede influir en la percepción de los usuarios en relación con la entrega de informes, pues el proceso podría realizarse con herramientas que no sean conocidas por los pacientes, en este sentido, se requiere realizar estudios más específicos para determinar si efectivamente existe escasa contrarreferencia, como se observa en estos resultados, o no se informa adecuadamente a los usuarios sobre la contrarreferencia, en caso de que el especialista sí envíe un informe a la APS por medios desconocidos por el usuario (digitales por ejemplo). Por otra parte, queda en evidencia, que un número importante de usuarios perciben que desde la APS son derivados de manera oportuna y además que se le entrega una interconsulta para el nivel de especialidad, lo que podría dar cuenta de un proceso más estandarizado, pues se relaciona con el registro del ingreso de los usuarios a listas de espera, proceso que en los últimos años ha sido fuertemente protocolizado por el MINSAL y que cuenta con un sistema de registro específico a nivel nacional (Sistema de Registro de Tiempos de Espera, SIGTE) (68–70). Sin embargo, aunque el proceso de referencia y contrarreferencia este informatizado, los usuarios deberían conocer si han sido derivados a especialidad o contra derivados a la APS, pues es parte de la información que el médico debería entregar a su paciente en la consulta.

Al analizar el nivel de resolución de los problemas de salud percibido por los usuarios en los niveles de atención, llama la atención que cerca de un 80% de los usuarios refieren que el médico de la APS resolvió su problema de salud, en contraste con cifras entre 65 y 70% en el caso de los especialistas. Tanto para el nivel primario como para el secundario son cifras elevadas, pero para ambas mediciones (2015/2017) se observa que un número mayor de usuarios considera que sus patologías son solucionadas en el nivel primario, reforzando la idea de que la APS es el nivel donde se resuelve la mayoría de los problemas de salud y que responde a las necesidades en salud de las personas (71–73). En el caso del nivel secundario, los procesos de atención involucran tiempos mayores, pues requieren de acciones como toma de exámenes o procedimientos, que pueden tomar más tiempo, por lo cual, para los encuestados, que han sido atendidos en los últimos seis meses, es esperable que un porcentaje de ellos pueda encontrarse aún en proceso de resolución, de todos modos este fenómeno requiere un estudio más detallado.

Si bien más del 70% de los usuarios no había consultado en el sistema privado por su patología en los meses anteriores, el 30% que si lo había hecho refería que las causas por las que había accedido a estas consultas se relacionaban principalmente con la demora en la atención y porque refieren que no hay o no le dan hora para el especialista. Esto coincide con los reportes sobre las dificultades que tienen las personas para acceder al nivel secundario, por los prolongados tiempos de espera

existentes en el sistema de salud, lo que genera atenciones poco oportunas con el subsecuente deterioro de los pacientes, por descompensación y aumento de la complejidad de las patologías y con la percepción de discontinuidad de la atención (68–70). Los prolongados tiempos de espera conducen a las personas a la búsqueda de otras alternativas para resolver sus problemas de salud, acudiendo al sector privado por esas prestaciones, lo que causa un aumento del gasto de bolsillo, pues no se encuentran cubiertas en su totalidad por el seguro de salud. Chile ocupaba, en 2018, el quinto lugar entre los países de la OCDE con mayor gasto de bolsillo en salud (gasto que realizan las personas que no está cubierto por el seguro de salud), el que representa más del 30% del gasto total en salud (promedio OCDE 20%), afectando principalmente a adultos mayores y personas de menos recursos, características que se ajustan al perfil de los usuarios encuestados en este estudio, observándose además que los usuarios de FONASA fueron los que tuvieron mayor aumento en el gasto de bolsillo entre 2012 y 2016 (118% de variación), en comparación con los usuarios ISAPRE (64% de variación) (74–76). De este gasto de bolsillo, en 2016, el 35,8% del gasto estuvo destinado a medicamentos, seguido por un 17,3% de gasto en consultas médicas y luego 10,5% para exámenes de laboratorio y rayos (77), lo que da cuenta de la necesidad de los usuarios del sistema público de salud de acceder a servicios adicionales a los que ofrece su red de atención, para resolver oportunamente sus problemas de salud.

Cambios observados en la continuidad del cuidado

La continuidad del cuidado, en sus dimensiones de información y gestión, evalúa aspectos relacionados con la transferencia de información entre niveles de atención, la coherencia y coordinación entre los distintos proveedores de salud y la accesibilidad a los servicios. Según la literatura, en la medida que las redes de atención se encuentran integradas y coordinadas, los usuarios experimentan una mejor continuidad de la atención (25,42,47).

A continuación, se discuten los cambios observados en los niveles de continuidad asistencial de cada red en el tiempo y entre redes, luego de implementadas estrategias para mejorar la coordinación asistencial en la red intervenida, comparándolos con los hallazgos de otras investigaciones y comentando las implicancias de los resultados encontrados para las políticas públicas y futuras investigaciones.

Al evaluar si los especialistas contaban con antecedentes del usuario, como otras patologías, tratamientos previos, situación familiar, etc., se encontró en ambas mediciones, que algo más de la mitad de los usuarios en la red intervenida, percibían que los especialistas si contaban con información, en contraste con la red control, donde fue solo 30%. Dado que no hubo cambios significativos en el tiempo en las redes, se presume que en el SSMN puede existir implementación de herramientas informáticas o de instancias de coordinación que favorezcan la transferencia de información entre niveles, generando esta diferencia en la percepción de los usuarios (72).

En relación con los resultados de los ítems de continuidad del cuidado, se pudo observar que hubo cambios significativos en la red intervenida respecto de la red control, en la información que tenía el médico de APS y el especialista sobre la patología actual de los usuarios. Esto indica que las estrategias de coordinación implementadas en el SSMN parecen haber favorecido la transferencia de información entre los niveles de atención, lo que se tradujo en una mejor percepción de continuidad. Estos datos son relevantes, pues se ha demostrado que las dificultades en la transferencia de información entre profesionales son un factor que afecta la percepción de continuidad de los usuarios (42,65,66,78,79).

El estudio también evidencia cambios significativos en la continuidad de gestión, específicamente el nivel de coherencia y coordinación entre los proveedores. Si bien el grado de acuerdo de los médicos de APS con los especialistas es más alto que a la inversa, se observaron diferencias en la red intervenida entre 2015 y 2017 respecto del grado de acuerdo de los especialistas con los médicos del nivel primario. Estudios internacionales muestran que el acuerdo entre profesionales, está influido por los niveles de confianza (8,65–67,79–81) y que esto puede tener un impacto positivo en la continuidad del cuidado (42,47,82). En Chile, existe una desvalorización del trabajo médico en la APS por diversos factores; la formación médica de pregrado tiende a enfocarse más en las distintas especialidades y en el trabajo hospitalario, con lo que los alumnos egresan con pocos conocimientos sobre la red primaria, por otro lado los médicos especialistas gozan de mayor prestigio y mejores remuneraciones que los médicos generales, considerando que en la atención primaria no hay suficiente conocimiento, lo que es transmitido a los usuarios, quienes también valoran más la opinión de los especialistas que de los médicos de APS (66,73,83). En este escenario, construir confianza y generar aprendizaje mutuo entre los médicos del nivel primario y secundario es clave para mejorar la coordinación entre profesionales, lo que debería traducirse en mejoras en la continuidad de gestión (13,67).

En relación a los usuarios que refieren no saber si existe acuerdo entre los profesionales de los distintos niveles, esta situación puede darse en la medida que el médico no solicita o comenta información con el usuario respecto de la atención recibida en el otro nivel, lo que no permite al paciente valorar si los especialistas y médicos de APS están entregando una atención coordinada y coherente.

