

## Remisión a la red nacional de cuidados integrados: percepciones de los enfermeros

Susana Alexandra Fonseca-Teixeira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3513-7392>


Pedro Parreira<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4527-012X>

Lisete Mónico<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9374-2702>

Anabela Salgueiro-Oliveira<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8231-8279>

João Costa Amado<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0358-7970>

**Objetivo:** comprender la derivación a la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados, desde la perspectiva de los enfermeros que actúan en este contexto asistencial. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, cuyos datos fueron recolectados entre julio y septiembre de 2019, a través de entrevistas con 12 enfermeros que trabajan en Equipos de Cuidados Continuados Integrados, del norte de Portugal. Para analizar las declaraciones, se utilizó la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** los profesionales revelaron que existen dificultades y limitaciones en el proceso de derivación de usuarios a la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados. El proceso es burocrático, complejo y demorado, condicionando la accesibilidad del usuario a la atención en tiempo oportuno. **Conclusión:** el proceso de derivación es un procedimiento muy burocrático y demorado, que no solo condiciona y atrasa el acceso de los usuarios a la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados sino que además contribuye al agravamiento del estado clínico de algunos pacientes. El número de profesionales es insuficiente, lo que induce a la demanda de los servicios de la emergencia. La apuesta en la atención primaria debe orientarse a mejorar las desigualdades en el acceso, competir por una atención más equitativa y accesible y, así, brindar una mayor calidad en la atención de la salud.

**Descriptores:** Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Calidad de la Atención de Salud; Cuidados a Largo Plazo; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería; Portugal.




<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Pesquisa em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

### Cómo citar este artículo

Foseca-Teixeira SA, Parreira P, Mónico L, Salgueiro-Oliveira A, Amado JC. Referral to the national network of integrated care: the nurses' perception. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3372. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3800.3372>. mes día año

URL

## Introducción

La evolución demográfica se caracteriza por un aumento acentuado de la población de adultos mayores, la cual se asocia con una mayor prevalencia de afecciones crónicas y dependencia, lo que aumenta la búsqueda de atención a largo plazo<sup>(1-2)</sup>. Esta situación también ha determinado un aumento en los costos de salud<sup>(2-3)</sup>.

La Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) en Portugal, a partir de 2006, tuvo como objetivo la creación de respuestas integradas de acción social y salud con respecto a la atención continua siguiendo las buenas prácticas europeas en esta área. Sin embargo, a pesar de ser considerada una estrategia efectiva, evidencia una capacidad de respuesta aún insuficiente, representando menos del 30% de las necesidades actuales e incluso menos de las necesidades futuras esperadas<sup>(4-6)</sup>. En este contexto, los Equipos de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) son de particular importancia, ya que además de contribuir al aumento de las respuestas a una necesidad nacional, se presentan como una solución para una atención de mayor proximidad. Se supone que aumentar la capacidad de estos equipos es un esfuerzo de inversión financiera incomparablemente menor en relación con el aumento en el número de unidades de hospitalización<sup>(4,7-8)</sup>. Por esta razón, en los últimos años, ha habido un fuerte interés internacional en el desarrollo de intervenciones efectivas, con una buena relación coste-efectividad para apoyar a los adultos mayores que viven en hogares, reduciendo la demanda de atención hospitalaria y atención institucionalizada<sup>(9-11)</sup>.

Estudios sobre la calidad de la atención médica enfatizan que la comprensión de los problemas organizacionales en la provisión de servicios de salud es esencial para explicar las variaciones en la atención y el progreso hacia la mejora continua de la calidad. Los sistemas de salud necesitan maximizar la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud y de cuidados a largo plazo, proporcionar asistencia continuada en la prestación de servicios y adaptarse a las necesidades de los pacientes. Con la creciente demanda económica y financiera, los profesionales de la salud se enfrentan al desafío de demostrar que la atención brindada es de alta calidad, adecuada, apropiada, eficiente y efectiva, produciendo los mejores resultados en pacientes<sup>(6,12-13)</sup>. Así, el cambio a un sistema de salud centrado en las necesidades y preferencias individuales permite obtener una nueva visión sobre el impacto de estas políticas<sup>(10,14)</sup>. La red de atención primaria debe tornarse más sólida, responder a las necesidades de las personas y coordinarse con otros servicios<sup>(10,15)</sup>.

En este marco, el presente artículo se sostiene conceptualmente en el *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM)<sup>(16)</sup> que está anclado en el Modelo de Calidad de Salud de Donabedian, desarrollado a partir de tres conceptos: la estructura, el proceso y el resultado sobre asistencia de calidad<sup>(16)</sup>. El NREM permite evaluar la contribución de los enfermeros al cuidado de salud, promoviendo un conjunto de relaciones entre las variables de estructura, proceso y resultados. Las variables estructurales se refieren a cuestiones relacionadas con los recursos organizacionales, como la disponibilidad de equipamiento y las competencias del equipo de atención médica; el proceso integra las intervenciones de los enfermeros y los resultados engloban los cambios en el estado de salud del paciente como resultado de la prestación de los cuidados de salud<sup>(17)</sup>. Las características de la estructura y el proceso de intervención de los enfermeros provocarán cambios en los resultados. La estructura integra factores relativos al paciente, al enfermero y a la organización. El proceso integra intervenciones autónomas e interdependientes, como la comunicación en el equipo, la gestión de casos y la coordinación de la atención. Los resultados consideran el estado funcional, el autocuidado, el control de los síntomas y los efectos adversos<sup>(16)</sup>.

