

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA CONTINUIDAD
DEL CUIDADO EN SALUD MENTAL. UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.”**

NICOLÁS FIERRO JORDÁN

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. PEDRO ZITKO M.

Santiago, ENERO 2017

RESUMEN.

Antecedentes: El concepto de Continuidad de cuidados es un elemento transversal en los sistemas de atención en salud mental desde la perspectiva comunitaria, sin embargo la literatura en la actualidad no delimita los elementos constitutivos de este fenómeno.

Objetivos: Identificar los elementos teóricos presentes en el concepto de continuidad de cuidados en salud mental. Identificar los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado. Distinguir los factores determinantes de la continuidad del cuidado. Elaborar una definición operacional.

Métodos: Se efectuó una revisión sistemática de la literatura con análisis cualitativo, a partir de artículos que contuvieran elementos teóricos de la continuidad de cuidados en salud mental.

Resultados: Se incluyeron 16 artículos en la síntesis final, la cual resultó en la elaboración de 9 características de la continuidad del cuidado. Posteriormente, se distinguieron 5 elementos constitutivos (longitudinalidad, individualidad, información, flexibilidad y estabilidad en la relación) y 4 factores determinantes (vinculación entre organizaciones, servicios comprensivos, accesibilidad y contexto), además se presenta una definición del concepto. **Conclusiones:** El estudio agrupa distintas características relacionadas a continuidad, la cual no es un fenómeno aislado y requiere ser vista en el contexto de una red de servicios.

ABSTRACT.

Background: Continuity of care is an usual concept in current community mental health care systems. Nevertheless, scientific literature is not clear about its core elements.

Objectives: To identify theoretical components included in continuity of care. To identify the core elements of continuity of care. To distinguish the main related factors regarding continuity of care. To build an operational definition.

Methods: A systematic review of the literature was developed using a qualitative approach. Articles regarding theoretical elements of continuity of care in mental health care were selected.

Results: 16 articles were selected. 9 main topics were defined about continuity of care. Later, 5 core elements (longitudinality, individuality, information, flexibility and stable relationship) and 4 related factors (organizational links, comprehensiveness, accesibility and context) were distinguished. **Conclusions:** This study groups different characteristics regarding continuity of care, a phenomenon which needs to be considered as a whole and as part of a integrated health care network.

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	
1. La Aproximación Comunitaria en Salud Mental	9
1.1. La Atención Comunitaria en Salud Mental	9
1.2. El proceso de reforma en Latinoamérica y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile.	14
2. Continuidad de Cuidados.	22
2.1. Antecedentes del Concepto de Continuidad de Cuidados	22
2.2. Conceptualización de la Continuidad de Cuidados en Salud Mental.	24
III. OBJETIVOS	34
IV. MARCO METODOLÓGICO	35
V. RESULTADOS	41
VI. DISCUSIÓN	65
VII. CONCLUSIONES	71
VIII. COMENTARIOS FINALES	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
X. ANEXOS	80

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. Modelo conceptual multinivel de la continuidad de cuidados: elementos centrales y tipos de continuidad.	29
TABLA 2. Descripción de los estudios incluidos en la revisión	45-46
TABLA 3. Definiciones de Continuidad de Cuidado provistas por artículos seleccionados	46
TABLA 4. Características de la continuidad halladas en los textos incluidos	47
TABLA 5. Categorías de la continuidad del cuidado y elementos conceptuales incluidos.	56-57
TABLA 6. Elementos Centrales y Factores Determinantes de la Continuidad del cuidado.	62
FIGURA 1. Continuidad de Cuidados en el contexto de otros conceptos relacionados.	30
FIGURA 2. Diagrama de Revisión Sistemática	44
FIGURA 3. Esquema conceptual sobre los elementos constitutivos y factores determinantes de la continuidad del cuidado y sus relaciones.	58

I. Introducción

I. Introducción.

El desplazamiento de la atención psiquiátrica desde el espacio asilar hacia servicios puestos en la comunidad han guiado la construcción de redes asistenciales de un alto nivel de complejidad, en donde convergen distintos recursos sociales y sanitarios.

Esta transición se traduce en la implementación de formas de atención con base comunitaria, lo que a menudo se denomina Modelo de Salud Mental Comunitario; perspectiva que enfatiza la disposición de servicios territoriales y la integración de los distintos niveles de atención , obligando al desarrollo estrategias para el trabajo en red y la constitución de vínculos entre los variados dispositivos que componen la red de salud mental.

En la actualidad, la existencia de redes sanitarias integradas ha puesto la mirada sobre algunos elementos del trabajo en red y, especialmente, en aspectos relacionados a la coordinación asistencial y la continuidad de la atención. Desde la perspectiva comunitaria, la integración de la red asistencial es clave para avanzar en la recuperación de usuarios con trastornos psiquiátricos y asegurar la entrega de servicios equitativos e integrales a través del continuo de los cuidados requeridos. Dicho de otro modo, la articulación y coordinación de la red sanitaria, facilita la continuidad de cuidados que estos pacientes requieren.

La continuidad de cuidados, por su parte, aparece como un concepto renovado en los últimos años, al estar frecuentemente vinculado a indicadores de desempeño de los sistemas sanitarios. En psiquiatría, la continuidad de cuidados es propuesta como un elemento crítico en el desarrollo de las redes comunitarias, por cuanto en la era de las grandes instituciones manicomiales, la atención centralizada no significaba un desafío en torno a la articulación de distintos recursos sanitarios, sino un tránsito permanente entre los servicios de una misma institución . Hoy por hoy, la continuidad del cuidado constituye un eje primordial en la provisión de servicios de salud mental basados en un modelo comunitario de atención.

Este nuevo escenario para la salud mental supone cambios en la organización de las acciones asistenciales que realizan los prestadores, y desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, se debe propender a aumentar la accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad e integralidad de los servicios que conforman la red.

La continuidad de cuidados refleja en este marco, el modo en que las redes operan para proveer servicios integrales y continuos de acuerdo a la necesidad del paciente. Aún así, su operacionalización es incipiente y la literatura permite observar algunas aproximaciones teóricas multidimensionales, siendo frecuente la disparidad y confusión respecto a otros conceptos relacionados. Por otra parte, los intentos por medir continuidad de cuidados sólo han sido capaces de dar cuenta de elementos aislados del funcionamiento el sistema de salud o visualizar las percepciones de los usuarios respecto a la continuidad. Los estudios actuales, en suma, no dan cuenta con certeza de aquellos elementos constitutivos de este proceso ni operacionalizan las dimensiones de forma que puedan trasladarse hacia elementos operativos que sean de utilidad para los servicios de salud mental

El objetivo de este trabajo consiste en distinguir los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado (atributos que son propios de este concepto) de otros factores determinantes (que influyen sobre la continuidad sin ser un atributo de la misma). Con estos resultados, se buscan delimitar los alcances del concepto con miras hacia una posterior operacionalización en prácticas relevantes para la atención en salud mental.

II. Marco Teórico

II. Marco Teórico

1. La Aproximación Comunitaria en Salud Mental.

Los modelos de atención para personas con trastornos de salud mental han visto avances significativos en los últimos 50 años. Procesos de desinstitutionalización desarrollados a partir de las reformas psiquiátricas en diversos países del globo, movilizaron las estructuras de los sistemas sanitarios para permitir el desplazamiento de la provisión de servicios de salud en personas portadoras de trastornos psiquiátricos desde las grandes instituciones psiquiátricas, presentes en la mayoría de los países, hacia centros de salud mental comunitarios o servicios de atención instalados en hospitales generales. Asimismo, la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) la Carta de Ottawa (OMS, 1986) y la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, impulsan el desarrollo de acciones en salud, y en particular en salud mental, con un fuerte foco en lo comunitario y el desarrollo de la atención primaria como base del sistema de salud.

El objetivo de este capítulo es describir los principios y características que dan forma a la atención comunitaria en salud mental y que constituyen el marco de referencia para abordar la continuidad de cuidados. Posteriormente, se describirá el proceso de implementación en Chile a partir del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

1.1. La Atención Comunitaria en Salud Mental.

Los procesos de reforma a la asistencia psiquiátrica en diversos países del globo¹ surgieron con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial y plantearon un cuestionamiento hacia las grandes instituciones asilares que proporcionaban el resguardo de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, la transición hacia un enfoque de atención con acento comunitario comienza a gestarse con claridad a partir de la década de 1960.

Desviat y Moreno plantean dos hitos como punto de partida al modelo de salud mental comunitario, el *Community Mental Health Centers Act*, programa presentado por John Kennedy en 1963 y que estimulaba la creación de centros de salud mental a nivel nacional y la publicación del libro “Psiquiatría Preventiva” del psiquiatra estadounidense Gerald Caplan.² Caplan plantea una definición de la psiquiatría preventiva que comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como bosqueja la idea del trabajo intersectorial en el abordaje de las enfermedades mentales entendidas en un contexto local en el cual los problemas comunitarios que no pueden ser abordados sólo a partir de medidas sanitarias.³

En este contexto de apertura global, se instalaban procesos de reforma a la asistencia psiquiátrica que se orientan al desarrollo de cambios en los sistemas de salud respecto a la integración de sus niveles de atención, desde la educación a la rehabilitación, y en cuanto al desarrollo de intervenciones poblacionales que posibiliten el desarrollo de acciones en la comunidad.² Indistintamente de los lugares en que se llevaron a cabo estas reformas, Desviat reconoce al menos cuatro conceptos compartidos y que se integran posteriormente a la noción de la atención comunitaria en salud mental:²

- La superación del manicomio.
- La zonificación o territorialización.
- La continuidad de cuidados.
- La integración de los tres niveles básicos de atención.

Al alero de estas ideas, la psiquiatría comunitaria comienza a gestarse mediante una nueva organización de los servicios de salud mental, lo cual obedece a la existencia de al menos tres tipos de desplazamientos que genera este nuevo enfoque: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios y del psiquiatra al equipo.²

Estos movimientos resumen la perspectiva que adopta el modelo salud mental comunitario. A partir de la idea de la desinstitucionalización, no sólo se garantizan

los derechos de las personas, sino que también se persigue el abordaje de los problemas de salud mental dentro de las comunidades en que las personas viven. Esto integra, implícitamente, una noción más amplia de enfermedad en que se conjugan los determinantes sociales de la salud y se visualiza la salud como un fenómeno de las comunidades que debe ser abordado en ese contexto. Por otra parte, se incorpora una visión de los servicios organizados en territorios específicos e integrados en los distintos niveles de atención, en que el abordaje es realizado por equipos de salud que entregan una respuesta integral a los problemas de salud mental.

Cohen resume la idea de la desinstitucionalización al plantear un conjunto de principios que justifican su puesta en marcha:⁴

1. El rescate de los recursos de salud intrínsecos de las personas y de los grupos sociales como estrategia fundamental.
2. El trabajo en un territorio determinado.
3. La difusión del conocimiento y el desarrollo de programas de capacitación.
4. El trabajo en equipo.
5. Los componentes técnicos, políticos y sociales como elementos cruciales en los programas de salud mental comunitaria.
6. La satisfacción de las necesidades de las personas en situación de crisis dentro de sus entornos habituales.
7. La promoción del aprendizaje de nuevas modalidades de mitigar el sufrimiento.
8. El estímulo al aprendizaje y su complemento en prácticas que consoliden la recuperación de las personas.
9. La rehabilitación basada en principios pragmáticos integrando las habilidades y destrezas de las personas.
10. La garantía del ejercicio de los derechos ciudadanos.

De esta manera, la desinstitucionalización puede entenderse como un proceso transformador de los principios y prácticas que sustentan la atención comunitaria de las personas con problemas de salud mental.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁵, expresa la necesidad de proporcionar la atención de la salud mental en los servicios generales y los entornos comunitarios, lo cual requiere además de una respuesta a nivel de lo sanitario, la articulación de otros sectores como educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social; lo cual entendemos como intersectorialidad, y la participación de los usuarios y sus familias. ⁵

En los últimos años, la OMS ha propuesto que la combinación óptima de los servicios de salud mental debe dar prioridad a la atención comunitaria y resta importancia a aquellos servicios de larga estadía y servicios especializados, lo cual se resume en siete recomendaciones:⁶

1. Reducir el número de hospitales psiquiátricos.
2. Establecer servicios comunitarios de salud mental.
3. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales.
4. Integrar la salud mental en la atención primaria de salud.
5. Crear servicios comunitarios de salud mental no formales.
6. Promover el autocuidado.
7. Fomentar la colaboración intrasectorial e intersectorial.

A su vez, plantea que las redes de servicios deben responder a distintos atributos: accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de cuidados, territorialidad o sectorización, efectividad, equidad y respeto por los derechos humanos.⁶

Vistos estos antecedentes, puede resumirse la idea de salud mental comunitaria como un modelo teórico con enfoque poblacional, en el cual se supera la idea de la persona como depositario de patologías e intervenciones y se pone el acento sobre la comunidad y sus determinantes. Más allá de la desinstitucionalización y el cierre de los grandes asilos, el modelo implica generar y organizar distintos servicios dispuestos de forma integrada y en el marco de un territorio específico, de forma que la atención de los equipos de salud mental sea pertinente a las

necesidades y características socioculturales de éste. Implica la participación de diversos actores y sectores en el cuidado y se promueve una idea de ciudadanía y el respeto a los derechos, lo cual representa un cambio en el paradigma y un desafío para la implementación de políticas públicas en salud mental.

Al respecto, Desviat y Moreno proponen seis principios de la psiquiatría comunitaria:²

1. Preocupación no sólo por la curación, sino como una acción integradora de la promoción y prevención primaria de la salud, la prevención secundaria y la rehabilitación.
2. La integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria.
3. Consideración de la calidad subjetiva de vida del enfermo y de las personas de su entorno, de sus derechos y autonomía.
4. La organización de la comunidad para la defensa de los derechos de los pacientes mentales.
5. Integración del saber popular.
6. Reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios.

Si bien estas nociones permiten acercarnos a los ejes que sustentan la atención comunitaria en salud mental, es preciso conocer algunos detalles de los procesos de reforma en Latinoamérica, la cual permite contextualizar la implementación de estos cambios en Chile, a partir del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria.

1.2. El proceso de reforma en Latinoamérica y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile.

A diferencia de las transformaciones a los sistemas de atención en salud mental que se forjaron en países de Norteamérica y Europa a partir de las décadas de 1950 en adelante, en Latinoamérica los procesos se desarrollaron de forma más tardía y con algunas características que la distinguen de otros lugares.

La Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), habían puesto de manifiesto la necesidad de integrar a la salud mental a la atención primaria y establecer estrategias de promoción de la salud mental en la población. No obstante, en los países de la región persistían dificultades para implementar cambios sustanciales a la asistencia psiquiátrica. Ante este escenario, la Organización Panamericana de la Salud, impulsó la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, la cual fue celebrada en Caracas en 1990. Esto marcó un precedente, en cuanto la Declaración de Caracas; emanada de esta conferencia, impulsó a los países participantes a la adopción de medidas tendientes a transformar los servicios de salud mental incorporando los principios que sustentan el abordaje comunitario.

La Declaración de Caracas establece la necesidad de los países de superar la atención psiquiátrica tradicional y generar cambios que posibiliten la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.⁷ Este llamado implica no sólo una reorganización de los servicios, sino también de los recursos, sectores y legislaciones que permitan asegurar este cambio.

Años más tarde, en 1997 y en 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud instó a los Estados Miembros a:

- Desarrollar programas nacionales de salud mental.
- Reorientar los servicios de salud mental (de institucionales a comunitarios)

- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- Mejorar la legislación y regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.⁸

Quince años después de la Declaración de Caracas, se constataron cambios en distintos países de la región, llegando el 89,5% de los países a contar con políticas nacionales de salud mental, de las cuales cerca del 70% son posteriores a la conferencia.⁹

En 2005, fue celebrada la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, destacándose experiencias como la de Brasil, cuya reforma ayudó a reducir las camas psiquiátricas y crear redes comunitarias de atención, y la experiencia de Chile con el Plan Nacional de Salud mental que impulsó la integración de la salud mental dentro de las redes de salud pública.⁷ Además, se destacan otras experiencias como la de Río Negro, en Argentina; donde el Hospital Psiquiátrico fue reemplazado por una red de programas y servicios diversificados de salud mental en la comunidad,⁹ el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental en Cuba, la atención de grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.⁸

Chile, al igual que otros países latinoamericanos, impulsó cambios en la atención de salud que se consolidaron con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, promulgado el año 2000 y con el que se buscaba un cambio en los servicios disponibles y una orientación hacia la atención comunitaria de la salud mental.

En nuestro país, el primer intento por desarrollar un Plan Nacional de Salud Mental se remonta a 1966 y fue liderado por el Dr. Juan Marconi. Éste se orientaba al

desarrollo de una red de servicios basada en la atención primaria y en hospitales generales, aunque no contó con apoyo político y de recursos suficientes para prosperar.¹⁰

Recién en 1993; habiendo retornado la democracia al país unos años antes, se formuló el primer Plan Nacional de Salud Mental, el cual propuso nuevas estrategias para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud mental en el Sistema Público de Atención.¹¹ Este plan, promovió la integración de la salud mental en la atención primaria y contribuyó al aumento de los equipos de especialidad ambulatorios y la instalación de los primeros hospitales de día, programas de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad y hogares protegidos.¹⁰

El año 2001, se reestructuró este primer programa y fue promulgado el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual reconoció que la atención integral comprende intervenciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud mental y en donde la hospitalización es considerada una alternativa excepcional de la atención de un episodio agudo enfatizando la reincorporación temprana al entorno familiar y comunitario.¹¹ Dicha reformulación respondió a la necesidad de abordar la insuficiente respuesta de los servicios existentes que generaba una demanda excesiva de hospitalización y además contar con el financiamiento para sustentar los cambios estructurales que debían realizarse.¹¹

Esta nueva estrategia, cuyo propósito final es el desarrollo humano, propone entre otras cosas el acceso universal, la integración cultural, la participación activa de las personas y sus familiares y un financiamiento asegurado para la población lo cual permite visualizar características propias del modelo comunitario, especialmente en cuanto a las acciones de salud pública que deben tomarse.¹²

En los aspectos técnicos, el programa reconocía a las personas en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales y la necesidad de realizar acciones en los distintos niveles de atención de acuerdo a los avances de la

ciencia y la evidencia e introduciendo la utilización de enfoques comunitarios con un fuerte componente de atención ambulatoria y la promoción de las capacidades de los grupos humanos.¹²

Sobre la base de su propósito, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría propone una serie de estrategias, a saber:

- Intersectorialidad en las acciones de promoción.
- Intervenciones como parte de una estrategia sanitaria integral.
- Apoyo y soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares.
- Privilegio de acciones preventivas y tempranas por sobre aquellas de mayor especialización, para restringir institucionalización.
- Refuerzo y creación de equipos especializados de salud mental y psiquiatría ambulatorios.
- Coordinación en red de los dispositivos.
- Redefinición periódica de las actividades o prestaciones de los dispositivos de la red.
- Incentivo a la participación de las agrupaciones de usuarios y familiares en los distintos niveles de la red.
- Difusión de orientaciones y normas técnicas y administrativas para orientar acciones de cada servicio, dispositivo o establecimiento de salud.
- Evaluación sistemática de la red de servicios.
- Incorporar medidas para asegurar su financiamiento.

