

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.

USER PERCEPTION REGARDING CARE CONTINUITY AT DIFFERENT LEVELS IN THE MUNICIPAL NETWORK OF HEALTH SERVICES IN THE CITY OF ROSARIO.

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA ENTRE OS NÍVEIS DE CUIDADOS NA REDE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE ROSARIO

Resumen

Objetivo: Analizar la percepción de usuarios con patologías crónicas sobre continuidad de gestión clínica y de información entre niveles en dos subredes de la Red de Salud Municipal de Rosario. **Métodos:** Estudio cualitativo descriptivo. El área de estudio está constituida por las subredes Noroeste y Sur. Se definió una muestra teórica en cada subred, seleccionando pacientes crónicos que hubieran utilizado en los últimos seis meses el 1° y 2° nivel asistencial. **Resultados:** Se registra una buena percepción de continuidad de gestión clínica en colaboración/comunicación entre profesionales y seguimiento adecuado. Los mayores problemas se vinculan en la accesibilidad entre niveles. La continuidad de información es valorada positivamente, percibiéndose que los profesionales conocen y usan mecanismos de transferencia de información. **Conclusión:** existe percepción de continuidad asistencial. Las dificultades vinculadas a la accesibilidad entre niveles se convierten en el mayor nudo problemático, afectando negativamente la continuidad de gestión clínica de modo general.

Palabras Clave: Continuidad de la atención al paciente – Servicios de salud – Enfermedades Crónicas.

Amarilla Delia Inés¹
 Puzzolo Julia²
 Colautti Marisel³
 Pellegrini Natalí⁴
 Giribone Carla⁵
 Rovere Mario⁶

¹Maestría en Salud Pública Centro de Estudios Interdisciplinarios Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

²Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Investigadora Junior del Proyecto Equity LA II Argentina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

³Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Investigadora Senior del Proyecto Equity LA II Argentina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

⁴Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Investigadora Junior del Proyecto Equity LA II Argentina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

⁵Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Investigador Principal del Proyecto Equity LA II Argentina. Interdisciplinarios Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina. roveremario@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120>.

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 10 de marzo 2019.
 Aprobado: 01 de diciembre 2019.

Abstract

Objective: To analyze perception of users with chronic pathologies regarding continuity of clinical and information management among levels in two subnetworks in the Municipal Health Network of Rosario. **Methods:** Qualitative descriptive study. The study area is formed by the Northeast and South subnetworks. A theoretical sampling was defined in each subnetwork, choosing chronic patients who had used care levels 1 or 2 in the previous six months. **Results:** Good perception of continuity of clinical management is observed in collaboration/communication among professionals and appropriate follow up. Most problems are related to accessibility among levels. Information continuity is assessed in a positive way; it is perceived that professionals know and use mechanism to transfer information. **Conclusion:** There is perception of care continuity. Difficulties related to accessibility among levels become the main problem and negatively affect the continuity of clinical management in a general way.

Key Words: Patient care continuity - Health service - Chronic diseases.

Resumo

Objetivo: Analisar a percepção de usuários com patologias crônicas sobre a continuidade do gerenciamento clínico e de informações entre níveis em duas sub-redes da Rede Municipal de Saúde de Rosário.

Métodos: Estudo descritivo-qualitativo. A área de estudo é composta pelas sub-redes Noroeste e Sul. Foi definida uma amostra teórica em cada sub-rede, selecionando pacientes crônicos que utilizaram o 1º e o 2º nível de atendimento nos últimos seis meses.

Resultados: Evidencia-se uma boa percepção de continuidade do manejo clínico, colaboração / comunicação entre profissionais e acompanhamento adequado. Os maiores problemas são relacionados à acessibilidade entre níveis. A continuidade das informações é valorizada positivamente, percebendo-se que os profissionais conhecem e utilizam mecanismos de transferência de informações.

Conclusão: existe uma percepção de continuidade do cuidado. As dificuldades relacionadas à acessibilidade entre níveis tornam-se o maior nó problemático, afetando negativamente a continuidade do manejo clínico em geral.

Palavras chave: Continuidade do atendimento ao paciente - Serviços de saúde Doenças Crônicas.

Introducción

La integración de la atención en salud se ha convertido en un tema de relevancia en los últimos años, debido a la prevalencia de las enfermedades crónicas y el aumento de pacientes pluripatológicos, que requieren de la atención de diversos profesionales en distintos servicios de salud. Es sabido que la integración asistencial contribuye a la conformación de servicios de salud más eficientes, equitativos y de mejor calidad, mediante el logro de objetivos intermedios como la coordinación y continuidad asistenciales y el acceso a la atención médica (1). La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del usuario, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, administrándose los posibles conflictos (2). Puede explorarse a partir de las experiencias de los profesionales de salud, y su equivalente, la continuidad asistencial, (CA) desde el punto de vista del usuario. Aunque se ha sugerido que apenas perciben aspectos específicos del complejo fenómeno de la coordinación de la atención, investigaciones recientes muestran que analizar la CA desde la perspectiva del usuario proporciona una imagen global de la atención prestada, dado que finalmente son quienes experimentan

los servicios a lo largo del continuo asistencial; por lo tanto, recuperar sus perspectivas, permite identificar brechas en la coordinación de la atención (3).