La presente investigación tiene por objetivo comprender la derivación a la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados, desde la perspectiva de los enfermeros que actúan en este contexto de atención.

## Método

Investigación de naturaleza exploratoria y descriptiva con un enfoque cualitativo, ya que se pretendía conocer el fenómeno estudiado, es decir, las experiencias de los participantes, sobre la base en las descripciones de los participantes encuestados<sup>(18)</sup>.

Se constituyó una muestra de conveniencia con doce enfermeros de los ECCI en la región norte de Portugal teniendo como criterio de inclusión desempeñarse en los ECCI por más de 3 años. Para la definición del número de participantes, se adoptó el criterio de saturación de datos, con el cierre de la fase de recolección al tiempo en que se constituyó el marco empírico de la investigación para el logro del objetivo. Una de las investigadoras se trasladó a las unidades para realizar las entrevistas, que tuvieron lugar entre julio y septiembre de 2019, durante la jornada laboral, en día y hora programados según la disponibilidad de los participantes y con consentimiento institucional.

Los 12 enfermeros seleccionados por la investigación tenían edades comprendidas entre 36 y 60 años (M=46 años y DE=7,5). La duración de la

experiencia profesional varió entre 13 y 36 años (M=24 años y DE=7,5) y la experiencia en ECCI varió entre 5 y 10 años (M=8 años y DE=1,7).

El método de recolección de datos utilizado fue la entrevista semiestructurada<sup>(19-20)</sup>, a través de un guion temático cuyos temas abordaron las dificultades y limitaciones en el proceso de derivación de pacientes a la RNCCI, por lo que no se siguió ningún orden específico en la realización de la entrevista, permitiendo la continuidad de la conversación y la espontaneidad de los participantes<sup>(19-20)</sup>, priorizando, sin embargo, el enfoque en lo objetivo predefinido. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, respetando los presupuestos éticos subyacentes a una investigación de esta naturaleza. Las entrevistas duraron un promedio de 40 minutos, luego se transcribieron en su totalidad en documento *Word*, en la computadora privada de la investigadora y se analizaron utilizando la técnica de análisis de contenido<sup>(21-22)</sup> con el objetivo de refinar descripciones subjetivas de contenido, con el fin de evidenciar, con objetividad la naturaleza y la fuerza relativa de los estímulos. Tal camino permite la aparición de inferencias válidas y replicables de los datos hacia el contexto en estudio<sup>(23)</sup>. De esta forma, las entrevistas transcritas se leyeron varias veces a fin facilitar la familiarización de los datos y la comprensión del conjunto.

El análisis de contenido se realizó utilizando el software NVivo®, respetando las tres fases propuestas por Bardin<sup>(21-22)</sup>: preanálisis, exploración de datos y tratamiento de los resultados, incluidos los procesos de inferencia e interpretación. De ese modo, se siguieron los siguientes pasos: lectura completa de las respuestas abiertas, definición de las unidades de análisis teniendo en cuenta las unidades de registro y las unidades de enumeración y la designación de categorías, subcategorías e indicadores de respuesta. Como referencias se consideraron las unidades de registro y enumeración<sup>(24)</sup>. Las unidades de significado se extrajeron, condensaron y etiquetaron con un código de acuerdo con el objetivo del estudio y se organizaron de acuerdo con el modelo conceptual NREM (estructura, proceso y resultados). Este enfoque tuvo como objetivo garantizar la fiabilidad y mantener un equilibrio entre la comprensión previa de los autores sobre el proceso de derivación y evaluar cómo la relación entre las variables de estructura y proceso impactan en los resultados<sup>(25)</sup>.

El presente estudio se inició tras haber sido aprobado por el Comité de Ética de los Grupos de Centros de Salud en la región norte de Portugal. Todas las entrevistas se realizaron en un lugar reservado, y se solicitó la firma del Formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado, de conformidad con la Declaración de Helsinki<sup>(26)</sup> y se garantizó el anonimato de los participantes mediante la

atribución de un código de identificación con la letra E (de Enfermero) y un número del 1 al 12.

## Resultados

Del análisis del contenido de las entrevistas transcritas surgieron tres categorías. La categoría "recursos humanos y materiales" fue la que presentó el mayor número de referencias (unidades de registro y enumeración) con el 26,78% del número total de referencias, seguida de las categorías "dificultades y limitaciones en el proceso de derivación" (13,04%) y, finalmente, "sistema de información" (11,41%).