Además, incorpora una distinción respecto de aquellas acciones de Intersectorialidad y acciones del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, para diferenciar aquello relacionado a la mejora de las condiciones psicosociales que influyen sobre la salud mental de la población -y que requiere la acción de distintos sectores- de aquellas actividades realizadas por los establecimientos de salud.

En cuanto al programa, éste define actividades y acciones para cada uno de los niveles de resolución, desde el nivel primario hasta aquellos servicios de

especialización, las cuales se organizan en función del responsable, a quiénes van dirigidas y el nivel de atención al que pertenecen. Al mismo tiempo, define siete prioridades programáticas:

- Promoción de salud mental y prevención de riesgos.
- Trastornos mentales asociados a la violencia: maltrato, violencia intrafamiliar y represión política 1973-1990.
- Trastornos de hiperactividad/de la atención en niños y adolescentes en edad escolar.
- Depresión.
- Trastornos psiquiátricos severos - Esquizofrenia.
- Alzheimer y otras demencias.
- Abuso y dependencia a alcohol y drogas.

La instalación del concepto de red de servicios como parte de este nuevo modelo de atención constituye una característica esencial de este plan. Se plantea un traslado desde la estructura física de un establecimiento de salud hacia las prestaciones o actos clínicos que son entregados por una red de servicios que se articulan de forma de *asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.*

Para la conformación de la red, se dispone de la Norma Técnica N° 35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría (Minsal, 1999), la cual da cuenta de la necesidad de contar con redes locales de acuerdo a un modelo de atención comunitario y estableciendo las bases para la planificación y programación de las actividades en salud mental y en sus distintos niveles de atención.

Para el desarrollo estratégico de una red de servicios de salud mental, el Plan contempla tres niveles de resolución que incluyen un conjunto de acciones, dispositivos y población.

El Nivel Primario corresponde al Barrio-Comuna y se centra en la promoción y prevención en salud mental. Contempla un Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría integrado a establecimientos de salud primaria, la figura de la Consultoría en Salud Mental y la incorporación de psicólogos en Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos.

El Nivel Secundario corresponde a la Comuna-Provincia y contempla la incorporación de Equipos de Salud mental y Psiquiatría Ambulatoria, de composición multidisciplinaria, con población beneficiaria asignada y con responsabilidad no sólo sobre el trabajo asistencial, sino también sobre acciones de coordinación de la red, asesoría, capacitación y establecimiento de vínculos intersectoriales. Estos equipos se insertan en establecimientos como Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Consultorio de Referencia en Salud (CRS), Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Hospitales Generales tipo 1, 2 y 3, Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y Hospital Psiquiátrico. Otros dispositivos contemplados en este nivel de resolución son: Hospitales de Día, Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía, Servicios de Urgencia, además de una red de Hogares Protegidos, Agrupaciones de Usuarios y Familiares y Comunidades Terapéuticas.

El Nivel Terciario de Resolución, a nivel de la Provincia-Región, contempla la incorporación de dispositivos del nivel terciario tales como Hospital de Día para Niños y Adolescentes, Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes, Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía, Unidad de Adicciones Ambulatoria, Unidad de Adicciones para Hospitalización, Programa de Reparación Integral en Salud para personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS) y unidades de Psiquiatría Forense.

Además, el plan contempla una integración de los cuatro Hospitales Psiquiátricos existentes contribuyendo a las acciones del nivel secundario y terciarios, desarrollando un proceso paulatino de externalización de estos servicios hacia dispositivos puestos en la comunidad e impidiendo la instalación de nuevos Hospitales Psiquiátricos.

Para finalizar, es posible destacar dos aspectos relevantes del plan que contribuyen de manera significativa a fortalecer la noción de la continuidad asistencial. Primero, los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, son considerados un eje articulador de la red de servicios, función que se relaciona directamente con sus características: multidisciplinaridad, trabajo en equipo, sectorialización, integralidad, continuidad del cuidado, articulación con atención primaria, el trabajo conjunto con usuarios y familiares, la intersectorialidad y el desarrollo profesional continuo.

En segundo término, se reconoce la continuidad de la atención como un aspecto indispensable de la calidad, lo cual se da en el espacio de una red organizada de servicios articulados, con población asignada y cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio. Respecto a la continuidad del cuidado, menciona: *“Es particularmente relevante en el caso de las personas con enfermedades severas y de larga evolución, las que generalmente presentan algún grado de discapacidad psicosocial. Estas personas requieren establecer un vínculo personal y terapéutico profundo con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, y en especial con uno de sus miembros, identificado como su principal agente terapéutico y de rehabilitación, el que lo apoya en el uso de los distintos dispositivos de la red de salud mental y psiquiatría, y motiva su adhesión a tratamiento”*.

Tras la revisión de este capítulo, es posible concluir que el desarrollo de un modelo comunitario de atención en salud mental impulsó cambios en la asistencia psiquiátrica y la creación de políticas públicas para asegurar su puesta en marcha. En el caso de Chile, esto se tradujo en la creación de un Plan Nacional de Salud

Mental que se consolidó en 2001 y que continúa vigente. La continuidad de cuidados, en tanto, aparece como un elemento central de este modelo y requiere ser precisada en su elaboración conceptual, la cual será abordada en el siguiente apartado.

2. Continuidad de Cuidados.

La relevancia actual del concepto de continuidad de atención emerge desde la integración de los servicios sanitarios que han conformado las redes asistenciales existentes. Las personas son atendidas por un conjunto de proveedores de salud, en distintos lugares, lo cual plantea desafíos en torno a la fragmentación de los cuidados sanitarios que las personas reciben.¹³ En diversos países, la articulación de los prestadores sanitarios se dan en particular en la red pública de atención, la cual se forja desde la perspectiva de las Redes de Servicios de Salud Integrados en la cual la atención primaria de salud se vincula con el hospital general para la atención de especialidad. La continuidad de cuidados, refleja el tránsito de los usuarios entre los distintos dispositivos sanitarios de acuerdo a sus necesidades de salud, y pese a que su desarrollo conceptual se inicia a mediados del siglo XX¹³, aún es plausible la inexistencia de un consenso respecto a los atributos que están relacionados a la continuidad.¹³⁻¹⁶ A partir de una revisión de literatura relacionada a este concepto, se puntualizará sobre su desarrollo conceptual y la descripción de las características constitutivas mencionadas con mayor frecuencia en las publicaciones relacionadas a trastornos mentales, dada la necesidad de develar sus características para permitir una mayor comprensión de este fenómeno.

2.1. Antecedentes del Concepto de Continuidad de Cuidados.

La continuidad de cuidados en salud mental es descrita en diversas revisiones que buscan sistematizar la información disponible, en línea con los cambios que ha experimentado la organización de los sistemas de salud en las últimas décadas. A menudo, ésta es referida como una característica esencial de los servicios comunitarios,¹⁷ un elemento central de los cuidados^{16,18} y un indicador clave del desempeño de los servicios de salud.^{14,19}

La importancia del concepto en salud mental se asocia a la descentralización de los servicios de atención que ocurre a partir del desplazamiento de un modelo

institucional hacia un modelo de atención comunitaria. Esta transición, puso de manifiesto la necesidad de asegurar una atención ininterrumpida de los usuarios con patologías graves mediante la interlocución de distintos prestadores de salud, según la necesidad que las personas presenten a lo largo del tiempo, es decir, supone una integración de los servicios para la provisión de cuidados en salud mental y entiende la continuidad de cuidados como el proceso de operatividad de la organización y la coordinación del trabajo comunitario.²⁰

En general, los primeros antecedentes de este concepto se remontan a mediados del siglo XX, describiéndose en función de la existencia de un sólo proveedor de atención de salud. Luego, el concepto adopta nuevas acepciones y durante la década del setenta alude a la relación entre el cuidado pasado y futuro, enfatizando la coordinación y persistencia de los cuidados. En la actualidad, se acepta la existencia de una aproximación multidimensional, del cual se han desarrollado algunos modelos que esquematizan las variables que influyen sobre la continuidad.²¹

Por otra parte, la continuidad en la atención ha sido explorada más allá del campo de salud mental y en términos generales constituye un objetivo de los sistemas sanitarios. No obstante, existe un desarrollo divergente en la literatura, identificándose diferencias respecto al énfasis que es dado en distintas disciplinas. Haggerty *et al.*¹³ identifican cuatro dominios desde los cuales aproximarse a la continuidad de cuidados: (a) Atención Primaria; cuya perspectiva alude a la relación entre el proveedor y el paciente, (b) Salud Mental; cuyo énfasis está puesto sobre la coordinación de los servicios y la estabilidad de la relación entre los equipos de salud y el paciente, (c) Enfermería; donde se destaca la transferencia de información y la coordinación de los cuidados, y (d) Manejo de Enfermedades; en función de la coherencia en la provisión de servicios por diferentes proveedores, la existencia de protocolos de cuidado y estrategias de gestión. A partir de esta revisión, se plantean al menos dos atributos de la continuidad: el cuidado del paciente individual y el cuidado a lo largo del tiempo.

Asimismo, la distingue de otros conceptos relacionados como la integración y la coordinación de los servicios.

Una dificultad frecuentemente referida en la literatura al intentar construir una definición de continuidad de cuidados, resulta de la superposición de algunas características respecto a otros conceptos similares como coordinación, integración, cuidados centrados en el usuario, manejo de casos, entre otros.²¹ A su vez, existe confusión respecto a la continuidad y la adherencia de las personas a los tratamientos,¹⁵ lo cual en salud mental cobra gran relevancia debido a las altas tasas de abandono de tratamiento en los usuarios.²² Esta confusión ha impedido un desarrollo del concepto de continuidad de cuidados que sea independiente de aquellos conceptos asociados, del mismo modo que ha sido difícil operacionalizar sus elementos dimensionales en aspectos concretos y unívocos del cuidado.

El desafío de traducir la continuidad del cuidado en elementos concretos y útiles para la evaluación de los servicios de salud mental, en la actualidad está orientado en la construcción de indicadores que den cuenta de elementos de la continuidad desplegados en la atención de personas con trastornos mentales. Sin embargo, su desarrollo es reciente y aún persisten vacíos conceptuales que permitan delimitar los elementos propios de la continuidad del cuidado en relación a otras características de la atención en salud mental.

2.2. Conceptualización de la Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

Pese a la escasa evidencia disponible respecto al efecto que tiene la continuidad de cuidados sobre los indicadores de salud,²³ existe acuerdo en que la continuidad de cuidados tiene distintos beneficios para los usuarios atendidos en los servicios de salud. La literatura a menudo menciona que en la medida que los sistemas de salud provean continuidad, existe un impacto positivo sobre la calidad de vida, el nivel de salud, los costos sanitarios asociados a la sobreutilización de

servicios^{13,14,21}, así como otros indicadores relacionados a satisfacción y mortalidad.^{24,25}

La asunción de estos beneficios ha impulsado a la consecución de estudios dirigidos a delimitar las aristas del concepto de continuidad de cuidados que la hagan verificable en la práctica. Sin embargo, los estudios publicados hasta la fecha en su mayoría presentan limitaciones metodológicas que impiden establecer medidas apropiadas, dado que usualmente es evaluada utilizando datos secundarios, incorporando elementos que son propios de otros conceptos colindantes o bien por el carácter subjetivo de las evaluaciones aplicadas a usuarios.¹⁵ Como consecuencia, resulta relevante sintetizar las principales aproximaciones relacionadas a la continuidad de cuidados, a fin de compararlas y poder establecer una definición acotada a sus elementos constitutivos.

Una de las definiciones más difundidas, fue propuesta por Bachrach en 1981,²⁶ quien la describe como el *movimiento ordenado e ininterrumpido de los usuarios entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios de salud*, e identifica 7 dimensiones que aseguran la *continuidad del cuidado*: (a) *longitudinal*, relacionada al tránsito de las personas en distintos servicios; (b) *individual*, que implica planificar los servicios en función de las necesidades individuales; (c) *transversal*, como la disponibilidad de diversos servicios para cubrir distintas necesidades; (d) *flexibilidad*, en cuanto al grado en que las personas pueden trasladarse entre los distintos elementos de la red; (e) *relacional*, de acuerdo al contacto con el paciente y la mantención del mismo proveedor de salud; (f) *accesibilidad*, para atender a los servicios requeridos y (g) *comunicación*, entre proveedor y paciente y entre proveedores. Bachrach²⁷ agrega el clima administrativo y la pertinencia cultural al sugerir años más tarde 9 principios de la continuidad. A partir de estas definiciones, se ha profundizado en particular sobre al menos dos dimensiones de la continuidad -longitudinal y transversal-, aunque la discusión ha estado centrada principalmente en la discontinuidad y la coordinación e integración de los servicios.²⁸

Una definición previa, es propuesta por Bass y Windle (1973), quienes se refieren a la *relación entre el cuidado pasado y presente de acuerdo a las necesidades terapéuticas de los usuarios*.¹⁴ Al igual que la definición de Bachrach, el énfasis está puesto en las características temporales del cuidado y su correlación con las necesidades individuales.

A partir de estas definiciones, Tessler R. *et al.* (1986) plantean la existencia de 3 dimensiones relacionadas a la continuidad: planificación del alta, efectividad de la referencia y la implementación de protocolos de atención en los servicios.²¹ Esta aproximación, refleja la necesidad de establecer elementos tangibles para su evaluación respecto a la provisión de cuidados en salud mental, sin embargo se limita a la transferencia de pacientes dentro de la red,

La continuidad de cuidados debe ser vista como un proceso en el cual distintos elementos de la red asistencial interactúan con la finalidad de proveer atención a un usuario de acuerdo a su complejidad clínica. Al trabajo de Tessler *et al.*, se agregan otros que aluden al concepto según el proceso de egreso desde dispositivos de hospitalización a unidades ambulatorias,²⁹ lo cual no permite visualizar en forma íntegra los factores que subyacen a este proceso y que dan cuenta de un cuidado continuo.

Para profundizar en el desarrollo multidimensional del concepto de continuidad de cuidados, Joyce *et al.* plantea dos modelos de continuidad de cuidados a partir de una revisión sistemática de la literatura.¹⁶

El primero es un modelo jerárquico, construido sobre la base de un análisis cualitativo que pone énfasis en 4 dominios: *provisión de servicios, accesibilidad, base relacional y cuidado individualizado*. El segundo modelo, fue construido de acuerdo a la frecuencia con que los atributos eran referidos en la literatura y plantea un listado de 10 atributos: 1. *relación paciente proveedor*, 2. *cuidado individualizado*, 3. *acceso y disponibilidad*, 4. *vínculos estructurales*, 5. *servicios comprensivos*, 6. *flexibilidad en la ubicación de los servicios*, 7. *gestión de la*

referencia, 8. orientación a largo plazo, 9. énfasis en la colaboración (interdisciplinaria) y 10. información y comunicación (entre proveedores).

A partir de un análisis posterior, los autores plantean 6 características básicas: *la relación paciente-proveedor, el grado de cuidado individualizado, la accesibilidad, los vínculos entre los servicios, la comprensividad de los servicios, y la flexibilidad en la ubicación de los servicios.*

Una de las dificultades presentes en esta revisión, radica en el amplio espectro de atributos que impiden establecer los límites de la continuidad frente a otras características o factores externos. Si bien, es posible observar hasta este punto la existencia de un paralelismo en las definiciones expuestas; especialmente en términos de las dimensiones temporales, relacionales, comprensivas y de información, aún persisten dudas respecto a la naturaleza de sus elementos. Un ejemplo de ello es que la propuesta de Bachrach incluye elementos del funcionamiento de los servicios como dimensiones de continuidad, lo cual impide la operacionalización de sus componentes, del mismo modo que el modelo de Tessler R. *et al.* sólo es aplicable al proceso de alta hospitalaria.¹⁵ Por otra parte, la ausencia de un consenso en materia conceptual, hace que la búsqueda de estrategias para la mejora de la continuidad o de herramientas para la medición de este proceso sea un enorme desafío.¹⁹

Hace más de una década, un grupo de autores ha planteado una perspectiva multinivel en continuidad de cuidados,³⁰ a la luz de los modelos teóricos más relevantes del concepto. En ella, se distingue la continuidad de la integración de servicios y la calidad del cuidado; aspectos asociados pero no constitutivos del mismo. Su propuesta se basa en cuatro elementos centrales: (a) cuidado continuo, (b) cuidado del paciente individual, (c) cuidado integradoⁱ y (d) registro objetivo del cuidado. Dichos elementos se complementan en cuatro tipos de continuidad, (i) informacional, (ii) de gestión, (iii) relacional y (iv) de contacto. Haggerty *et al.*¹³

ⁱ El término original en inglés es “cross-boundary care”, lo cual hace mención a la participación de distintos proveedores en el cuidado del usuario.

había mencionado los tres primeros tipos de continuidad y los definen en esta línea:

i. Informativa

El uso de información de los eventos pasados y las circunstancias personales que hacen apropiado el cuidado actual para cada individuo.

ii. De gestión

Una aproximación consistente y coherente del manejo de la condición de salud en respuesta a las necesidades variables de la persona.

iii. Relacional

Una relación terapéutica continua entre el paciente y uno o más proveedores.

A estos tipos de continuidad, los autores agregan un cuarto tipo de continuidad llamada de contacto, en relación al sustento del cuidado a lo largo del tiempo que permita crear un continuo de servicios en función de las necesidades individuales, siendo el contacto regular un pre-requisito para establecer la relación terapéutica y prevenir barreras en el acceso a tratamiento.³⁰ Puede observarse un resumen de esta propuesta en la tabla 1.

Siguiendo esta propuesta, la interrelación establecida entre los cuatro tipos de continuidad y sus elementos centrales, permite visualizar componentes diferenciados y distinguir características específicas de la continuidad que se insertan en determinados niveles y de acuerdo a elementos considerados nucleares. La utilidad de este esquema, es que sugiere indagar sobre el desarrollo de intervenciones o medidas particulares para cada elemento de esta dimensión, así como dilucida los elementos que debiesen estar al centro de una definición de continuidad. Lamentablemente, en este punto existen limitaciones metodológicas - se trata de un ensayo basado en una revisión de literatura- que impiden ser concluyentes, al mismo tiempo que el modelo hace aún más complejo el entendimiento de la continuidad.

Tabla 1. Modelo conceptual multinivel de la continuidad de cuidados: elementos centrales y tipos de continuidad.

Elementos	Longitudinal	Individualizado	Integrado	Documentado
A nivel regional Continuidad Informacional	Transferir información para vincular el cuidado de un evento de salud a otro.	Conocimiento acumulado del paciente.	Transferencia de información de un servicio a otro.	Excluir o limitar información no documentada o informal.
A nivel del proveedor Continuidad de Gestión	Desarrollar un abordaje terapéutico o de rehabilitación consistente.	Basado en un plan de tratamiento comprensivo.	Dirigido hacia una transferencia efectiva y rápida entre los servicios.	Seguimiento de protocolos y guías en los servicios.
A nivel del equipo de salud Continuidad Relacional	Desarrollar una relación terapéutica continua.	Contar con profesionales de la salud que respondan en un nivel interpersonal.	Contexto que promueva la cooperación.	Abordaje intersubjetivo y coordinado.
A nivel del paciente Continuidad de Contacto	Sustentar el cuidado integrado en el largo plazo.	Crear un continuo de servicios para acomodarse a las necesidades de las personas.	Trabajo interdisciplinario y coherente.	Documentar resultados y seguimiento de las citas.

