

Trayectorias asistenciales: una metodología cualitativa para el estudio de las redes integradas de salud.

Ana María Oyarce P., Pamela Eguiguren B., Andrea Álvarez C.
Proyecto Equity LA II¹ - Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile
Chile.

1. Introducción

La trayectoria de continuidad asistencial es una técnica cualitativa –basada en los itinerarios terapéuticos- que tiene como objetivo sistematizar el tránsito de los usuarios/as en la búsqueda de atención en los servicios de salud. Los estudios sobre las redes integradas en el mundo y Latinoamérica revelan la fragmentación de los sistemas de atención de salud, con una deficiente coordinación y continuidad de la atención que afecta negativamente en la salud de la población por duplicación de exámenes, falta de manejo adecuado de los medicamentos, tratamientos contradictorios y aumento de gravedad de las patologías, entre otros factores.

No obstante este contexto de fragmentación y ruptura, existen pocos estudios que recogen la percepción de la continuidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios y menos aún investigaciones que recuperan la experiencia vivida del tránsito por la red de salud y sus niveles tal como es percibida e interpretada por los propios usuarios y usuarias.

En este sentido, la contribución del presente artículo es precisamente mostrar esa experiencia con datos cualitativos de primera mano a partir de casos, evidenciando la utilidad de la construcción de trayectorias asistenciales de usuarios y usuarias como material reflexivo para instancias de trabajo colaborativo de los equipos de distintos niveles asistenciales y en actividades formativas.

Utilizada como una herramienta de exploración, conocimiento o evaluación de la coordinación de un programa, centro de salud o red asistencial, la trayectoria de continuidad asistencial, ofrece una perspectiva integral del proceso y puede revelar fortalezas, debilidades y/o nudos críticos a partir de experiencias vitales concretas, circunstancias y contextos familiares y socio-sanitarios. Por lo anterior constituye una herramienta metodológica significativa pues permite aprender de manera dinámica e integral desde la perspectiva de usuarios/as de servicios y de su familia el funcionamiento de la red asistencial desde los niveles primarios a terciarios en situaciones concretas de enfermedad o dolencia.

¹ El proyecto EQUITY LA II es una investigación multicéntrica financiado con fondos europeos (Framework programme FP7 de la Comisión Europea). En Chile, el proyecto es coordinado desde la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende de la Universidad de Chile, participan las redes Metropolitanas Norte y Sur como área de intervención y control respectivamente.

(Versión no publicable)

Además, admite ser utilizada como material educativo y de capacitación a profesionales y técnicos de los equipos de salud, sirviendo a un proceso reflexivo y crítico del funcionamiento de las redes asistenciales, permitiendo identificar problemas de coordinación a partir de las necesidades específicas de los/as usuarios/as y sus familias considerando los recursos disponibles.

2. Marco teórico

Las trayectorias asistenciales en el estudio de la continuidad de la atención en las redes integradas de salud.

La continuidad de la atención de salud ha sido recientemente objeto de investigaciones y artículos científicos que han problematizado y debatido su multidimensionalidad en la integración de las redes integradas de salud (RISS).

En este trabajo se adopta la definición y tipología de Reid y Haggery, quienes la definen como: *el grado de coherencia y unión de las experiencias de atención de salud que percibe el usuario a lo largo del tiempo*. Estos autores además distinguen tres tipos: continuidad de la gestión clínica, continuidad de la información, y continuidad de la relación. Por continuidad de la gestión clínica se entiende la percepción del paciente de que recibe las diferentes atenciones de salud de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones (2,1). A su vez, la continuidad de la información es la percepción del usuario de que los distintos proveedores usan, comparten e interpretan información sobre situaciones anteriores para brindar una atención apropiada a sus circunstancias actuales (2,1) Finalmente, la continuidad de la relación es la percepción del paciente de relación terapéutica con uno o más proveedores que se establece a través del tiempo.

Aun cuando es imprescindible conocer el grado de la continuidad de atención en salud para visualizar posibles soluciones a los problemas, existe escasa información sobre cómo los/as pacientes la vivencian. En este contexto, las trayectorias asistenciales que se presentan en este artículo son ejemplos de un corpus de información que forman parte de un estudio más complejo sobre la integración de las redes asistenciales y específicamente sobre la percepción de la continuidad de la atención por parte de los usuarios/as (Oyarce, Eguiguren, 2016).

De los itinerarios terapéuticos a las trayectorias asistenciales.

El concepto de itinerario terapéutico fue desarrollado por Bibeau (1986) basado en Janzen (1978) para describir la búsqueda de terapia en escenarios de pluralismo médico en África. Por pluralismo médico se entiende la coexistencia de múltiples alternativas de acceso a la atención de salud en contextos donde coexisten varios sistemas médicos disponibles. Actualmente se ha reconocido que esta es una situación presente en la mayoría de los países del mundo y de América Latina en particular, ya que es una consecuencia ineludible de la historia de los procesos de colonización y globalización (Baer, 2011; Knipper, 2006)
(Versión no publicable)

constituyéndose en un importante campo social de acción y estudio, compartido por disciplinas como la antropología de la salud, la sociología médica, la historia de la salud pública, las ciencias de la salud (Cant & Sharma, 1999; Crandon-Malamud, 1986; Hampshire & Owusu, 2013; Lambert, 2012; Macartney & Wahlberg, 2014; Miles & Leatherman, 2003).