### Recursos Humanos y materiales

En la categoría "recursos humanos y materiales", los testimonios revelaron que, con respecto a las respuestas inherentes a la asistencia, el número de profesionales en ECCI es insuficiente (específicamente, médicos y enfermeros). La mayoría afirma que los equipos presentan un número insuficiente de enfermeros. La carga de trabajo de los médicos es variable en los ECCI, para el mismo número de plazas asignadas el número de horas de atención médica es diferente, siendo que la mayoría informó que era insuficiente, como se desprende de los fragmentos de las entrevistas: *A veces las personas tienen que ser derivadas al departamento de emergencias porque no hay respuesta médica (E1); (...) no hay apoyo médico (...) no se logra dar respuesta por falta de recursos (...) (E1); (...) no logramos brindar una respuesta (...) porque el equipo es muy pequeño (...) (E8); (...) dado su perfil, las horas de atención de enfermería también son escasas (...) (E5); (...) hay momentos en que el equipo se vuelve plenamente insuficiente dado el consumo de tiempo y la gravedad de los pacientes (...) (E3).*

Los participantes también consideraron que, para una respuesta más efectiva, sería importante incluir a otros profesionales, a saber, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas y terapeutas ocupacionales, como se menciona en los extractos de las entrevistas: *Los profesionales no son suficientes (...) un enfermero con más tiempo disponible (...) otros profesionales de otras áreas como fisioterapeutas serían importantes (E11); (...) tendríamos espacio para un terapeuta ocupacional (...) logopeda (...) (E3); (...) el auxiliar de enfermería siempre fue una ayuda extra (...) (E10).*

Asociadas a la falta de recursos humanos, existen también otras limitaciones, como la falta de transporte para desplazamientos, según se menciona en los extractos de las entrevistas: *Los vehículos [automóviles] son una de las mayores limitaciones que tenemos (...) (E12); (...) el auto (...) es insuficiente (...) (E5); (...) la mayor limitación es el vehículo [automóvil] (...) (E9).*

También se mencionó que la apertura de las unidades y el número de plazas asignados no se ajustan a las necesidades de la población comprendida, como se muestra en los extractos de las entrevistas: *Deberían (...) ajustar las plazas porque (...) nuestro municipio es más pequeño (...) no necesitaría tantos (...) (E11); (...) se necesitaban más camas (...) si tuviéramos más recursos (...) (E5).*

### Sistema de información

En la categoría de "sistemas de información" (SI), los testimonios revelaron que los módulos de registro de la aplicación SI-RNCCI son complejos y extremadamente demorados. Refirieron la existencia de información irrelevante y escalas inadecuadas o no aplicables para algunos pacientes, lo que dificulta la elaboración adecuada de los procesos. Señalaron que la información descrita en las notas es a menudo incompleta, inconsistente y que algunos registros son controvertidos. Los participantes consideraron que el requisito de registrarse en dos plataformas superpuestas – SI-RNCCI y SClínico – implica la necesidad de duplicar los registros y hace que las derivaciones sean más difíciles y compromete la celeridad. También enfatizaron que a veces es difícil obtener datos referentes a la familia, particularmente cuando se solicitan datos sobre ingresos financieros, como se muestra en los extractos de las entrevistas: *(...) es extremadamente burocrático, extremadamente demorado y muy difícil (...) recolectar datos de la familia porque (...) no desea proporcionar datos y tiene que firmar el formulario de consentimiento (...) registrar en dos sistemas [SI-RNCCI y SClínico] (...) es una pérdida de tiempo (...) no registra lo que es esencial (...) (E1); Se gasta mucho tiempo haciendo registros y en las derivaciones es peor (...) la información del SClínico no migra a SI-RNCCI (...) algunas escalas no están correctas (...) no es aplicable (...) para ciertos pacientes (...) tenemos dificultades al analizar las notas, falta información, (...) muy escasa, tenemos que ir al (...) Registro de Salud Electrónico y otros sistemas (...) (E2); si no fuera necesario duplicar al SI-RNCCI (...) la información que (...) está (...) en el SClínico (...) la derivación podría ser más rápida y (...) más fácil (E3); En la aplicación no podemos visualizar las necesidades del paciente y no siempre se corresponden con la realidad (...) (E4); Es un sistema muy burocrático (...) (E7); (...) debería ser (...) más simplificado (E8); El hecho de que tengamos que registrar (...) lo mismo en los dos sistemas [SI-RNCCI y SClínico] (...) es complejo (...) lleva mucho tiempo, algunas escalas no tienen ningún sentido y (...) tienen uno o dos parámetros que, estrictamente hablando, ni siquiera se pueden cumplir para algunos pacientes (...). No es fácil visualizar registros anteriores (E12).*

### Proceso de derivación

Los participantes declararon que en detrimento de la derivación de los pacientes a la ECCI, derivan a

los servicios internación de la RNCCI, debido a que los pacientes necesitan atención continua, los horarios de ECCI no son adecuados a sus necesidades reales, como se explica en los extractos de las entrevistas: *A veces las personas deben ser derivadas al departamento de emergencias porque no hay respuesta médica (E1); (...) los horarios no son adecuados a las necesidades reales, las necesidades reales de los pacientes no están cubiertas con jornadas de 8 a las 20 horas. (E1); (...) para cuidados paliativos (...) de las 20 horas a las 8 horas del día siguiente (...) es mucho tiempo sin apoyo (...) (E12).*