Extraído de Wierdsma et al. 2009

Recientemente, Digel Vandyk *et al.*,¹⁴ propuso un análisis de los conceptos globales y definiciones teóricas a partir de una revisión sistemática identificando un conjunto de conceptos definidos teóricamente y comparando los distintos modelos teóricos para establecer áreas de consenso y discrepancia entre ellos. Para ello, esquematizó los distintos modelos y los analizó de acuerdo a 9 conceptos globales que fueron consolidados desde un análisis de la teoría. Estos corresponden a:

1. Longitudinalidad
2. Aporte e individualidad
3. Comprensividad
4. Flexibilidad y consistencia
5. Estabilidad y vínculo
6. Accesibilidad
7. Información compartida
8. Realidades
9. Responsabilidad

A diferencia de otras publicaciones, Vandyk *et al.* desarrolla una revisión sistemática, estableciendo puntos de comparación respecto a dimensiones de la

continuidad del cuidado. De acuerdo a sus conclusiones, existen elementos de la continuidad compartidos por gran parte de las definiciones, aunque no logra delimitar aquellos elementos constitutivos y aquellos que aluden otros factores o características.

Dada la recurrencia con que las dimensiones propuestas sobre continuidad son confundidas con elementos relacionados, es necesario, mencionar que la continuidad del cuidado debe entenderse como un proceso intermedio entre la integración del cuidado y la calidad del cuidado.³⁰ En la figura 1, pueden observarse aquellos elementos estructurales de la organización de los servicios - situadas a nivel de la integración del cuidado- de otras relacionadas a resultados de la atención centrada en el usuario y que se relacionan a la calidad y la satisfacción percibida.

Figura 1. Continuidad de Cuidados en el contexto de otros conceptos relacionados.



Extraído de Wierdsma et al. 2009

A propósito de lo anterior, Durbin *et al.* aluden al concepto de la integración y la distinguen en distintos niveles. En el plano de los servicios, la integración se refiere a implementar intervenciones que contribuyan a la continuidad de cuidados. En cambio, a nivel de los sistemas, la integración es atribuida a la creación de una red de organizaciones que provean un continuo de servicios en un territorio determinado.²⁸

Siguiendo a Rosenheck *et al.* y Salzer *et al.*, se proponen cinco componentes clave de la integración de sistemas.²⁸

1. Organización del sistema.

Implica acuerdos que incrementan la formalidad e intensidad de los vínculos entre distintas agencias (governanza), considerar los sectores y organizaciones a

integrar (composición del sector) y contar con recursos -tecnológicos, de monitoreo, etc- para fortalecer la integración del servicio (apoyo de recursos).

2. Desempeño del sistema.

Los mecanismos implementados a nivel clínico o de servicios para facilitar la integración. Aquí se incluye un continuo comprensivo de servicios, acceso simplificado a los mismos, límites permeables entre los servicios y mecanismos de integración de servicio, tales como programas de continuidad de cuidado, protocolos de tratamiento y transferencia entre unidades cerradas y ambulatorias. La relevancia de este punto está dada por la presencia de elementos que caracterizan la red y permiten describir su nivel de integración, como densidad, condensación, centralización y fragmentación.

3. Resultados de servicios.

Considera la continuidad de cuidados, en sus dimensiones longitudinales y transversales, como un resultado de la integración de servicios.

4. Resultados clínicos y de calidad de vida.

Vista desde el fin último de la integración relacionada a mejorar la vida de los individuos mediante la modificación de los patrones de uso de servicios que contribuyan a la mejora de los resultados sanitarios.

5. Contexto comunitario.

Aquellos elementos propios del contexto que influyen sobre el proceso de integración, tales como elementos culturales, recursos destinados a salud mental, recursos sociales, políticas, entre otras.

Bajo este marco de la integración, es posible visualizar a la continuidad de cuidados como un proceso intermedio cuyas dimensiones se diferencian de elementos de integración y de calidad del cuidado.

De esta forma, se ha realizado una descripción de las principales definiciones y distinciones conceptuales que se han elaborado en la literatura respecto a

continuidad de cuidados. Sin embargo, la distinción entre las unidades básicas de la continuidad de cuidados y aquellos factores que la determinan aún es imprecisa. A partir de una revisión sistemática de la literatura, se espera elaborar una síntesis del concepto de continuidad que resuelva estas diferencias y contribuya a su operacionalización para el trabajo en salud mental.

- III. Objetivos
- IV. Marco Metodológico

III. Objetivos

Objetivo general

Identificar los elementos teóricos presentes en el concepto de continuidad del cuidado en la atención de personas con trastornos mentales.

Objetivos específicos

1. Identificar los elementos teóricos constitutivos del concepto de continuidad del cuidado.
2. Distinguir los factores determinantes de la continuidad del cuidado.
3. Elaborar una definición operacional de continuidad del cuidado.

IV. MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos de este estudio, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, la cual se adscribe a la Declaración PRISMA sobre reporte de revisiones sistemáticas.³¹

Tipo de Estudio

El estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura y análisis cualitativo de ésta. La síntesis de resultados corresponde a la identificación de los elementos teóricos constitutivos del concepto de continuidad del cuidado y de sus factores determinantes.

Justificación de la Revisión.

La continuidad de cuidados constituye un relevante fenómeno de estudio, por cuanto es una característica esencial en la provisión de servicios de salud mental. La literatura actual exhibe avances en su conceptualización y ofrece distintas aproximaciones sobre los elementos que la componen. Sin embargo, en la actualidad sólo existen dos revisiones sistemáticas recientes relativas al concepto, las cuales llegan a establecer un conjunto de características o dimensiones relativas a la continuidad, sin definir límites claros sobre aquellos elementos constitutivos.

Adicionalmente, una dificultad que existe para unificar criterios respecto a la continuidad de cuidados, es la multiplicidad de definiciones y características disponibles en la literatura, variabilidad que impide delimitar el fenómeno de interés para su operacionalización posterior. La realización de esta revisión, aborda este vacío conceptual con miras a una definición de la continuidad del cuidado

Dado que el concepto de continuidad del cuidado emerge como un eje central del abordaje de los trastornos mentales, la elaboración de una propuesta conceptual actualizada y precisa resulta relevante no sólo a nivel teórico, sino

debido al potencial que este trabajo puede tener para sugerir recomendaciones concretas en el futuro que contribuyan a fortalecer los sistemas de atención en salud mental.

Métodos

Protocolo y registro

Esta revisión sistemática se registrará en el Catálogo de Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Criterios de elegibilidad

Se seleccionaron aquellas publicaciones que correspondían a revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas de la literatura, ensayos, artículos de opinión y editoriales que contuvieran en su abstract definiciones, medidas, características o factores relacionados a la continuidad de cuidados o que hiciesen referencia prácticas de continuidad de cuidado en salud mental. Se consideraron artículos en Inglés y Español, sin límite de año de publicación.

Se excluyeron aquellas publicaciones referidas a servicios de atención, uso de sustancias, patología dual, intervenciones clínicas o farmacológicas, adherencia a tratamiento e instrumentos de evaluación para la continuidad, dado que el resultado de interés era extraer elementos teóricos sobre continuidad de cuidados en trastornos mentales diferenciándolos de otros fenómenos ajenos a este objetivo.

Textos referidos a servicios de atención se excluyeron dado que se observa en la literatura su orientación a materias organizativas o a resultados en salud. En el caso de la patología dual y el uso de sustancias, se consideró pertinente excluirlas dado que se constata en la literatura que involucran el uso de otros servicios de atención o programas especializados que se distinguen de los utilizados en trastornos mentales en general. En el caso de las intervenciones

clínicas o farmacológicas, el motivo de exclusión alude al hecho de que la continuidad no es una intervención en sí misma. La adherencia a tratamiento tampoco fue considerada por cuanto hace referencia al incumplimiento de un tratamiento por parte de una persona. Estudios relacionados a instrumentos de evaluación también fueron descartados debido a que se verifica en la literatura que están dirigidos a describir instrumentos, su proceso de validación o hacen relación a la experiencia de continuidad de las personas.

Estrategia de Búsqueda

Se desarrolló en etapas consecutivas. En una primera etapa, se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos Medline, Psycinfo, Cinahl, HealthSTAR y Embase. La sintaxis de búsqueda incluyó: “*continuity*” [or] “*continuum*” [and] “*mental health*” [or] “*mental illness*” [or] “*mental disease*” [or] “*psychiatry*” [or] “*psychiatric*” en el título del artículo para la primera selección. El algoritmo utilizado, se construyó en base a la revisión previa de las palabras clave presentes en los primeros textos consultados. Esta etapa fue realizada por una persona, sin ocultamiento de autores, año ni revista durante los meses de marzo y abril de 2015.

Los artículos seleccionados en la primera etapa fueron revisados en sus *abstract* para refinar la búsqueda y excluir aquellos que no cumplieran con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Se excluyeron además los artículos duplicados. Posteriormente, se revisaron en texto completo aquellos elegidos. La búsqueda se complementó con la adición de textos incluidos en la bibliografía de los trabajos seleccionados. Nuevamente, esta etapa fue realizada por una persona, sin ocultamiento de autores, año ni revista.

Para organizar los textos seleccionados y facilitar la revisión de los mismos, se utilizó un gestor bibliográfico.

Criterios de Calidad

Dado que la literatura disponible sobre continuidad de cuidados se encuentra en distintos tipos de publicaciones (editoriales, ensayos, revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas, entre otros), era poco probable encontrar estudios con una metodología definida, que compartan metodologías similares en su desarrollo o que muestren en su totalidad medidas de resultado similares. Esta variabilidad restringió la posibilidad de considerar criterios de calidad homogéneos aplicables a todas las publicaciones. Consistente con eso, no se realizó exclusión de artículos por criterios de calidad.

Recolección de información

Tras finalizar la selección, los textos incluidos fueron revisados utilizando un protocolo establecido (ver Anexo 1) que permitió extraer la información relevante para la revisión sistemática. Este protocolo se construyó de acuerdo al objetivo del estudio que era identificar características del concepto de continuidad de cuidado. El protocolo incluye año de publicación, país, definición o definiciones de continuidad del cuidado utilizadas, elementos conceptuales de la definición de continuidad expuesta y conceptos relacionados que se mencionan en el texto. No se realizó una validación del protocolo, sin embargo, estuvo sujeto a revisión en conjunto con el profesor guía de este trabajo. La recolección de información, fue realizada por una persona (NF).

Datos a recopilar

Se extrajo información respecto a continuidad de cuidados según los siguientes tipos de datos: (i) Definición(es) (proposición explícita respecto al significado que tiene para el o los autores la continuidad de cuidados), (ii) Elementos Conceptuales (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta por el o los autores) explícitos e implícitos y (iii) Conceptos Relacionados (aquellos conceptos que se vinculan a la continuidad de cuidado sin ser parte de la misma).

Análisis de la información

La información recopilada en los protocolos fue sometida a un análisis cualitativo de contenido en el cual se sintetizaron los datos recolectados en categorías según los objetivos de la revisión. El análisis de contenido es un procedimiento de análisis textual, cuya principal característica es el uso de categorías derivadas de modelos teóricos que permiten reducir el material proporcionado por las fuentes textuales y produce un esquema uniforme de categorías. El procedimiento utilizado consistió en resumir la información presentada por los estudios seleccionados y agruparlas en categorías de acuerdo a los objetivos de la investigación. Para ello, se distinguieron los elementos nucleares de cada característica de la continuidad y se identificaron los conceptos que se relacionan a una parte del enunciado o a la totalidad del mismo.

Elaboración de síntesis

La elaboración de la síntesis se estructuró en base a las categorías construidas a partir del análisis. Las dimensiones, características o elementos conceptuales extraídas de los textos y que fueron registrados en el protocolo de revisión, se consolidaron en una tabla de acuerdo a su aparición nominal en los textos y se ordenaron de acuerdo a la frecuencia en que eran mencionados. Posteriormente, los elementos conceptuales fueron reducidos en un número menor de categorías, integrando aquellos elementos conceptuales de los distintos textos en categorías generales. A partir de estas categorías, se completó un segundo análisis para diferenciar los elementos constitutivos de los factores determinantes de la continuidad, el cual se resume en una definición operacional del concepto de continuidad de cuidados.

Medidas de resumen

No se establecieron medidas cuantitativas de resumen a partir de esta revisión. La síntesis final se refleja en un esquema teórico y la elaboración de una definición operacional del concepto de interés.

Control de sesgos

Los criterios de elegibilidad descritos pueden incrementar la ocurrencia de sesgos de selección, dada la exclusión de textos que diverjan del objetivo del estudio. Pueden existir sesgos adicionales de información relacionados a la variabilidad de resultados de los estudios que fueron incluidos y de accesibilidad, por cuanto sólo fueron considerados estudios disponibles en bases de datos en línea y se efectuó un análisis cualitativo de los textos. Para minimizar los sesgos de información, se sometieron los textos seleccionados a revisión usando un protocolo de extracción de información.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló de forma independiente, con recursos propios. Por las características de una revisión sistemática, este estudio no fue presentado a un comité de ética, sin embargo, es pertinente considerar que los objetivos de la investigación están dirigidos a mejorar las prácticas de cuidado y tienen un potencial beneficio para los usuarios y los tomadores de decisiones en salud mental.

V. Resultados

V. RESULTADOS

Revisión Sistemática

1. Introducción.

Como fue mencionado en el apartado anterior, la continuidad del cuidado es un concepto de desarrollo incipiente y no existe un acuerdo común respecto a las variables presentes en ella.

Distintos enfoques han sido contruidos para dar cuenta de este fenómeno, sin embargo persisten dificultades para diferenciar la continuidad de otros conceptos como la integración de servicios o el cuidado integrado y para identificar aquellas características constitutivas o elementos propios de la continuidad.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de identificar los elementos constitutivos de la continuidad y diferenciarlos de aquellos factores determinantes que influyen sobre la continuidad sin ser parte de la misma.

Para desarrollar esta etapa, se consultaron bases de datos disponibles en la Internet: Medline, Psycinfo, Cinahl, HealthSTAR y Embase mediante un integrador de base de datos. La estrategia de búsqueda, los criterios de elegibilidad y de calidad, fueron mencionados anteriormente.

2. Resultados de la Revisión Sistemática.

La combinación de los distintos términos en la búsqueda resultó en el hallazgo de 29 artículos (sin duplicados), cuyos *abstract* fueron revisados para seleccionar aquellos que cumplían con los criterios de elegibilidad descritos. Se seleccionaron 10 artículos para su revisión a texto completo y se excluyeron un total de 19. La mayor parte de los artículos no escogidos correspondían a estudios relacionados a instrumentos de evaluación (n=7). Otra parte de los estudios, estaban dirigidos a la servicios de atención en salud mental (n=5) y a intervenciones o servicios de atención (n=4), los cuales incluían a la continuidad como una característica . Los

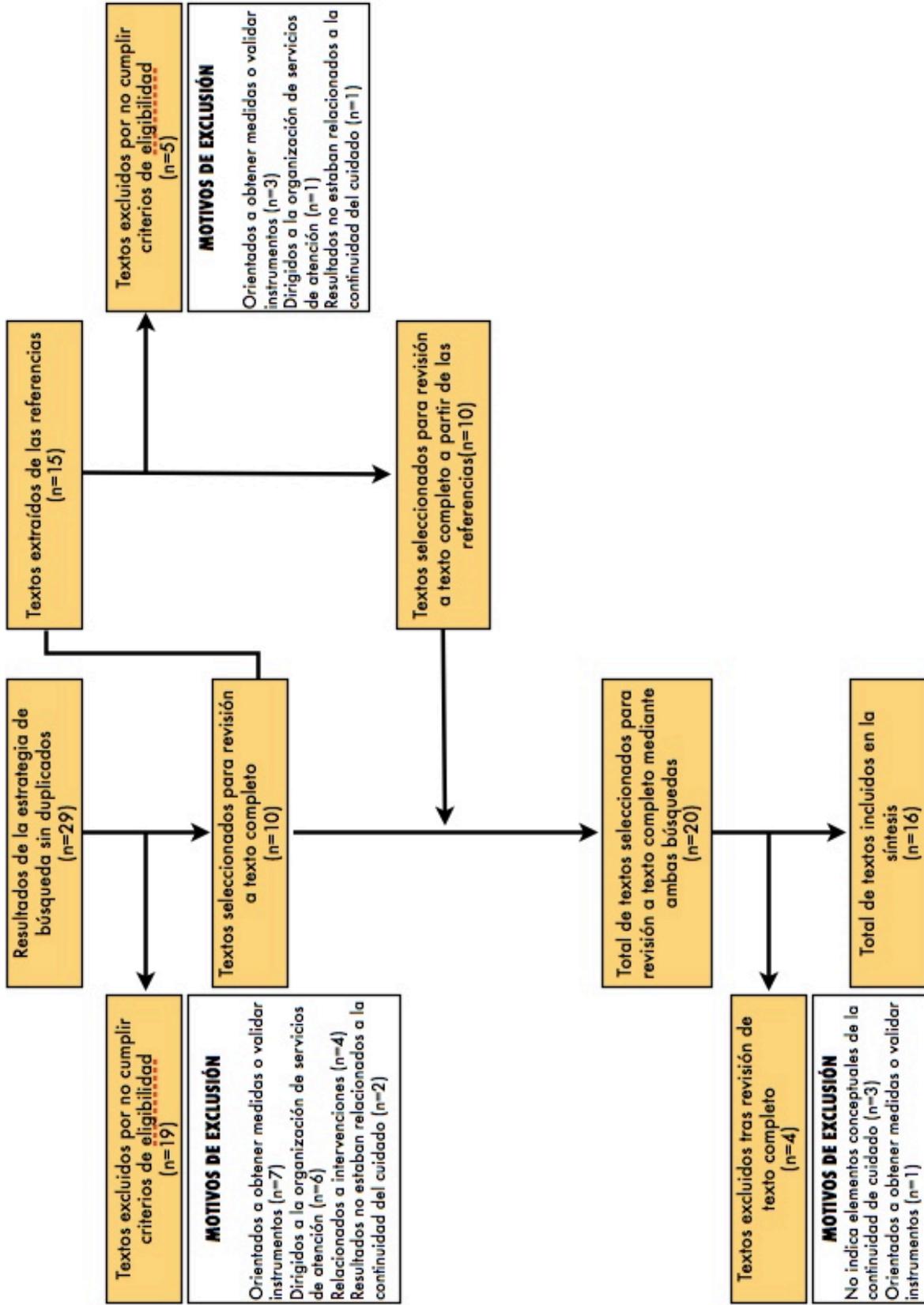
dos textos restantes, no fueron considerados debido a que sus resultados no estaban relacionados a la continuidad del cuidado.