En términos de accesibilidad, en el estudio se observó que la mayoría de los pacientes percibe que los tiempos de espera para la consulta con el especialista son muy prolongados, no así para la atención en el nivel primario, esto es consistente con otros estudios donde se observa este fenómeno (42,47,78) y con lo descrito respecto de los tiempos de espera en Chile, con más de 1,7 millones de personas en espera por una consulta de especialidad y un promedio de 444 días de espera, lo que genera resolución poco oportuna de los problemas de salud, con el riesgo de que los pacientes presenten complicaciones, aumento de los costos asociados, pérdida de la continuidad de atención, menor satisfacción usuaria y pérdida de confianza en el sistema de salud (68–70), constituyéndose en un desafío para los gestores de redes de Servicios de Salud generar estrategias para mejorar el acceso al nivel de especialidad.

En cuanto a la dificultad que tienen los pacientes para asistir a consultas de especialidad programadas por que no se ha consultado su disponibilidad antes, algo más de la mitad de los usuarios refiere que no presenta problemas, pero cerca de un 40% de los usuarios si los tiene. Entre las personas que no pudieron acudir a una consulta de especialidad, mencionan como principales dificultades razones de salud, olvido, motivos de trabajo e incompatibilidad de horarios. Teniendo en cuenta el alto nivel de consultas que se pierden por la inasistencia de los usuarios a las consultas médicas de especialidad (cerca de un 20% según algunos estudios) (84), sumado a las brechas de especialistas, que profundizan el aumento de tiempos de espera, es que se requiere buscar estrategias para facilitar la asistencia de los pacientes a las citas programadas. Se debe considerar que los pacientes encuestados fueron los que lograron llegar a la consulta de especialidad, por lo que estos resultados pueden ser más desfavorables en pacientes que aún esperan por una consulta en el nivel de especialidad.

Los cambios observados en una red que ha sido intervenida para mejorar la coordinación en el marco de un proceso participativo resultan auspiciosos, la literatura muestra que cambios organizativos que tienen como punto de partida la problematización y la acción consecuente de equipos de trabajo desde la base hacia arriba son las que pueden mostrar mejores resultados (51,67,85). El proceso vivido en la red del SSMN por su consistencia y sostenibilidad ha sido recogido en las orientaciones para la planificación en red a nivel nacional desde 2018 a 2021 y se presenta como ejemplo exitoso de la coordinación de la red centrada en el usuario (72), mostrando su adaptabilidad y manteniendo su foco en la mejora del acceso y calidad de la atención en red de los usuarios, lo cual también ha tenido impacto durante la pandemia. A nivel internacional la experiencia en los otros países participantes también ha sido favorable, si bien existen factores que generan barreras para la implementación de las estrategias, se evidencia que la metodología de investigación acción participativa, llevada a cabo de manera correcta, en términos de participación, método y tiempo, conduce al levantamiento de prioridades locales y eliminación de obstáculos, permitiendo implementar las estrategias diseñadas por el mismo equipo involucrado en la problemática y mantenerlas en el tiempo, logrando generar cambios consistentes en el tiempo (51,85).

En el contexto del estudio Equity LAII, los resultados de continuidad asistencial en los otros países participantes también muestran mejoras en la transferencia de información y la coherencia de atención, observándose que el intercambio de información entre los médicos de APS y especialistas mejoro en Brasil, México y Colombia y que la coherencia de atención tuvo cambios positivos en Brasil y Uruguay (47).

En relación con las limitaciones de este estudio, la encuesta fue realizada a pacientes de subredes de 2 Servicios de Salud de la Región Metropolitana, considerando solo comunas urbanas, por tanto la extrapolación de los resultados a otras subredes rurales de los Servicios de Salud, debe ser hecha con cautela, teniendo en cuenta que la accesibilidad puede ser aún más compleja por las características propias de cada región de nuestro país, pudiendo algunas zonas estar más alejadas del establecimiento secundario base, lo que puede impactar en la percepción de continuidad. Los lineamientos técnicos y coordinación que establecen los servicios para las comunas de su

dependencia son similares, pero la irrupción de la telemedicina y su implementación en las redes asistenciales podría tener efecto en la percepción de continuidad de los usuarios, en especial en zonas más alejadas.

Por otra parte, los resultados fueron obtenidos de personas que habían transitado en los distintos niveles de las redes asistenciales en los últimos 6 meses, por tanto, son representativos de la continuidad asistencial para un perfil específico de pacientes que logran acceder a la red, pudiendo existir diferencias en los resultados en personas con patologías de más larga data y que no se han atendido en los últimos 6 meses en los 2 niveles de la red, o pacientes con enfermedades crónicas que no logran ingresar al sistema, no obstante se consideró este rango de tiempo para evitar sesgos de memoria.

Dado que la investigación fue realizada entre 2 años (2015 y 2017) y que en ese período existieron políticas públicas relacionadas con la implementación de las RISS y su incorporación en los COMGES (11,68), todos los Servicios de Salud se comprometieron a partir del año 2015 a realizar mejoras en la coordinación entre niveles, utilizando distintas estrategias, por lo que es relevante que, a pesar de ello, existan cambios significativos en la red intervenida. Por otra parte, teniendo en cuenta que el tiempo entre la intervención y la evaluación posterior fue breve (aproximadamente 1 año), sería esperable observar mayores cambios o resultados mas profundos, manteniendo las estrategias de coordinación de la red en el tiempo.

Finalmente, en términos de la aplicabilidad del conocimiento obtenido, es relevante destacar los alcances que la metodología de investigación acción participativa aplicada en el SSMN, puede lograr en términos de la participación de múltiples actores para diseñar e implementar estrategias, basadas en recursos y capacidades locales, que permitan mejorar la coordinación asistencial, con el consecuente impacto en la continuidad de atención observado en este estudio y otros similares (47,67,85).

8. CONCLUSIONES

Tanto la coordinación, como la continuidad asistencial son resultados intermedios de las RISS, cuyo fin es la equidad en el acceso y la eficiencia en la atención de salud. La importancia de la continuidad del cuidado se relaciona con el impacto en los resultados en salud y en la satisfacción usuaria de los pacientes y por ello adquiere relevancia la necesidad de medir la continuidad, a través de instrumentos validados, pues nos orienta respecto del funcionamiento de la red asistencial.

Existen escasos estudios relacionados con la continuidad asistencial en el contexto chileno, por lo que esta investigación provee evidencia respecto del grado de continuidad del cuidado percibida por los usuarios de 2 redes asistenciales y el impacto de intervenciones que mejoran la coordinación asistencial en esta percepción, confirmando la hipótesis planteada y cumpliendo los tres objetivos específicos, describir la percepción de continuidad de los usuarios de los servicios de salud participantes y comparar los cambios en las experiencias y percepción de continuidad de cada red en el tiempo y entre ambas redes en cada año evaluado (2015/2017).