La derivación de pacientes también depende de la evaluación del equipo multidisciplinario, que consiste en un médico, un enfermero y un técnico superior del servicio social. El equipo debe proceder a la preparación de un informe médico, de enfermería y de servicio social para ser presentado al Equipo Coordinador Local y, posteriormente, validado por el Equipo Coordinador Regional. Solo después de completar este procedimiento, el paciente podrá ingresar a una unidad de la RNCCI.

Los resultados de la presente investigación mostraron que la derivación de los pacientes a la RNCCI es un proceso muy burocrático, complejo y demorado. Los equipos no están motivados para derivar y, muchas veces, no inician o postergan el proceso; otros, luego de comenzar el proceso de derivación, se dan por vencidos o eligen por derivar únicamente a los casos extremadamente graves. También mencionan los profesionales de las unidades de salud son los más desmotivados y renuentes y que algunos, incluso, se niegan a realizar la derivación por ser un proceso demorado. Describen que las Unidades Funcionales (UF) pueden tomarse dos meses o más para llevar a cabo el proceso de derivación y que, en los hospitales, el tiempo que lleva completar el informe y validarlo por las autoridades competentes a menudo conduce a un aplazamiento de la transferencia del paciente por una semana. Debido a que es un proceso demorado, los hospitales dan de alta al paciente, enviándolo a su domicilio, y le solicitan al médico de las unidades de salud que haga la derivación, lo que hace que este proceso sea más difícil y demorado. A veces, cuando el proceso se reinicia nuevamente, los pacientes ya no cumplen con los criterios necesarios, con lo que pierden la oportunidad de la derivación, como se muestra en los extractos de las entrevistas: *(...) refieren que es muy burocrático (...) no hay disponibilidad médica para hacer registros (...) (E1); Este procedimiento es altamente burocrático y es uno de los principales factores (...) que condicionan la accesibilidad del paciente al RNCCI. (E3); El tiempo que lleva completar el informe (...) a menudo motiva el aplazamiento del alta del paciente (...) durante una semana y, por lo tanto, el hospital deja de derivarlo (E3); "(...) el proceso de hacer la*

*derivación es tan complicado que (...) terminan desmotivándose (...) (E2); No derivan, simplemente no lo hacen, otras veces solo derivan a casos que son extremadamente graves y que ni siquiera entran dentro del alcance de la ECCI (...) (E1); A menudo como los médicos no siempre están o no son accesibles (...) (E4); (...) basta que el médico diga que no (...) a pesar (...) de que el paciente necesite (...) y el paciente no ingresa (E12); (...) debido a la burocracia (...) retrasan y posponen la derivación (...) (E10); (...) muchas veces (...) se inicia el proceso en la RNCCI, pero (...) se necesita cierta documentación (...) terminan desistiendo de la derivación y (...) lo envían a su domicilio (...) (E1); (...) debido al tiempo de espera, nos envían a (...) nuestras casas (...) (E6); Se hace una nota al médico de la unidad de salud alertando sobre la necesidad de que el paciente sea derivado al RNCCI (...) (E3); Se atrasa hasta el punto de que ya no hay una derivación en tiempo oportuno que cumpla con lo que se pretende para al paciente, a saber (...) cuidados paliativos (...) (E3).*

Según los participantes, los equipos que más derivan son las unidades de salud familiar, en detrimento de los hospitales y las unidades de hospitalización de la RNCCI. Hay desconocimiento sobre los ECCI y el tipo de respuesta que se brinda. Gran parte de los pacientes derivados son casos sociales que requieren rehabilitación. También señalan que muchos de los pacientes derivados tienen una condición clínica severa, con varias comorbilidades, que son inestables y, por lo tanto, no entran dentro del alcance de la ECCI, como se menciona en los extractos de las entrevistas: *La gran mayoría de los pacientes llegan a través de una unidad funcional (...) (...) (E1); El hospital no deriva (...) debido al desconocimiento (...) (E10); (...) el paciente (...) viene con una indicación de fisioterapia (...) no tenemos atención de fisioterapia (...) (E1); (...) gran parte (...) tiene más que ver con la falta de resolución de problemas sociales que con el tratamiento de úlceras o el manejo del régimen terapéutico (E1); (...) se utilizan los criterios de rehabilitación (...) para la derivación (...) (E1); (...) cuando llega a la ECCI (...) no siempre corresponde a cuál es la razón de la necesidad de atención (E1); (...) cuando el paciente llega a nuestra unidad, la atención ya no tiene nada que ver con la necesidad inicial, generalmente está mucho peor (E5); Suelen ser pacientes con un estado muy débil (...) con muchas comorbilidades (E1); La mayoría de los pacientes (...) no están clínicamente estabilizados (E1); (...) llegan a la ECCI por falta de respuesta de otras unidades (...) (E1); (...) derivan solo a casos que son extremadamente graves y que ni siquiera entran dentro del alcance de la ECCI (...) (E1).*