La CA es definida como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Se distinguen tres tipos de CA, dos relacionadas con la continuidad entre niveles asistenciales, en las cuales se centra el presente trabajo: la continuidad de la gestión clínica (CGC) definida como la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones, y la continuidad de información (CI) definida como la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información por parte de los profesionales, sobre acontecimientos anteriores que ayuden a proporcionar una atención conveniente a las circunstancias actuales; implica la conexión de elementos separados de la atención a lo largo del tiempo. El tercer tipo, la continuidad de relación, (CR) está vinculada con la continuidad intra-nivel y se define como la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con los profesionales que le brindan atención. Cada uno de estos tipos a su vez está definido por una serie de dimensiones y atributos. La CGC implica dos dimensiones: la consistencia de la atención, definida por la percepción del usuario de colaboración y comunicación entre profesionales, percepción de secuencia de atención adecuada, seguimiento adecuado y no duplicación de pruebas diagnósticas; la accesibilidad entre niveles, definida por la percepción de que recibe atención de forma oportuna y sin interrupciones entre niveles y por la existencia de accesibilidad administrativa. La CI se define por la dimensión transferencia de información entre profesionales, que tiene por atributos la percepción del usuario de que los profesionales conocen su historia clínica (HC) y características psico-sociales y que utilizan mecanismos de transferencia de información (4).

Son escasas las investigaciones que abordan la CA de manera integral; las existentes se han centrado en el análisis de alguno de los tres tipos mencionados, (generalmente la CR) en un nivel de atención, (atención primaria) y en alguna patología crónica (4 - 11). A nivel internacional, los principales resultados de los estudios realizados coinciden en señalar discontinuidades en la CI y en la CGC, en todas sus dimensiones, aunque se remarca la accesibilidad entre niveles como uno de los puntos más críticos. Se muestran mejores resultados en la CR y se considera que los usuarios valoran positivamente su propio involucramiento como un elemento facilitador de CA (5,9).

En el contexto latinoamericano el déficit de investigaciones es aún mayor (5,12) en parte debido a la inexistencia de instrumentos de medición específicos, situación que comienza a revertirse con la validación del cuestionario CCAENA para la región (6,13). Los estudios existentes utilizan mayoritariamente metodología cualitativa y toman alguna enfermedad crónica como trazadora. Los principales resultados coinciden con la evidencia internacional respecto de discontinuidades en CGC, especialmente en relación a la accesibilidad entre niveles para el caso de usuarios con enfermedades crónicas, como así también, discontinuidades en la CI a raíz de la inexistencia de mecanismos de comunicación formales (9,12,14,15). En Argentina, los estudios más próximos que abordan la CA, se centran en la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud, desde una perspectiva cualitativa (16) y mediante abordaje cuantitativo (16,17,18).

Es destacable un estudio cualitativo realizado en la red de servicios de salud de la ciudad de Rosario (19). Entre los resultados principales menciona la incorporación de dos mecanismos en un efector de 2° nivel de la red (cuporización y operadores de turno) para facilitar el acceso entre niveles, sin embargo, es en este mismo punto donde se señalan dificultades persistentes relacionadas con los extensos horizontes temporales para acceder a las interconsultas y a la realización de estudios complementarios.

Caracterización del sistema de salud local

El sistema de salud argentino es fragmentado y segmentado (20). Cuenta con tres

subsectores: privado, de obras sociales y público (21). Este último, de carácter federal, le otorga a cada provincia potestad para definir funciones, infraestructura y competencias en el área salud (22). El subsector público de la ciudad de Rosario está compuesto por efectores que dependen de la jurisdicción provincial y municipal, ambas redes se extienden en el territorio y atienden población de características similares (23).

La red de servicios de salud municipal se organiza en tres niveles de atención según grados crecientes de complejidad tecnológica: el 1° nivel de atención está constituido por 52 Centros de Salud (CS), el 2° nivel por tres efectores hospitalarios, una maternidad, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario y un servicio de Internación Domiciliaria, el 3° nivel por dos hospitales: uno pediátrico, otro de adultos. Desde el año 1989 la Secretaría de Salud Pública de Rosario sostuvo como eje prioritario de la gestión política, la atención de salud universal y gratuita e impulsó la construcción de una red de servicios organizada en torno a la lógica de Atención Primaria de la Salud, convirtiéndose las necesidades poblacionales en organizadoras del proceso de trabajo al interior de los efectores que conforman la red. Estos postulados se tradujeron en acciones concretas que le fueron dando sustento: en el marco del proceso general de descentralización municipal ocurrido en el año 1996, el sector salud implementó el proceso de distritalización consistente en la delimitación de áreas geográficas cada una de las cuales involucra un número determinado de CS junto a uno o más hospitales de referencia. En el año 2003 se implementó el Proyecto de Adscripción de ciudadanos al Sistema de Salud a través de Equipos Responsables, estableciéndose un vínculo bidireccional entre los usuarios con un equipo del CS (24). Esta modalidad implicó que cada equipo de referencia del 1° nivel, constituido por un médico y un enfermero, asuma en relación a su población a cargo, la responsabilidad por el cuidado y por su tránsito en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos.

El objetivo de este artículo es analizar la percepción de usuarios con patologías crónicas, sobre la continuidad de gestión clínica y de información entre niveles asistenciales en dos subredes de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario. El presente trabajo pertenece al estudio de línea de base del proyecto de investigación Equity LA-II (25).

Materiales y Métodos

Diseño y área de estudio: Estudio cualitativo descriptivo, con entrevistas semi-estructuradas a usuarios de ambas subredes. El área de estudio está constituida por dos subredes de la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario: una anclada en el Distrito Noroeste -subred Noroeste (SRN)- y otra en el Distrito Sur -subred Sur (SRS)

Sujetos de estudio y muestra: Se seleccionaron tres CS por cada subred y su efector hospitalario de 2° nivel de referencia. La selección de los efectores tuvo en cuenta la comparabilidad en cuanto a características socio demográficas y socioeconómicas de las áreas de cobertura de los efectores. El 3° nivel de atención fue excluido de la muestra debido a que es común a todos los distritos de la ciudad. Se entrevistaron 18 informantes (11 en la SRS y 7 de la SRN) que fueran usuarios de las subredes de estudio; tuvieran al menos una patología crónica y hubieran utilizado servicios asistenciales de 1° y 2° nivel en los seis meses previos a la realización de la entrevista. Para asegurar la máxima variabilidad del discurso se consideraron hombres y mujeres de entre 25 y 80 años, con diferente condición laboral y gravedad en su/s patología/s. Se realizaron entrevistas hasta lograrla saturación en los discursos de los entrevistados en los tiempos pautados por el proyecto.