En este contexto, el pluralismo médico constituye un aporte conceptual y metodológico para comprender a nivel experiencial la lógica cultural de las decisiones en salud y ha sido ampliamente usado en el mundo (Kangas, B; Nogueira LMV. 2011, entre otros) y específicamente por la autora principal para describir e interpretar la búsqueda de salud donde coexisten los sistemas biomédico, indígena y popular en Chile (Citarella, Oyarce y otros, 1997, Oyarce, Pedrero y Eguiguren, 2013).

Dado que este estudio se trata solo de personas que transitan en el sistema médico oficial y que busca comprender más bien la continuidad de la atención dentro del sistema médico oficial se conceptualizó como “trayectorias asistenciales” (Oyarce y Eguiguren, 2016)

3. Objetivo.

Describir la técnica de construcción de las trayectorias de continuidad asistencial como instrumento reflexivo que permite recuperar la experiencia concreta del usuario en su tránsito por los distintos niveles de atención sanitario y su potencial metodológico para el análisis integral del funcionamiento de redes de servicios de salud.

4. Metodología y estrategia.

Estudio cualitativo e interpretativo con una muestra teórica de pacientes crónicos que consultaron en un centro de nivel primario y en uno secundario, urgencia u hospitalización en un lapso de 6 meses, todos mayores de 18 años, y que presentaran enfermedades trazadoras como Diabetes Mellitus tipo II y/o EPOC. La muestra fue recogida en dos servicios de salud de la red del sistema de salud público de Chile.

Descripción de las redes de estudio:

En Chile existen 29 servicios de salud, distribuidos en las distintas regiones que comprenden el territorio nacional. La Región Metropolitana (RM), donde se encuentra Santiago - la capital del país- cuenta con seis servicios de salud, de los cuales dos son áreas de estudio: El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Cabe recordar que en el sistema de salud chileno, salvo situaciones de excepción, la atención primaria de salud (APS) se encuentra bajo la administración de la autoridad comunal, a través de su respectivo municipio o corporación municipal. Tanto el Servicio Metropolitano Norte como el Sur, tienen bajo su cargo grandes centros de atención especializada, que en atención primaria, interactúan con departamentos o direcciones de salud de las comunas de cada área.

(Versión no publicable)

Recolección de los datos

Se realizaron 30 entrevistas semi estructuradas con una pauta guía diseñada especialmente para el proyecto Equity LA II (Ver Anexo 1), la que se complementó con la técnica de entrevista etnográfica que permiten reconstruir el itinerario terapéutico y la trayectoria asistencial para cada uno de los episodios de morbilidad (Oyarce, Pedrero y Eguiguren, 2013) (ver Tabla N°1).

Tabla N°1.

Composición de la muestra de entrevistados/as para el análisis de la continuidad de la atención entre niveles (ver si se deja)

Criterios	SSMN	SSMS
Pacientes/cuidadores DM/EPOC - mujeres	7	5
Pacientes/cuidadores DM/EPOC - hombres	4	3
Pacientes/cuidadores, otra enfermedad crónica - mujeres	1	2
Pacientes/cuidadores, otra enfermedad crónica - hombres	2	1
Total	19	11

Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, se codificaron en grandes categorías siguiendo el marco teórico de las dimensiones de la continuidad de la atención descrito anteriormente; pero permitiendo la emergencia de nuevas categorías con el apoyo del Atlas ti V.60. Una vez transcritas las entrevistas y para efectos de este trabajo se procedió al análisis del contenido focalizándose en reconstruir las distintas enfermedades, las diferentes consultas por cada una de las enfermedades identificando los centros de salud y profesionales correspondiente a cada episodio.

Debido a que la mayoría de los y las usuarias presentaban más de una morbilidad y habían consultado en diversos sistemas, centros y niveles de atención, se prestó especial atención a que el/a entrevistado/a se refiriera a esa enfermedad en concreto nombrando la patología cada cierto tiempo de manera de comprobar que se estaba refiriendo a la misma dolencia.

(Versión no publicable)

De esta manera en la entrevista se fueron identificando los distintos pasos y lógicas seguidos en la búsqueda de atención de salud, los tiempos transcurridos, los problemas que facilitaron o dificultaron la continuidad de la atención y las indicaciones y tratamientos de los profesionales en los distintos niveles de atención.

Con esta información transcrita se elaboraron en primer lugar los estudios de caso, entendiendo por este un evento delimitado en el tiempo y espacio que se estudia en profundidad, y que permite conocer y comprender la particularidad de una situación para distinguir cómo funcionan las partes y las relaciones con el todo. Además, el estudio de caso constituye un medio de investigación social en sí mismo ya que permite alcanzar una mejor comprensión del fenómeno (Gunderman, 2914).