Finalmente, otros aspectos mencionados que dificultan la derivación de pacientes y/o el traslado de pacientes a unidades de internación se basan en el número limitado de plazas, la dispersión geográfica y los criterios económicos, como se consigna en los extractos de las entrevistas: *(...) el criterio económico es una barrera*

*para las familias, la dispersión geográfica de las unidades, particularmente aquí en la región norte, es también otra barrera (E5); (...) las familias siempre prefieren unidades cercanas al área de residencia, lo que no siempre existe o no siempre está disponible con el tipo apropiado para el paciente (E1); (...) los pacientes están en casa esperando mucho tiempo debido a la unidad que eligen (E8).*

Otras limitaciones mencionadas y que hacen imposible que el paciente ingrese en los ECCI, fueron: la ausencia de reemplazo del médico del ECCI y la unidad de salud en periodo de vacaciones, no tener un cuidador informal y que los documentos estén desactualizados, como se menciona en los extractos de las entrevistas: *(...) el médico del ECCI durante el período de vacaciones debe reemplazarse (...), pero (...) el médico que lo está reemplazando (...) también tiene vacaciones durante ese período (...) (E2); (...) a menudo no es posible derivar al paciente simplemente porque (...) no tiene una tarjeta de ciudadano (...) el médico de la unidad de salud está de vacaciones (...) (E12); (...) cuando el médico está de vacaciones, no hay nadie para reemplazarlo (...) (E1).*

Sin lugar a dudas, los datos muestran que existen limitaciones en el proceso de referencia y articulación hacia la RNCCI, lo que condiciona la accesibilidad de los pacientes a la atención a largo plazo y contribuye al empeoramiento de su estado clínico.

## Discusión

Las categorías que surgieron del análisis del contenido de las entrevistas y la movilización del modelo NREM permiten revelar aspectos relacionados con problemas en la estructura (E), dificultades alusivas al proceso (P) de derivación con influencia en los resultados (R), mostrando también una dificultad en articulación en las relaciones entre (E-P-R). El análisis de la relación entre las variables de estructura (recursos humanos y materiales) y proceso (sistema de información) demuestra tener un impacto en los resultados, generando dificultades y limitaciones en el proceso de derivación, lo que culmina en una pérdida de efectividad y eficiencia en los servicios prestados a los usuarios de la RNCCI. Las dificultades presentadas en la estructura (E) y el proceso (P) de derivación culminan en una limitación notable debido a la falta de acceso a la atención de enfermería (R). Será urgente intervenir en tales factores para crear procesos más organizados y eficientes y menos burocráticos, ya que son generadores de la inaccesibilidad de los usuarios a la atención de enfermería. Algunas investigaciones realizadas dentro del ámbito de la atención a largo plazo basadas en el NREM indican que la experiencia de los enfermeros (estructura) y las intervenciones independientes



de enfermería (proceso) estaban relacionadas, significativamente, con el estado funcional, el control de los síntomas y los mejores resultados clínicos del paciente (resultados)<sup>(16,27)</sup>.

Los resultados de esta investigación muestran que la derivación es un procedimiento muy burocrático y demorado (proceso), que condiciona y atrasa sustancialmente la accesibilidad del paciente al RNCCI, impidiendo que los pacientes accedan a la atención de manera en tiempo y forma (resultados). Esta limitación se intensifica por el hecho de que es obligatorio integrar tres profesionales diferentes, requerir la validación de dos entidades (una local y otra regional) y se agrava aún más por la validación obligatoria por parte de la seguridad social, con respecto a la determinación de exenciones y el pago de tasas. El proceso burocrático entre las UF y los equipos de coordinación locales evita que el procedimiento sea más fluido y rápido, condicionando la derivación del paciente por un tiempo demasiado largo, factor que pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos propuestos para el usuario. Además, el hecho de que los módulos de registro de la aplicación SI-RNCCI sean complejos y demorados y la obligación de registrarse en dos plataformas (SI-RNCCI y SClínico) dificultan la preparación de los procesos. La demora en el proceso de derivación conduce a tasas de ocupación en los ECCI sub-optimizadas, generando graves ineficiencias en el acceso de los usuarios a la atención de largo plazo. El hecho de que este procedimiento sea altamente burocrático y de gran complejidad condiciona la accesibilidad de los pacientes a la RNCCI. Los encuestados señalaron como una de las posibles causas de que los hospitales sub deriven a la RNCCI y deriven a los pacientes a su domicilio, el hecho de no prolongar el tiempo de internación y, en consecuencia, reducir los costos de la atención hospitalaria. Afirman que este procedimiento provoca un retraso en la admisión del paciente a tiempo oportuno debido a las restricciones de la UF. Las limitaciones referidas en este estudio también fueron mencionadas por otros estudios que evalúan la accesibilidad de los pacientes a la RNCCI<sup>(28-31)</sup>.