Recogida de los datos: El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2014 y junio de 2015. Para la selección de informantes, se utilizó el listado de usuarios con patologías crónicas de los CS teniendo en cuenta los criterios explicitados en el párrafo previo y la

disposición de los informantes a ser entrevistados. El momento y lugar para realizar las entrevistas, fueron acordadas con los informantes. El proceso de contacto y realización de las mismas no presentó inconvenientes. Todos los entrevistados accedieron a ser grabados excepto un usuario varón. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45´.

Análisis de los datos: El análisis de datos se realizó mediante un análisis temático del contenido. Se segmentaron los datos por subred (sur y noroeste) y temas (tipos de continuidad, dimensiones y atributos). Se utilizó el software Atlas-ti para el análisis de las entrevistas.

Consideraciones éticas: Antes del inicio de la entrevista se administró el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario.

Resultados

Continuidad de gestión clínica: Consistencia de la atención

Los entrevistados de ambas subredes, perciben la existencia de colaboración entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, especialmente cuando se trata de usuarios con cuadros clínicos complejos; esta colaboración se traduce en acuerdos en los criterios diagnósticos y de tratamientos (Tabla 1. E35 SRS - E29 SRN). En la SRS se encontraron algunas excepciones basadas en discrepancias de criterios entre profesionales de 1° y 2° nivel de atención (Tabla 1. E37 SRS). Entre los entrevistados de ambas subredes se percibe la existencia de comunicación entre profesionales de los distintos niveles. En la SRS, los entrevistados valoran la comunicación telefónica entre profesionales para agilizar el proceso de atención (Tabla 1. E48 SRS). En la SRN, algunos usuarios que presentan cuadros clínicos complejos, perciben positivamente el acompañamiento del médico de 1° nivel a la consulta en el 2° nivel, para establecer comunicación directa entre profesionales (Tabla 1. E41 SRN). En lo referido a la secuencia de atención, en ambas subredes los usuarios entrevistados explicitan conocer el circuito de atención, el cual inicia en el 1° nivel, desde donde se gestionan los turnos para las interconsultas y la realización de estudios complementarios en el 2° nivel (Tabla 1. E53 SRS - E29 SRN). Sin embargo, manifiestan que esta secuencia suele verse alterada debido a la dificultad para conseguir turnos para realizar consultas con algunas especialidades. Esta situación ocasiona que los usuarios armen circuitos de atención alternativos, combinando la atención en la red municipal con la red provincial y/o de Obra Social (Tabla 1. E35 SRS - E42 SRN).

La duplicación de pruebas diagnósticas, no se menciona como un problema entre los entrevistados de ninguna de las subredes. Sin embargo, mencionan casos puntuales en que los profesionales tuvieron que repetirlos: en la SRS debido al extenso horizonte temporal para acceder a prácticas quirúrgicas y/o interconsultas con ciertas especialidades, que ocasionaron la pérdida de vigencia de los estudios realizados (Tabla 1. E52 SRS), en la SRN debido a la mala calidad de la imagen (Tabla 1. E50 SRN).

Los entrevistados de ambas subredes atribuyen al médico de 1° nivel el rol de médico de cabecera, debido a que es quien conoce la HC de forma integral, así como la realidad socio económica en la que se encuentran inmersos. Esto lo convierte en el médico de confianza, responsable del seguimiento/acompañamiento en la utilización de los servicios de la red abonando a la percepción de que el seguimiento recibido por parte de los profesionales es adecuado (Tabla 1. E44 SRS - E29 SRN). Precisamente debido a la importancia que le asignan al vínculo con el mismo, en la SRN algunos entrevistados expresan cierto malestar con el recambio de médicos (Tabla 1. E41 SRN). No obstante, en la SRS, ciertos entrevistados con cuadros complejos de salud, identifican a profesionales de 2° nivel como los responsables del seguimiento de su atención (Tabla 1. E49 SRS).

Finalmente, en la SRS se registran casos de referencia múltiple en usuarios que tienen obra social o que utilizan en simultáneo los servicios de la red provincial (Tabla 1. E35 SRS).

Tabla N° 1: Continuidad de la gestión clínica entre niveles / Consistencia de la atención.

CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA		
Consistencia de la atención		
Atributos	SRS	SRN
Percepción de colaboración entre prestadores de servicios	Ejemplos de percepción de colaboración entre profesionales de distintos niveles asistenciales - acuerdos en diagnósticos y tratamientos-	
	<p><i>P: ¿Y usted percibe que hay colaboración entre los médicos del primer nivel y los especialistas?</i> <i>R: Si. Los tres médicos que me atienden a nivel público, le puedo decir que sí (E35. Mujer. Celiaquismo – asma – hipotiroidismo – hernia hiatal – angina de pecho)</i></p>	<p><i>R: Sí, te digo más, inclusive con N [médica de 1° Nivel] la mayoría de las veces en que me auxilia cuando me agarra las crisis de asma, los medicamentos que ella me da a mí, pega justo con lo que me da la neumonóloga (E29. Mujer. Asma. Diabetes)</i></p>
	Ejemplo de percepción de discrepancias en criterios diagnósticos y de tratamiento entre médicos de 1° y 2°	
	<p><i>R: ... yo le digo "mirá que ya consulté a la otra doctora", "pero no, porque vos tenés que venir a mí" [médica del primer nivel]. Y, pero... y si no llego a ella por el hecho de decir que no me da lo que yo necesito en el momento. (E37: Mujer. Asma).</i></p>	
Percepción de comunicación entre niveles	Ejemplos de percepción de existencia de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales	
	<p><i>R: "Ese día que llegué estaba mal de los pulmones. La doctora del dispensario se comunicó con la doctora del C [efector de 2° N] y me hizo ir a allá para que me atienda. Cuando voy me atendió la doctora y me mandó a internar porque estaba ya con neumonía. Me mandó al R [efector de 2°N] llamó por teléfono para decir que me mandaba, entonces cuando llego al R [efector de 2°N] ya me estaban esperando" (E48. Mujer. Artritis reumatoidea)</i></p>	<p><i>R: El médico de cabecera se tomaba la molestia de ir a hablar con el especialista (...) los he visto muy interesados a algunos médicos (...) con esa sensación como que te acompañaron en el tratamiento. (E41. Mujer. Hipertensión. Diabetes. Artritis reumatoidea).</i></p>
Percepción de secuencia de atención adecuada	Ejemplos de percepción de conocimiento del circuito de atención: secuencia de atención adecuada	
	<p><i>Ella me va derivando donde yo necesito...y también con la depresión, L (médica 1°N) me hizo tratar con la psicóloga de acá. Ella me derivó porque vio que yo no estaba bien. (E53. Mujer. DBT – HTA – depresión)</i></p>	<p><i>P: "Y al C [efector 2°N] vos vas periódicamente?"</i> <i>R: Cuando lo necesito...</i> <i>P: ¿Y cuándo lo necesitás?</i> <i>R: Y, por ahí, cuando la neumonóloga me ve por insuficiencia respiratoria, ella me pone: venir en un mes o en dos meses. Después también la cardióloga, y bueno, cuando son cosas así, que acá por ejemplo no hay especialista.</i> <i>P: ¿Y quién te manda? o vos vas sola?</i> <i>R: El médico (1°N) me da la orden y me dice: "En la administración pida turno para ir". (E 29 mujer asma - insuficiencia respiratoria - diabetes - problema de corazón)</i></p>
	Ejemplos de percepción de dificultad para seguir adecuadamente la secuencia de atención	
	<p><i>R: Ella me fue guiando (médica 1°N) Y entonces me fueron derivando. Fui al M (efector hospitalario provincial) para ser atendida por el doctor P que era el especialista en hipotiroidismo, porque el P (efector de 2°N correspondiente) se había quedado sin endocrinólogo. (E35. Mujer. Celiaquismo –</i></p>	<p><i>R: Nunca tuve problemas con los médicos. Si, tuvimos problemas con el hecho de que cuando nos trajeron a otro lugar (cambio de CS por cambio de vivienda), que no hay turnos. Que a lo mejor te piden electrocardiogramas y acá (CS) me pidieron oculista y terminé viendo a un privado.</i></p>

	asma – hipotiroidismo – hernia hiatal – angina de pecho)	<i>terminé pagando los lentes caros, también todo es caro.</i> (E42. Mujer. Diabetes)
Percepción de que no se duplican pruebas diagnósticas	Ejemplos de percepción de no duplicación de pruebas diagnósticas/ casos que ameritan duplicación	
	<i>R: Y ahora que tengo todos los análisis, no tengo el turno con el especialista, así que cuando me salga el turno, seguro me los tengo que hacer de nuevo porque ya van a estar viejos los resultados</i> (E52. Mujer. DBT – HTA – Hipotiroidismo)	<i>R: Esta es la segunda tomografía que me pide, pero me explicó que la otra no era de buena calidad, que el aparato del otro hospital tenía más fidelidad</i> (E50. Hombre. Hernia de disco – Cefalea crónica)
Percepción de que el seguimiento ha sido adecuado	Ejemplo de percepción del médico de 1° nivel como responsable del seguimiento adecuado	
	<i>R: Nosotros a M (Médica 1° N) la tenemos allá arriba. El que más problemas tiene es mi marido, porque tiene bastantes enfermedades, pero vamos, ella nos soluciona, nos busca, habla... nos pregunta si fuimos, cómo nos fue. Le tenemos tanta confianza a M. Entonces él espera que llegue el lunes para ir a verla, para mostrarle todo a ella.</i> (E44. Mujer. Acompañante. Hipertensión).	<i>R: Mirá, acá en este dispensario... bárbaro. Fue siempre una atención muy buena en todo sentido. Yo por lo menos tengo un respaldo muy grande, a través de ella. [médica de cabecera] Siempre te están apoyando y prestando el oído a los pacientes. Eso es lo que yo estoy muy agradecida</i> (E29: Mujer. Asma – Diabetes)
	Ejemplo de percepción del médico de 2° nivel como responsable del seguimiento adecuado	
	<i>R: Desde que me operaron yo quedé así muy angustiado y creo que por eso también P – médico cardiólogo de 2° nivel- me dio su teléfono particular. (...) trato de cumplir con todo, voy una vez por mes a los controles, hago los estudios que me pide.</i> (E49: Hombre. Cardiópata severo. Hipertensión).	
	Ejemplo de percepción de referencia múltiple	
<i>P: Y con respecto a los profesionales actualmente ¿quién es su médico de cabecera?</i> <i>R: La doctora de PAMI</i> <i>P: ¿No tiene ya médico de cabecera en el CS?</i> <i>R: Y, en el CS la doctora C sería. Que ella es la que me firma recetas, pero no puede ser el médico de cabecera porque soy de PAMI (...) Y en el C (efector 2° nivel provincial) me atiende la doctora H (reumatóloga)</i> (E 35. Mujer. Celiaquismo – Asma – Hipotiroidismo – hernia hiatal – angina de pecho)		

Fuente: Elaboración propia.

