

Estudio de la Colaboración en las Redes Prestadoras de Servicios de Salud en el Mundo: Revisión de Literatura

Sohany Yineth Trujillo Padilla

Universidad de Ibagué
Facultad, De Ingeniería Industrial
Ibagué, Colombia
2019

Estudio de la Colaboración en las Redes Prestadoras de Servicios de Salud en el Mundo: Revisión de Literatura

Sohany Yineth Trujillo Padilla

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Ingeniera Industrial

Director (a):

Ingeniera Industrial, Carolina Saavedra

Línea de Investigación:

Trabajo de Investigación (Monografía)

Grupo de Investigación:

Ginnova

Universidad de Ibagué

Facultad De Ingeniería Industrial

Ibagué, Colombia

A DIOS, MI FAMILIA Y MI TUTORA

*“Nunca consideres el estudio como una obligación,
sino como una oportunidad en el bello y maravilloso
mundo del saber”*

Albert Einstein

Agradecimientos

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser mi guía y fortaleza en mi vida.

A mi familia en especial a mi Madre por su apoyo incondicional en mi carrera.

A mi tutora la Ingeniera Carolina Saavedra, quien con sus conocimientos, experiencia y acompañamiento me guio en todos los procesos investigativos.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a los profesores que me aportaron conocimientos y valores para mi carrera a la Universidad de Ibagué, por darme las bases necesarias para la culminación de mi formación académica.

Resumen

La siguiente revisión sistemática presenta una caracterización de algunos modelos de coordinación propuestos en la literatura para redes prestadoras de servicios de salud en el mundo. Dentro del concepto de coordinación de la atención se describen cada una de las medidas encontradas, según las perspectivas encontradas: paciente / familia, profesional de la salud, o representantes del sistema. Se usaron como fuentes de información secundaria: artículos científicos, libros, capítulos de libros y tesis disponible en las bases de datos de Google scholar, pubmed y scopus. Se obtuvieron 40 definiciones de la coordinación de la atención, así como cuatro marcos de la coordinación de la atención: el marco del comportamiento de Anderson, modelo Donabedian, modelo de diseño organizacional y modelo de coordinación relacional. Por último, se presentan las propuestas para medir la coordinación de la atención basada en la descripción y clasificación de los instrumentos de medición.

Palabras clave: coordinación, sistemas de salud.

Abstract

The following systematic review presents a characterization of some coordination models proposed in the literature for health service networks in the world. Within the concept of care coordination, each of the measures found is described, according to the perspectives found: patient / family, health professional, or representatives of the system. Secondary information sources were used: scientific articles, books, book chapters and thesis available in the Google scholar, pubmed and scopus databases. 40 definitions of care coordination were obtained, as well as four care coordination frameworks: Anderson's behavior framework, Donabedian model, organizational design model and relational coordination model. Finally, the proposals to measure the coordination of care based on the description and classification of measuring instruments are presented.

Keywords: Coordination, health systems.

Contenido

Resumen	VI
Lista de Figuras	IX
Lista de Tablas.....	X
Introducción	11
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos.....	13
Metodología.....	14
Resultados	16
Concepto de Coordinación de Atención.....	16
Modelos de coordinación	19
Modelo 1: El marco de comportamiento de Andersen	19
Modelo 2: Donabedian	22
Modelo 3: Diseño Organizacional.....	23
Modelo 4: Coordinación Relacional.....	25
¿Cómo se ha propuesto medir la coordinación en la red?.....	27
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	32
Anexos.....	33
1.1 Anexo 1. <i>Definiciones de la coordinación de la atención.</i>	33
Bibliografía.....	34

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Modelo Andersen</i> (On et al., 2015)	20
Figura 2. <i>Coordinación en modelo andersen</i> (On et al., 2015)	20
Figura 3. <i>Modelo Donabedian</i> (On et al., 2015)	22
Figura 4. <i>modelo organizacional</i> (On et al., 2015)	25
Figura 5. <i>Modelo Coordinación Relacional</i> (On et al., 2015)	26

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Ecuación de búsqueda inicial</i>	14
Tabla 2. <i>Perspectivas de la Coordinación de la atención</i>	16
Tabla 3. <i>Medidas de coordinación de la atención</i>	27

Introducción

La coordinación de la atención es importante en los sistemas de salud, por un lado, los contribuyentes y los responsables de las políticas que tienen como objetivo proporcionar atención eficientemente a las poblaciones y los médicos que tienen como objetivo ofrecer alta calidad y el cuidado de alto valor al individuo. La coordinación de la atención puede ayudar a reducir la fragmentación en los servicios de salud, lo que conduce a una mejor calidad, y potencialmente a menores costos.