La demora en el proceso de derivación, además de condicionar la admisión del paciente, también empeora su condición clínica, con lo cual, en el momento de la admisión, la respuesta necesaria podría no encuadrar en el ámbito del ECCI. Además, asociado con el número insuficiente de profesionales, en especial, de médicos, se encuentra la falta de seguimiento cercano de pacientes, lo que induce la demanda de servicios de emergencia. Los resultados de este estudio son corroborados por otros autores que informan que los pacientes, sin un seguimiento cercano, recurren al departamento de emergencias con mayor frecuencia, a pesar de que las

hospitalizaciones no solo son caras, sino que también son potencialmente perjudiciales para la salud de la población anciana<sup>(31-34)</sup> por lo que contrasta con la recomendación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico que estima que el 30% de la actividad hospitalaria en Portugal podrían realizarse en la comunidad<sup>(3)</sup>.

Los resultados de esta investigación demostraron desigualdades regionales en el acceso a la atención médica brindada por los ECCI, por lo que es necesario ajustar el número de plazas disponibles de acuerdo con la densidad de población, así como aumentar los recursos humanos y logísticos, es decir, de transporte, para que haya mayor equidad entre el acceso a la atención médica y un uso más eficiente. Estos resultados también son corroborados por algunos estudios que informan que existe una inequidad en el acceso a RNCCI, una dispersión geográfica regional con cierto grado de aleatoriedad debido a su ubicación. Los ECCI, además de ser más accesibles debido a la proximidad, también generan costos financieros más bajos, aunque continúan estando en gran medida subutilizadas en todo el país<sup>(3-4,35-36)</sup>. Por lo tanto, consideramos importante aumentar la conciencia de los hospitales y de la red de atención primaria para la derivación de pacientes al ECCI.

Verificamos actualmente que la atención médica se lleva a cabo en un entorno fragmentado, por lo que es necesario proporcionar una atención continua y coordinada centrada en las personas<sup>(36-37)</sup> en las que la accesibilidad a los ECCI se muestra como una opción ventajosa. Promover la equidad en el acceso a la atención médica y un uso más eficiente de los recursos disponibles son aspectos fundamentales para mejorar el estado de salud de la población, en especial, de los adultos mayores. Se asume que aumentar la capacidad de respuesta de las ECCI es un esfuerzo de inversión financiera incomparablemente menor debido al aumento en el número y los tipos de hospitalización, por lo que se debe prestar más atención a la atención primaria, ya que mejora la calidad de la atención médica y reduce las desigualdades en el acceso, generando una atención más equitativa y accesible. Dicha apuesta se proyecta, más allá de los resultados sobre la salud de la población, en la reducción en el costo total de la atención, obteniéndose resultados a un costo más accesible y sostenible<sup>(3,5,15)</sup>. Los sistemas de salud deben maximizar la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud y cuidados a largo plazo, proveyendo una atención ininterrumpida entre servicios que brinden mejoras importantes en la calidad y accesibilidad de los usuarios, adaptándose a sus necesidades de atención<sup>(5,13-15)</sup>.

Los estudios realizados en el contexto de la atención ambulatoria han demostrado que las intervenciones de

enfermería han contribuido a mejorar los resultados de los pacientes<sup>(27)</sup>. El NREM tiene el potencial de identificar resultados específicos generados por la atención brindada por los enfermeros, evidenciando el rol y la responsabilidad de la profesión de enfermería, justificando su importancia en la toma de decisiones sobre políticas de salud<sup>(16)</sup>.

La investigación permitió identificar y comprender las dificultades y limitaciones en el proceso de derivación de pacientes hacia la RNCCI que requieren asistencia a largo plazo. Además, contribuye a auxiliar la gestión en la toma de decisiones, en especial, en lo que se refiere a la promoción de estrategias y herramientas como mecanismo de contribución para garantizar el mejoramiento de la calidad en la continuidad de los cuidados y en la reducción de complicaciones y del empeoramiento de la salud del usuario debido a la falta de atención por ausencia de derivación.

Aunque la investigación ha logrado su objetivo, se entiende como una posible limitación el hecho de que el estudio se llevó a cabo solo en la región norte, lo que no significa que la realidad presentada sea similar en otras regiones de Portugal, razón por la que sería imprudente generalizar los resultados.

## Conclusión

Los resultados de esta investigación revelaron que el proceso de derivación es un procedimiento muy burocrático y demorado, que condiciona y retrasa sustancialmente la accesibilidad de los pacientes a la RNCCI, evitando que los usuarios tengan acceso a la atención en tiempo oportuno. Es evidente la falta de profesionales que genera dificultades para monitorear el seguimiento de los pacientes e induce a la demanda de servicios de emergencia. La demora en el proceso de derivación, además condicionar el ingreso del paciente, también empeora su condición clínica. Los profesionales del equipo de salud destacaron la necesidad de un acceso sistemático y oportuno a los registros.