Continuidad de gestión clínica: accesibilidad entre niveles

La percepción de los entrevistados en ambas subredes en relación a la atención oportuna y sin interrupciones entre niveles, pone en evidencia la existencia de discontinuidades

para acceder a algunas consultas en el 2º nivel, ya sea para realizar una interconsulta con algún especialista, o algún estudio complementario. Las dificultades se vinculan al prolongado tiempo de espera para acceder a la consulta. Esta situación ocasiona una auto percepción de deterioro de la salud y en algunos casos, impulsa a los usuarios a salirse de la red de atención municipal para resolver sus problemas de salud en otras redes de servicios (Tabla 2. E44 SRS - E29 SRN). De igual forma, los usuarios de ambas subredes identifican discontinuidades en la atención cuando necesitan acceder al Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), servicio que centraliza el traslado en ambulancia en situaciones de urgencias. En la SRN manifiestan haber realizado el pedido de traslado sin recibir respuesta, debiendo resolverlo por cuenta propia (Tabla 2. E42 SRN). Contrariamente, existe una percepción de atención oportuna cuando refieren a la consulta en el 1º nivel de atención. En la SRS mencionan que los turnos no demoran más de una semana y que, en caso de necesitarlo, pueden acudir a la consulta sin turno otorgado previamente (Tabla 2. E46; E45 SRS).

De manera general, los entrevistados de ambas subredes no manifiestan dificultades para acceder a los medicamentos que necesitan, los cuales se retiran en la farmacia del CS, sean prescritos por el médico de 1º o 2º nivel (Tabla 2. E52 SRS – E29 SRN). Como excepción en la SRN señalan dificultades para acceder a tiras reactivas y glucómetros para los autocontroles de glicemia (Tabla 2. E27 SRN).

En relación a la existencia de accesibilidad administrativa, en ambas subredes los entrevistados explicitan conocer a los profesionales que le brindan atención y los efectores a los que deben acudir, dado que se trata de circuitos pre-establecidos, con una gestión administrativa de turnos que se realiza desde el CS. Sin embargo, plantean discontinuidades vinculadas a la modalidad implementada para la entrega de turnos, que ocasiona que los usuarios deban volver reiteradas veces al CS para obtener el turno solicitado (Tabla 2. E44 SRS - E42 SRN). En la SRN, algunos usuarios reconocen situaciones de violencia vinculadas al desgaste e impotencia que les genera no poder resolver el acceso a la atención necesaria (Tabla 2. E41 SRN).

Tabla N° 2: Continuidad de gestión clínica / Accesibilidad entre niveles asistenciales.

CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA		
Accesibilidad entre niveles		
Atributos	SRS	SRN
Percepción de atención oportuna y sin interrupciones entre niveles	Ejemplos de percepción sobre el acceso al 2º nivel de atención	
	<i>R: Las ecografías acá en el P [efector 2ºN] esas son las cosas que a veces uno más tiene que esperar. Que tenga turno, que consiga... Por ahí uno para no esperar tanto vamos a hacernos la ecografía... no sé qué es... cómo una clínica (E44: Mujer. Acompañante – hipertensa)</i>	<i>R: Y acá en el dispensario a lo mejor tarda uno, dos meses...en general todos los turnos son iguales. No solo para verla a la neumóloga, también para hacerme una espirometría. Hay mucho tiempo, se tarda mucho. (E29. Mujer. Asma – DBT)</i> <i>R: ...Vos llamas por teléfono al SIES, te preguntan ¿cómo lo ves, ¿qué tiene? (...) entonces de ahí, a todo lo que me están preguntando, una hora más y la persona se me muere ahí. No vienen las ambulancias rápido... (E42. Mujer. Diabetes).</i>
	Ejemplos de percepción sobre el acceso al 1º nivel de atención	
	<i>R: Los turnos para mi doctora tardarán una semana más o menos. Pasa que nosotros ya sabemos que si tenemos una urgencia vamos a la salita y la doctora nos atiende en el momento (E46. Hombre - DBT - HTA)</i>	

	<p><i>R: Voy sin número y M [médico 1° nivel] ya me vé la cara que estoy para abajo y me dice: "Vení pasá", sin número me atiende. (E45. Hombre. DBT - EPOC - Hernia de disco)</i></p>	
Ejemplos de percepción sobre el acceso a medicamentos		
	<p><i>R: Los remedios los retiro todos de acá, del CS. Siempre me dan... Puede que alguna vez no tengan todo lo del mes, y entonces me dan una parte y después tengo que volver a buscar más, pero nunca me dejan sin medicación. (E52: Mujer- DBT- HTA- Hipotiroidismo)</i></p>	<p><i>P: Para acceder a los remedios ¿estás teniendo dificultades?</i></p> <p><i>R: No. Hasta ahora gracias a Dios siempre los conseguí por medio del dispensario. (E29: Mujer – Asma – DBT)</i></p>
Ejemplo de percepción de dificultades sobre acceso acceso a medicamentos		
		<p><i>R: ... estoy luchando para que me den el aparato de control de la diabetes. Hace un año que estoy anotada y no llegan, yo me puedo comprar la tira reactiva que acá también la dan (refiere al CS) pero los aparatos no llegan, hay gente que está esperando, somos personas de riesgo, necesitamos...por ejemplo acá, fijate, el doctor me puso una serie de controles que me tengo que hacer con ese aparato y tengo que venir a diferentes horas. (E27. Mujer. DBT – HTA – problemas cardíacos)</i></p>
Ejemplos de percepción sobre accesibilidad administrativa		
Percepción de accesibilidad administrativa entre niveles	<p><i>R: El Chico [administrativo] me dice: bueno, venga a ver si ya está el turno. A lo mejor a uno se le pasa, se olvida, o dice "bueno, vamos" y ya se pasó" (...) lo que siempre más renegamos es con eso. (E44. Mujer. Acompañante. Hipertensión).</i></p>	<p><i>R: Ellos piden turno de acá [CS] y tenés que venir, cada miércoles, o cada jueves o cada lunes que ellos te dicen, para ver si te consiguieron el turno. Si por X motivo vos no podés venir cuando te pasó algo, el turno lo perdiste. Y ahora como tengo una buena relación con la gente de acá, me saben llamar, si tienen tiempo, porque no soy la única, pero si no, no te dan otro turno generalmente (E42. Mujer. DBT)</i></p> <p><i>R: ...la gente también se enojaba con el tema de sacar turnos, es un tema que, a mí realmente me molesta. Tuvieron que poner una vigilancia después de algún episodio que hubo (...) que agredió a una administrativa, físicamente (...) porque una ya es grande y trata de contenerse, pero por ahí una joven, impulsiva, se raya y te da ganas de ir y meterles un bollo. (E41. Mujer. Hipertensión. Diabetes. Artritis reumatoidea).</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuidad de información entre niveles