En segundo lugar, se elaboraron narrativas de síntesis de manera de poder describir la historia de morbilidad y los pasos en la atención de cada usuario/a. Específicamente las narrativas son una herramienta fundamental para dar significado a la experiencia humana. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer y de la búsqueda de atención de salud, las narrativas median entre el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, por un lado, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones. Las narrativas son entonces procesos y relatos que se constituyen en medios poderosos de aprendizaje y permiten avanzar en el entendimiento del otro, al propiciar contextos para la comprensión de lo no ha se experimentado personalmente. En el caso de su uso en la capacitación a los equipos de salud conocer las historias reales de los usuarios y pone en movimiento la búsqueda de significados posibles entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada. Explorar las narrativas de estas trayectorias como un constructo teórico provee de un amplio marco al estimar lo que sucede en los relatos particulares.

En este proceso de construir trayectorias las narrativas permiten ordenar la experiencia en una realidad en construcción que trata con intenciones, acciones, problemas y consecuencias para comprender las trayectorias asistenciales desde un enfoque holístico que trasciende la experiencia particular. Además, proporcionan importante información sobre un amplio espectro de aspectos sobre la atención y adecuación de los servicios de salud hasta la situación política, económica y social de los usuarios y usuarias demostrando que es una herramienta muy eficaz para ver en la realidad concreta cómo interactúan los determinantes sociales estructurales y los circunstanciales en las trayectorias.

Una vez construida la narrativa, se elaboraron las trayectorias de continuidad asistencial, posicionando en un eje espacio/temporal las distintas enfermedades, los diferentes sistemas de salud y centros de atención consultados y/o utilizados. En este ejercicio se relevaron los hitos y circunstancias que motivaron la búsqueda de atención en los distintos niveles del sistema de salud pública y privada- incorporando la percepción del usuario o usuaria sobre los factores que facilitaron o dificultaron el proceso y la lógica subyacente a tal consulta o demanda. En síntesis, el camino metodológico fue: la realización de una entrevista semi estructurada, la construcción de un caso, la elaboración de una narrativa de síntesis y la

(Versión no publicable)

consolidación en un gráfico espacio temporal de los distintos pasos dados por cada usuario y usuaria en la búsqueda de recuperación de la salud.

Con esta metodología se construyeron 30 casos y narrativas, así como se reconstruyeron 27 trayectorias asistenciales, las que se agruparon conceptualmente por tipo de dimensión/problema que graficaran. No obstante lo anterior hay que señalar que de alguna manera la metodología recupera la integralidad de la trayectoria realizada por el o la usuaria y en este sentido la mayor parte de ellas –tal como se verá en los ejemplos- abordan prácticamente todas las dimensiones de la continuidad.

En esta técnica se posicionan en un eje espacio/temporal las biografías de usuarios/as y sus contextos de atención, y se relevan los hitos o eventos de búsqueda de atención en salud en los distintos niveles del sistema de salud pública, como también el uso de servicios externos o privados, incorporando la percepción del tránsito que impacta en la continuidad de la atención, ya sea la accesibilidad entre niveles y/o transferencia de la información clínica.

Las trayectorias construidas a través de este método fueron utilizadas en la devolución de resultados en los contextos de investigación a través de sesiones de triangulación con los equipos de las redes involucradas, validando desde la visión de los técnicos y profesionales las experiencias y dificultades percibidas por los/as usuarios/as. Tratándose de un estudio con metodología anidada en una investigación mayor, también su análisis permitió contrastar con resultados cuantitativos, mostrando gran consistencia.

5. Resultados

Un primer resultado dado por entrevistas y narrativas de las experiencias del paciente en su tránsito por la red y el proceso de acceso y utilización de los servicios de salud fue la comprensión integral del proceso de continuidad de la atención como un hecho vivido por personas concretas en contextos locales particulares y circunstancias específicas.

En efecto, las trayectorias permiten apreciar la discontinuidad de la gestión clínica y la atención es percibida y se visibiliza como parcializada, fragmentada, sin colaboración entre ni coordinación en el manejo de sus enfermedades. Los pasos dados en la búsqueda de la atención permiten apreciar que se tratan las enfermedades de forma aislada en el centro de salud sin una coordinación con la atención del nivel secundario. Además, las trayectorias muestran falta de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles que se experiencia de manera compleja por los y las usuarias.

Un segundo resultado, a nivel metodológico, fue producto del uso de las trayectorias en las instancias de trabajo colaborativo de equipos de los distintos niveles en el marco del estudio mayor, constatando su utilidad para el análisis reflexivo. Estas instancias permitieron la triangulación de resultados, como también la búsqueda de explicaciones e identificación de factores estructurales, organizativos, de cultura profesional y contextos de los/as usuarios/as

(Versión no publicable)

frente a las situaciones percibidas por los/as usuarios/as. Las prácticas fueron revisadas en función de las necesidades específicas de los enfermos y sus familias considerando los recursos disponibles y desde una visión cualitativa, fenomenológica y experiencial.

La técnica a partir de la experiencia de investigación fue utilizada entre 2016 y 2018 en diversos contextos formativos en cursos de post-grado, post-título y formación continua relacionados con la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud, no solo en Chile, sino también en otros países latinoamericanos en el contexto del estudio multicéntrico de origen. En cada una de estas experiencias mostró su potencia como herramienta reflexiva y crítica del funcionamiento de los diferentes dispositivos de la red, motivando la identificación de estrategias prácticas para potenciar, mejorar o reorientar las políticas y programas relacionadas a la coordinación e integración de la red de atención.