Promover la equidad en el acceso a la atención médica y su uso más eficiente, teniendo en cuenta los recursos disponibles, son aspectos fundamentales para mejorar el estado de salud de la población, especialmente de los ancianos. Así, se considera crucial crear condiciones para mejorar las variables estructurales (aumentar la capacidad de respuesta de los ECCI, principalmente mediante el refuerzo de profesionales) del proceso (simplificar el proceso de derivación, posibilitar el acceso sistemático y oportuno a los datos y mejorar interoperabilidad en los sistemas de información, mejorando el monitoreo y la evaluación de la atención) para obtener mejores resultados (menos desigualdades de acceso, atención más equitativa y

accesible). En este contexto, esta investigación pretende ser una contribución humilde, pero válida, a la mejora en la derivación y la calidad de la atención a la salud que se brinda a los usuarios.

## Referencias

1. Slobbe LCJ, Wong A, Verheij RA, van Oers HAM, Polder JJ. Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Sep 6;17(1):1-10. doi: 10.1186/s12913-017-2570-z.
2. European Commission. The 2018 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). [Internet]. Brussels: Economic and Financial Affairs; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf)
3. World Health Organization. Health System Review: Portugal - Phase Final Report. [Internet]. Brussels: World Health Organization; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/366983/portugal-review-report-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/366983/portugal-review-report-eng.pdf)
4. Santana R, Marques AP, Lopes S, Boto P, Telles JL, Félix S, et al. The Influence of Providers' and Patients' Characteristics on Resource Use in Long-Term Care Inpatient Units. *Port J Public Health*. [Internet]. 2017 [cited Apr 28, 2020];35(2):114-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000479756>
5. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. [Internet]. 2017 Mar [cited Feb 27, 2020]; 19(2):1-184. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf)
6. World Health Organization. Organisation for Economic Co-operation and Development. The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited Feb 27, 2020]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>
7. Gianino MM, Lenzi J, Martorana, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, et al. Trajectories of long-term care in 28 EU countries: evidence from a time series analysis. *Eur J Public Health*. 2017 Dec 1;27(6):948-54. doi:10.1093/eurpub/ckx177
8. Karlin NJ. Older adult service usage assessment: evidence from two rural samples. *Act Adapt Aging*. 2018 42(4):305-27. doi:10.1080/01924788.2017.1412228

9. Adamakidou T, Kalokerinou-Anagnostopoulou A. Home health nursing care services in Greece during an economic crisis. *Int Nurs Rev.* 2017 Mar 64(1):126-34. doi:10.1111/inr.12329
10. Fonseca-Teixeira S, Parreira P, Freitas M, Mónico L, Mariano L, García-Alonso J, et al. Effectiveness of long-term health care in home context versus institutional care for elderly dependent. In *CISBETI 2019 - International Congress of Health, Well-Being, Technology and Innovation.* Foz de Iguacu, Brazil. 4-6 April 2019. [Internet]. *BMC Health Serv Res.* 2019 Jul 15 [cited Nov 27, 2019];19(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4213-z>
11. Xu H, Intrator O. Medicaid Long-term Care Policies and Rates of Nursing Home Successful Discharge to Community. *JAMDA.* 2020 Feb;21(2):248-53.e1. doi:10.1016/j.jamda.2019.01.153
12. Kim J, Choi Y, Shin J, Jang SY, Cho KH, Nam JY, et al. Incidence of Pressure Ulcers During Home and Institutional Care Among Long-Term Care Insurance Beneficiaries With Dementia Using the Korean Elderly Cohort. *JAMDA.* 2017 Jul 1;18(7):638.e1-638.e5. doi:10.1016/j.jamda.2017.04.013
13. Romero DE, Castanheira D, Marques AP, Muzy J, Sabbadini L, Silva RS. An integrated methodology for Monitoring and Evaluating the Public Policies and Health Situation of the Elderly: SISAP-Idoso. *Cien Saude Coletiva.* [Internet]. 2018 Aug [cited Nov 27, 2019];23(8):2641-2650. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10302016>
14. Gomes PHG, Junior WVM. Patient-centered care in health services: strategies of governments and non-governmental organizations. *Revista Acred.* [Internet]. 2017 [cited Feb 27, 2019];7(13):23-43. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130783>
15. Carpinteiro JA, Silva JS, Costa NC, Gomes J, Semedo M. Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde - Exercício de 2017 - Relatório nº 20/2018 2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas; 2018 [Acesso 2 fev 2020]. Disponível em: [https://erario.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2018/2s/rel020-2018-2s.pdf](https://erario.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2018/2s/rel020-2018-2s.pdf)
16. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nurs Open.* 2019 May 16;6(3):685-97. doi:10.1002/nop2.281
17. Doran DM, Harrison MB, Laschinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S, et al. Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection in Acute Care and Long-Term-Care Settings. *Nurs Res.* 2006 Mar 2;55(2S):S75-81. doi:10.1097/00006199-200603001-00012
18. Nassehi A, Esmaili M, Varaei S. Quality in the qualitative content analysis studies. *Nursing Practice Today.* [Internet]. 2017 [cited Nov 27, 2019];4(2):64-6. Available from: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/293>
19. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Com Health.* 2019 Mar;7(2):e000057. doi:10.1136/fmch-2018-000057
20. Azevedo V, Carvalho M, Fernandes-Costa F, Mesquita S, Soares J, Teixeira F, et al. Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. *Rev Enf. Ref.* [Internet]. 2017 Jul [cited Feb 27, 2019];4(14):159-68. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17018>
21. Mónico LSM, Santos-Luiz Cd, Dayse Nd. Benefits of music learning in academic performance of students: The opinion of directors and teachers of Portuguese Basic Education. *Rev Lusófona Educ.* [Internet]. 2015 Jun [cited Feb 27, 2019];29(9):105-9 Available from: <https://www.researchgate.net/publication/273310558>
22. Mendes RM, Miskulin RGS. Content analysis as a methodology. *Cad Pesqui.* [Internet]. 2017 Set [cited Feb 27, 2019];47(165):1044-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/198053143988>
23. Mónico L, Sousa LB, Salgueiro-Oliveira A, Parreira P. Entrevistas às instituições de ensino politécnico português participantes do projeto Poliempreende/PIN: modelos de análise e técnica de recolha de dados. In: Parreira P, Paiva T, Lisete M, Leopoldina A, Sampaio JH. *As Instituições de Ensino Superior Politécnico e a Educação para o Empreendedorismo.* [Internet]. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda; 2018 [Acesso 2 fev 2020]. p. 121-34. Disponível em: [https://www.academia.edu/38580639/As\\_Institui%C3%A7%C3%B5es\\_de\\_Ensino\\_Superior\\_Polit%C3%A9cnicoe\\_a\\_Educa%C3%A7%C3%A3o\\_para\\_o\\_Empreendedorismo](https://www.academia.edu/38580639/As_Institui%C3%A7%C3%B5es_de_Ensino_Superior_Polit%C3%A9cnicoe_a_Educa%C3%A7%C3%A3o_para_o_Empreendedorismo)
24. Julio E, Santos K, Morais S, Neto AF. Estruturação de Aplicação da Análise de Conteúdo. *Rev Ciênc Exatas.* [Internet]. 2017 [cited Feb 27, 2019];23(2):19-29. Available from: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/viewFile/2612/1759>
25. Assarroudi A, Nabavi FH, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs.* 2018 Feb;23(1):42-45. doi: 10.1177/1744987117741667.
26. World Medical Association. *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* *JAMA.* 2013 Nov;310(20):2191-94. doi:10.1001/jama.2013.281053.