En ambas subredes los entrevistados valoran que los profesionales conocen la historia clínica y logran transmitirles la información de forma simple y comprensible; resaltando especialmente la paciencia, la atención personalizada y la capacidad de resolver las dudas planteadas durante la consulta (Tabla 3. E35 SRS - E29 SRN).

Además, quienes cursaron internaciones, reconocen la existencia del informe de alta

hospitalaria como otro mecanismo de transferencia de información entre profesionales. Particularmente en la SRS explicitan conocer que en el CS así como en los hospitales donde transcurre el proceso de atención, existe un registro detallado de las intervenciones que les realizaron durante el proceso de internación (Tabla 3. E54 SRS).

En ambas subredes, los usuarios perciben que los profesionales usan mecanismos de transferencia de información, reconociendo la efectivización de la referencia y de la contrareferencia (Tabla 3. E52 SRS - E28 SRN). Para algunos usuarios de la SRN, no obstante, dicho intercambio se efectiviza solo en casos de salud de gravedad (Tabla 3. E41 SRN).

Tabla N° 3: Continuidad de información entre niveles / Transferencia de información clínica.

CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN (ENTRE NIVELES)		
Transferencia de la información clínica		
Atributos	SRS	SRN
	Ejemplos de percepción de conocimiento de la historia clínica	
Percepción de que los profesionales conocen la HC, valores, contexto.	<p><i>R: Claro. Porque (...) el médico conoce al paciente de manera integral (...) A mí lo que me interesa más del médico es que sepa quién soy. Como persona (...) Para mí es muy importante. (E35. Mujer. Celiaquismo. Asma. Hipotiroidismo. Hernia hiatal. Angina de pecho).</i></p> <p><i>R: Acá [Centro de Salud] está todo, toda mi historia clínica, una fotocopia de la historia de cuando estuve en el R (efector de 2ºN) y en el C (efector de 3ºN) y en los hospitales lo mismo: hay una fotocopia de la historia clínica con todo lo que me hicieron cuando estuve internado (E54: Hombre: Cardiopata- Secular IAM)</i></p>	<p><i>R: Es una señora [refiere a la médica del CS] con una paciencia extraordinaria, que te sienta, te explica, y te dice las cosas como son... (E 29. Mujer. Asma. Insuficiencia respiratoria. Diabetes. Problema de corazón)</i></p>
	Ejemplos de percepción de uso de mecanismos de transferencia de información	
Percepción de que los profesionales usan mecanismos de transferencia de la información	<p><i>R: S (médico del 1º N) me manda con todo escrito: lo que tengo, los remedios que tomo... Y los especialistas le mandan escrito también: cómo salieron los resultados, todo, para que ella lo vea. La verdad, se preocupan mucho. (E52. Mujer. DBT – HTA – Hipotiroidismo)</i></p>	<p><i>R: Yo tengo la nota del cardiólogo, del reumatólogo, del médico de cabecera, todo.</i> <i>P: Y cómo es eso: P (Médico 1º N) anota y vos lo llevás?</i> <i>R: Sí, o si no de allá (Médico de 2ºN) le mandan la nota a ella (Médico 1ºN)</i> <i>Cuando comencé con la insulina me hizo todas las notas para el cardiólogo y todo.</i> <i>P: Y todas esas notas las contestaron?</i> <i>R: Sí, ellos se comunican así. (E28 Mujer. Diabetes – hipertensión – problemas de corazón)</i></p> <p><i>R: Me parece que cuando son cosas de gravedad, que a ellos les parece grave, lo informan y cuando no, cuando no es nada grave, no. (E41. Mujer. Artritis reumatoidea)</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En sintonía con lo que señalan investigaciones actuales sobre la necesidad de producir y sistematizar conocimiento empírico para retroalimentar y validar los modelos conceptuales de CA y viceversa (5,12,14,26), el presente artículo se vuelve un aporte valioso que sistematiza la percepción de usuarios en dos subredes de la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario sobre la temática, escasamente abordada en la literatura regional y nacional.

Es importante señalar que las similitudes halladas son atribuibles a que las subredes forman parte de una única red de servicios, y están regidas por los mismos lineamientos políticos sanitarios. Las diferencias existentes fueron señaladas oportunamente.