De forma posterior, se complementó la selección mediante la inclusión de textos referidos en los textos completos revisados, obteniendo un total de 15 textos por esa vía. Tras la revisión de sus *abstract*, fueron seleccionados 10 artículos, excluyendo 5 de ellos debido a que se relacionaban a instrumentos de evaluación (n=3), el resultado no estaba relacionado a la continuidad del cuidado (n=1) o estaba dirigido a servicios de atención (n=1)

Al integrar ambas selecciones, se consolidó un conjunto de 20 artículos que fueron revisados a texto completo, se completó el protocolo de revisión para la extracción de información (ver Anexo 1). A partir de este protocolo, se identificaron distintas definiciones y elementos de la continuidad mencionados en los textos seleccionados. Tras finalizar la aplicación del protocolo, 4 documentos fueron excluidos de la revisión debido a que no se indicaban elementos conceptuales de la continuidad del cuidado (n=3) o estaban orientados a obtener medidas para un instrumento de evaluación en servicios de salud (n=1). De esta forma, se escogieron 16 textos para elaborar la síntesis. Puede verse un resumen del proceso de selección de los textos en la Fig. 2.

Puede observarse una descripción general de los estudios seleccionados en la Tabla N°2. Gran parte de los estudios se han desarrollado en los últimos 15 años (n=12) y provienen de Europa (n=10) y Norteamérica (n=6). Destaca también la variabilidad de las publicaciones, encontrándose ensayos (n=4), estudios cuantitativos (n=4), estudios cualitativos (n=3), revisiones sistemáticas (n=3), de diseño mixto (revisión sistemática y cualitativo) (n=1) y revisiones no sistemáticas de la literatura (n=1). Se observa que a diferencia de los ensayos y las revisiones sistemáticas; que en general indagan sobre elementos conceptuales, los estudios cuantitativos están más relacionados a la medición de la continuidad en el contexto de servicios de atención.

Fig. 2 Diagrama de revisión sistemática.



Elaboración propia.

Tabla 2. Descripción de los estudios incluidos en la revisión.

Autor	País	Año	Tipo de Estudio	Comentarios
Bachrach, L	Estados Unidos	1981	Ensayo	Estudio explora dimensiones conceptuales de la continuidad del cuidado y sugiere dificultades para su puesta en práctica.
Tessler, R. et al.	Estados Unidos	1986	Estudio Cuantitativo	El estudio se enfoca en establecer medidas de continuidad mediante el análisis de datos hospitalarios. Reconoce que la medición se basa en identificar la discontinuidad. Los datos en general se refieren al egreso del paciente.
Bachrach, L	Estados Unidos	1993	Ensayo	Explora nueve principios de la continuidad del cuidado. Describe las funciones del gestor de casos en función de estos principios y menciona algunas implicancias del concepto en el desarrollo de políticas públicas.
Johnson, S. et al.	Reino Unido	1997	Ensayo	El estudio reconoce que existen múltiples definiciones y que es un concepto difuso. No adopta ninguna definición en particular. Foco del estudio está puesto en identificar medidas prácticas, sin ahondar en la discusión teórica.
Fortney, J. et al.	Estados Unidos	2003	Estudio Cuantitativo	Estudio utiliza datos secundarios de pacientes atendidos en el sistema de salud provenientes de registros de atención. Se enfoca en la transición hacia dispositivos ambulatorios.
Haggerty, J. I. et al.	Reino Unido	2003	Revisión no Sistemática de Literatura	Revisión de características de la continuidad de acuerdo a distintas disciplinas. Plantea las características de la continuidad del cuidado en salud mental. Plantea la existencia de tres tipos de continuidad aunque no precisa una definición de continuidad del cuidado.
Crawford, M. J. et al.	Reino Unido	2004	Revisión Sistemática de Literatura	Objetivo del estudio es identificar facilitadores y obstáculos para la provisión de continuidad de cuidados, no desarrolla un análisis conceptual en profundidad.
Sytema, S & Pijl Y. J.	Países Bajos	2004	Estudio Cuantitativo	Estudio de Sobrevida. Sólo utiliza una variable de continuidad de cuidado (dimensión longitudinal). Enfocado sobre la evaluación de la implementación de la reforma en salud mental.
Joyce, A. S. et al.	Canadá	2004	Revisión Sistemática Estudio Cualitativo	Establece dos modelos de continuidad. No precisa una definición explícita de continuidad de cuidados.
Hautala-Jylha, P. L. et al.	Finlandia	2005	Estudio Cualitativo	Identifica factores que apoyan la continuidad, los cuales se pueden relacionar a dimensiones del concepto.
Burns, T. et al.	Reino Unido	2009	Estudio Cuantitativo	Realiza un análisis de factores para establecer elementos de la continuidad relacionados a la práctica en los servicios.
Wierdsma A. et al.	Países Bajos	2009	Ensayo	Sitúa a la continuidad del cuidado como un proceso entre lo estructural (cuidado integrado) y el resultado (calidad del cuidado)
Jones, I. R. et al.	Reino Unido	2009	Estudio Cualitativo	Estudio cualitativo basado en experiencias sobre continuidad en relación a las trayectorias de los pacientes en su historia de tratamiento.
Belling, R. et al.	Reino Unido	2011	Estudio Cualitativo	Estudio busca identificar facilitadores y barreras para la continuidad del cuidado en equipos de salud mental comunitarios a través de una encuesta a profesionales.

Tabla 2. Descripción de los estudios incluidos en la revisión.

Autor	País	Año	Tipo de Estudio	Comentarios
Uijen, A. et al.	Países Bajos	2011	Revisión Sistemática	Compara distintos conceptos relacionados a la continuidad del cuidado.
Vandyk, A. et al.	Canadá	2013	Revisión Sistemática	Establece elementos de la continuidad de cuidado y su presencia en las definiciones teóricas disponibles en la literatura.

Elaboración propia.

De los 16 artículos seleccionados se identifican algunas definiciones sobre la continuidad de cuidado que pueden ser observadas en la Tabla N°3. Nueve artículos no contenían una definición explícita sobre continuidad del cuidado o utilizaban distintas definiciones provistas por otros autores.

Tabla 3. Definiciones de Continuidad de Cuidado

Autor	Año	Definición(es) de Continuidad de Cuidado provista(s) en el texto
Bachrach, L	1981	"Proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de pacientes entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios"
Bachrach, L	1993	"Proceso dirigido a maximizar el potencial terapéutico del paciente. Enfatiza una aproximación individual del cuidado de acuerdo a ideales de comprensividad, longitudinalidad y relacional como aspectos esenciales de la provisión de servicios."
Fortney, J. et al.	2003	"Caracterización del patrón de utilización de servicios ambulatorios en el tiempo de un individuo."
Haggerty, J. I. et al.	2003	"Coordinación de servicios y estabilidad de la relación paciente-proveedor en el tiempo."
Crawford, M. J. et al.	2004	"Cuidado en el cual: 1. el paciente se mantiene en contacto con los servicios, 2. no hay quiebres en la provisión de servicios, 3. el paciente ve al mismo miembro del equipo, 4. diferentes componentes del sistema de salud y social están coordinados y, 5. la experiencia de los usuarios es fluida e ininterrumpida."
Hautala-Jylha, P. L. et al.	2005	"Continuidad del proveedor, información, lugar y equipo de salud."
Wierdsma A. et al.	2009	"Grado en el que los episodios de tratamiento están vinculados en un todo continuo e ininterrumpido, de acuerdo a las necesidades de los pacientes."
Vandyk, A. et al.	2013	"Proceso que es logrado cuando las intervenciones terapéuticas, entregadas durante episodios de cuidados breves, son coherentes y están conectadas a lo largo del tiempo."

Elaboración propia.

En el análisis de información cualitativo, se identificó en total 32 elementos conceptuales de continuidad del cuidado en los 16 textos incluidos (Ver Tabla N°4). Al realizar el conteo de las frecuencias absolutas para los elementos conceptuales, puede observarse que la *Longitudinalidad* aparece como el más

Tabla 4. Características de la continuidad halladas en los textos incluidos

Nº	ELEMENTOS CONCEPTUALES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX*	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	n=
1	Longitudinalidad	X					X	X	X	B		X	X	X	X		X	10
2	Flexibilidad	X		X			X			B		X		X	X		X	8
3	Relacional	X								AB		X	X	X	X	X		7
4	Información									B	X	X	X	X	X		X	7
5	Individualidad	X		X			X			AB			X				X	6
6	Accesibilidad	X		X	X					AB							X	5
7	Comprensividad			X	X	X				B							X	5
8	A través de los servicios				X							X	X	X	X			5
9	Planes individuales		X		X		X											3
10	Transferencia		X							B			X					3
11	Continuidad del proveedor			X	X						X							3
12	A largo plazo											X		X	X			3
13	Estabilidad en la relación					X	X										X	3
14	Experiencia de los usuarios							X				X		X				3
15	Transversalidad	X						X										2
16	Comunicación	X														X		2
17	Estructura administrativa			X						B								2
18	Vinculación entre organizaciones			X	X													2
19	Realidades			X													X	2
20	Colaboración									B						X		2
21	Continuidad contacto				X								X					2
22	Coordinación de los servicios					X	X											2
23	Planificación del alta		X															1
24	Participación del usuario			X														1
25	Temporalidad					X												1
26	Intensidad de los servicios					X												1
27	Continuidad del lugar										X							1
28	Continuidad del equipo de salud										X							1
29	Contextual											X						1
30	Registro del cuidado												X					1
31	Apoyo a la vida diaria													X				1
32	Responsabilidad																X	1

I. Bachrach, L (1981) II. Tessler, R. et al. (1986) III. Bachrach, L (1993) IV. Johnson, S. et al. (1997) V. Fortney, J. et al. (2003) VI. Haggerty, J. I. et al. (2003) VII. Crawford, M. J. et al. (2004) VIII. Sytema, S & Pijl Y. J. (2004) IX. Joyce, A. S. et al. (2004) X. Hautala-Jylha, P. L. et al. (2005) XI. Burns, T. et al. (2009) XII. Wierdsma A. et al. (2009) XIII. Jones, I. R. et al. (2009) XIV. Belling, R. et al. (2011) XV. Uijen, A. et al. (2011) XVI. Vandyk, A. et al. 2013.

*El estudio presenta dos modelos de continuidad de cuidados A y B. Se consideró pertinente utilizar la letra del modelo para indicar las características incluidas en cada uno de ellos.

Elaboración propia.

frecuente (n=10), seguida de *Flexibilidad* (n=8), *Información* (n=7), *Relacional* (n=7), *Individualidad* (n=6), *Accesibilidad* (n=5), *Comprensividad* (n=5), y *A través de los servicios* (n=5).

De los 32 elementos iniciales se descartaron cinco elementos conceptuales, quedando 27. Los elementos descartados corresponden a: 1. Experiencia de los usuarios, 2. Planificación al alta 3. Temporalidad, 4. Intensidad de los servicios y 5. Apoyo a la vida diaria. Dado que la experiencia del usuario no es posible de ser analizada como un elemento de la continuidad sino como la percepción que cada sujeto tiene de ella, este atributo fue excluido de la síntesis. La planificación al alta fue descartada por constituir una acción específica en el contexto de la atención de una persona y no una característica de la continuidad, de mismo modo que el apoyo a la vida diaria. La temporalidad e intensidad de los servicios, en cambio, fue excluida por no ser definidas en los artículos.

Al efectuar el análisis de cada elemento conceptual, se identificaron las ideas centrales de cada uno de los enunciados y su relación con otras características de la continuidad. Con el fin de exponer este análisis, puede observarse en el Anexo 3 un recuadro para cada uno de los elementos conceptuales identificados y las definiciones halladas en los textos. A continuación se presentan las categorías resumidas en base al análisis de cada elemento conceptual.

Características de la Continuidad del Cuidado.

De acuerdo al análisis de cada elemento conceptual, estas fueron reducidas a 9 categorías generales que resumen las características de la continuidad identificadas, según se describió en los métodos. Cada categoría general construida se expresa en una definición conceptual. A continuación se presenta esta síntesis que puede verse resumida en la Tabla N°5. Un diagrama adicional se presenta en la Fig. N°3.

1. Longitudinalidad.

La continuidad del cuidado tiene una dimensión temporal²⁶ que se observa en la permanencia del cuidado en el tiempo^{13,17,30} y en la ocurrencia de episodios de atención consecutivos,^{14,26} ininterrumpidos³² y relacionados temporalmente.^{14,26,30} Existe una orientación prospectiva del cuidado, en la cual los episodios de atención están integrados³⁰ y son planificados a largo plazo con el usuario.¹⁶ Dado que los usuarios exhiben diversas necesidades durante su tratamiento, la longitudinalidad también se presenta como la satisfacción de las necesidades de los usuarios a lo largo del tiempo.

Fueron integrados a esta categoría, elementos conceptuales similares a la longitudinalidad, como continuidad a largo plazo y a través de los servicios, por cuanto sus enunciados coinciden con las definiciones de longitudinalidad encontradas.

Al efectuar el análisis de los textos, se observa que este concepto se relaciona estrechamente con otros elementos conceptuales como la continuidad de contacto, planes individuales, información y colaboración. Wierdma *et al.*³⁰ plantea la continuidad de contacto como un cuidado que se conecta a largo plazo, al mismo tiempo que Crawford *et al.*¹⁷ sugieren la permanencia en el contacto con los servicios como una característica de la longitudinalidad.

En otro ámbito, Joyce *et al.*¹⁶ mencionan la existencia de planes de cuidado que se dan a largo plazo y que incluyen el contacto regular y la planificación de acciones anticipadas con el paciente. Dichos planes individuales, de acuerdo a Haggerty *et al.*¹³, permiten vincular el cuidado pasado con el actual, lo cual implica visualizar la temporalidad de la continuidad del cuidado.

Vandyk *et al.*,¹³ propone que la información de los episodios de atención y su transferencia, conectan los episodios de atención en el tiempo. Esto se vincula además a otro concepto como el de colaboración que, de acuerdo a Uijen *et al.*¹⁸

corresponde a la cooperación entre proveedores de salud para asegurar que el cuidado está conectado, de forma que la relación entre episodios de atención resulta también de los vínculos que se establecen entre prestadores de servicios.

Siguiendo este análisis, la longitudinalidad correspondería al *“cuidado ininterrumpido y conectado a través del tiempo, en donde los eventos de atención son consecutivos, están integrados y se orientan a largo plazo de acuerdo a un plan individual que considera las distintas necesidades que puede presentar una persona.”*

2. Individualidad

El individuo es un componente central de la continuidad, por cuanto constituye su unidad de medida¹³ y es el punto de referencia²⁶ desde donde se observa la continuidad como fenómeno. En este sentido, la continuidad ocurre con un paciente a la vez,²⁶ lo cual implica que los servicios de salud mental sean diseñados para cada paciente²⁷ de acuerdo a las circunstancias que rodean a la persona y sus necesidades individuales.^{14,16} El diseño individualizado de los servicios, promueve que el cuidado sea diseñado con el paciente y su familia^{16,26} mediante una activa colaboración y participación con los servicios.

A esta categoría se integran dos elementos conceptuales: planes individuales y participación del usuario. Los planes individuales constituyen una herramienta para diseñar el cuidado que una persona requiere¹⁴ y adaptarlo a las necesidades variables de una persona,^{13,21} planes que deben ser elaborados con participación del usuario²⁶ y su familia.^{16,26}

Relacionados al concepto de individualidad, se encuentran algunas características como la flexibilidad, la información y la vinculación entre organizaciones.

Dado que el cuidado está centrado en las necesidades de un individuo los servicios deben ser flexibles para ajustarse a sus cambios,³² en cuanto no existe

una intervención única para todas las personas.²⁷ Asimismo, la existencia de un plan de tratamiento individual, permite contar con información consistente sobre el paciente entre distintos servicios,¹⁶ planificar las intervenciones que satisfacen cada necesidad¹⁵ y coordinar los servicios recibidos por una persona de acuerdo a un propósito en común.¹³

Bajo estas consideraciones, la individualidad puede describirse como el *“cuidado de un individuo de acuerdo a un plan de tratamiento construido con participación del mismo, en donde se integran sus necesidades y circunstancias personales a la provisión de servicios.”*

3. Servicios Comprensivos.

Las múltiples necesidades que una persona puede presentar en el curso de su atención en salud mental deben ser reconocidas por el sistema de servicios, en cuanto la continuidad depende de la provisión de una amplia variedad de servicios.²⁶ El concepto de comprensivo se relaciona con la existencia y disponibilidad de intervenciones entregadas por múltiples servicios y proveedores para satisfacer cada necesidad de las personas,^{14,15} lo cual va más allá de la atención médica y puede incluir servicios apoyo al usuario como alojamiento, apoyo económico y servicios vocacionales y recreativos.¹⁶

La relevancia de lo comprensivo en materia de servicios, se vincula directamente a la flexibilidad, por cuanto los cuidados provistos deben adecuarse a las necesidades que presentan las personas.¹⁴ A su vez, lo comprensivo aparece en función de la colaboración al facilitar que distintos componentes puedan ser incorporados en la atención de una persona.¹⁶

Desde esta mirada, referirse a servicios comprensivos constituye la *“disponer de una amplia variedad de servicios en el marco de un sistema de atención, en la cual participan múltiples proveedores en función de satisfacer distintas necesidades de un individuo.”*

4. Flexibilidad

La flexibilidad como categoría abarca dos elementos: el flujo de servicios y los planes de tratamiento. En cuanto al flujo, éste debe corresponder a los cambios en las circunstancias de un paciente, de forma que el movimiento a través del sistema de servicios depende de su progreso.²⁶ Por otra parte, y dada la inexistencia de un programa o intervención única para todas las personas,²⁷ los planes de cuidado deben ser flexibles para adaptarse a los cambios en las necesidades individuales.

13-14,32-33

En esta categoría, se observa la presencia de otros elementos conceptuales que complementan la idea de flexibilidad, lo cual está principalmente relacionado a la idea de individualidad; en términos de necesidades y planes individuales y la longitudinalidad, en cuanto a situar las necesidades en un tiempo específico.

Como definición, puede plantearse la flexibilidad como la *“capacidad para incorporar oportunamente los cambios en las necesidades del paciente y su contexto, a la provisión de servicios.”*

5. Relación Estable con el usuario

La continuidad del cuidado se establece en el contexto de una relación entre una persona y un proveedor de servicios a lo largo del tiempo. El proveedor, representado por uno o varios profesionales o un equipo, establecen y mantienen una relación con el usuario^{27,30,32-35} que ocurre en un nivel personal,^{18,26,30} colabora en el tránsito de los usuarios a través del sistema de servicios¹⁶ y se desarrolla y sustenta en el tiempo y en distintos lugares.¹⁴ Los proveedores o servicios permanecen en contacto con una persona¹³⁻¹⁵ y sustentan un cuidado a largo plazo.