A continuación se presentan los principales resultados de la construcción y análisis de las trayectorias de continuidad asistencial y su conceptualización desde el marco de análisis del estudio.

5.1 Continuidad de la gestión clínica entre niveles en la red

Las trayectorias evidencian interrupciones percibidas por los/as usuarios/as en la continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales en el manejo clínico de sus enfermedades.

En este sentido, las trayectorias ponen de manifiesto la compartimentalización, la separación entre los profesionales del primer nivel de atención y especialistas de hospitales, las narrativas hablan de que los atienden sin preguntarles ni en cuenta la atención previa, diagnóstico y remedios que le han entregado en el otro nivel, sin comunicación y trayectorias muestran que no hay comunicación entre ellos, es más muchos pacientes relatan que son ellos y ellas los que actúan como vehículos de comunicación.

5.1.1. Consistencia en la atención entre niveles

Las trayectorias permiten visualizar que, si bien no hay mayores incoherencias en los diagnósticos y tratamientos entre los profesionales de distintos niveles, si hay inconsistencias en la atención debido a la duplicación de exámenes, principalmente porque pierden vigencia por la demora entre la derivación y la interconsulta, es decir por problema de accesibilidad entre niveles. También se detectaron discrepancias entre profesionales de un mismo nivel de atención.

5.2. Accesibilidad entre niveles: Demora en la atención y largos tiempos de espera.

Las trayectorias levantadas grafican la ocurrencia de interrupciones en la continuidad de atención de salud principalmente por la falta de accesibilidad a los especialistas. En este sentido el denominador común fue la demora en acceder al nivel secundario o terciario con tiempos de espera extremadamente largos llegando en algunos casos a 3 o 4 años, donde en algunos finalmente no se concretó la atención a especialista (ver caso 3).

(Versión no publicable)

En general, las trayectorias permiten visibilizar además que, dada la gravedad de la enfermedad se recurre a los servicios de urgencia o a la atención privada para solucionar los problemas y dar continuidad al tratamiento; estas estrategias son referidas por algunos/as usuarios/as tras recomendaciones de los propios profesionales ante la imposibilidad de atención o acceso a exámenes complejos de los que no se dispone en el primer nivel. Esta situación se observa en los tres casos descritos. Como consecuencia de estos largos periodos de espera, las trayectorias permiten visualizar como las condiciones de enfermedad empeoran gatillando la búsqueda de dispositivos de atención como se describe con el caso N° 1

Se suma a lo anterior la falta de seguimiento del usuario entre profesionales en las atenciones del mismo nivel y en las derivaciones, evidenciando la falta de un profesional responsable o que acompañe sus trayectorias en la red y manifiestan que andan solos en búsqueda de mejoría, como bien se ilustra en el caso N° 2.

5.3. Continuidad de la información entre niveles

Las trayectorias permiten apreciar dificultades de transferencia de información entre niveles mostrando por ejemplo derivaciones para búsqueda de medicamentos que no son entregados en APS, y en varios casos la pérdida de seguimiento frente a los problemas de acceso tras una derivación. Lo que se visibiliza es que no existe traspaso de la información clínica y que falta conocimiento sobre las historias clínicas y necesidades por parte de los profesionales en los distintos niveles.

5.3.1 Factores que facilitan o dificultan la continuidad de atención entre niveles

Las trayectorias de continuidad asistencial permitieron a partir de su reflexión identificar una variedad de factores estructurales del sistema de salud, de la organización de los servicios, de los médicos y de los/as usuarios/s.

Un factor estructural que se aprecia en todas y cada una de las trayectorias es que, la falta de especialistas tiene efectos sobre las distintas dimensiones de la continuidad. En términos de accesibilidad, los impactos son aún más graves pues se interrumpe la atención, o hay una gran demora que agrava las condiciones de salud, provoca sentimientos de abandono y frustración. También afecta la transferencia de la información pues hay mayor presión asistencial, no disponiéndose del tiempo para compartir la información clínica necesaria.

Respecto a la organización, también se observa que la rotación de los médicos, sobre todo en la atención primaria, produce fracturas en la colaboración, comunicación de los equipos entre niveles, duplicación de exámenes y sobre todo sentimientos de abandono de los usuarios. Otros factores que se hacen visibles son las propias condiciones y circunstancias de los usuarios, no solo las condiciones de salud sino circunstancias familiares (como en el caso 1 donde el fallecimiento del hermano le impide ir a control sin que se pueda volver a gestionar esa hora).