Recuperando los resultados del presente estudio, puede verse que la dimensión consistencia de la atención, registra una percepción positiva por los informantes en relación a varios de sus atributos, especialmente en la colaboración, la comunicación entre profesionales, y el seguimiento adecuado. La buena percepción sobre colaboración contrasta con la evidencia de otras investigaciones regionales en las cuales el desacuerdo entre profesionales en criterios sobre el tratamiento, abonan a la percepción de discontinuidad de gestión clínica (12,14). Algo similar sucede con la percepción de comunicación, positivamente valorada en el presente estudio, considerada deficiente, o nula en otras investigaciones realizadas (9,12). En relación al seguimiento adecuado, a diferencia de los resultados hallados en otros estudios (5) donde las actividades de seguimiento son escasas y existe una percepción débil del médico de 1° nivel como responsable del mismo, en el presente estudio, los entrevistados refieren al médico de 1° nivel como responsable del seguimiento, lo cual es coherente con el modelo asistencial propuesto, centrado en la estrategia de APS y un rol destacado del médico de 1° nivel en relación al acompañamiento y seguimiento de los usuarios en sus trayectorias de atención. La adscripción de usuarios a equipos responsables en el 1° nivel, es un elemento clave para analizar la buena percepción de los informantes en relación al seguimiento, debido a que es una estrategia que apunta fuertemente al fortalecimiento del vínculo bidireccional entre el profesional responsable y el usuario, generando además mayor proximidad y comunicación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales. Sin embargo, en la SRS algunos entrevistados registran multireferencialidad. Se trata de usuarios que tienen obra social, y que combinan la atención en la red municipal, con la atención en otras redes. Es importante destacar que el hecho de contar con cobertura de obra social, condiciona las trayectorias de atención de los usuarios y contribuye al riesgo de fragmentación del proceso de atención.

Es destacable, que los problemas señalados en relación a algunos atributos de la consistencia de atención, podrían ser una consecuencia de las dificultades vinculadas a la accesibilidad entre niveles, más precisamente a la percepción de no recibir atención de forma oportuna y sin interrupciones entre niveles asistenciales. Aun cuando los entrevistados no mencionan la duplicación de pruebas diagnósticas como un problema, cuando existió, señalan como una de las causas principales la dificultad para acceder al 2° nivel. Lo mismo en relación a la percepción de secuencia de atención adecuada: las alteraciones que identifican, tienen como causa principal la dificultad para concretar algunas consultas en el 2° nivel; esto hace que los usuarios armen circuitos alternativos para sortear dicha dificultad.

La dimensión accesibilidad entre niveles evidencia dificultades en sus distintos atributos, siendo coincidente este resultado con los de la literatura revisada, internacional y regional (5,9,12,14,15). La percepción de recibir atención de forma oportuna y sin interrupciones es deficitaria entre los informantes de ambas subredes. Señalan discontinuidades para el acceso al 2° nivel, y también cuando necesitan utilizar los servicios del SIES. Dado que la accesibilidad a los servicios constituye una dimensión de la calidad asistencial y es un elemento central de la APS, los usuarios otorgan gran importancia al acceso ágil a los servicios para experimentar CA (5,27 - 29).

Las dificultades de acceso al 2° nivel, se contraponen a la percepción de atención oportuna en el 1°. Estos resultados son coincidentes con otros estudios realizados (7,12,14).

El acceso a medicamentos no evidenció grandes dificultades entre los entrevistados. Esta percepción puede verse fortalecida por la existencia de una política de medicamentos local desarrollada y fortalecida en el tiempo y que incluye dos laboratorios sociedades del Estado municipal y provincial respectivamente: Laboratorio de Especialidades Médicas (LEM) y Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), que elaboran y distribuyen medicamentos para los efectores de la red, resolviendo una parte importante del abastecimiento de insumos (30).

Por otra parte, la percepción de accesibilidad administrativa, también resulta negativa entre los informantes de ambas subredes, destacándose el mecanismo diferido de entrega de turnos como la causa principal. En relación a esto, es pertinente señalar que operativamente, el acceso de usuarios del 1° al 2° nivel para realizar interconsultas o estudios complementarios, se efectiviza a través de turnos gestionados desde los CS; para ello existen dos modalidades: por cupo y a demanda. En el primer caso, se otorga a cada CS una cantidad de turnos fijos con un especialista del 2° nivel, que opera como referencia distrital para los CS radicados en ese distrito. Los turnos tienen asignado día y horario. La modalidad a demanda se implementa de acuerdo a las necesidades de cada CS cuando la cantidad de turnos necesarios excede la cantidad de cupos para una especialidad determinada y cuando se trata de especialidades que tienen escasa demanda. Por su parte, la entrega de turnos en el CS a los usuarios solicitantes también tiene dos modalidades: cuando se trata de turnos para una especialidad cuporizada, en el mismo momento de la solicitud, si hay turnos disponibles, el usuario se va con la cita asignada. En este caso, la principal dificultad se vincula con la escasa disponibilidad de turnos especialistas para canalizar la atención, al menos en algunas especialidades. Si se trata de especialidades con turnos a demanda, y si la demanda es alta, la gestión es diferida y el usuario debe volver reiteradas veces al CS hasta que le confirmen la asignación del turno, dependiendo esto de la apertura y disponibilidad de agenda de especialidades en el hospital de referencia.

Los problemas vinculados a la entrega de turnos, son persistentes en la red. Fueron señalados en un estudio previo (19) en el cual se visualizan las dificultades de accesibilidad administrativa como un problema importante en el funcionamiento de la misma. Allí se mencionan la cuporización y la figura del operador de turno como dos mecanismos tendientes a mejorar las dificultades detectadas, pero es evidente que este sigue siendo un problema prioritario desde la perspectiva de los usuarios entrevistados. Si bien la modalidad de turnos cuporizados se propuso como superadora de la modalidad de otorgamiento de turnos a demanda, no logró superar los problemas que se vinculan a esta última modalidad: al ser escasos para algunas especialidades, los usuarios no siempre logran conseguir el turno en el momento en que lo solicitan, con lo cual, igual que como sucede con la modalidad a demanda, deben volver al CS reiteradas veces hasta acceder al mismo.