El Instituto de Medicina (IOM) sugiere que las mejoras en la coordinación de la atención pueden generar beneficios significativos "en toda la continuidad de la atención a lo largo de la vida. Los pacientes que reciben atención en un sistema bien coordinado ofrecen un sorprendente contraste con las de los pacientes que navegan por el sistema no coordinado. Pacientes con necesidades de atención médica complejas, sus familias y sus proveedores a menudo deben atravesar numerosos límites profesionales, geográficos, de sistemas de información y organizativos para garantizar que las actividades de atención necesarias se realicen adecuadamente (Stille, Jerant, Bell, Meltzer, & Elmore, 2014).

La siguiente revisión sistemática presenta una caracterización de los modelos de coordinación propuestos en la literatura para redes prestadoras de servicios de salud en el mundo. Se realizaron búsquedas de artículos científicos, tesis, libros, en las siguientes bases de datos: Scopus/PubMed, además se consultaron informes en las páginas webs institucionales.

Planteamiento del problema

La OMS y la OPS (2010) han liderado la implementación de redes integradas de servicios de salud, “redes de organizaciones que prestan o hacen los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que le sirve”.

Teniendo en cuenta que en los sistemas de salud se han implementado las redes integradas de salud y es un tema de interés mejorar su operación, es importante caracterizar los diversos modelos teóricos de coordinación en las redes prestadoras de servicio de salud, con el fin de conocer las bases conceptuales de los modelos de redes integradas y nuevas propuestas que permitan comprender las dinámicas de las relaciones en la red y su relación con el desempeño del sistema.

Se justifica la realización de este trabajo como insumo teórico para el trabajo doctoral “Modelo de red compleja para la evaluación del desempeño de un sistema de salud: un enfoque desde la morbilidad del paciente” de la docente Carolina Saavedra Moreno. Además, para contribuir a la literatura, ya que, no existe un documento que consolide el concepto, los actores, modelos y medidas de la coordinación en la atención, en el marco de las redes integradas de salud.

Objetivos

General

- Caracterizar los modelos de coordinación propuestos en la literatura para redes prestadoras de servicios de salud en el mundo.

Para alcanzar este objetivo general se precisa el logro de los siguientes objetivos específicos:

Específicos

- Documentar el concepto de coordinación en las redes prestadoras de servicios de salud y sus principales características.
- Definir los actores, relaciones y características de cada uno de los modelos de coordinación propuestos para redes prestadoras de servicios de salud.
- Documentar las métricas definidas para medir la coordinación en las redes prestadoras de servicios de salud.

Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se usó de base la metodología de una revisión sistemática. El proceso metodológico incluye las siguientes fases:

1. Definición de la ecuación de búsqueda.

La ecuación de búsqueda se estructuró en dos niveles, en el primer nivel se encuentran las palabras relacionadas con la coordinación de la atención y en el segundo nivel las palabras relacionadas con definición, modelos y medidas de la coordinación (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Ecuación de búsqueda inicial*

ECUACIÓN DE BUSQUEDA
<p>“coordination care” OR care AND “coordination” (“coordination” and ((provider*)) and (“care” or (practice*) or (service*) or (task*)) and (“communication” or (organization*)) or (“feedback”)) OR (coordinat* and “care”).</p>
<p>((theor*) or “model” or “framework” or (concept*) or (defin*)) OR (coordinat* and “care” and measur*).</p>

2. Determinación de elementos de inclusión y exclusión

Se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Tipo de documentos: artículos de investigación.
- Tiempo de publicación no mayor a 15 años.
- Idioma: inglés y español.
- Bases de datos: Scopus/PubMed. Además, se consultaron informes en las páginas web institucionales para identificar artículos publicados en inglés que describan el estudio de la colaboración en las redes prestadoras de servicios de salud en el mundo

3. Análisis de artículos

En la última fase se realizó una revisión de las palabras claves y de los resúmenes de los artículos teniendo en cuenta los objetivos definidos en la revisión.