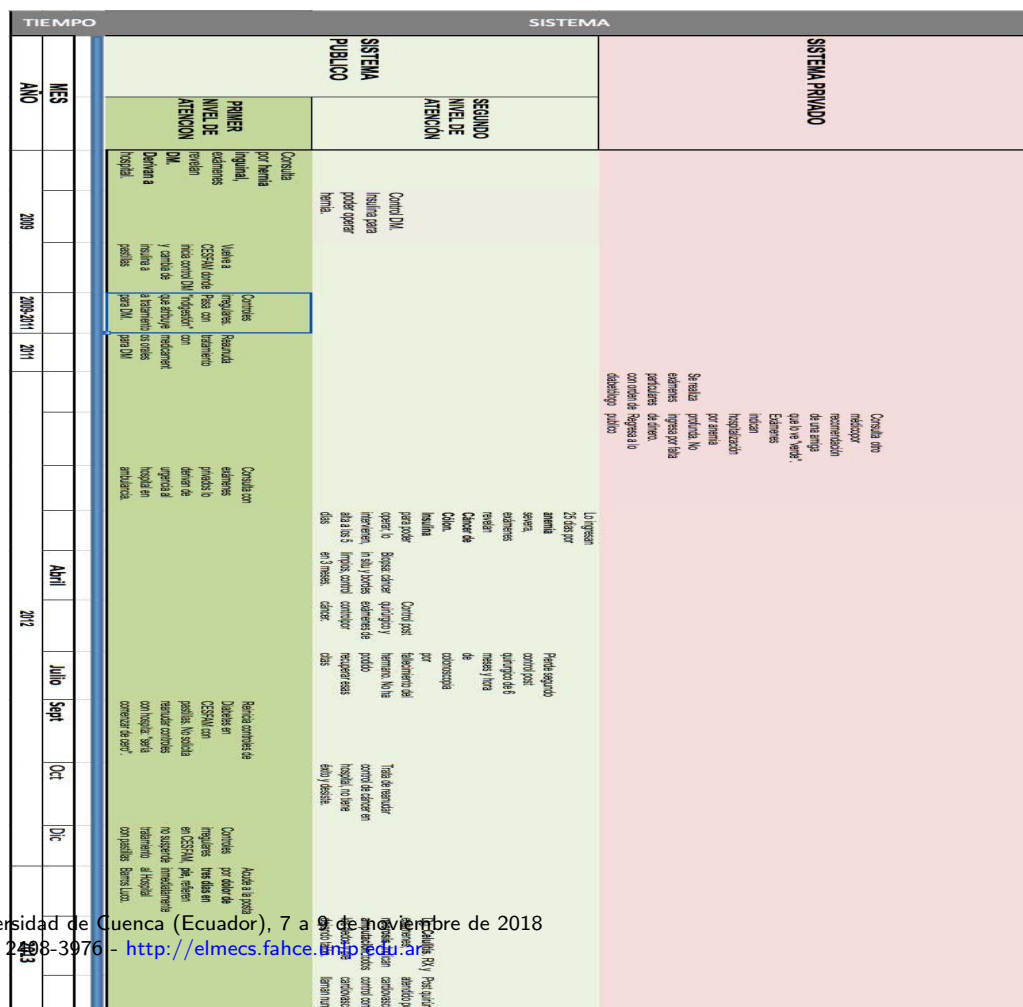
(Versión no publicable)

5.4 Trayectorias como herramientas conceptuales y metodológicas que grafican aspectos específicos de la fragmentación de la red

La construcción de y trayectorias de continuidad asistencial permitió ver –como en un espejo- las interrupciones, problemas de continuidad de la relación, interpretación de la fragmentación de la red, las dificultades de colaboración y coordinación y lo más importante cómo éstas afectan la experiencia vital del enfermo que transita por esa red. En lo particular, usando estas herramientas se develaron los nudos críticos en las dimensiones de la gestión clínica y accesibilidad entre niveles, los largos tiempos de espera, las consecuencias de la interrupción de la atención y sus consecuencias negativas para la salud de los usuarios/as.

En la siguiente sección se ejemplifican tres aspectos de los mencionados en el análisis de las 30 entrevistas: en el primer caso se muestra la percepción de interrupción, falta de coherencia, falta de seguimiento y dificultades para acceder a una atención y control fluido aun cuando se trata de una patología muy grave. Esto produce graves consecuencias en la salud física y mental del usuario. En la segunda narrativa y trayectoria se ejemplifica la falta de continuidad de la información, el abandono de la paciente y la poca rigurosidad del seguimiento de la patología y su tratamiento. En el tercer caso, se aprecian con claridad la falta de continuidad de la atención y acceso a especialista, el deterioro del cuadro clínico y agravamiento de la enfermedad, la aparición de otras enfermedades del área emocional y psicológica, y la falta de continuidad en la información mostrando de manera dramática la fragmentación de la red de salud.

Trayectoria asistencial caso 1.



El relato que acompaña la trayectoria de continuidad asistencial en este caso muestra a un hombre de 57, que consulta hace 5 años por una hernia inguinal en el centro de atención primaria, al realizarle los exámenes pre-operatorios descubren sus altos niveles de azúcar en sangre y es diagnosticado con Diabetes mellitus indicando insulina y posteriormente “pastillas” para llegar a niveles bajo 120mg de glicemia y poder realizar la cirugía. Esta nunca se realiza pues empieza a sentirse mal y va a control de la DM, porque esta con indigestión y colitis, piensa que son los remedios y si bien sigue en control suspende las pastillas para la diabetes. , retomando algunos controles.

Sigue muy mal y a principios del 2012 -por recomendación de una amiga que lo vio “verde” -consultó en clínica privada con diabetóloga; después de realizarse múltiples exámenes de laboratorio en una clínica privada le indicaron hospitalización por anemia profunda. No obstante, en febrero y por falta de recursos económicos regresa al primer nivel de atención con los exámenes desde donde lo derivan al hospital público donde hacen transfusiones sanguíneas e ingresan 25 días para análisis de su situación.