En relación con la experiencia de los usuarios en su trayectoria a través de las redes estudiadas, se observaron algunos fenómenos que son relevantes de destacar:

- Los usuarios en este estudio percibieron un alto nivel de resolución de sus problemas por el médico de APS, considerando que se trata de pacientes que han requerido derivación, esto reafirma el rol de la APS como base de los servicios sanitarios.
- Aún existe desconocimiento entre los usuarios encuestados de ambos Servicios de Salud sobre el régimen de garantías explícitas en salud y es preocupante que un porcentaje de pacientes con patología GES no tenga conocimiento sobre las garantías asociadas a su patología, por lo que es necesario mejorar la información a la población general y a aquellos que padecen enfermedades garantizadas.
- La entrega de un informe de contrarreferencia a los usuarios derivados a la APS, no parece ser un método habitual para a transferencia de información en las redes estudiadas, por lo que se requieren más estudios para conocer el nivel de implementación de esta práctica entre los especialistas y las herramientas que se utilizan para llevarla a cabo (plataformas informáticas, papel, mail u otras).
- Existe una cantidad no despreciable de personas que requirieron utilizar el sistema privado para resolver sus problemas de salud, principalmente por problemas de accesibilidad (tiempos de espera o falta de especialistas) al sistema, lo que plantea desafíos en torno al manejo de tiempos de espera y de oferta de especialidades en las redes estudiadas.

La implementación de intervenciones para mejorar la coordinación entre profesionales en el SSMN, tuvo resultados favorables en los dos tipos de continuidad estudiados:

1. Continuidad de Información: se observaron mejoras en la percepción de los participantes sobre el nivel de conocimiento del especialista de su patología actual, mejorando el conocimiento de los profesionales de la historia clínica del paciente.

2. Continuidad de Gestión: Existió una mejora en la percepción de los usuarios sobre el grado de acuerdo de los especialistas con los médicos del nivel primario en el área intervenida y sobre la oportunidad de la derivación del médico de APS al nivel secundario, mejorando aspectos de la continuidad de gestión, especialmente la coherencia en el cuidado y la correcta secuencia de atención.

Sin embargo, no se observaron cambios en los ítems de continuidad relacionados con la accesibilidad a las consultas médicas o los tiempos de espera para una atención, luego de implementadas las intervenciones, por lo que se requieren más estudios para identificar las estrategias específicas que permitan mejorar este aspecto de la continuidad de gestión.

Es necesario destacar cómo, las intervenciones implementadas para mejorar la coordinación asistencial, que surgen a través de la metodología de investigación acción participativa conducida en el SSMN, logran generar cambios en la continuidad de información y de gestión percibida por los usuarios, relevando el rol de los equipos locales en la detección de problemas y en el diseño e implementación de estrategias para resolverlos.

Finalmente, se requiere más investigación en torno a los niveles de continuidad asistencial en las redes de Servicios de Salud, como un mecanismo diagnóstico, que permita contar con información, desde la visión de los usuarios, del funcionamiento de las RISS, permitiendo a los gestores, formular políticas públicas para mejorar su desempeño.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Semanal. Vol. 25. 2019.
3. Díaz González L. Panorama de la mortalidad y mapas de calor sobre defunciones, 2016. Inst Nac Estad Chile [Internet]. 2019;2:14. Available from: https://www.ine.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/panorama-de-la-mortalidad-y-mapas-de-calor-sobre-defunciones-2016.pdf?sfvrsn=c5ea47fe_2
4. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud de las Americas: Redes Integradas de Servicios de Salud [Internet]. Vol. 4. 2010. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
5. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Minist Salud [Internet]. 2020;80. Available from: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Declaracion De Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
7. Global Conference on Primary Health Care. Declaración de Astaná [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
8. Vargas I, Mogollón-pérez AS, Paepe P De, Rejane M, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(213):1–14. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0882-4>
9. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. Int J Integr Care [Internet]. 2011;11(5). Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14769011111176707/full/html>
10. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Da Silva MRF, De Paepe P. Integrated health care networks in latin America: Toward a conceptual framework for analysis [Internet]. Vol. 26, Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2009. p. 360–7. Available from: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf
11. Subsecretaría de redes Asistenciales. Informe De Implementación Estrategia De Redes Integradas De Servicios De Salud (Riss) En Subsecretaría De Redes Asistenciales [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>
12. Pérez S-L, Arrivillaga M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. Salut Sci Spiritus [Internet]. 2017;3(2):32–49. Available from: <http://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791->

- 5463-1-PB (1).pdf
13. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira Da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.* 2016 Jul 1;31(6):736–48.
 14. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2015;5(7). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/7/e007037.full.pdf>
 15. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143:774–86. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>
 16. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de Salud de Chile. *Salud Publica Mex.* 2011;53(SUPPL. 2).
 17. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO [Internet]. González C, Castillo C, Matute I, editors. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. 1–194 p. Available from: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
 18. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma Sanitaria Chilena y la Atención Primaria de Salud. Algunos Aspectos Críticos. *Temas la Agenda Pública UC* [Internet]. 2010;5(38):13. Available from: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2014/08/apunte-7-reforma-en-la-atencion-primaria1.pdf>
 19. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2021;32(4):400–13. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-redisenio-el-abordaje-personas-con-S0716864021000651>
 20. World Health Organization (WHO). Primary Health Care. Now More Than Ever [Internet]. 2008. Available from: https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
 21. Ministerio de Salud G de C. Sentando las Bases de una Nueva Salud Pública para Chile [Internet]. Subsecretaria Redes Asistenciales. 2018. Available from: http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Sentando_bases_SP_Chile.pdf
 22. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2005;79(6):633–43. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>
 23. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. 2006;20(6):485–95. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>
 24. Waibel S, Henao D, Aller M, Vargas I. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2012;24(1):39–48. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/24/1/39/1803960>
 25. Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. *Heal Serv Res Found* [Internet]. 2002;(January 2002):258. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jeannie-Haggerty-2/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Car

26. Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, Haggerty JL, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):E600–11.
27. Kao YH, Lin WT, Chen WH, Wu SC, Tseng TS. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: A systematic review. *Am J Manag Care*. 2019;25(4):E126–34.
28. Pourat N, Davis AC, Chen X, Vrungos S, Kominski GF. In California, primary care continuity was associated with reduced emergency department use and fewer hospitalizations. *Health Aff*. 2015;34(7):1113–20.
29. Swanson JO, Vogt V, Sundmacher L, Hagen TP, Moger TA. Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2018;122(7):737–45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.013>
30. Wang C, Kuo H-C, Cheng S-F, Hung J-L, Xiong J-H. Continuity of Care and Multiple Chronic Conditions Impacts Frequent Use of Outpatient Services. *Health Informatics J* [Internet]. 2020;26(1):318–27. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1460458218824720>
31. Hu J, Wang Y, Li X. Continuity of Care in Chronic Disease: A Concept Analysis by Literature Review. *J Korean Aca Nurs* [Internet]. 2020;50(4):513. Available from: <https://www.jkan.or.kr/pdf/10.4040/jkan.20079>
32. Tremblay D, Roberge D, Touati N, Maunsell E, Berbiche D. Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–11.
33. Olthof M, Groenhof F, Berger MY. Continuity of care and referral rate: Challenges for the future of health care. *Fam Pract*. 2018;36(2):162–5.
34. MINSAL. Modelo de Atención Integral en Salud [Internet]. Vol. 1. Santiago, Chile; 2005. 1–30 p. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
35. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review [Internet]. Vol. 327, *British Medical Journal*. 2003. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8996701_Continuity_of_Care_A_Multidisciplinary_Review
36. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Prez AS, De Paepe P, Da Silva MRF, Unger JP, et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2017;32(4):549–62. Available from: https://watermark.silverchair.com/czw168.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAqIwggKeBgkqhkiG9w0BBwagggKPMIICiwiBADCCaOQGCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMMbNIqblVVC-WJHS_AgEQgIICVR-SMGmMIA9Qa0GQJOvXHY4q4jvRqAlbqazOFuf1zQHILKm6
37. Garcia-subirats I, Beatriz M, Vargas I, Vázquez L. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(2):88–96. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv29n2/original1.pdf>
38. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas Lorenzo I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA©. *Gac Sanit* [Internet]. 2010;24(4):339–46. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n4/breve2.pdf>
39. Uijen AA, Schellevis FG, Van Den Bosch WJHM, Mookink HGA, Van Weel C, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011;64(12):1391–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/51235242_Nijmegen_Continuity_Questionnaire_Development_and_testing_of_a_questionnaire_that_measures_continuity_of_care

40. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: When patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med* [Internet]. 2012;10(5):443–51. Available from: https://www.researchgate.net/publication/230830611_Validation_of_a_Generic_Measure_of_Continuity_of_Care_When_Patients_Encounter_Several_Clinicians
41. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: An extended psychometric validation of the CCAENA© questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13(OCT/DEC):1–11.
42. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Soares-de-Jesus RPF, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit*. 2021 Sep 1;35(5):411–9.
43. Ramos CA. Los paradigmas de la investigación científica. *Av en Psicol*. 2015;23(1):9–17.
44. Creswell J. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* [Internet]. Third Edit. SAGE. Los Angeles: SAGE; 2009. 1–267 p. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ucg.ac.me%2Fskladiste%2Fblog_609332%2Fobjava_105202%2Ffajlovi%2FCreswell.pdf&clen=3813372&chunk=true
45. CIAP-2 : Clasificación Internacional de la Atención Primaria (Libro, 1999) [WorldCat.org] [Internet]. Available from: https://www.worldcat.org/title/ciap-2-clasificacin-internacional-de-la-atencin-primaria/oclc/1024001986&referer=brief_results
46. Diaz-Quijano FA. Regresiones aplicadas al estudio de eventos discretos en epidemiología /Regressions applied to the study of discrete events in epidemiology. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2016;48(1):9–15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v48n1/v48n1a03.pdf>
47. Espinel-Flores V, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A, Ferreira de Medeiros Mendes, López-Vázquez J, et al. Assessing the Impact of Clinical Coordination Interventions on the Continuity of Care for Patients With Chronic Conditions: Participatory Action Research in Five Latin American Countries. *Health Policy Plan*. 2021;
48. Besoain Saldaña Á. “ Trayectorias y percepciones sobre continuidad asistencial de personas con Ataque Cerebro Vascular en la red del servicio de salud metropolitano norte de Chile ” [Internet]. Universidad de Chile; 2021. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181045>
49. Correa-Casado M, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Fernández-Sola C. Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(6):326–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.003>
50. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(7). Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007672.pub2>
51. Vázquez M-L, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, López-Vázquez J, et al. Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(1):e0261604. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC8754346%2Fpdf%2Fpone.0261604.pdf&clen=901230&chunk=true>
52. Gomez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev*

- Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]. 2002;11(5/6):327–34. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/327-334/es>
53. Vega M J, Bedregal G P, Jadue H L, Delgado B I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Jun [cited 2021 Nov 7];131(6):669–78. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 54. Barrio Cortes J, Suarez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez M, Lozano Hernández C. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PACIENTES CRÓNICOS SEGÚN NIVEL DE RIESGO. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2019;93:1–15. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100043
 55. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Health services utilization: a systematic review of related factors. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2001;17(4):819–32.
 56. Peláez E, Acosta L, Carrizo E. Factores Asociados a la Autopercepcion de Salud en Adultos Mayores. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2015;41(4):1–12. Available from: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/516/381>
 57. Navarro RM, Salazar-Fernández C, Schnettler B, Denegri M. The influence of financial situation and friends' support on health self-perception of older adults. Rev Med Chil. 2020;148(2):196–203.
 58. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation of a simple conceptual model. Biomédica [Internet]. 2017;37:92–103. Available from: [file:///C:/Users/Xime/Downloads/3070-Texto del manuscrito completo \(cuadros y figuras insertos\)-17711-1-10-20170321.pdf](file:///C:/Users/Xime/Downloads/3070-Texto del manuscrito completo (cuadros y figuras insertos)-17711-1-10-20170321.pdf)
 59. Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud C. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) Resultados Abril 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Resultados_Abril2017_ENCAVI_2015-16_Depto_Epidemiología_MINSAL.pdf
 60. MINSAL. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
 61. Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 Jun 4;43(1):30–4. Available from: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354/1184>
 62. Congreso Nacional. Ley 19.966 [Internet]. ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD, 1996 Chile: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>; 2004. Available from: <http://bcn.cl/2fckl>
 63. Bastías G, Andía M. Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación. Temas la Agenda Pública [Internet]. 2007;9:1–18. Available from: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/garantias-explicitas-en-salud-ges-seis-consideraciones-para-su-implementacion.pdf>
 64. López-Vázquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez ML. Barriers and factors associated with the use of coordination mechanisms between levels of care in Mexico. Cad Saude Publica [Internet]. 2021;37(4). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBfJgRXGmmcpWfckGpKcPHC/?format=pdf&lang=es>
 65. Puzzolo, Julia; Amarilla, Delia; Colautti, Marisel; Moreno, Justina; De Paepe, Pierre; Vargas

Lorenzo, Ingrid; Vásquez Navarrete ML. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN DOS SUBREDES DE LA RED MUNICIPAL DE SALUD DE LA CIUDAD DE ROSARIO, ARGENTINA. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2019;1:26–40. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/332386943_Coordinacion_de_la_atencion_entr_e_niveles_y_sus_factores_asociados_en_dos_subredes_de_la_Red_Municipal_de_Salud_d_e_la_ciudad_de_Rosario_Argentina

66. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017;182:10–9. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953617302241?token=CCBC2024DEC3D8362C2AB450D01443E16032B81275959F3CFD3EDE9EDEE81207CF46E5D6780DA5A77F91731EF07DC535&originRegion=us-east-1&originCreation=20210417202641>
67. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–16.
68. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf>
69. Bedregal P, Ferrer JC, Figueroa B, Vera J, Téllez Á, Tello C, et al. La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. *Temas la Agenda Publica* [Internet]. 2017;12:1–18. Available from: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/propuestas_listas_espera.pdf
70. Bastías G, Bedregal P, Ferrer JC, Fulgueiras M, Klapp M, Tello C. Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública. *Cent Políticas Públicas UC*. 2020;132.
71. Niveló Clavijo M, Dois Castellón A, Ojeda Cabrera I, Larrea Quintanilla M, Vargas Palavicino I, Quiroz Olave M, et al. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitario [Internet]. 19 De Enero. 2012. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
72. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2021 [Internet]. Ministerio de salud. 2021. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F09%2F20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf&chunk=true
73. UC C de PP. Fortalecimiento de la atención primaria de salud : propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. *Pontif Univ Catol Chile* [Internet]. 2014;67:1–19. Available from: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/05/Políticas-Públicas-UC-2014-APS.pdf>
74. OCDE. Chile Policy Brief: Health [Internet]. 2018. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fpolicy-briefs%2FChile-Expanding-Health-Coverage-ES.pdf&clen=377541&chunk=true>
75. Bruzzo S, Henríquez J, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. *Puntos Ref* [Internet]. 2018;(478):1–18. Available from: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20180316/asocfile/20180316105839/pder478_jhenriquez_sbruzzo_cvelasco.pdf
76. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis

- del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos Ref [Internet]. 2018;(491):1–22. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.cepchile.cl%2Fcep%2Fsite%2Fdocs%2F20181023%2F20181023161058%2Fpder491_abenitez.pdf&clen=619714&chunk=true
77. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos. Puntos Ref [Internet]. 2019;(502):1–23. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.cepchile.cl%2Fcep%2Fsite%2Fdocs%2F20181023%2F20181023161058%2Fpder491_abenitez.pdf&clen=619714&chunk=true
 78. Cisneros Luján, Angélica Ivonne; Gónzalez Rojas, Vianey; Cinta Loaiza, Dulce María; Riande Juárez G. Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. Rev del Inst salud Pública la Univ veracruzana [Internet]. 2017;13(25):7–24. Available from: https://www.researchgate.net/publication/332233447_PERCEPCION_SOBRE_CONTINUIDAD_ASISTENCIAL_DE_USUARIOS_CON_ENFERMEDADES_CRONICAS_EN_DOS_REDES_DE_SERVICIOS_DE_SALUD
 79. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Prez AS, De Paepe P, Da Silva MRF, Unger JP, et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Health Policy Plan. 2017 May 1;32(4):549–62.
 80. Vargas I, Mogoll On-Pé Rez AS, De Paepe P, Ferreira Da Silva MR, Unger J-P, Azquez M-L V. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy Plan [Internet]. 2016;31:736–48. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/31/6/736/1749789>
 81. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. Gac Sanit [Internet]. 2019;9. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911119301724?token=9DE5403AF1B3926E3A611A7300E8B553CB4C3E33531A28B1D9D13430BE244828803C9C502846461A079A6BD62CC4A61A&originRegion=us-east-1&originCreation=20210417201613>
 82. Amarilla D, Puzzolo J, Colautti M, Pellegrini N, Giriborne C, Rovere M. Vista de Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. Rev Salud Publica [Internet]. 2020;1:18.31. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/23601/29630>
 83. Montoya Aguilar C. Reflexiones en el cuarto año del programa de formación de médicos especialistas para la atención primaria de salud. Rev Chil Salud Pública. 2011;15(2):105–13.
 84. Universidad de Chile. Proyecto CMM busca disminuir inasistencias a consultas médicas - Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas - Universidad de Chile [Internet]. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas; 2020. Available from: <http://ingenieria.uchile.cl/noticias/163691/proyecto-cmm-busca-disminuir-inasistencias-a-consultas-medicas>
 85. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. Health Policy Plan [Internet]. 2020;35(8):962–72. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/179565/Understanding-the-factors-influencing.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo 1.

Encuesta CCAENA

CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN (CCAENA-CH) 2017

INFORMACIÓN GENERAL

La Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile, en colaboración con el Servicio de Salud Metropolitano Norte/Sur, está haciendo un estudio con el objetivo de analizar el funcionamiento de los servicios de salud e identificar elementos de mejora.

Como parte de esta investigación, se realizó en el año 2015 una encuesta para conocer la opinión de la población sobre la colaboración entre los médicos de APS y los especialistas del Servicio de Salud Metropolitano Norte/Sur. Posteriormente se implementó una intervención para mejorar la colaboración entre los médicos en una de estas dos redes. En este momento estamos realizando una segunda encuesta para conocer los posibles cambios y así evaluar los resultados de la intervención.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá identificar los problemas existentes de los servicios de salud y proponer cambios para mejorar la atención que se proporciona. Los resultados de la encuesta serán divulgados posteriormente, pero se procesarán de forma agregada para asegurar su confidencialidad.

Las personas que analicen la información que usted nos suministre están obligadas por ley* a mantener la confidencialidad de la información y del informante y no la utilizarán para ninguna otra finalidad que no sea la antes mencionada, por lo que podemos asegurar la confidencialidad de los datos.

* Ley 20.120/2006; ley 19.628/1999

Le agradecemos su colaboración.

DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Entrevistador/a: _____

Fecha: ____/____/____

Hora de comienzo: ____: ____

Comuna: _____

Centro de salud donde ha sido seleccionado: _____

Lugar de la entrevista: (1) Centro de salud Otro, ¿cuál? _____

Momento de la entrevista:

(1) Después de la consulta realizada en el día de selección

(2) Antes de la consulta realizada en el día de selección

Otro ¿Cuál? _____

Copyright 2017 ©. Pamela Eguiguren (Universidad de Chile, Chile), M. Luisa Vázquez, Ingrid Vargas (Consorci de Salut Social de Catalunya, España), Pierre de Paepe, Jean Pierre Unger (Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica), Amparo S. Mogollón-Pérez (Universidad del Rosario, Colombia), Isabella Samico, (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Brasil), Angélica Ivonne Cisneros (Universidad Veracruzana, México), Delia Amarilla (Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y Fernando Bertolotto (Universidad de la República, Uruguay). Proyecto de investigación "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina. Equity-LA II. Health-2012-305197, EC-FP7 Work Programme: Cooperation, Health (SICA). Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los autores y titulares de la obra.

1. PROBLEMAS DE SALUD	
1.1. ¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los <u>últimos seis meses</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Alguna de estas enfermedades, ¿tiene Garantías Explicitas de Salud (es un problema GES-AUGE)?	<input type="text"/>
(1) Sí (2) No → Sección 2 (98) NS / NR → Sección 2	
1.2.1. ¿Cuál? INDICAR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

EXPERIENCIAS DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	
2. MÉDICO DEL CONSULTORIO (después de ir al ESPECIALISTA)	
2.1. En los <u>últimos seis meses</u> , ¿ha consultado a algún <u>especialista</u> ?	<input type="text"/>
(1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NR → Sección 4	
2.1.1. ¿En qué centro(s) fue atendido/a? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 4	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.1.2. ¿Para qué enfermedad(es), dolencias o problemas de salud consultó al especialista en _____ (nombrar solo el/los centros de la red donde fue atendido, según la pregunta anterior)?	<input type="text"/>
2.1.3. ¿Consultó <u>después</u> al <u>médico del consultorio</u> por alguna de estas enfermedades?	<input type="text"/>
(1) Sí (2) No → p.3.1 (98) NS / NR → p.3.1	
2.1.4. ¿En qué centro fue atendido/a? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA PREGUNTA 3.1	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.1.5. ¿Para qué enfermedad, dolencias o problemas de salud? → EN CASO DE MÁS DE UNACONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED	<input type="text"/>
* LEER: A continuación le preguntaré en relación a la consulta con el médico del consultorio por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta 2.1.5) después de ser atendido por el especialista por esta misma enfermedad	
2.2. ¿Tuvo algún problema para conseguir hora con el médico del consultorio?	<input type="text"/>
(1) Sí (2) No → p.2.3 (98) NS / NR → p.2.3	
2.2.1. ¿Cuál? → INDICAR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.3. ¿Fue al médico del consultorio porque le derivó el especialista?	<input type="text"/>
(1) Sí (2) No → p.2.5 (98) NS / NR → p.2.5	