Lo relacional, queda circunscrito no sólo al establecimiento de una relación terapéutica, sino también a la continuidad que tengan proveedores o equipos y el

contacto permanente con las personas. Esta característica, facilita el acceso a los servicios al definir un punto de contacto permanente para los usuarios con sus respectivos proveedores de atención.¹⁴

En síntesis, la relación con el usuario puede definirse como el *“vínculo a largo plazo que se establece entre una persona y un proveedor de servicios, equipo o profesional, donde el proveedor de servicios permanece en contacto con la persona y responde a un nivel personal.”*

6. Accesibilidad

Los servicios de atención no sólo deben estar disponibles, sino además ser accesibles para las personas. El concepto de accesibilidad alude la capacidad de llegar a los servicios cuando una persona lo requiera,^{14-15,26-27} en ausencia de obstáculos y barreras,^{14,16,26} es decir, las condiciones espaciales y temporales que facilitan el acceso a atención.¹⁶ Se reconocen distintos tipos de barreras de acceso a cuidado, entre ellas: financieras,^{14,16,26} geográficas,^{14,16} psicológicas^{16,26} y culturales.¹⁴

Junto con la accesibilidad, se identifican algunos conceptos relacionados. Tessler R. *et al.*²¹ sugiere que la transferencia (entre proveedores) implica el comienzo oportuno en la entrega de servicios. Joyce *et al.*¹⁶ al describir la flexibilidad, da énfasis a la oferta de servicios cercana al ambiente natural del cliente. Otros conceptos como la estabilidad en la relación y continuidad del lugar, en cambio, sustentan la existencia de un punto de contacto permanente con el cual una persona se pone en contacto para buscar atención.^{14,34}

Con estos antecedentes, puede plantearse que la accesibilidad corresponde a las *“condiciones espaciales y temporales que facilitan a las personas tomar contacto con los servicios que ellos requieren de forma oportuna, en ausencia de cualquier barrera que lo impida.”*

7. Información

El cuidado de una persona a lo largo del tiempo implica contar con información sobre los eventos de salud previos. El concepto de información en relación a la continuidad tiene al menos dos aspectos clave: el registro o documentación y la transferencia de la información.

Para efectos de la continuidad del cuidado, se requiere que la información relativa a la atención de una persona se registre y esté disponible para su uso posterior^{14,34}. Sin embargo, la documentación de los eventos de atención en salud previos resulta relevante en la medida que la información esté disponible ^{14,26,34} y pueda ser compartida o transferida hacia otros servicios y proveedores que participan del cuidado de un individuo.^{14,16,30,32-33} Uijen *et al.*¹⁸ se refiere a esta transferencia como comunicación.

Por último, Joyce *et al.*¹⁶ agrega al concepto de información la consistencia de los planes de tratamientos entre servicios, en tanto, Wiersma *et al.*³⁰ alude a la documentación de los progresos como una forma de asegurar el cuidado a largo plazo.

De acuerdo a las principales características de este concepto, puede resumirse como la *“existencia de un registro sobre los eventos de atención de una persona que esté disponible y pueda ser transferido a los distintos servicios o proveedores que participan en su cuidado.”*

8. Contexto

Los servicios de salud provistos a una persona se dan en un contexto específico que moldea la salud de una persona, la utilización de servicios y la interpretación de la atención.¹⁴ Bachrach,²⁷ sugiere que deben existir programas vinculados a las realidades culturales de los individuos, lo cual incluye considerar en la atención de una persona su cultura, valores, actitudes, conductas, creencias y

circunstancias sociales.¹⁴ Burns *et al.*,³² añade que el cuidado debiese sustentar las relaciones sociales y personales preferidas de una persona en su comunidad.

Al situar este concepto en su interrelación con otros mencionados, el contexto aparece como una característica inseparable de la individualidad y la flexibilidad. La individualidad, implica que los servicios respeten e integren las realidad personales, sociales y culturales del usuario al cuidado,^{14,16} en tanto los planes de cuidado permanecen flexibles a cambios en la circunstancias de la persona.¹³

De esta forma, el cuidado es visto en el marco de un contexto particular en que las realidades de las personas se visualizan. Siendo así, el contexto representa *“todas las circunstancias personales que son consideradas e integradas al cuidado de una persona, incluyendo elementos sociales y culturales.”*

9. Vinculación entre organizaciones

La atención en salud es a menudo provista por múltiples servicios u organizaciones que trabajan de forma coordinada de acuerdo a un propósito y un plan en común.^{13,33} Esto requiere de la existencia de vínculos^{15,26,27} y de canales de comunicación entre ellas,¹⁵ con una orientación colaborativa entre proveedores en uno o varios lugares para asegurar el cuidado continuo.^{16,18}

Por otra parte, resulta indispensable la presencia de una estructura administrativa dirigida a la integración de los servicios¹⁶ y que los respalde, apoye y legitime,²⁷ al mismo tiempo que establece una responsabilidad para todos los involucrados en el cuidado de una persona.^{14,16} Wiersma *et al.*³⁰ sugiere en este sentido que la atención provista por diversos servicios debe basarse en estándares y protocolos, que evitan acciones inconsistentes en la transferencia entre distintas unidades. En tanto Vandyk *et al.*¹⁴ plantea en relación a los servicios comprensivos, que el trabajo en conjunto de múltiples servicios y proveedores tiene como finalidad integrar y coordinar distintos elementos del cuidado.

La vinculación entre organizaciones constituye, entonces, la *“relación entre distintos servicios u organizaciones que participan en el cuidado de una persona y que permite el desarrollo de acciones coordinadas entre ellos de acuerdo a un marco normativo que regula las relaciones y establece responsabilidades, a fin de asegurar un cuidado continuo.”*

Tabla 5. Categorías de la continuidad del cuidado y elementos conceptuales incluidos.

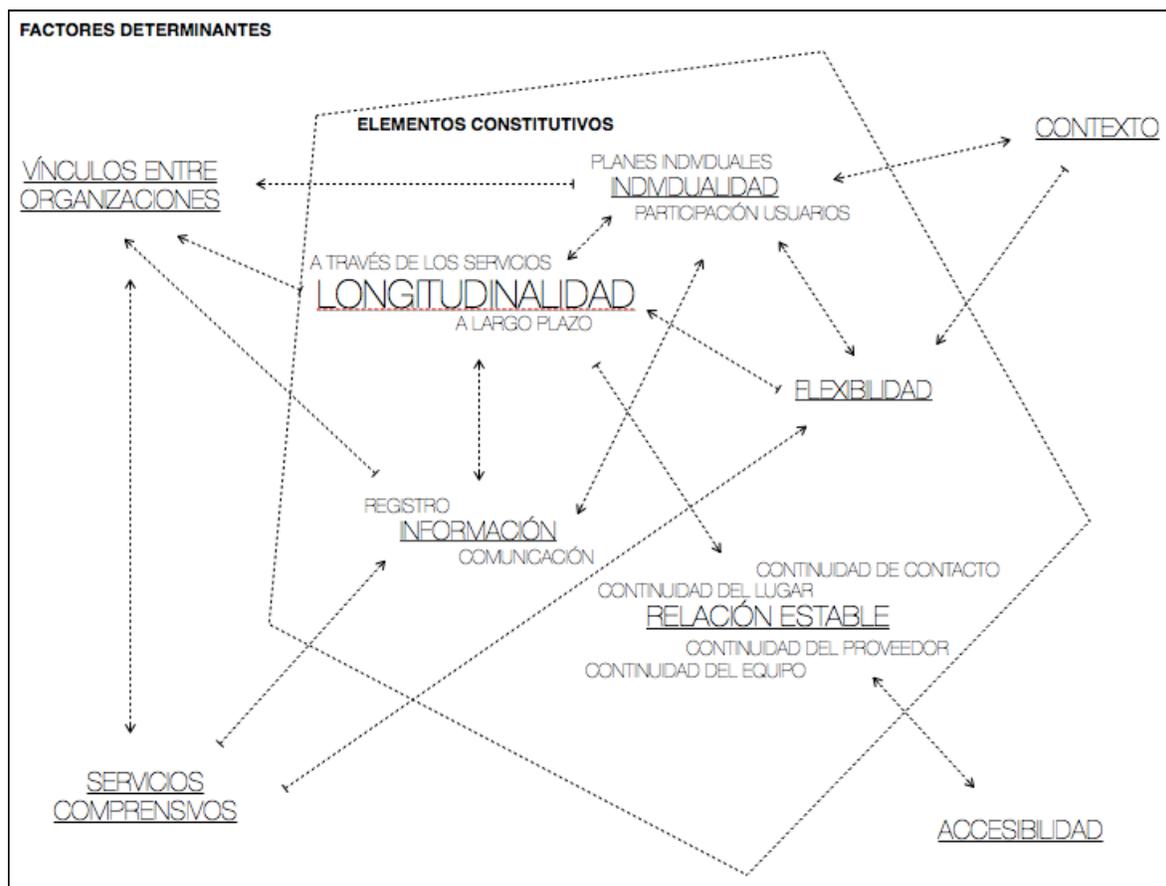
Categoría	Elementos Conceptuales que Incluye	Categorías con las que se relaciona	Definición
Longitudinalidad	Continuidad a largo plazo, Continuidad a través de los servicios.	Individualidad Relación estable con el usuario Información Vinculación entre organizaciones	Cuidado ininterrumpido y conectado a través del tiempo, en donde los eventos de atención son consecutivos, están integrados y se orientan a largo plazo de acuerdo a un plan individual que considera las distintas necesidades que puede presentar una persona.
Individualidad	Planes individuales, participación del usuario.	Flexibilidad Información Vinculación entre organizaciones	Cuidado de un individuo de acuerdo a un plan de tratamiento construido con participación del usuario, en donde se integran sus necesidades y circunstancias personales a la provisión de servicios.
Servicios comprensivos	Comprensividad	Flexibilidad Información Vinculación entre organizaciones	Disponer de una amplia variedad de servicios en el marco de un sistema de atención, en la cual participan múltiples proveedores en función de satisfacer distintas necesidades de un individuo.
Flexibilidad	No incluye otros elementos conceptuales.	Individualidad Longitudinalidad	Capacidad para incorporar oportunamente los cambios en las necesidades del paciente y su contexto, a la provisión de servicios.
Relación Estable con el Usuario	Estabilidad de la relación, continuidad de contacto, continuidad del equipo de salud, continuidad del proveedor. continuidad del lugar.	Accesibilidad	Vínculo a largo plazo que se establece entre una persona y un proveedor de servicios, equipo o profesional, donde el proveedor de servicios permanece en contacto con la persona y responde a un nivel personal.

Tabla 5. Categorías de la continuidad del cuidado y elementos conceptuales incluidos.

Categoría	Elementos Conceptuales que Incluye	Categorías con las que se relaciona	Definición
Accesibilidad	No incluye otros elementos conceptuales.	Flexibilidad Relación estable con el usuario	Condiciones espaciales y temporales que facilitan a las personas tomar contacto con los servicios que ellos requieren de forma oportuna, en ausencia de cualquier barrera que lo impida.
Información	Registro Comunicación	Longitudinalidad Individualidad Vinculación entre organizaciones Servicios comprensivos	Existencia de un registro sobre los eventos de atención de una persona que esté disponible y pueda ser transferido a los distintos servicios o proveedores que participan en su cuidado.
Contexto	Realidades, contextual.	Individualidad Flexibilidad	Todas las circunstancias personales que son consideradas e integradas al cuidado de una persona, incluyendo elementos sociales y culturales.
Vinculación entre organizaciones	Responsabilidad, coordinación entre los servicios, estructura administrativa.	Información Servicios comprensivos	Relación entre distintos servicios u organizaciones que participan en el cuidado de una persona y que permite el desarrollo de acciones coordinadas entre ellos de acuerdo a un marco normativo que regula las relaciones y establece responsabilidades, a fin de asegurar un cuidado continuo.

Elaboración propia.

Elementos Constitutivos y Factores Determinantes de la Continuidad del Cuidado.



El análisis de las 9 categorías sintetizadas con anterioridad, resultó en su síntesis como elementos constitutivos y factores determinantes. Se identificaron cinco elementos constitutivos: longitudinalidad, individualidad, flexibilidad, relación estable con el usuario e información. En tanto, las cuatro categorías restantes, servicios comprensivos, accesibilidad, contexto y vinculación entre organizaciones, corresponden a factores determinantes de la continuidad.

A continuación, se presentan el análisis de cada categoría, comenzando por los elementos constitutivos y luego los factores determinantes. Adicionalmente, se confeccionó un esquema conceptual que resume las principales características de la continuidad, distinguiendo los elementos constitutivos y mostrando las relaciones que se establecen entre las distintas características. El sentido de las flechas indica si las relaciones nacen de un concepto únicamente (flecha en un

sentido) o ambos conceptos se relacionan entre sí (flecha en ambos sentidos).
(Ver Fig. 3)

Elementos Constitutivos.

Longitudinalidad

La continuidad del cuidado ocurre en un espacio de tiempo, en que distintos eventos de atención son consecutivos, vinculando el cuidado pasado con el presente. Más allá de ser mencionado en gran parte de las definiciones de descritas y artículos revisados (véase Tabla N°5), la longitudinalidad en sí misma puede ser considerada un elemento constitutivo de la continuidad del cuidado en la medida que existe un curso longitudinal de atenciones o eventos de cuidado que se conectan en el presente.

Individualidad

La individualidad se refiere al cuidado de una persona, según un plan que integre sus necesidades en el diseño de los servicios.^{14-16,26-27} De acuerdo a la síntesis realizada, la individualidad se ve reflejada en el diseño de planes de tratamiento que establecen un curso de acción y en donde la continuidad se observa en la atención ininterrumpida de una persona de acuerdo a dicho plan. De este modo, la individualidad resulta fundamental para la continuidad por cuanto la persona está al centro de todas las acciones y cada plan se estructura sobre la base de sus necesidades. Siendo así, la individualidad, constituye un elemento constitutivo.

Flexibilidad

La flexibilidad da cuenta del manejo oportuno de las necesidades de salud de una persona a través del sistema de atención.¹⁴ Esto puede reflejarse en el movimiento de las personas a través de los servicios^{26,27} o en el ajuste de los planes de tratamiento,^{13,33} de forma que las múltiples necesidades de un usuario se corresponden con distintas intervenciones en el tiempo. La flexibilidad es una característica que refleja la adaptación del cuidado de una persona a lo largo del

tiempo, condición que es intrínseca a la continuidad y que la hace un elemento constitutivo.

Relación estable con el usuario.

Las dimensiones interpersonales son vistas como una forma de continuidad^{13,30} y se despliegan en el proceso de atención mediante la formación de un vínculo estable y un contacto periódico entre el proveedor de servicios y la persona. Dicha relación, sustenta su cuidado largo plazo en la medida que los equipos o servicios se mantienen permanentemente comunicados con el usuario, incluso en distintos lugares. Por lo tanto, la relación y el contacto frecuente con la persona dan unidad a los distintos eventos de cuidado que se desarrollan en el tiempo, al constituir un elemento estable dentro del proceso de atención que la ubica como un elemento central de la continuidad.

Información

La información disponible respecto a los cuidados recibidos, así como su transferencia entre distintos proveedores de servicios resultan fundamentales para establecer continuidad. Dado que en el cuidado de una persona transcurren distintos eventos y participan distintos servicios, se requiere documentar las atenciones para dar coherencia al curso de intervenciones y movimientos que tiene una persona a través de los servicios. Si bien, podemos entender la transferencia de la información como un mecanismo de integración de la red, la existencia información sobre la atención de una persona y su disponibilidad para todos los proveedores involucrados en la atención, es un elemento básico de la continuidad al permitir que la información existente sea incorporada a la atención actual y posterior.

Factores Determinantes de la Continuidad del Cuidado.

Servicios comprensivos

La comprensividad se refiere a la disposición de una red de servicios variados que satisfacen distintas necesidades de un individuo,¹⁴ siendo descrita

también como la dimensión transversal de la continuidad.²⁶ Pese a ser mencionada con frecuencia, los servicios comprensivos dan cuenta de la integración de los sistemas de atención,²⁸ siendo una característica de las redes de atención más que una dimensión de la continuidad. Por esta razón, los servicios comprensivos deben ser entendidos como un factor determinante de la misma.

Accesibilidad

Las redes de servicios están situadas en sistemas organizados que determinan la integración de los servicios disponibles y su acceso.²⁸ De este modo, la accesibilidad es un principio que permite valorar las características de la red que facilitan a las personas acudir a los servicios que requiere en un momento. Sin constituir una característica implícita de la continuidad, la accesibilidad es determinante en la provisión oportuna de los cuidados requeridos por una persona.

Contexto

La atención individualizada y la provisión de servicios deben ser pertinentes culturalmente y adecuarse al contexto específico del usuario. Considerar las circunstancias personales es un elemento transversal en el cuidado y se traduce en la incorporación del contexto en la planificación de los servicios que una persona recibe. Sin embargo, pese a que el contexto es un elemento necesario en la construcción del cuidado, no representa un aspecto de la continuidad en sí misma, sino un requisito para que las acciones en salud mental se adecuen a las realidades de cada persona, factor que puede favorecer la continuidad de los cuidados recibidos.

Vinculación entre organizaciones

Los vínculos entre organizaciones son un elemento estructural³⁰ y dependen de la existencia de acuerdos entre los involucrados en la provisión de cuidados, lo cual se ubica en el plano de la organización de los servicios.²⁸ Por otra parte, en materia de integración de los sistemas, existen mecanismos de

integración que facilitan la continuidad. De acuerdo a la definición propuesta, la vinculación entre organizaciones permite que distintos servicios se coordinen de acuerdo a un marco normativo, lo cual incluye aspectos estructurales, como los vínculos formales, y mecanismos de integración de los servicios, como programas de continuidad del cuidado.²⁸ Tanto vínculos como mecanismos de integración, son un atributo de la organización de los servicios, por lo que deben diferenciarse de la continuidad.

De este modo, se presentan los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado y aquellos factores determinantes en la Tabla N°6. La diferenciación de estas características son útiles para delimitar los elementos centrales de la continuidad, de forma que pueda contribuir posteriormente a la operacionalización de la continuidad de cuidado e investigar sobre recomendaciones de práctica útiles para la gestión de los cuidados en personas con enfermedades mentales.

Tabla 6. Elementos Centrales y Factores Determinantes de la Continuidad del Cuidado.

Elementos Constitutivos	Factores Determinantes
<p>Longitudinalidad 1. Cuidado ininterrumpido y conectado a través del tiempo</p> <p>Individualidad 2. Planes individuales. 3. Participación del usuario.</p> <p>Flexibilidad 4. Incorporar cambios en necesidades y contexto a la provisión de servicio.</p> <p>Relación estable con el usuario 5. Vínculo a largo plazo. 6. Contacto periódico con la persona.</p> <p>Información 7. Registro de la atención disponible. 8. Transferencia de información entre proveedores.</p>	<p>Servicios comprensivos 1. Múltiples servicios en función de distintas necesidades.</p> <p>Accesibilidad. 2. Condiciones que permiten a las personas tomar contacto con los servicios.</p> <p>Contexto 3. Elementos sociales y culturales integrados al cuidado.</p> <p>Vinculación entre los servicios 4. Relaciones entre servicios y organizaciones reguladas de acuerdo a un marco normativo.</p>

Elaboración propia.

Finalmente, tras realizar la síntesis de evidencia y distinguir los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado es posible proponer, en último término, una definición en la cual se distingan sus cinco elementos: longitudinalidad, individualidad, flexibilidad, vínculo estable y contacto periódico e información.