En marzo le operan removiendo 11 cm de intestino. A los 30 días recibió respuesta de la biopsia y diagnostican Cáncer de Colon in situ con control post operatorio 6 meses, durante este periodo su diabetes fue tratada con insulina. Al regresar a sus controles de la DM en octubre de 2012 sigue con medicamentos. Ya nadie se acuerda de la hernia inguinal.

En octubre 2013, nota hinchazón del pie izquierdo por lo que acude a posta con dolor en el mismo; refieren rápidamente a hospital público donde le diagnostican “celulitis” e indagan en heridas previas las cuales niega haber tenido. Realizan rayos x y debido a que ya había ya necrosis le realizaron un oratejo porque él insistió que le salvaran el pie (sino le amputan todo el pie). Finalmente amputaron mitad del pie y dejan el talón, pero pierde todos los dedos.

Comenta que en el post quirúrgico fue visto por un vascular dentro del hospital quien vio por 10 minutos y no le permitió preguntas ni conversación, fue dado de alta para solicitar cita con vascular la cual fue otorgada 3 meses después en el CDT. Al ser dado de alta inicio controles en CESFAM como amputado para las curaciones, primero como postrado, pero no sigue en el programa de postrados. Entonces CESFAM ofreció la ambulancia para transportarlo a la clínica para sus curaciones, pero primera cita y la ambulancia fallan así que paciente toma taxi para asistir a sus curaciones. Tiene una andadera y un bastón continuando con controles en APS por DM y cuidados de su pie, el último fue hace 2 meses.

Respecto al seguimiento de su operación de cáncer narra que hace un año perdió la hora para colonoscopia en el hospital debido a que ese día falleció un hermano. A la fecha de la entrevista ya debió haber realizado tres controles preventivos, pero no ha logrado reanudar

(Versión no publicable)

las citas en el Hospital, lo ha intentado, pero al tener respuesta negativa de cupos desistió de seguir solicitando hora.

Caso 2: Trayectoria asistencial de falta continuidad en la atención, en el traspaso de la información y sin resolución de su problema.

En el siguiente caso se visualiza claramente cómo influye en la continuidad y la calidad de la atención factores relacionados con los servicios como son la falta de estabilidad de los profesionales y el hecho de que es atendida por distintos médicos, como elementos que dificultan el conocimiento de los profesionales de la historia clínica previa de los pacientes – continuidad de información-; y esa falta de conocimiento es percibida como algo que no va en contra de la capacidad diagnóstica de los profesionales- A lo anterior se suma otro factor de los servicios de salud como la falta de coordinación en la entrega de los medicamentos que en conjunto atentan contra la resolución del problema y entregan una calidad de atención deficiente que no cumple con la oportunidad, eficiencia y eficacia que se requiere.

(Versión no publicable)

Trayectoria Caso 2:

SISTEMA	SISTEMA PRIVADO		Ecografía (rapidez según indicación de Dra del consultorio). Por molestias va a un tercer Dr. Reinicia TX Inicia compra de TX en farmacia particular Continúa compra de TX con misma dosis										
	SISTEMA PUBLICO	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	CDT especialista endocrinólogo aumenta TX, da receta para retirar TX en primer nivel CDT farmacia da TX por 6 meses hasta prox. control del que no tiene cita CDT farmacia da TX por 6 meses hasta prox. control sin cita programada										
		PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	ESMA por Matrona. Por sobrepeso es derivada a Dra. Dra: Solicita exámenes. Por T3 T4 y TSH diagnostica Hipotiroidismo e indica RX y Ecografía	La ve un segundo médico quien suspende Tx.	DRA 1 Continúa TX inicial y deriva a segundo nivel	DR. 4. rebota a segundo nivel para que den TX y siga control							
TIEMPO	MES	FEB	FEB			FEB	FEB	FEB	FEB	FEB	JUN	NOV	
	AÑO	2012					2013	2014					

En el relato se describe que se trata de una mujer casada, 3 hijos, en febrero de 2012, al hacerse examen de control de salud de la mujer (ESMA) la matrona encuentra que ha subido mucho de peso; le pide exámenes, T3 y T4 salen alterados. La deriva a doctora quien le solicita una Radiografía y le sugiere hacerse ecografía en el sistema particular para corroborar diagnóstico de hipotiroidismo. Se hace la ecografía y comprobado diagnóstico vuelve al Centro de Atención primaria y empieza tratamiento (Levotiroxina sódica). Sigue con los controles a nivel primario. En febrero de 2013 se solicita desde nivel primario una interconsulta a endocrinología en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Hospital Barros Luco.

(Versión no publicable)

Mientras espera la atención del especialista, vuelve al control médico al CESFAM y la atiende otro doctor, a quien ella no conocía quien lee los exámenes nuevos y suspende el tratamiento.

Ella empieza a sentirse cada vez peor y va a una clínica privada donde la atiende un médico particular, le vuelve a prescribir levotiroxina diciendo que nunca debió dejarla pues su enfermedad es “para toda la vida” y vuelve al CESFAM pide hora con la doctora, y la nutricionista.

Un año después de solicitada la interconsulta (febrero 2014), le avisan una semana antes que tiene hora con la endocrinóloga, después de atenderla y repetirle todos los exámenes le cambia el esquema de tratamiento, y le dice que la llamen en 6 meses. Le entrega una receta para que retire el remedio en el CESFAM.