27. Seabra PRC, Amendoeira JJP, Sá LO. Testing Nursing Sensitive Outcomes in Out-Patient Drug Addicts, with "Nursing Role Effectiveness Model". *Issues Ment Health Nurs*. [Internet]. 2018 [cited Feb 27, 2020];39(3):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1378783>
28. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018. [Internet]. Lisboa: OPSS; 2018 [Acesso 27 fev 2020]. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
29. Petronilho FAS, Pereira CMBC, Magalhães AIdC, Carvalho DMF, Oliveira JMC, Castro PRCV, et al. Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Rev Enferm Refer*. [Internet]. 2017 Jul [cited Jul 27, 2019];4(14):39-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17027>
30. Werner RM, Coe NB, Qi M, Konetzka RT. Patient Outcomes After Hospital Discharge to Home With Home Health Care vs to a Skilled Nursing Facility. *JAMA Intern Med*. 2019;179(5):617-23. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7998.
31. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 Nov [cited Feb 27, 2020];72(suppl 2):294-301. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
32. Åhsberg E. Discharge from hospital – a national survey of transition to out-patient care. *Scand J Caring Sci*. 2018 April;33(2):329-35. doi:10.1111/scs.12625
33. Abel J, Kingston H, Scally A, Hartnoll J, Hannam G, Thomson-Moore A, et al. Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. *Br J Gen Pract*. 2018 Nov;68(676):e803-10. doi: 10.3399/bjgp18X699437
34. Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL, Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2019 [cited Apr 28, 2020]; 19(1):751. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4528-9>
35. Marino M, Belvis AG, Tanzariello M, Dotti E, Bucci S, Colotto M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of integrated care models for elderly, complex patients: A narrative review. Don't we need a value-based approach? *Int J Care Coord*. [Internet]. 2018 Dec [cited Apr 29, 2020];21(4):120-39. Available from: <https://doi.org/10.1177/2053434518817019>
36. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies: European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2018. doi: 10.2767/84573.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development. Ministerial Statement: The Next Generation of Health Reforms. [Internet]. Paris: OECD Health Ministerial Meeting; 2017 [cited Jul 27, 2019]. Available from: <https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>


Recibido: 01.12.2019

Aceptado: 06.06.2020

Editora Asociada:  
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:  
Susana Alexandra Fonseca-Teixeira  
E-mail: [susanaalexandra.t@gmail.com](mailto:susanaalexandra.t@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0003-3513-7392>