“Cuidado de un individuo en el cual los eventos de atención son continuos en el tiempo, varían en intensidad y lugar de acuerdo a las necesidades de atención de las personas y son provistos por un equipo de salud con que la persona mantiene un contacto periódico y el cual posee información documentada del usuario que es compartida con los distintos proveedores de salud involucrados, en el contexto de una red de servicios.”

Esta definición constituye una delimitación del concepto de continuidad reflejando sus categorías centrales que fueron construidas a partir de la síntesis de evidencia. Las repercusiones de estos hallazgos se abordarán en el apartado posterior.

VI. Discusión
VII. Conclusiones
VIII. Comentarios
Finales

VI. DISCUSIÓN

Este estudio plantea una revisión y definición actualizada de la continuidad del cuidado en el contexto de la provisión de salud mental, proponiendo un esquema de continuidad basado en cinco atributos esenciales y cuatro factores que inciden directamente sobre este proceso.

Pese a que el estudio de la continuidad del cuidado como fenómeno en la atención de salud mental aparece hace más de tres décadas, su conceptualización no ha variado en gran medida desde una de las primeras descripciones que hiciera Leona Bachrach hacia 1981. Los avances que muestra la idea de continuidad aparecen más bien como características que se agregan unas a otras, en la medida que los sistemas de salud de distintos países implementaron reformas para mejorar la respuesta sanitaria frente a los trastornos psiquiátricos.

La literatura disponible en la actualidad sobre continuidad del cuidado nos muestra distintas tendencias en la investigación de este fenómeno; desde estudios centrados en la construcción teórica de la continuidad,^{13,14,17,26,27,30,34} hasta estudios que buscan medidas o indicadores de la continuidad.^{15,19,21,29,34,36,37} Más recientemente, existen algunos intentos por incorporar la percepción de los propios usuarios al estudio de la continuidad.^{17,35}

Respecto a la diversidad de los estudios existentes, durante el proceso de búsqueda se pesquisa variabilidad de metodologías, resultados y conceptos que dificultaron la clasificación de los estudios y sus resultados. Es probable que esto se relacione al desarrollo incipiente de investigaciones en esta área que impiden consolidar resultados similares. Asimismo, a lo largo de la revisión, distintos atributos de los servicios -a la luz de los propuestos en esta revisión- son interpretados como elementos constitutivos de la continuidad, aun cuando representan en sí características del funcionamiento general de la red.

Un ejemplo que representa una de estos desacuerdos en la conceptualización se evidencia en la conformación de los programas de continuidad de cuidado en salud mental, dado que la continuidad del cuidado debiese considerarse un atributo transversal de las redes asistenciales más que un programa específico. Lo anterior es relevante dado que la literatura reconoce dispositivos diseñados para favorecer la continuidad de la atención de usuarios con trastornos mentales³⁸ como la Gestión de Casos (*Case Management*) y el Tratamiento Asertivo Comunitario. Sin embargo, la naturaleza de los programas de continuidad de cuidado como los mencionados corresponden a dispositivos técnicos que promueven la permanencia de las personas en el tratamiento, debiendo ser considerados como un recurso disponible de las redes sanitarias.

Por otra parte, algunos autores sugieren que existe consenso teórico sobre el concepto de continuidad pero se carece de un lenguaje común que permita comparar y relacionar los resultados de distintas investigaciones.¹⁴ En la revisión sistemática presentada aquí, esta observación queda en evidencia durante el proceso de tabulación de la información, donde fue posible precisar al menos 32 elementos conceptuales relacionados con la continuidad del cuidado. Esto hace relevante los hallazgos en vista que fue posible construir una definición sintética de la continuidad del cuidado, reduciendo las distintas categorías de acuerdo a la posición que ocupan dentro del concepto de continuidad y que fue diferenciado en elementos constitutivos y factores determinantes. Pese a la existencia de otras revisiones sistemáticas, los hallazgos de éstas aún resultaban amplios en pos de establecer un esquema más acotado sobre continuidad.

El proceso de revisión sistemática desarrollado permitió profundizar en los atributos de la continuidad y la elaboración de un esquema que diferenciara lo nuclear (elementos constitutivos) de lo accesorio (factores determinantes), lo cual representa un avance significativo en la construcción de un esquema teórico sobre continuidad.

Este proceso de diferenciación teórico es potencialmente útil para esbozar algunas contribuciones al desarrollo de la continuidad en los servicios de salud mental.

Una primera contribución corresponde a la identificación de cinco características básicas (elementos constitutivos) de la continuidad del cuidado que debiesen estar presentes en el monitoreo de ésta. Así, la operacionalización del concepto de continuidad propuesta puede favorecer la detección oportuna de brechas y obstáculos. Parece razonable que éstas puedan ser incorporadas permanentemente a la gestión de las redes de atención. No obstante, aún existen vacíos en el diseño de indicadores para el monitoreo, de modo que esta revisión constituye un insumo relevante a considerar en posteriores investigaciones relacionadas.

En segundo lugar, la operacionalización de los elementos constitutivos permite diseñar herramientas de evaluación de la continuidad del cuidado que sirvan para valorar periódicamente el desempeño de los servicios de salud mental. Dichas herramientas debiesen abarcar tanto los cinco elementos constitutivos como los factores determinantes descritos.

El esquema conceptual propuesto, contribuye además en la delimitación de un campo conceptual que es relevante para el desarrollo de posteriores investigaciones, especialmente aquellas que puedan estar dirigidas a obtener mediciones concretas sobre la continuidad del cuidado que se traduzcan en instrumentos pertinentes.

Una última contribución y tal vez la más importante de todas, corresponde a la elaboración de recomendaciones que guíen a los equipos clínicos y gestores en salud mental en el fortalecimiento de la continuidad de la atención. Para esto, cada elemento constitutivo puede traducirse en un conjunto de recomendaciones, pudiendo esbozarse algunos ejemplos en esta línea:

En relación a la longitudinalidad, puede mencionarse la necesidad de disponer de sistemas formales de referencia y contrarreferencia que garanticen la oportunidad de acceso a las atenciones requeridas entre los distintos dispositivos de la red asistencial en salud mental.

En cuanto a la individualidad, contar con planes individuales de tratamiento actualizados de acuerdo a las necesidades específicas de las personas. Cuando además se cuenta con distintos recursos intercambiables entre sí, que permitan la adaptación de los planes de tratamiento a las necesidades cambiantes de las personas, se da cuenta además del concepto de flexibilidad.

Otra recomendación en el ámbito de la relación estable con el usuario, puede corresponder a la presencia de un equipo estable en el transcurso del tratamiento que articule las distintas intervenciones que una persona requiera. Adicionalmente, se puede agregar contar con un referente para cada persona, ya sea un equipo o un miembro de él, que mantenga un contacto frecuente con el usuario.

Finalmente, es preciso disponer de un sistema de información que permita el acceso a información clínica compartida para los distintos lugares involucrados en el tratamiento de una persona.

Las recomendaciones acá esbozadas escapan a los objetivos de esta revisión, por cuanto requieren de procedimiento adicionales de elaboración y validación de estas recomendaciones.

No obstante, la construcción de estas recomendaciones pueden ser consideradas para la construcción de políticas públicas y orientaciones técnicas que aborden la continuidad del cuidado. En este punto, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente destaca este concepto como un aspecto inseparable de la calidad.¹² En este contexto esta revisión cobra relevancia en la medida que pueda contribuir a la construcción de estándares sobre la continuidad en las redes de servicios.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Dentro de estas, es preciso considerar, que el estudio no contó con un segundo revisor en la búsqueda y selección de artículos, en la extracción de contenidos ni en la elaboración de la síntesis de contenidos. La participación de más de un revisor es recomendado para este tipo de estudios, lo cual habría colaborado con reducir posibles sesgos de información y selección.³¹ Sin embargo, el uso de un protocolo de registro estructurado según lo descrito en la metodología y la revisión periódica los avances con el profesor guía, pudo minimizar el impacto de estas falencias sobre los resultados.

La heterogeneidad de artículos en la literatura disponible, por su parte, requirió flexibilizar los criterios de selección que se pueden esperar en el desarrollo de una revisión sistemática, aceptando un amplio rango de publicaciones. Dicha flexibilidad, si bien puso mayores exigencias al revisor en cuanto a la recolección de información desde distintos tipos y estructuras de publicaciones, puede haber contribuido a recolectar de forma más sensible conceptos propios de la continuidad de cuidados y diferenciarlos de otros factores.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, sólo se buscaron publicaciones indexadas, situación que no permite descartar la omisión de literatura gris que pudiera haber contribuido a la revisión.

Una limitación adicional es que no se utilizó enmascaramiento de los abstracts al momento de la selección de artículos, lo cual es recomendable para no sesgar la selección privilegiando artículos recientes o de fuentes conocidas por el revisor.³¹ Esto no fue realizado debido a la reducida cantidad de artículos extraídos del proceso de búsqueda y la variabilidad de publicaciones que fueron descritas en los criterios de elegibilidad. Además para esto se requieren al menos dos personas en el equipo investigador.

Además, resulta relevante mencionar la inexistencia de una instancia de validación externa del concepto estudiado, tales como grupos focales, panel de expertos o entrevistas, en particular respecto a la definición operativa planteada.

Pese a los sesgos mencionados, es importante señalar que durante la síntesis de la información recopilada, existió un alto nivel de saturación. Este hecho, refleja la existencia de similitudes en los elementos conceptuales existentes en otros artículos y en particular en las otras revisiones sistemáticas incluidas. Lo anterior respalda la validez de los resultados obtenidos.

Un último punto importante de mencionar es que el trabajo excluyó artículos relacionados a trastornos adictivos. Si bien los criterios de exclusión se establecieron *a priori*, el principal argumento es que se consideró que la provisión de servicios relacionados a los trastornos adictivos posee particularidades que la diferencian de la atención de otros trastornos mentales. Por lo general, la atención de los problemas de dependencias a sustancias son financiados por otros programas y existen redes diferenciadas. La exclusión, por tanto, se efectuó principalmente por motivos prácticos, sin perjuicio de que las redes de psiquiatría comunitaria trabajan con este tipo de comorbilidades de igual forma. Sin embargo, dado que los resultados de este estudio constituyen una propuesta teórica, los hallazgos son potencialmente transferibles al ámbito de la atención de pacientes con consumo de sustancias.

VIII. CONCLUSIONES

Pueden esbozarse algunas conclusiones generales en relación a este trabajo que describen sus principales hallazgos.

La literatura disponible, permitió agrupar un conjunto de características que representan ámbitos generales de acción en el marco de la continuidad de la atención. Durante el proceso de elaboración de esta revisión, puede constatar un desarrollo todavía escaso del estudio de la continuidad de cuidados, aun cuando las investigaciones se observan convergentes al menos en lo que respecta al desarrollo conceptual. Es de esperar que las nuevas investigaciones se orienten preferentemente hacia la validación de herramientas de medición por sobre la elaboración conceptual.

En otra arista, la continuidad del cuidado no es sólo una entidad teórica ni un fenómeno aislado, de modo que más allá de la definición propuesta en esta revisión, se requiere observarla en un contexto más amplio, como resultado de la integración de servicios asistenciales y como un componente implícito de la calidad en la atención.

Desde el enfoque comunitario de atención en salud mental, existe una necesidad de contar con mecanismos que permitan la continuidad de las intervenciones que una persona puede requerir en distintos niveles asistenciales. Lo anterior implica integrar distintos dispositivos y recursos de la red de salud mental comunitaria en pos de facilitar la recuperación de las personas con trastornos mentales. En la actualidad, las acciones asistenciales se integran en el marco de una amplia red de servicios, siendo la continuidad una característica fundamental del funcionamiento de ella y en donde el principal desafío es el desarrollo de estrategias que la faciliten para mejorar los resultados sobre la atención de las personas y asegurar la calidad de la atención entregada.

Los resultados, consecuentemente, constituirán un antecedente relevante para analizar las prácticas y recursos disponibles dentro de las redes de salud mental, en la búsqueda de cambios objetivos que mejoren su desempeño y puedan asegurar a los usuarios una atención oportuna, ininterrumpida, diversificada y documentada de sus necesidades de salud.

IX. COMENTARIOS FINALES

La revisión sistemática presentada constituye una etapa de un proyecto más amplio sobre continuidad del cuidado, en donde este trabajo contribuye en la síntesis de los elementos centrales de la continuidad. El proyecto inicial fue modificado principalmente por el tiempo requerido para realizar la investigación en el marco de un seminario de título.

Pese a ello, los resultados entregarán los insumos necesarios para completar el proyecto original, que tiene como objetivo “proponer recomendaciones de buenas prácticas para la continuidad del cuidado en la atención de personas con trastornos mentales.”

Esta iniciativa ya tiene desarrollada su metodología y está previsto iniciar la primera etapa en estos próximos meses, lo cual permitirá no sólo integrar estos resultados, sino construir un instrumento que pueda ser utilizado para el desarrollo de las redes comunitarias que atienden enfermedades mentales prolongadas, el cual se espera pueda concluirse en el plazo de un año.

Como parte de este proceso, se espera efectuar la difusión de los resultados de esta revisión a los distintos servicios de salud, con la finalidad de unificar concepciones en la construcción de prácticas de continuidad a nivel de los equipos de salud mental que trabajan directamente con usuarios.

IX. Referencias Bibliográficas

X. Referencias Bibliográficas.

1. Desviat M. Los primeros movimientos de reforma psiquiátrica. En: Desviat M, La Reforma Psiquiátrica. 1a. Ed. Madrid: Dor. SL. Ediciones; 1994. p. 67–94.
2. Desviat M, Ana M. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En: AEN, editor. Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Primera Ed. Madrid: AEN; 2012. p. 21–7.
3. Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Editorial PAIDOS; 1966. 1-306 p.
4. Cohen H. De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En: Rodríguez J, editor. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Ed. Washington D.C.: (OPS/OMS), Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 119–31.
5. World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 1–74.
6. Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En: Rodríguez J, editor. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Ed. Washington D.C.: (OPS/OMS), Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 105–17.
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas: (OPS/OMS), Organización Panamericana de la Salud; 1990.
8. Rodríguez J. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Rev Psiquiatr del Uruguay. 2007;71(2):117–24.
9. Caldas de Almeida JM. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. En: Rodríguez J, editor. La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de

Caracas. Washington D.C.: (OPS/OMS), Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 21–42.

10. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(4): 440–7.
11. Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Caprile A. Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: Rodríguez J, editor. *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Ed. Washington D.C.: (OPS/OMS), Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 339–48.
12. Chile, Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. 2a Ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2001.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327(7425):1219–21.
14. Digel Vandyk A, Graham ID, Van Den Kerkhof EG, Ross-White A, Harrison MB. Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis. *Int J Evid Based Healthc* 2013;11(2):94–109.
15. Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(3):137–42.
16. Joyce AS, Wild TC, Adair CE, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, et al. Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct. *Can J Psychiatry* 2004;49(8):539–50.
17. Crawford MJ, de Jonge E, Freeman GK, Weaver T. Providing continuity of care for people with severe mental illness- a narrative review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(4):265–72.

18. Uijen A a, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJHM. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract* 2012;29(3):264–71.
19. Adair CE, McDougall GM, Beckie A, Joyce A, Mitton C, Wild CT, et al. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatr Serv* 2003;54(10):1351–6.
20. López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabil Psicosoc.* 2006;3(1):17–25.
21. Tessler RC, Gubman GD. Defining and Measuring Continuity of Care. *Psychosoc Rehabil J.* 1986;X(1):27–38.
22. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2009;35(4): 696–703.
23. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce AS, Wild TC, Gordon A, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1061–9.
24. Goldman HH, Thelander S, Westrin C-G. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3(2):69–75.
25. Hoertel N, Limosin F, Leleu H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 2013;29(6):358–64.
26. Bachrach LL. Continuity of Care for Chronic Mental Patients: A Conceptual Analysis. *Am J Psychiatry* 1981;138(11):36–40.

27. Bachrach LL. Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(5):465–8.
28. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Does systems integration affect continuity of mental health care? *Adm Policy Ment Health* 2006;33(6):705–17.
29. Fortney J, Sullivan G, Williams K, Jackson C, Morton SC, Koegel P. Methods Measuring Continuity of Care for Clients of Public Mental Health Systems. *HSR Heal Serv Res* 2003;38(4):1157–76.
30. Wierdsma A, Mulder C, de Vries S, Sytema S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *J Health Serv Res Policy* 2009;14(1):52–7.
31. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, John PA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions explanation and elaboration. *BMJ* 2009;339:b2700
32. Burns T, Catty J, White S, Clement S, Ellis G, Jones IR, et al. Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychol Med.* 2009;39(2):313–23.
33. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving Continuity of Care: Facilitators and Barriers in Community Mental Health Teams. *Implement Sci.* 2011;6(23):1-7.
34. Hautala-Jylha P-L, Nikkonen M, Jylha J. Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services- conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.* 2005;12(1):38–50.
35. Jones IR, Ahmed N, Catty J, McLaren S, Rose D, Wykes T, et al. Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers. *Soc Sci Med* 2009;69(4):632–9.

36. Saarento O, Öiesvold T, Sytema S, Göstas G, Kastrup M, Lönnerberg O, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: Continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(11):521–7.
37. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B, McHorney CA. An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatr Serv* 1999;50(3):395–400.
38. González A. La Continuidad de Cuidados (II). En: *Neuropsiquiatría AE de*, editor. *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Primera Ed. Madrid: Dor. SL. Ediciones; 2012. p. 476–81.

X. Anexos

Anexo 1. Formato de Protocolo de Revisión de Artículos

<i>Título</i>
<i>Autores</i>
<i>Revista</i>
<i>Año de Publicación</i>
<i>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</i>
<i>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</i>
<i>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</i>
<i>Notas del revisor</i>

Anexo 2. Artículos revisados y observaciones.

Título: <i>“Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis.”</i>
Autores: <i>Bachrach, L.</i>
Revista: <i>Am J Psychiatry</i>
Año de Publicación: <i>1981</i>
País: <i>Estados Unidos</i>
Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto “Proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de pacientes entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios”
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Plantea la existencia de dimensiones básicas de la continuidad: <ul style="list-style-type: none">- Longitudinal o temporal: Atención consecutiva- Individual: Orientado al paciente.- Transversal: Implica distintos servicios para satisfacer distintas necesidades.- Flexibilidad: Flujo del paciente entre los servicios varía de acuerdo a las circunstancias que se van presentando.- Relacional: contacto con los pacientes está caracterizado por la familiaridad y la cercanía.- Accesibilidad: Obtener servicios cuando lo necesita y de modo que pueda manejarlos psicológica y financieramente.- Comunicación: Entre el paciente y los proveedores de servicios, así como distintos proveedores involucrados en el cuidado.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) Comprensividad: Disponer de un conjunto de distintas intervenciones para satisfacer las múltiples necesidades de las personas. Lo visualiza como un componente de la provisión de servicios, a diferencia de la continuidad de cuidados que hace mención a flujo. Reconoce que esa definición es sólo teórica.
Notas del revisor Plantea algunas dificultades para el logro de la continuidad de cuidados.