En relación a la CI, estudios previos señalan la inexistencia de mecanismos formales (5,9,12,14,15). Sin embargo, los resultados del presente estudio, evidencian una buena percepción de los entrevistados en relación a la existencia, el conocimiento y uso de mecanismos de transferencia de información entre los profesionales, tanto del 1° al 2° nivel, como en sentido inverso.

Conclusiones

Puede concluirse que la CI y la CGC presentan una buena valoración en varios de sus atributos constitutivos, sin embargo, en esta última, las dificultades vinculadas a la accesibilidad entre niveles se convierten en el mayor nudo problemático identificado en el estudio, afectando negativamente a la consistencia de la atención y a la continuidad

de gestión clínica de manera general. Sería oportuno indagar sobre la pertinencia de la cuporización como modalidad superadora de otorgamiento de turnos, así como sobre los criterios que la rigen. Analizar la CA desde la perspectiva del usuario, permite identificar brechas en la coordinación de la atención y por tanto esta perspectiva de análisis se vuelve un gran aporte en la mejora de la calidad de atención.

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos a las personas entrevistadas que aceptaron compartir con los investigadores sus valoraciones y percepciones en relación a sus procesos de atención; a las instituciones prestadoras de servicios de salud y sus respectivos equipos de trabajo que facilitaron el vínculo con los entrevistados; a la Comisión Europea, Programa FP7 cuyo apoyo financiero fue imprescindible para la realización del estudio.

FINANCIAMIENTO: La investigación que ha conducido a estos resultados recibió fondos de la Unión Europea Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013) contrato número 305197, en el marco del proyecto “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)”.

Bibliografía

1. Vázquez-Navarrete ML, Vargas-Lorenzo I, Unger JP, et al. Redes integradas de atención de la salud en América Latina: hacia un marco conceptual para el análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 26: 360-7.
2. Terraza-Núñez R, Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20(6): 485-95
3. Vargas-Lorenzo I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez A, et al. Percepciones del paciente sobre la continuidad de la atención médica y los factores asociados. Estudio transversal en municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil, Política y planificación de la salud. Volumen 32, Número 4, 2017; páginas 549-562.
4. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
5. Aller MB, Vargas-Lorenzo I, Sánchez-Pérez I, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública* 2010; 84:371-387.
6. Vázquez-Navarrete ML, et al. Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. Bogotá: Universidad del Rosario, 2018.
7. Waibel S, et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. *Int J Integr Care* 2015; Jul-Sep; URN:NBN:NL:UI:10-1-114834.
8. Waibel S, et al. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research* 2016; 16:466 DOI 10.1186/s12913-016-1696-8.
9. Waibel S, et al. What do we know about patients; perceptions of continuity of care. A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24 (1):39-48.
10. Baker R, Freeman G, Boulton M, et al. *Continuity of care: patients' and carer's views and choices in their use of primary care services*. London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2001.
11. Starfield B, Shi LY. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
12. Cisneros Luján A, González Rojas V, Cinta Loaiza D, Riande Juárez G. Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana UniverSalud*. 2017; Vol 13 N°25: 7-24.

13. García-Subirats I, Aller MB, Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML. Adaptación y validación de la escala CCAENA para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 2015; 29:88-96.
14. Chávez Chávez J, et al. La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. En: Vázquez-Navarrete ML, et al, editores. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*, 2018; (7) 147-181.
15. Ferreira da Silva MR et al. A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2. En: Vázquez-Navarrete ML, et al, editores. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*, 2018; (12) 259-293.
16. Comes Y, Solitario R, Garbus P, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones Facultad Psicología UBA. Buenos Aires*, 2006; Vol 15. 201-209.
17. Ariovich, A.; Jimenez, C. Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas. *Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento*, 2014.
18. Jiménez C. Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Salud Colectiva. Buenos Aires*, 2009; 5(2):211-224.
19. Mansilla C. Accesibilidad a las Interconsultas en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario de los pacientes adultos atendidos en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires: Becas de Investigación Ramón Carrillo- Arturo Oñativia; 2010. *Anuario Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud*.
20. Stolkiner A, et al. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência&SaúdeColetiva*, 2011; 16(6):2807-2816.
21. Maceira D. Argentina: claves para coordinar un sistema de salud segmentado. Buenos Aires: CIPPEC; 2010. *Documentos para políticas públicas. Recomendación N°81*.
22. Gobierno de Santa Fe. Santa Fe: Gobierno de Santa Fe, 2018 [Acceso 05 de febrero de 2018]. Red de salud integral y universal. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
23. Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud Pública: Rosario, 2018 [Acceso 05 de febrero de 2018]. Centros de Salud y Hospitales municipales. Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/hospitales/>
24. Báscolo E, Yavich, N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev. Salud pública*, 2010; 12 (1): 89-104.
25. Vázquez-Navarrete ML, Vargas-Lorenzo I, Unger JP, 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* 2015;5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037.
26. Haggerty J. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e5915.
27. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *SocSci Med*. 2000;51(11):1611-25.
28. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC: NationalAcademyPress; 1994.
29. Pujol E, Gené J, Sans M, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 2006;20(3):209-19.
30. Botta CA. Evaluación del suministro de medicamentos en los servicios de atención primaria de salud de Rosario, Argentina, 2005. *RevPanam Salud Publica*. 2009;25(4):283-91.