2.4. ¿Desde que el especialista le derivó al médico del consultorio ¿cuánto tiempo pasó hasta que fue atendido? ANOTAR DÍAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p.2.5	días ____
2.4.1. ¿Qué le pareció el tiempo? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Corto (2) Regular (3) Largo (98) NS / NR	____
2.5. ¿El especialista le dio un informe (contra-referencia) para el médico del consultorio? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	____
2.6. ¿El médico del consultorio tenía información sobre el tratamiento y recomendaciones que le había dado el especialista antes de que usted se lo explicara? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (4) No me dio tratamiento / recomendaciones (98) NS / NR	____
2.7. ¿El médico del consultorio le repitió algún examen (de laboratorio, radiografía) que ya le había realizado el especialista? (1) Sí (2) No → p.2.8 (3) No me ordenó exámenes → p.2.8 (4) El especialista no me había realizado exámenes → p.2.8. (98) NS / NR → p.2.8	____
2.7.1. ¿Por qué cree que le repitió el examen? → RESPUESTA MÚLTIPLE (1) No tenía acceso a los resultados del examen (2) Desconfiaba de los resultados (3) Hacía mucho tiempo que habían realizado el examen (4) No le preguntó si ya se había realizado el examen (5) Era un examen de control / seguimiento Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	____ ____
2.8. ¿Le quedaron dudas sobre la consulta con el especialista? (1) Sí (2) No → p.2.9 (98) NS / NR → p.2.9	____
2.8.1. ¿Consultó esas dudas con el médico del consultorio? (1) Sí (2) No → p.2.9 (98) NS / NR → p.2.9	____
2.8.2. El médico del consultorio ¿se las resolvió? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	____
2.9. ¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → Sección 3 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NR → Sección 3	____
2.9.1. ¿Por qué? → INDICAR 	____ ____ ____

3. MÉDICO ESPECIALISTA (después de ir al MÉDICO DEL CONSULTORIO)

* **LEER solo si respondió la sección 2:** Usted mencionó que consultó al especialista en los últimos seis meses por _____ y _____ (recordar todas las enfermedades pregunta 2.1.1)

3.1. ¿Había consultado <u>antes</u> a un médico del consultorio por alguna de estas <u>enfermedades</u>? (1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NR → Sección 4	____
3.1.1. Algunas de estas consultas al médico del consultorio, ¿ha sido en los <u>últimos seis meses</u>? (1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NR → Sección 4	____
3.1.2. ¿En qué centro fue atendido? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR SECCIÓN 4 	____ ____
3.1.3. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? → EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED 	____

* **LEER:** A continuación le preguntaré en relación a la consulta **con el médico especialista** por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta **3.1.3**) después de ser atendido por el médico del consultorio por esta misma enfermedad

3.2. ¿Cuál es la especialidad del médico que le atendió? → INDICAR	
3.3. ¿Quién le derivó al _____ (nombrar al especialista enunciado anteriormente)? (1) Médico del consultorio (2) El mismo especialista → p.3.11 (3) Médico de urgencias → p.3.11 (4) Otro especialista → p.3.11 (5) Iniciativa propia → p.3.11 (98) NS / NR → p.3.11 Otro, ¿cuál? _____ → p.3.11	
3.4. ¿Le informaron a qué centro u hospital tenía que ir para la consulta? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	
3.5. ¿Dónde le pidieron la hora para la consulta con el _____ (nombrar al especialista)? (1) Consultorio (2) Centro de especialidades/Hospital Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	
3.6. ¿Tuvo algún problema para conseguir la hora con el _____ (nombrar al especialista)? (1) Sí (2) No → p.3.7 (98) NS / NR → p.3.7	
3.6.1. ¿Cuál? → INDICAR	
3.7. ¿Desde que el médico del consultorio le derivó al _____ (nombrar al especialista) ¿cuánto tiempo pasó hasta que fue atendido? ANOTAR DÍAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p. 3.8	días
3.7.1. ¿Qué le pareció el tiempo? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Corto (2) Regular (3) Largo (98) NS / NR	
3.8. ¿El médico del consultorio le dio la hoja de interconsulta para el _____ (nombrar al especialista)? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	
3.9. ¿El _____ (nombrar al especialista) que le atendió conocía el motivo por el cual le había derivado el médico del consultorio antes de que usted se lo explicara? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	
3.10. ¿El _____ (nombrar al especialista) tenía información sobre su historial clínico con el médico del consultorio (otras enfermedades, exámenes realizados, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se lo explicara? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (98) NS / NR	
3.11. ¿El _____ (nombrar el especialista) le repitió algún examen (de laboratorio, radiografía) que ya le había realizado el médico del consultorio? (1) Sí (2) No → p. 3.12 (3) No me ordenó exámenes → p. 3.12 (4) El médico general no me había realizado exámenes → p. 3.12 (98) NS / NR → p. 3.12	
3.11.1. ¿Por qué cree que le repitió el examen? → RESPUESTA MÚLTIPLE (1) No tenía acceso a los resultados del examen (2) Desconfiaba de los resultados (3) Hacía mucho tiempo que habían realizado el examen (4) No le preguntó si ya se había realizado el examen (5) Era un examen de control / seguimiento Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	
3.12. Después de la consulta, ¿a dónde lo derivó el _____ (nombrar al especialista)? → RESPUESTA MÚLTIPLE (1) A ningún sitio / a casa (2) Al médico del consultorio (3) Me citó de nuevo (4) A otro especialista (5) Me programó una hospitalización (6) A urgencias Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	

3.13. ¿El _____ (nombrar al especialista) le dio un informe (contra-referencia) para el médico del consultorio? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	_____
3.14. ¿El _____ (nombrar al especialista) le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → Sección 4 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NR → Sección 4	_____
3.14.1. ¿Por qué? → INDICAR	_____ _____ _____

4. MÉDICO DEL CONSULTORIO (después de ir a URGENCIAS DEL HOSPITAL)

4.1. En los <u>últimos seis meses</u> , ¿ha sido atendido en <u>urgencias del hospital</u> ? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NR → Sección 6	_____
4.1.1. ¿En qué centro(s) fue atendido/a? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 6	_____ _____
4.1.2. ¿Para qué enfermedad(es), dolencias o problemas de salud fue a urgencias en _____ (nombrar sólo el/los centros de la red donde fue atendido/a, según la pregunta anterior)?	_____ _____
4.1.3. ¿Consultó <u>después al médico del consultorio</u> por alguna de estas enfermedades? (1) Sí (2) No → p.5.1 (98) NS / NR → p.5.1	_____
4.1.4. ¿En qué centro fue atendido? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA PREGUNTA 5.1	_____ _____
4.1.5. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? → EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED	_____
* LEER: A continuación le preguntaré en relación a la consulta con el médico del consultorio por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta 4.1.5) después de ser atendido en la urgencia por esta misma enfermedad	
4.2. ¿Tuvo algún problema para conseguir hora con el médico del consultorio? (1) Sí (2) No → p.4.3 (98) NS / NR → p.4.3	_____
4.2.1. ¿Cuál? INDICAR	_____ _____ _____
4.3. ¿Fue al médico del consultorio porque le derivó el médico de urgencias? (1) Sí (2) No → p.4.5 (98) NS / NR → p.4.5	_____
4.4. ¿Desde que el médico de urgencias le derivó al médico del consultorio ¿cuánto tiempo pasó hasta que fue atendido/a? ANOTAR DÍAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p.4.5	días
4.4.1. ¿Qué le pareció el tiempo? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Corto (2) Regular (3) Largo (98) NS / NR	____
4.5. ¿El médico de urgencias le dio un informe para el médico del consultorio? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	_____

4.6. ¿El médico del consultorio tenía información sobre el tratamiento y recomendaciones que le había dado el médico de urgencias antes de que usted se lo explicara? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (4) No me dio tratamiento / recomendaciones (98) NS / NR	_____
4.7. ¿Le quedaron dudas sobre la consulta en urgencias? (1) Sí (2) No → p.4.8 (98) NS / NR → p.4.8	_____
4.7.1. ¿Consultó esas dudas con el médico del consultorio? (1) Sí (2) No → p.4.8 (98) NS / NR → p.4.8	_____
4.7.2. El médico del consultorio ¿se las resolvió? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	_____
4.8. ¿El médico del consultorio le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → Sección 5 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NR → Sección 5	_____
4.8.1. ¿Por qué? → INDICAR	_____ _____ _____