Título: “Defining and measuring continuity of care”
Autores: Tessler, R., Willis, G., Gubman, G. D.
Revista: Psychosocial Rehabilitation Journal
Año de Publicación 1986
País: Estados Unidos
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>Utiliza las definiciones propuestas por Bachrach, LL (1981) y Bass y Windle (1973), No propone una definición propia de continuidad de cuidados.</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Define dimensiones de continuidad de cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificación del alta. - Transferencia rápida y exitosa. - Implementación de planes de servicio individuales.
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>Accesibilidad Calidad del cuidado. No define cada uno, los plantea como metas de los sistemas de salud, al igual que la continuidad.</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>El estudio se enfoca en establecer medidas de continuidad mediante el análisis de datos hospitalarios. Reconoce que la medición se basa en identificar la discontinuidad. Los datos en general se refieren al egreso del paciente.</p>

Título: “Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients”
Autores: Bachrach, L.
Revista: Hospital and Community Psychiatry
Año de Publicación: 1993
País: Estados Unidos
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>“Proceso dirigido a maximizar el potencial terapéutico del paciente. Enfatiza una aproximación individual del cuidado de acuerdo a ideales de comprensividad, longitudinalidad y relacional como aspectos esenciales de la provisión de servicios.”</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Plantea nueve principios interdependientes que forman la base de la continuidad de cuidado en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales crónicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura administrativa. 2. Accesibilidad. 3. Servicios comprehensivos. 4. Individualidad. 5. Flexibilidad. 6. Vinculación entre organizaciones. 7. Continuidad del proveedor (de atención). 8. Participación del usuario en la planificación de su tratamiento. 9. Pertinencia cultural.
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>Manejo/gestión de casos.</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Describe las funciones del gestor de casos en función de los principios de CC. Menciona algunas implicancias del concepto en el desarrollo de políticas públicas.</p>

Título: “Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures”
Autores: Johnson, S. et al.
Revista: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
Año de Publicación 1997
País: Reino Unido
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>No plantea una definición propia. Integra la definición de Bachrach, L. (1981), Test (1979) y Tessler et al. (1986)</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Reconoce la existencia de dos aspectos de la continuidad:</p> <p>Aspecto Transversal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad entre los proveedores de servicios. - Comprensividad. - Accesibilidad <p>Aspecto Longitudinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad del contacto. - Continuidad del proveedor de servicios. - Continuidad a través de los servicios. - Implementación de planes de tratamiento
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>Manejo/gestión de casos</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>El estudio reconoce que existen múltiples definiciones y que es un concepto difuso. No adopta ninguna definición en particular. Foco del estudio está puesto en identificar medidas prácticas, sin ahondar en la discusión teórica.</p>

Título: "The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients"

Autores: Saarento, O. et al.

Revista: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

Año de Publicación 1998

País: Escandinavia

Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto

Utiliza dos dimensiones mencionadas por Sytema et al (1997): dimensión longitudinal y flexibilidad. La primera establece que continuidad de cuidado es el tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y el primer día de contacto con el servicio ambulatorio (preparación del post-alta). La segunda es entendida como la combinación de cuidados durante el periodo de seguimiento.

Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).

Relaciona la CC a las características de los servicios psiquiátricos, los eventos previos en el patrón de cuidado de un paciente y las características del paciente.

Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)

No menciona.

Notas del revisor

Estudio muestra una comparación de ensayos realizados en distintos países nórdicos. Busca conocer medidas concretas sobre los servicios, el patrón de cuidado y las características del paciente según las dimensiones escogidas por los autores.

Título: “An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services”
Autores: Ware, N. et al.
Revista: Psychiatric Services
Año de Publicación 1999
País: Estados Unidos
Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto Múltiples
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Identifica y describe seis mecanismos de continuidad: <ul style="list-style-type: none"> - Sustitución: asunción de roles de otras personas involucradas en el cuidado. - Resolución de problemas: medidas anticipadas para evitar problemas en los pacientes. - Transiciones fluidas entre proveedores. - Crear flexibilidad: adaptarse a las necesidades de los individuos. - Acelerar el sistema. - Contextualizar: el cuidado de acuerdo a la historia de cada individuo
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) No menciona.
Notas del revisor Estudio cualitativo. Describe mecanismos de continuidad, los cuales ponen el foco sobre la prevención de la discontinuidad en el cuidado y las relaciona con algunas dimensiones descritas por otros autores.

Título: “History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes”
Autores: Adair. et al.
Revista: Psychiatric Services
Año de Publicación 2003
País: Estados Unidos
Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto Múltiples.
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). No precisa.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) Acceso Calidad del cuidado Satisfacción Manejo/gestión de casos Tratamiento asertivo comunitario.
Notas del revisor El estudio busca identificar elementos para la elaboración de un instrumento de medición de la CC.

Título: "Measuring continuity of care for clients of public mental health systems"
Autores: Fortney, J. et al.
Revista: Health Services Research
Año de Publicación 2003
País: Estados Unidos
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>"Caracterización del patrón de utilización de servicios ambulatorios en el tiempo de un individuo".</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Incluye cinco dimensiones conceptuales: temporalidad, intensidad de los servicios, comprensividad, estabilidad de la relación cliente-proveedor, coordinación de los servicios.</p> <p>Agrega 5 definiciones proxy: frecuencia de los encuentros, cantidad de encuentros, variedad de los servicios recibidos, consistencia de los encuentros entre dispositivos, recibo de servicios de gestión de casos.</p>
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>No menciona.</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Utiliza datos secundarios de pacientes atendidos en el sistema de salud. Se enfoca en la transición hacia dispositivos ambulatorios.</p>

Título: “Continuity of care: a multidisciplinary review”
Autores: Haggerty J. I. et al.
Revista: BMJ
Año de Publicación 2003
País: Reino Unido
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>No plantea una definición explícita.</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Identifica distintas características de la CC en salud mental: coordinación de servicios y estabilidad de la relación paciente proveedor. Distingue dos elementos centrales de la continuidad: Foco en el individuo (como experimenta el paciente su continuidad) y cuidado a través del tiempo. Tres tipos de continuidad: de información, gestión de la continuidad (management) y relacional.</p>
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>Acceso. Integración de servicios. Coordinación de servicios</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Revisión de características de la continuidad de acuerdo a distintas disciplinas. No es específico en salud mental. No plantea una definición explícita de CC, sólo de continuidad.</p>

Título: <i>“Providing continuity of care for people with severe mental illness. A narrative review”</i>
Autores: <i>Crawford, M. J. et al.</i>
Revista: <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>
Año de Publicación <i>2004</i>
País: <i>Reino Unido</i>
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>“Cuidado en el cual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. el paciente se mantiene en contacto con los servicios, 2. no hay quiebres en la provisión de servicios, 3. el paciente ve al mismo miembro del equipo, 4. diferentes componentes del sistema de salud y social están coordinados y, 5. la experiencia de los usuarios es fluida e ininterrumpida.”
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Incluye en su definición 3 dimensiones: Longitudinal, transversal y experiencia de los usuarios.</p>
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>No precisa.</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Orientado a identificar facilitadores y obstáculos para la provisión de continuidad de cuidados más que al análisis conceptual.</p>

Título: "The effect of deinstitutionalization on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands"

Autores: Sytema, S; Pijl Y. J.

Revista: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

Año de Publicación 2004

País: Países Bajos

Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto

No plantea una definición explícita.

Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).

Sólo utiliza una variable de continuidad relacionada a la dimensión longitudinal (preparación del post-alta)

Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)

No menciona.

Notas del revisor

Sólo utiliza una variable de continuidad de cuidado. Enfocado sobre la evaluación de la implementación de la reforma en salud mental.

Título: <i>“Continuity of care in mental health services: Toward clarifying the construct”</i>
Autores: <i>Joyce, A. S. et al</i>
Revista: <i>Canadian Journal of Psychiatry</i>
Año de Publicación <i>2004</i>
País: <i>Canada</i>
Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto No plantea una definición explícita.
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Plantea dos modelos de continuidad de cuidado: 1. Modelo jerárquico: 4 dominios (Provisión de servicios, accesibilidad, base relacional y cuidado individualizado) 2. Modelo de tema primario: 10 atributos 1. Relación Paciente-Proveedor 2. Cuidado individualizado 3. Acceso y disponibilidad 4. Vínculos estructurales 5. Servicios comprehensivos 6. Flexibilidad de la ubicación del servicio 7. Gestión de la transición (management) 8. Longitudinalidad 9. Énfasis en la colaboración 10. Información y Comunicación.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) No precisa.
Notas del revisor Precisa la naturaleza administrativa de la continuidad más que medidas específicas para mejorarla.

Título: <i>“Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services - conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care”</i>
Autores: <i>Hautala-Jylha P. L.; Nikkonen, M.; Jylha, J.</i>
Revista: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i>
Año de Publicación <i>2005</i>
País: <i>Finlandia</i>
Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto “Continuidad del proveedor, información, lugar y equipo de salud.” (Kekki 1982, Hagman & Johansson 1985)
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Define 4 tipos de continuidad: 1. Continuidad del proveedor: dimensión temporal, geográfica, transdisciplinaria e interpersonal. 2. Continuidad de la información. 3. Continuidad del lugar. 4. Continuidad del equipo de salud. Identifica 7 factores que apoyan la continuidad de cuidados: 1. Adherencia a una relación cooperativa 2. Adherencia al contexto de tratamiento 3. Flexibilidad en la planificación del cuidado 4. Mantenimiento activo del contacto 5. Posibilidad constante de contactar el servicio 6. Registros actualizados 7. Cooperación activa entre servicios ambulatorios y otros colaboradores.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) No precisa
Notas del revisor Estudio cualitativo, identifica factores que apoyan la continuidad, los cuales se pueden relacionar a dimensiones del concepto.

Título: “Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon”
Autores: Burns, T. et al.
Revista: Psychological Medicine
Año de Publicación 2009
País: Reino Unido
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio.</p> <p>No describe una definición literal.</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Utiliza un modelo mutuaxial planteado por Freeman <i>et al.</i>, el cual incluye 8 características (6 genéricas y 2 específicas para salud mental)</p> <p>Genéricas: 1. Continuidad experimentada 2. Flexibilidad 3. A través de los servicios 4. Información 5. Longitudinalidad 6. Relacional</p> <p>Específicas: 7. Largo plazo 8. Contextual</p>
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>No menciona</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Estudio plantea 7 factores de continuidad y 20 componentes relacionados a la práctica, no a nivel conceptual.</p>

Título: <i>“Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework”</i>
Autores: <i>Wierdsma A. et al.</i>
Revista: <i>Journal of Health Services Research</i>
Año de Publicación 2009
País: <i>Países Bajos</i>
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio.</p> <p>“Grado en el que los episodios de tratamiento están vinculados en un todo continuo e ininterrumpido, de acuerdo a las necesidades de los pacientes.”</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Plantea un modelo multinivel, en el cual se identifican cuatro elementos centrales relacionados a cuatro tipos de continuidad.</p> <p>Elementos centrales:</p> <p>1. Cuidado continuo (longitudinal) 2. Cuidado individualizado 3. Cuidado a través de los servicios 4. Registro del cuidado (documentación)</p> <p>Tipos de continuidad:</p> <p>1. De información 2. De gestión 3. Relacional 4. De contacto</p>
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>Cuidado integrado Calidad del cuidado</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Sitúa a la CC como un proceso entre lo estructural (cuidado integrado) y el resultado (calidad del cuidado). Estudio es un ensayo.</p>

Título: “Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of services users and carers”
Autores: Jones, I. R. et al.
Revista: Social Science & Medicine
Año de Publicación 2009
País: Reino Unido
Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio. Múltiples.
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Utiliza una adaptación de los factores mencionados por Burns T. <i>et al.</i> (2009) Plantea 9 factores de continuidad: 1. Regularidad 2. Relación y experiencia de continuidad 3. Consolidación 4. Flexibilidad 5. A largo plazo 6. De información 7. Apoyo a la vida diaria 8. Longitudinalidad 9. A través de los servicios. *Regularidad se relaciona con la longitudinalidad **Consolidación se relaciona con continuidad a través de los servicios en la versión original.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) Trayectoria del paciente: serie de movimientos entre etapas en una secuencia y su uso en relación a las experiencias de los pacientes en instituciones de salud mental.
Notas del revisor Estudio cualitativo basado en experiencias sobre continuidad en relación a las trayectorias de los pacientes.

Título: “Achieving continuity of care: Facilitators and barriers in community mental health teams”
Autores: Belling, R. et al.
Revista: Implementation Science
Año de Publicación : 2011
País: Reino Unido
<p>Definición(es) de Continuidad de Cuidados presente(s) en el texto</p> <p>No plantea una definición explícita.</p>
<p>Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).</p> <p>Introduce desafíos para la continuidad, los cuales pueden ser traducidos como dimensiones de la continuidad del cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad de la información. - Continuidad a través de los servicios. - Continuidad flexible. - Continuidad longitudinal. - Continuidad relacional. - Continuidad a largo plazo.
<p>Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)</p> <p>No plantea conceptos relacionados.</p>
<p>Notas del revisor</p> <p>Estudio busca identificar facilitadores y barreras para la continuidad del cuidado en equipos de salud mental comunitarios. Organiza la información de acuerdo a cada tipo de continuidad mencionada.</p>

Título: “How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts”
Autores: Uijen, A. et al.
Revista: Family Practice
Año de Publicación 2011
País: Países Bajos
Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio. Múltiples
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). 1. Transferencia de la información 2. Comunicación efectiva 3. Flexibilidad 4. Continuidad relacional 5. Cuidado entregado por pocos profesionales.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) Coordinación del cuidado Integración del cuidado Cuidado centrado en el paciente Manejo/gestión de casos
Notas del revisor Revisión de literatura. Compara distintos conceptos relacionados a la continuidad del cuidado.

Título: *“Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis”*

Autores: *Vandyk, A., et al.*

Revista: *International Journal of Evidence-Based Healthcare*

Año de Publicación 2013

País: *Canadá*

Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio.

“Proceso que es logrado cuando las intervenciones terapéuticas, entregadas durante episodios de cuidados breves, son coherentes y están conectadas a lo largo del tiempo.”

Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto).

Propone 9 conceptos globales de continuidad y 23 elementos conceptuales:

1. Longitudinalidad
2. Participación e individualidad
3. Comprensividad
4. Flexibilidad
5. Relación estable
6. Accesibilidad
7. Información compartida
8. Realidades
9. Responsabilidad

Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta)

No menciona

Notas del revisor

Revisión sistemática. Establece elementos y su presencia en las definiciones teóricas disponibles en la literatura.

Título: “Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of teams? A systematic review”
Autores: Omer, S. et al.
Revista: European Psychiatry
Año de Publicación 2014
País: Reino Unido
Definición(es) de Continuidad de Cuidados utilizada(s) para el estudio. Ausente.
Elementos conceptuales de la definición expuesta (atributos de la continuidad de cuidados que se incorporan a la definición propuesta en el texto). Ausentes.
Conceptos relacionados mencionados en el texto (que se vinculan a la continuidad de cuidados sin ser parte de la definición expuesta) Transición del cuidado
Notas del revisor Plantea la continuidad desde el punto de vista de los sistemas de cuidado en salud mental.

Anexo 3. Formato de Protocolo de Revisión de Artículos

Para efectos de distinguir los elementos nucleares de cada enunciado, estos se presentan subrayados. Entre corchetes, se mencionan conceptos que se relacionan a una parte del enunciado o a la totalidad del mismo.

LONGITUDINALIDAD
<p>Bachrach, L. (1981) “Continuidad del cuidado tiene una <u>dimensión temporal</u>.” “<u>Episodios</u> (de cuidado) <u>son consecutivos</u> y están relacionados.” “<u>La continuidad del cuidado empieza</u> cuando la necesidad emerge <u>y termina</u> cuando es resuelta.”</p> <p>Haggerty, JL et al. (2003) “<u>Cuidado a través del tiempo</u>.”</p> <p>Crawford et al. (2004) “Continuidad en un <u>periodo de tiempo</u>” “Paciente <u>se mantiene en contacto</u> con los servicios.” [CONTINUIDAD DE CONTACTO] “<u>No hay quiebres</u> en la provisión de servicios”</p> <p>Sytema, S. & Pijil, Y. J. (2004) “Cuidado <u>posterior al tratamiento</u> (hospitalario)” [TRANSFERENCIA]</p> <p>Joyce, A. S. et al. (2004) “Énfasis en una orientación del <u>plan de cuidado a largo plazo</u> [A LARGO PLAZO], incluyendo <u>contacto regular</u> [CONTINUIDAD DE CONTACTO] para el seguimiento y <u>planificación anticipada</u> [PLANES INDIVIDUALES] para episodios agudos u otros eventos de tratamiento.”</p> <p>Burns, T. et al. (2008) “Involucra la coordinación del <u>progreso del paciente</u> a través del sistema.” “<u>Cuidado provisto por el menor número de profesionales posible</u>, consistente con otras necesidades.”</p> <p>Wierdsma, A. et al. (2009) “Cuidado en el <u>tiempo</u>.” “<u>Episodios</u> (de cuidado) <u>conectados</u>.”</p> <p>Jones, I. R. et al. (2009) “Ver psiquiatras distintos regularmente (1 o 2) [CONTINUIDAD DE CONTACTO] y no tener un coordinador de caso o más de dos”</p> <p>Belling et al. (2011) “Despliegue del equipo profesional para corregir <u>episodios desarticulados</u> en la provisión de servicios.”</p> <p>Vandyk, A. et al (2013) “<u>Episodios de cuidado</u> son <u>consecutivos</u> y están <u>conectados en el tiempo</u>.”</p>

FLEXIBILIDAD

Bachrach (1981)

“(…) y el flujo de servicios debiese corresponder a los cambios en las circunstancias del paciente”

“En la dimensión de flexibilidad, ellos (los pacientes) pueden moverse de un lado para otro y serán acomodados dependiendo si progresan(…)”

Bachrach (1993)

“(…) no hay un programa o intervención única que sea apropiada para todas las personas [INDIVIDUALIDAD] con enfermedades mentales en todos los tiempos. La dirección y velocidad del movimiento de los pacientes entre los servicios debe ser determinado en base a consideraciones clínicas.”

Haggerty, JL et al. (2003)

“Los planes deben permanecer flexibles para acomodarse a los cambios en las necesidades y circunstancias de los pacientes.” [REALIDADES, CONTEXTUAL]

Joyce et al. (2004)

“Énfasis en la oferta de servicios cercana al ambiente natural del cliente [ACCESIBILIDAD], incluyendo visitas domiciliarias, soporte social, equipos móviles y una orientación general a modelos de servicios basados en la comunidad.”

Burns, T. et al. (2008)

“Ser flexible y ajustarse a las necesidades de los individuos en el tiempo.” [INDIVIDUALIDAD, LONGITUDINALIDAD, TEMPORALIDAD]

Jones, I. R. et al. (2009)

“Equipo de salud mental comunitario responde al deterioro (incremento de la frecuencia del contacto).”

Belling, R. et al. (2011)

“Desarrollo de planes de cuidado flexibles [INDIVIDUALIDAD, PLANES INDIVIDUALES] ligados a un monitoreo efectivo.”