Va al consultorio y ahí le dicen que no pueden entregarle el remedio porque se está controlando en el hospital, la derivan a otro médico del Cesfam que ella no conoce quien le dice que no puede darle la receta para la levotiroxina porque no tiene los exámenes actualizados.

Al parecer, retira los remedios en el CDT (nivel secundario) y actualmente a 9 meses de la única consulta con la especialista como no la han llamado y en el consultorio no le dan los remedios tiene que comprarlo en farmacias particulares y sigue tomando la misma dosis de la consulta con la endocrinóloga. Percibe que no hay continuidad de la atención clínica, ni de la información percibe que la falta de un médico de cabecera y el estar continuamente viendo distintos médicos no le ha permitido solucionar su problema de salud. Califica la atención como pésima y se siente abandonada por el sistema público

Trayectoria N°3: Falta de continuidad de atención, acceso, información y deterioro de la situación de salud.

En el último caso se identifican claramente todas las dimensiones mencionadas y donde no solo la atención al especialista se demora –aun teniendo una patología grave incluida en el AUGE y GES- sino que finalmente la interconsulta no se realiza sin resolución de su grave problema y con consecuencias aún insospechadas en la salud de la paciente.

Trayectoria caso 3:

(Versión no publicable)

SISTEMA	SISTEMA PRIVADO		Punción y biopsia de tiroides en clínica (\$100.000)									
	SISTEMA PUBLICO	SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	Consulta cirujana de cuello, quien confirma Ca de tiroides e indica pedir hora para operación.	Confirma Ca de tiroides e indica pedir hora para operación.	Espera hora para operación, la solicita en repetidas ocasiones	Aún espera hora para operación, la sigue solicitando en repetidas ocasiones	En Hospital le indican que ha sido borrada de la lista de espera ("todos fueron atendidos") y debe comenzar de nuevo proceso desde consultorio.	Vista por diabetólogo en H. S.J. inicia insulina para controlar DM, antes de operación de Ca tiroides. Estado emocional muy malo	Control el 20 de Diciembre con diabetólogo, evaluarán y enviarán controles de DM al 2º nivel	Control el 20 de Diciembre con diabetólogo, evaluarán y enviarán controles de DM al 2º nivel	Control el 20 de Diciembre con diabetólogo, evaluarán y enviarán controles de DM al 2º nivel	Control el 20 de Diciembre con diabetólogo, evaluarán y enviarán controles de DM al 2º nivel
		PRIMER NIVEL DE ATENCION	Consulta por síntomas: Diagnóstico de Diabetes	Se controla DM cada 6 meses	Consulta por "pelotita" en el cuello: Diagnóstico posible cáncer de tiroides y pide punzión urgente	Lleva exámen a Dra: Diagnóstico Ca de tiroides, deriva a especialista de cuello en Hospital Público San José	Dr le diagnostica Depresión: tratamiento con antidepresivos y atendida por psicóloga.	Muy deprimida, DM descompensada Médico se sorprende que no la operan y gestiona por teléfono hora con especialista.	Le informan que médico que la derivó ya no trabaja en CESFAM.	Le informan que médico que la derivó ya no trabaja en CESFAM.	Le informan que médico que la derivó ya no trabaja en CESFAM.	Le informan que médico que la derivó ya no trabaja en CESFAM.
TIEMPO	MES	FEB	FEB		FEB	FEB	FEB	SEPT	OCT	OCT	NOV	DIC
	AÑO	1999		2012		2013		2014				

El relato que acompaña la trayectoria de continuidad asistencial muestra que se trata de una mujer, que en el año 1999 le diagnostican Diabetes Mellitus en el centro de salud primaria (CESFAM), ella sigue sus controles dos veces al año, si bien su DM se ha descompensado varias veces. En febrero del 2012, nota “una pelotita en el cuello” y consulta una doctora en el CESFAM, quién sospechando un cáncer, le pide una punción tiroidea, sugiriéndole que se la hiciera en el sistema privado, porque en el sistema público podían demorar mucho, y si era cáncer había que operar rápidamente.

Haciendo un gran esfuerzo familiar juntó el dinero y se realizó el examen en una clínica particular esa misma semana y vuelve al CESFAM. Ratificado el diagnóstico, desde el centro de salud primaria la derivan al Hospital San José donde una cirujana de cuello. La especialista la ve a fines de febrero y confirma que hay que operarla a la brevedad y que la van a llamar para programar la cirugía.

Durante los 2 años siguientes, ella y su hermana van innumerables veces al hospital a preguntar porque no la llaman y la respuesta es siempre la misma: tiene que esperar que la llamen. En ese período sigue con los controles de DM desarrolla una profunda depresión la que es tratada a nivel primario.

En septiembre del 2014, vuelve al Hospital a preguntar porque no la han llamado y la recepcionista le dijo que, si había estado 2 años en la lista de espera, ya la habían borrado porque: “la doctora ya había operado a todos los pacientes y ahora había una lista nueva”, además le señaló que debía hacer todos los trámites de nuevo desde el consultorio.