5. URGENCIAS DEL HOSPITAL (después de ir al MÉDICO DEL CONSULTORIO)

* **LEER solo si respondió la sección 4:** Usted mencionó que fue atendido en urgencias del hospital en los últimos seis meses por _____ y _____ (recordar las enfermedades pregunta 4.1.2)

5.1. ¿Había consultado <u>antes</u> a un médico del consultorio por alguna de estas enfermedades? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NR → Sección 6	_____
5.1.1. ¿Alguna de estas consultas al médico del consultorio, ¿ha sido en los <u>últimos seis meses</u>? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NR → Sección 6	_____
5.1.2. ¿En qué centro fue atendido? → VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 6	_____ _____
5.1.3. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? → EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED	_____

* **LEER:** A continuación le preguntaré en relación a la consulta **en urgencias** por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta 5.1.3) después de ser atendido por el médico del consultorio por esta misma enfermedad

5.2. ¿Quién tomó la decisión de que fuera a urgencias? (1) Médico del consultorio (2) Médico especialista → p.5.5 (3) Iniciativa propia, familiar o acompañante → p.5.5 Otro, ¿quién? _____ → p.5.5 (98) NS / NR → p.5.5	_____
5.3. ¿El médico del consultorio le dio un informe para el médico de urgencias? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	_____
5.4. ¿El médico de urgencias tenía información sobre su historial clínico y consultas con el médico del consultorio (otras enfermedades, pruebas realizadas, tratamientos, situación familiar) antes de que usted se lo explicara? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (98) NS / NR	_____
5.5. Después de la consulta, ¿a dónde le derivó el médico de urgencias? RESPUESTA MÚLTIPLE (1) A ningún sitio / a casa (2) Al médico del consultorio (3) A un especialista (4) Quedé hospitalizado/a → sección 6 (5) Me programaron una hospitalización Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	_____ _____
5.6. ¿El médico de urgencias le dio un informe para el médico del consultorio? (1) Sí (2) No (98) NS / NR	_____
5.7. ¿En urgencias le resolvieron el motivo por el que consultó? (1) Sí → Sección 6 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NR → Sección 6	_____

5.7.1. ¿Por qué? → INDICAR	

6. ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* **LEER:** Las preguntas a continuación hacen referencia a la atención recibida en los centros de salud de la red, SSMN o SSMS, según corresponda.

6.1. En los <u>últimos seis meses</u> , ¿alguna vez le derivaron a algún médico y <u>no pudo acudir</u> ? (referido a consultas en los centros de las redes)	
(1) Sí (2) No → p.6.2 (3) No me han derivado → p.6.3 (98) NS / NR → p.6.2	_____

6.1.1. ¿A qué médico le derivaron? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA. SI OCURRIÓ MÁS DE UNA VEZ, ANOTAR LA ÚLTIMA	
(1) Médico del consultorio (2) Médico especialista (3) Médico de urgencias	
(4) Médico especialista para hospitalización (98) NS / NR	_____

6.1.2. ¿Por qué no pudo acudir? → INDICAR	_____

6.1.3. El hecho que no pudiera acudir, ¿cómo cree que afectó a su salud? → INDICAR	

6.2. En los <u>últimos seis meses</u> , ¿alguna vez le derivaron a algún médico y <u>no le atendieron</u> ? (referido a consultas en los centros de las redes)	
(1) Sí (2) No → p.6.3 (98) NS / NR → p.6.3	_____

6.2.1. ¿A qué médico le derivaron? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA. SI OCURRIÓ MÁS DE UNA VEZ, ANOTAR LA ÚLTIMA	
(1) Médico del consultorio (2) Médico especialista (3) Médico de urgencias	
(4) Médico especialista para hospitalización (98) NS / NR	_____

6.2.2. ¿Quién le envió? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Médico del consultorio (2) Médico especialista (3) Médico de urgencias	
(4) Médico especialista en una hospitalización (98) NS / NR	_____

6.2.3. ¿Por qué no le atendieron? → INDICAR	_____

6.2.4. El que no le hayan atendido en esa oportunidad ¿cómo cree que afectó a su salud? → INDICAR	

6.3. En los <u>últimos seis meses</u> , ¿tuvo alguna dificultad para seguir con el <u>tratamiento o realizarse los exámenes</u> que le indicaron los médicos del centro de salud u hospital? (referido a consultas en los centros de las redes)	
(1) Sí (2) No → p.6.4 (3) No me indicaron tratamiento ni exámenes → p.6.4 (98) NS / NR → p.6.4	_____

6.3.1. ¿Qué dificultades? INDICAR	

6.3.2. ¿Cómo cree que estas dificultades afectaron a su salud? → INDICAR	
6.4. En los últimos seis meses ¿ha realizado alguna consulta médica en un centro o clínica privada? (1) Sí (2) No → Sección 7 (98) NS / NR → Sección 7	
6.4.1. ¿Por qué no realizó esa consulta en los centros del sistema público?	

7. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* **LEER:** A continuación le haré unas preguntas sobre la atención que ha recibido en la red del SSMN / SSMS del Sistema Público de Salud en general para **cualquier enfermedad. No incluya en sus respuestas la atención recibida en el sistema privado**
* Responda según su experiencia utilizando: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
7.1. ¿El médico del consultorio conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?							
7.2. ¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le ha dado, antes de que usted se lo explique?							
7.3. ¿El médico del consultorio le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?							
7.4. ¿El médico del consultorio está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?							
7.5. ¿Los especialistas están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico del consultorio le da?							
7.6. ¿El médico del consultorio le deriva a los especialistas cuando usted lo necesita?	→ p.7.7				→ p.7.7	→ p.7.7	→ p.7.7
7.6.1. ¿Por qué no le deriva cada vez que es necesario?							
7.7. ¿Usted piensa que el médico del consultorio y los especialistas colaboran entre sí para resolver sus problemas de salud?					→p. 7.8	→p. 7.8	→p. 7.8
7.7.1. ¿Por qué? _____							
7.8. Cuando el médico del consultorio le deriva a los especialistas, ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?							
7.9. Tras la consulta con el especialista, cuando solicita una cita con el médico del consultorio, ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?							
7.10. ¿Le dan horas para el especialista a las que le resulta difícil acudir porque no consultan su disponibilidad?							

8. FACTORES RELACIONADOS CON LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* **LEER:** A continuación le haré unas preguntas sobre la atención que ha recibido en la red del SSMN / SSMS del Sistema Público de Salud en general para **cualquier enfermedad**. **No incluya** en sus respuestas **la atención recibida en el sistema privado**
 * Responda según su experiencia utilizando: *siempre, muchas veces, pocas veces y nunca*

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
8.1. Cuando usted pide hora con el médico del consultorio , ¿es atendido por el mismo médico?							
8.2. ¿Confía en la capacidad profesional del médico del consultorio que le atiende?							
8.3. ¿La información que le da el médico del consultorio sobre su enfermedad es suficiente?							
8.4. Cuando usted pide hora con el especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?							
8.5. ¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que le atienden?							
8.6. ¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?							