Vandyk, A. et al (2013)

“Cuidado provisto y servicios ofertados son adaptables a las necesidades cambiantes de los pacientes (personales, médicas, psiquiátricas, sociales, etc.) y provistos consistentemente entre servicios y proveedores de acuerdo a estas necesidades.” [A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS, TRANSVERSALIDAD, SERVICIOS COMPRENSIVOS]

RELACIONAL

Bachrach (1981)

“Los contactos entre el paciente y el sistema de servicio son, idealmente, de naturaleza primaria y están caracterizados por familiaridad y cercanía.”

“(…) el paciente puede confiar, a lo largo del tiempo en tener vínculos con una persona o personas que están interesadas en él y que le responden a nivel personal.” [CONTINUIDAD DEL PROVEEDOR, CONTINUIDAD DEL EQUIPO, ESTABILIDAD EN LA RELACIÓN]

Joyce et al. (2004)

“Calidad de la relación entre pacientes y proveedores de servicios.”

“Grado en el cual un proveedor o equipo está comprometido para asistir en la navegación dentro del completo sistema de servicios [FLEXIBILIDAD], lo que incluye aspectos comportamentales y de calidad en la relación.

Burns, T. et al. (2008)

“Proveer uno o más profesionales individuales con quien el usuario puede establecer y mantener una relación terapéutica.” [CONTINUIDAD DEL PROVEEDOR, CONTINUIDAD DEL EQUIPO, ESTABILIDAD EN LA RELACIÓN]

Wiersma et al. (2009)

“Relación terapéutica continua, con profesionales de salud que responden en un nivel personal, en un contexto que promueve la cooperación y una aproximación coordinada e intersubjetiva.”
[INDIVIDUALIDAD]

Jones, I. R. et al. (2009)

“Buena relación terapéutica.”

Belling, R. et al. (2011)

“Designación y responsabilidad de uno o más miembros del equipo para promover relaciones terapéuticas y ejercer un impacto positivo en los resultados de la atención.”

Uijen, AA. et al (2011)

“Un proveedor personal de cuidados en cada contexto de atención que conoce y sigue al paciente.” [CONTINUIDAD DEL PROVEEDOR, CONTINUIDAD DEL EQUIPO, ESTABILIDAD EN LA RELACIÓN]

INFORMACIÓN

Joyce et al. (2004)

“Información clínica compartida entre los múltiples servicios o proveedores involucrados en el cuidado del paciente, la consistencia de los planes de tratamiento entre servicios [PLANES INDIVIDUALES] y la importancia de que los proveedores tengan buena información acerca de los recursos de otros servicios.”

Hautala-Jylhä P.-L et al (2004)

“Compilar un sistema de información que habilite el registro y la disponibilidad de la información [REGISTRO DEL CUIDADO] relativa al cuidado del paciente.”

Burns, T. et al. (2008)

“Excelente transferencia de la información [COMUNICACIÓN] siguiendo al usuario de los servicios.”

Wlersma et al. (2009)

“Transferencia de información que vincula el cuidado provisto entre eventos de atención en salud (...) implica transferir información de un servicio a otro [COMUNICACIÓN], excluyendo o limitando al mismo tiempo, información informal o indocumentada. ”

Jones, I. R. et al. (2009)

“Ver sólo a uno o dos psiquiatras y...” (*texto no traducido por error en la sintaxis*)

Belling, R. et al. (2011)

“Transferencia efectiva de información [COMUNICACIÓN] dentro y a través de barreras organizacionales ym, junto con la provisión de información consistente a los usuarios y cuidadores.”

Vandyk, A. et al (2013)

“La información desde los eventos de atención en salud pasados está bien documentada [REGISTRO DEL CUIDADO], disponible y es transferida a través de distintos lugares y entre proveedores de salud para su uso en el cuidado actual, que conecta los episodios de atención en el tiempo y los lugares [LONGITUDINALIDAD] (en que ocurren).”

INDIVIDUALIDAD

Bachrach, L. (1981)

“Continuidad del cuidado tiene una dimensión individual.”

“El cuidado es planeado con y para el paciente y su familia.”

“La continuidad del cuidado es algo que sucede con los pacientes uno a la vez.”

“El paciente es el punto de referencia para la continuidad del cuidado”

Bachrach, L. (1993)

“Los servicios de salud mental deben estar diseñados para pacientes individuales.”

Haggerty et al. (2003)

“La unidad de medida para la continuidad es fundamentalmente el individuo.”

Joyce et al. (2004)

“Medida en que los servicios son sensibles a las circunstancias personales, sociales y culturales de los pacientes, además de sus necesidades clínicas.” [REALIDADES, CONTEXTUAL]

“Flexibilidad en la provisión de servicios de acuerdo a la necesidad evaluada del cliente, [FLEXIBILIDAD] incluyendo cuidado centrado en el cliente, inclusión de la familia y el cliente en la planificación del tratamiento y la toma de decisiones y cuidado sensible culturalmente.” [REALIDADES, CONTEXTUAL]

Wiersma et al. (2009)

“Cuidado de un paciente individual.”

“El nivel primario (de la continuidad) consiste en contactos agrupados con pacientes individuales.”

Vandyk et al. (2013)

“El cuidado es diseñado para cada paciente [PLANES INDIVIDUALES] a través de una activa colaboración y participación [COLABORACIÓN]. Las realidades del paciente son vistas, respetadas e integradas al cuidado.”[REALIDADES]

ACCESIBILIDAD

Bachrach (1981)

“(…) el paciente será capaz de llegar al sistema de servicios cuando lo necesite y de forma que pueda manejarlo, tanto psicológica como financieramente.”

“(…) el paciente no experimenta obstáculos en la provisión de servicios(…)”

Bachrach (1993)

“Los pacientes tiene acceso a los servicios que necesitan.”

Johnson, S. et al. (1997)

“¿Puede el paciente tomar contacto con las instalaciones que requiere?”

Joyce et al. (2004)

“Condiciones espaciales y temporales que facilitan la continuidad de cuidado.”

“Incluye apoyo durante todo el día, facilidad para obtener citas, acortamiento o eliminación de tiempos de espera y eliminación de barreras geográficas, psicológicas y financieras para el cuidado.”

Vandyk, A. et al. (2013)

“Cuidado está disponible y es accesible para todos los pacientes de forma que no existan barreras financieras, geográficas, culturales, etc. El ambiente en que se provee atención apoya y facilita el acceso a los servicios requeridos.”

SERVICIOS COMPRENSIVOS

Bachrach (1993)

“Continuidad del cuidado depende de la provisión de una amplia variedad de servicios exhaustivos. No puede existir cuando los servicios esenciales no están disponibles. El sistema de servicios debe reconocer todas las necesidades de las personas que pertenecen a una población.”

Johnson, S. et al. (1997)

“¿Están planificadas las intervenciones para satisfacer cada necesidad individual de los pacientes?” [PLANES INDIVIDUALES]

Fortney, J et al. (2003)

No menciona una definición explícita.

Joyce et al. (2004)

“Ir más allá del cuidado médico o el tratamiento individual, para proveer una amplia gama de apoyo a las necesidades [APOYO A LA VIDA DIARIA], incluyendo servicios de alojamiento, apoyo económico, vocacionales y recreativos.”

Vandyk, A. et al (2013)

“Servicios complementarios están disponibles para satisfacer todas las necesidades de los pacientes de forma efectiva. Múltiples servicios y proveedores trabajan en conjunto [VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES, TRANSVERSALIDAD, COLABORACIÓN] para integrar y coordinar diferentes aspectos del cuidado, los cuales son desarrollados más allá de los límites establecidos. Aseguramiento de que la atención es entregada de forma que fomenta la asignación de recursos más apropiada.”

A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS

Johnson, S. et al. (1997)

“Los movimientos entre unidades son fluidos, rápidos y están planificados [TRANSFERENCIA] adecuadamente?”

Burns, T. et al. (2008)

“Efectiva comunicación entre profesionales y servicios y con los usuarios.” [INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN]

Wlersma et al. (2009)

“Episodios de tratamiento están vinculados en un todo integrado.” [LONGITUDINALIDAD]

Jones, I. R. et al. (2009)

“Ver a un miembro conocido del equipo de salud mental comunitario cuando se está hospitalizado [CONTINUIDAD DE CONTACTO] y tener documentadas las transferencias [INFORMACIÓN, REGISTRO DEL CUIDADO](a otros servicios).”

Belling, R. et al. (2011)

“Coordinación efectiva de los servicios [VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES, COORDINACIÓN] por los equipos, agencias externas, usuarios y cuidadores.”

PLANES INDIVIDUALES

Tessler R. et al. (1986)

“(…) los coordinadores de los servicios deben considerar las necesidades cambiantes de los clientes (...) [FLEXIBILIDAD]

Johnson, S. et al. (1997)

“¿Se siguen los planes de intervención?”

Haggerty, JL et al. (2003)

“Los planes de cuidado son importantes herramientas para vincular el cuidado pasado con el actual [LONGITUDINALIDAD] adaptarse a las necesidades [FLEXIBILIDAD] futuras.”

TRANSFERENCIA

Tessler R. et al. (1986)

“(…) la entrega de servicios comienza de forma oportuna.” [FLEXIBILIDAD, ACCESIBILIDAD]

Joyce et al. (2004)

“Rastreo del movimiento del paciente desde el hospital a servicios comunitarios [REGISTRO DEL CUIDADO], incluyendo plan al alta (hospitalaria), cuidados posteriores, seguimiento y confirmación de citas posteriores.”

Wiersma et al. (2009)

“(…) focalizado en la transferencia entre servicios de acuerdo a estándares de servicios y protocolos. [ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA] Problemas de salud complejos, a menudo crónicos, requieren atención de distintos servicios, lo cuales deben basarse en planes de manejo compartidos o protocolos de atención para prevenir acciones inconsistentes.”

CONTINUIDAD DEL PROVEEDOR

Bachrach (1993)

“Cada paciente debe tener la oportunidad de establecer una relación confiable y continua con uno o varios proveedores de cuidado que puedan ayudarlo a navegar a través del sistema de atención (...) La continuidad del cuidado no puede ser entregada a menos que se satisfagan tales necesidades relacionales.”

Johnson, S. et al. (1997)

“¿Recibe el paciente servicios de forma consistente del mismo equipo y/o en las mismas instalaciones?”

Hautala-Jylhä P.-L et al. (2004)

“Cuidado es provisto consistentemente por la misma persona. [CONTINUIDAD DE CONTACTO] (...) Incluye cuatro dimensiones: temporal, geográfica, interdisciplinaria e interpersonal. La temporal significa que la misma persona atiende a los pacientes viviendo en sus entornos y observa su progreso en el tiempo. La dimensión geográfica significa que la misma persona provee cuidados independiente del lugar, por ejemplo una unidad de admisión, en el hospital o en casa. La dimensión interdisciplinaria, significa que la misma persona evalúa, coordina y trata no solo la razón original por la que el paciente buscó ayuda médica, sino también otros problemas relacionados al paciente y su familia. La dimensión interpersonal incluye una relación entre el paciente y el proveedor, la relaciones con los miembros de la familia y entre los miembros del equipo.”

A LARGO PLAZO

Burns, T. et al. (2008)

“Cuidado ininterrumpido [LONGITUDINALIDAD] durante todo el tiempo que el usuario lo requiera.”

Jones, I. R. et al. (2009)

“Desarrollo de sistemas y procesos que provean un adecuado cuidado para satisfacer las necesidades a lo largo del tiempo.” [LONGITUDINALIDAD]

Belling, R. et al. (2011)

“Proveer adecuada atención para satisfacer las necesidades a lo largo del tiempo.” [LONGITUDINALIDAD]

CONTINUIDAD DE CONTACTO

Johnson, S. et al. (1997)

“El servicio permanece en contacto con el paciente.”

Haggerty, JL et al. (2003)

“El equipo de cuidados mantiene contacto con pacientes, observa sus progresos y facilita el acceso a los servicios requeridos.”

Wiersma et al. (2009)

“(…) sustentar un cuidado conectado a largo plazo [LONGITUDINALIDAD] de forma coherente e interdisciplinaria, mediante la creación de un continuo de servicios que se acomoden a las necesidades de los pacientes [FLEXIBILIDAD] y la documentación de los progresos y citas de seguimiento. [INFORMACIÓN, REGISTRO DEL CUIDADO] (...) requiere que las organizaciones faciliten una amplia gama de servicios [COMPRESIVIDAD] que están dispuestos para prevenir barreras innecesarias para el acceso a tratamiento.” [ACCESIBILIDAD]

ESTABILIDAD EN LA RELACIÓN

Fortney, J et al. (2003)

No menciona una definición explícita.

Haggerty, JL et al (2003)

“(…) típicamente la relación se establece con un equipo, más que con un simple proveedor.”

Vandyk, A. et al (2013)

“El contacto regular con servicios específicos y proveedores [CONTINUIDAD DE CONTACTO] ocurre de forma que apoya el cuidado y la relación terapéutica se desarrolla y sustenta en el tiempo y en distintos lugares. [RELACIONAL] Hay un sentido de familiaridad recíproca, cercanía, afiliación y responsabilidad entre el paciente y el proveedor o los proveedores, y existe un punto de contacto permanente en los cuales los pacientes buscan la mayoría de la atención [ACCESIBILIDAD, CONTINUIDAD DEL LUGAR] (o son referidos para atención especializada).”

EXPERIENCIA DE LOS USUARIOS

Crawford, MJ. et al. (2004)

“Usuarios experimentan el cuidado de forma fluida e ininterrumpida.”

Burns, T. et al. (2008)

“Experiencia de una progresión coordinada y fluida del cuidado desde la perspectiva del usuario.”

Jones, I. R. et al. (2009)

“Ver psiquiatras distintos regularmente [RELACIONAL, CONTINUIDAD DE CONTACTO] (1 o 2) y no tener un coordinador de caso o más de dos”

“Continuidad altamente experimentada y bajo numero de necesidades de las cuales más del 90% están cubiertas.”

No incluida en síntesis.

TRANSVERSALIDAD

Bachrach (1981)

“En algún momento del tratamiento de un paciente, éste puede recibir una variedad de servicios relacionados a sus múltiples necesidades (...) En otras palabras, la continuidad del cuidado tiene un elemento de comprensividad.” [SERVICIOS COMPRENSIVOS]

Crawford, MJ. et al. (2004)

“Diferentes componentes sanitarios y sociales del (sistema de) cuidados están coordinados.” [VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES, COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS, A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS]

COMUNICACIÓN

Bachrach (1981)

“(…) vínculos entre todos quienes asisten al paciente.” [VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES]

“(…) la existencia de registros del caso adecuados y relevantes que están inmediatamente disponibles para todos los proveedores [INFORMACIÓN, REGISTRO DEL CUIDADOS] de cuidado en todos los contextos de servicio pertinentes.”

Uijen, AA. et al (2011)

“Comunicación de información relevante del paciente entre proveedores [INFORMACIÓN] de salud.”

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Bachrach (1993)

“Debe existir una estructura administrativa que respalde, apoye y legitime servicios para una población objetivo claramente definida.”

Joyce et al. (2004)

“Políticas dirigidas hacia la integración de los servicios, incluyendo conexiones entre servicios hospitalarios y ambulatorios, y responsabilidad administrativa única para todos los servicios [RESPONSABILIDAD] que están dirigidos a una población.”

VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES

Bachrach (1993)

“Las múltiples agencias y organizaciones que prestan servicios a un paciente deben estar vinculadas entre sí de forma productiva y confiable.”

Johnson, S. et al. (1997)

“¿Existen vínculos efectivos y canales de comunicación entre las múltiples agencias y profesionales involucrados en el cuidado de un paciente?”

REALIDADES

Bachrach, L. (1993)

“El sistema de atención debe contener programas vinculados a las realidades culturales de los individuos que son parte de éste. Cada paciente posee actitudes sancionadas socialmente, valores y conductas que influyen como él o ella usan el sistema de atención.”

Vandyk, A. et al (2013)

“Contexto específico del paciente que moldea su salud, la utilización de servicios y la interpretación de la atención. [CONTEXTUAL] Incluye cultura, valores, actitudes, conductas, creencias, circunstancias sociales, etc., las cuales deben ser consideradas y respetadas cuando se provea atención.”

COLABORACIÓN

Joyce et al. (2004)

“Orientación a la colaboración interdisciplinaria y entre programas [VINCULACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES], incluyendo atención médica, psiquiátrica y social. [SERVICIOS COMPRENSIVOS] y la inclusión de más de una perspectiva disciplinaria.”

Uijen, AA. et al (2011)

“Cooperación entre proveedores de salud tanto en un contexto específico o entre distintos lugares, para asegurar que el cuidado está conectado.” [LONGITUDINALIDAD]

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS

Fortney, J et al. (2003)

No menciona una definición explícita.

Haggerty, JL et al (2003)

“El cuidado provisto por distintos profesionales es coordinado a través de un propósito y un plan en común.” [PLANES INDIVIDUALES]

PLANIFICACIÓN AL ALTA

Tessler R. et al. (1986)

“(…) el alta de una institución representa un punto crucial de este proceso (*la continuidad del cuidado*)(…) [LONGITUDINALIDAD]

“Los aspectos claves de un buen plan de alta son la evaluación clínica y un plan de servicio individualizado [INDIVIDUALIDAD] que es exhaustivo en su meta y flexible para ajustarse a necesidades variables.” [FLEXIBILIDAD]

No incluida en síntesis.

PARTICIPACIÓN DEL USUARIO

Bachrach (1993)

“El paciente debe ser animado a participar como un compañero en el proceso de planificación del servicio.”

TEMPORALIDAD

Fortney, J et al. (2003)

No menciona una definición explícita.

No incluida en síntesis.

INTENSIDAD DE SERVICIOS

Fortney, J et al. (2003)

No menciona una definición explícita.

No incluida en síntesis.

CONTINUIDAD DEL LUGAR

Hautala-Jylhä P.-L et al (2004)

“El paciente se contacta principalmente con la misma unidad de atención [ACCESIBILIDAD] cuando se pone en contacto con el sistema de servicios de atención.

CONTINUIDAD DEL EQUIPO DE SALUD

Hautala-Jylhä P.-L et al (2004)

“Es mantenido cuando uno constantemente es atendido por el mismo equipo de enfermería.” [ESTABILIDAD DE CONTACTO, ESTABILIDAD EN LA RELACIÓN]

CONTEXTUAL

Burns, T. et al. (2008)

“Cuidado que debiese sustentar las relaciones sociales y personales preferidas de una persona en la comunidad y que mejoren la calidad de vida.”

REGISTRO OBJETIVO DEL CUIDADO

Wiersma et al. (2009)

No entrega una definición explícita. Hace referencia al registro objetivo de las intervenciones que realiza un proveedor de servicios.

APOYO A LA VIDA DIARIA

Jones, I. R. et al. (2009)

“Asistir a cuidado diurno y vivir en un alojamiento con apoyo.”

No incluida en síntesis.

RESPONSABILIDAD

Vandyk, A. et al (2013)

“Responsabilidad mutua y continua entre todos los tomadores de decisiones [RESPONSABILIDAD] y un proceso para efectuar un seguimiento del cuidado, [REGISTRO DEL CUIDADO] monitoreando progresos y retrasos y asegurar la calidad en la provisión de servicios.”