(Versión no publicable)

Vuelve al consultorio a principios de octubre a control de la DM y el nuevo doctor que la ve al conocer su problema, llama directamente por teléfono a una diabetóloga del Hospital para solicitarle una interconsulta, esta se concreta el 28 de octubre; pero la especialista que la ve dice que la DM esta descompensada y muy mal emocionalmente que una vez que esta se estabilice la pueden derivar a cirujana para operar el cáncer. Actualmente está tratando de controlar su diabetes con insulina, fármacos y dieta. Señala que si es un cáncer deberían haberla hospitalizado, estabilizado y operado hace ya dos años. Comenta que no quiere morirse y está muy deprimida, angustiada. Su hermana, quién la acompaña a todos sus trámites califica la atención como muy mala

6. Conclusión y discusión.

La metodología de construcción de las trayectorias de continuidad asistencial como instrumento reflexivo sobre experiencias concretas de usuarios de los sistemas de atención de salud es una herramienta conceptual y práctica en el análisis de la coordinación e integración en redes de servicios de salud. A través de la construcción de narrativas de casos que recuperan la experiencia del usuario en contextos espacio temporales y asistenciales delimitados permiten visibilizar las en tiempo y espacio, las interrupciones, los problemas de continuidad de la relación, interpretación de las fragmentación de la red, las dificultades de coordinación, y al presentarlas a los equipos de salud facilitan la reflexión y comprensión de los nudos y problemas en el tránsito que experimentan pacientes reales en redes reales lo que permite un efecto de espejo. La técnica muestra gran potencia como insumo de trabajo en espacios de colaboración entre niveles, tanto a nivel general de la coordinación como en ámbitos más específicos, como puede ser una especialidad o un programa.

Las trayectorias de continuidad asistencial permiten conocer, comprender y describir los aspectos que favorecen o dificultan el tránsito de los usuarios/as reales en los distintos niveles de redes concretas en dos servicios de salud de la Región Metropolitana, Chile.

En síntesis, las trayectorias asistenciales de los/as usuarios/as de la red permitieron comprender de manera, integral y secuencial en el tiempo y espacio el proceso de búsqueda de atención médica en los sistemas y servicios de salud. Al recuperar las experiencias del paciente en su tránsito por la red y el proceso de acceso y utilización de los servicios de salud se facilitó la comprensión del proceso de continuidad de la atención como un hecho vivido por personas concretas en contextos locales específicos.

Con esta técnica se logra una imagen panorámica de la atención de salud en su dimensión temporal, poniendo como protagonista de la misma al usuario, en la cual se relacionan elementos contextuales del propio sistema de salud con elementos subjetivos que son experimentados por los pacientes, así como los nodos críticos en forma de factores que obstaculizan o favorecen el tránsito del usuario/a por la Red. Con esta herramienta es posible acceder no solo a la experiencia particular de un usuario, sino a cómo éste interactúa con el sistema en sus diferentes niveles.

(Versión no publicable)

7. Referencias

1. Bibeau G. 1986 Des pratiques différenciées de la santé: Drugesne M y Dumont F (eds) *Traité d'anthropologie médicale*. Montreal : Instituto : Institut québécois de recherche sur la culture.
2. Citarella, Luca y Ana María Oyarce. *Sistemas médicos en un contexto cultural multiétnico. Medicinas y Culturas en la Araucanía, Santiago, Chile*, Editorial Sudamericana, 1995 pp. 39-58.
3. Kangas B (2002) *Therapeutic itineraries in a global world: Yemenis and their search for biomedical treatment abroad*. - *Medical Anthropology*, 2002 - Taylor & Francis
4. Low (1978) *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley & London. University of California Press, 267 pp. (with collab. Wm. Arkininstall) Paperback edition,
5. Mc Kee, M, Nolet, E. *Performance measurement for health system improves experiences, challenges and prospect*. *Chronic Care Cambridge*. University Press 2009 p 406-25
6. Nogueira LMV.(2011) *A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia brasileira [tese]*. Rio de Janeiro (RJ). Available from: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_LauraMariaVidalNogueira.pdf Nogueira LMV. 2011.
7. Oyarce Ana María, Malva Pedrero y Pamela Eguiguren (2012): *Una aproximación cualitativa a los determinantes sociales de la sobremortalidad indígenas: Implicancias para la priorización de las políticas públicas*. Informe Final proyecto FONIS SA09120049. Chile. (inédito)
8. Oyarce Ana María y Pamela Eguiguren (2016): *Explorando la percepción y vivencias de pacientes sobre la continuidad de atención en la red de dos Servicios de Salud de la RM Chile*. Proyecto Equity LA II Medwave 2016;16(Suppl 6):e6744 doi: 10.5867/medwave.2016.6744
9. Reid RJ, Haggerty JL, and Mc Kendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Ottawa. Canadian Health Services Research Foundation, 2002,
10. Silva MR Vasquez ML, Vargas I, Unger JO, Mogollon AS, Silva MR, De Paepe P. *Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis*. *Rev. Pan. Salud Pública* 2009 26-360-7.

(Versión no publicable)

11. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Cordech J, Farre J and MI Vásquez: Continuity of Clinical Management and information across care level: perceptions of users of different health care areas in the Catalan national health system. *Health Services Research* 2016 16:466-85

(Versión no publicable)