9. DATOS DEL ASEGURAMIENTO

9.1. ¿Está usted afiliado/a a FONASA? (1) Sí (2) No → Sección 9.3 (98) NS / NR → Sección 10	_____
9.1.1. ¿En qué nivel (letra) de FONASA está? (1) A (2) B (3) C (4) D (98) NS / NR → p.9.2	_____
9.1.2. ¿Ha estado en otro tramo anteriormente? (1) Sí (2) No → p.9.2 (98) NS / NR → p.9.2	_____
9.1.3. ¿Cuál? (1) A (2) B (3) C (4) D (98) NS / NR	_____
9.1.4. ¿Por qué cambió de tramo?	_____ _____ _____
9.2. ¿A lo largo de su vida ha estado en ISAPRE u otro sistema diferente a FONASA (FFAA, Empresas)? (1) Sí (2) No → Sección 9.3 (98) NS / NR → Sección 9.3	_____
9.2.1. ¿En cuáles?	_____ _____ _____
9.2.2. ¿Por qué cambió a FONASA?	_____ _____ _____
9.2.3. ¿En qué año cambió a FONASA?	_____
9.3. ¿Tiene usted un plan o seguro complementario de salud (COMO UNA ISAPRE O ASEGURADORA PRIVADA, HELP, etc.)? (1) Sí (2) No → Sección 10 (98) NS / NR → Sección 10	_____
9.3.1. ¿Cuál?	_____ _____
9.3.2. ¿Quién lo paga? (1) Usted mismo(a) (2) Su empresa (3) Usted y su empresa (98) NS / NR ¿Otro, quién? _____	_____ _____

10. DATOS DE MORBILIDAD GENERAL Y SOCIODEMOGRÁFICOS

10.1. ¿Cómo define su salud? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala (98) NS / NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.2. Cuando tiene un problema de salud, ¿acostumbra a ir al mismo Centro/Hospital? (1) Sí (2) No → p.10.3 (98) NS / NR → p.10.3	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.2.1. ¿Cuál?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.3. Anotar sexo: (1) Hombre (2) Mujer (98) NS / NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.4. Fecha de nacimiento : _____ / _____ / _____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.5. País de nacimiento	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.6. Pertenece usted a algún pueblo indígena? (1) Sí (2) No → p.10.7 (98) NS/NR → p.10.7	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.6.1. ¿A cuál? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Aymara (2) Quechua (3) Lican Antai (4) Coya (5) Diaguita (6) Rapa Nui (7) Mapuche (8) Kawasqar (alacalufe) (9) Yámana o Yagan Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.7. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta comuna? ANOTAR AÑOS _____ (Si el usuario dice 11 meses o menos anotar 0 años)	años <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.8. Estado civil (1) Soltero(a) (2) Casado(a) (3) Convive (4) Viudo(a) (5) Separado(a) Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.9. Último nivel de estudios que aprobó: _____ (1) Ninguno (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Técnico incompleto (7) Técnico completo (8) Universitario incompleto (9) Universitario completo (10) Postgrado (98) NS/NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.10. ¿Es usted el/la jefe/a del hogar? → LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Sí → p.10.12 (2) Sí, compartido con otra persona (3) No (98) NS / NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.11. Último nivel de estudios aprobado por el (otro/a) jefe/a del hogar: _____ (1) Ninguno (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Técnico incompleto (7) Técnico completo (8) Universitario incompleto (9) Universitario completo (10) Postgrado (98) NS/NR	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.12. ¿Cuántas personas ocupan la vivienda en la que reside incluido usted (personas que comparten gastos de comida y vivienda)? _____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10.13. ¿Cuánto dinero ganaron aproximadamente (incluyendo subsidios) en el último mes los miembros del hogar en conjunto? _____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
(1) Sin ingreso (2) Hasta \$112.500 (1/2 salario mínimo) (3) De \$112.501 a \$225.000 (1/2-1 salario mínimo) (4) De \$225.001 a \$450.000 (1-2 salarios mínimos) (5) De \$450.001 a \$675.000 (2-3 salarios mínimos) (6) De \$675.001 a \$900.000 (3-4 salarios mínimos) (7) De \$ 900.001 a \$ 1.125.000 (4-5 salarios mínimos) (8) De \$1.125.001 a \$2.250.000 (5-10 salarios mínimos)	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

(9) De \$2.250.001 a \$3.375.000(10-15 salarios mínimos)	(10) Más de \$ 3.375.000(más de 15 salarios mínimos)	
(98) NS/NR		

→ Sólo en los casos en que no haya respondido el cuestionario la persona enferma

10.14. ¿Cuál es su relación con la persona enferma?

(1) Hijo(a) (2) Mamá/Papá (3) Nieto/Nieta (4) Abuelo/Abuela

(5) Pareja (6) Cuidador pagado Otro, ¿quién? _____

11. COMPLETAR DESPUÉS DE LA ENCUESTA

11.1 ¿Había respondido este cuestionario en el año 2015?

(1) Si (2) No (98) NS / NR

¿Estaría interesado/a en recibir los resultados del estudio?

(1) Sí → *RECOGER DATOS DE CONTACTO (correo electrónico, teléfono) EN CONSENTIMIENTO INFORMADO*

(2) No

¿Hay algún comentario adicional que quiera hacer?

*** MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

→ A responder por el/la encuestador/a

11.2 Hora de finalización:_____: _____

11.3 ¿Cómo fue la colaboración del/la encuestado/a?

(1) Buena (2) Regular (3) Mala

11.4 ¿Cómo fue la comprensión de las preguntas?

(1) Buena (2) Regular (3) Mala

Observaciones generales del/la encuestador/a

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado - Encuesta

Estimado(a) señor(a),

Le invitamos a participar en la investigación Equity-LA II: "Estudio del impacto de diversas estrategias para la integración de redes de cuidados de salud en el sistema público de atención de salud en América Latina". Se trata de un proyecto que tiene como objetivo evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención en la mejoría de la coordinación y la calidad de atención en nuestro sistema público de salud. En Chile la institución que lidera el proyecto es la Escuela de salud pública Dr. Salvador Allende G. de la facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En esta investigación estamos realizando una encuesta a usuarios y usuarias en distintos niveles de la red pública de atención de salud con el objetivo de conocer la opinión sobre la continuidad de la atención brindada por la red asistencial pública. Los resultados de nuestra investigación servirán para identificar necesidades, proponer y evaluar intervenciones que permitan mejorar el funcionamiento de la red de atención

Su colaboración es importante para nosotros y si acepta participar se le hará una encuesta con un cuestionario sobre su experiencia en los servicios de salud. La entrevista tendrá una duración aproximada de 40 minutos. La participación es voluntaria y no remunerada.

Al participar en el estudio tiene garantizados los siguientes derechos:

1. La información que usted nos proporcione será usada de forma absolutamente confidencial y sólo será usada en el marco del estudio.
2. Podrá retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo desea, sin que esto repercuta en su atención médica o tenga que dar explicación alguna.
3. Tendrá garantía de recibir respuestas, de parte del personal de salud o de su referencia a miembros del equipo de investigación, frente a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda que usted tenga sobre la investigación.

Después de haber recibido y comprendido las informaciones necesarias, consciente de mis derechos y habiendo aclarado todas mis dudas, estoy de acuerdo en participar en el estudio y otorgo mi consentimiento para ser entrevistado/a.

Fecha: ____/____/____

Nº cuestionario: _____

Nombre _____

Firma _____

Nombre del/la entrevistador/a _____

Firma del/la entrevistador/a _____

Si usted quiere cualquier otra información sobre su participación en el estudio puede contactar con:

Pamela Eguiguren Bravo
Coordinadora del proyecto Equity-LA en Chile
Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Av. Independencia 939
Santiago
E-mail: peguiguren@med.uchile.cl

CEI-SSM.NORTE
Organismo Asesor de la Dirección
Servicio de Salud
Metropolitano Norte
02 JUN. 2014