En la búsqueda inicial se identificaron **4,653** artículos. En la búsqueda institucional se identificaron **2** informes. De estos documentos finalmente se revisaron en detalle **59** documentos.

Resultados

Concepto de Coordinación de Atención

Se identificaron diversidad de definiciones, particularmente estructuradas alrededor de tres perspectivas: paciente/familia, personal asistencial y representantes del sistema. En la Tabla 2 se presenta un resumen de los elementos conceptuales identificados en cada perspectiva y en el Anexo 1 todas las definiciones documentadas.

Tabla 2. *Perspectivas de la Coordinación de la atención*

CARACTERÍSTICAS	DEFINICIÓN	AUTORES
Paciente / Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la seguridad del paciente y sus necesidades y preferencias en los servicios de salud (teniendo en cuenta la familia) • Comunicación efectiva con paciente y familia (flujo de información). • Responsabilidad compartida entre personal asistencial para garantizar atención oportuna y trato humanizado. 	(Shortell1, 1994), (Reid et al, 2002), (Cooley et al, 2003), (McGuinness & Sibthorpe, 2003), (Sprague, 2003), (Brown et al., 2004) (McDonald, 2010), (Schultz & McDonald, 2014)

<p>Profesional de la Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar continuidad y oportunidad en la atención en salud. • Disponibilidad, utilización e interpretación de información de acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a la circunstancia actual del paciente. • Complementariedad entre profesionales con el fin de cubrir necesidades globales del paciente. 	<p>(Starfield et al, 1979), (Flocke et al, 1983), (Fletcher et al, 1984), (Lima & Brooks, 1985) (Flocke, 1997), (Bodenheimer et al, 1999), (Cassady et al, 2000), (Kinsman et al, 2000) (Bickell & Young, 2001), (Kibbe, 2001), (Gittell, 2002) (Cooley et al, 2003), (McGuinness & Sibthorpe, 2003), (Brown et al., 2004) (Glasgow et al., 2005), (Schultz & McDonald, 2014), (Parchman et al., 2018).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de estructuras organizativas de atención primaria y especializada. 	<p>(Van de ven, 1977), (Bolland & Wilson, 1994), (Shortell et al, 1994), (Malone & Crowston,</p>

<p>Representante del sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir información clínica y administrativa entre niveles asistenciales. • Descentralización de actividades administrativas. 	<p>1994), (Chen et al, 1997), (Young et al., 1998) (Forrest et al., 2000), (Cassady et al, 2000), (Gittell, 2000), (Rosenbach & Young, 2000), (Cassady et al, 2000), (Hoenig et al, 2001), (Bickell & Young, 2001), (Kodner, 2002), (Ohlinger et al, 2003), (Pollack & Koch, 2003), (Sprague, 2003), (Gittell & Weiss, 2004) (Healey, Undre, & Vincent, 2004), (Wenger & Young, 2007), (Bodenheimer, 2008) (Schultz & McDonald, 2014) (Chumbler, Haggstrom & Saleem, 2011) (Phillips, 2016)</p>
---	--	---

A partir de las definiciones anteriormente nombradas, **se puede concluir que** la coordinación de la atención es la organización deliberada de las actividades de atención al paciente entre dos o más participantes (incluyendo el paciente) que participan en el cuidado de un paciente para facilitar la prestación adecuada de los servicios de salud. El cuidado de la organización implica el ordenamiento de personal y otros recursos necesarios para llevar a cabo todas las actividades necesarias para el cuidado de los pacientes y, a menudo es administrado por el intercambio de información entre los participantes responsables de los diferentes aspectos de la atención.

Modelos de coordinación

En la revisión se encontraron los siguientes cuatro modelos de coordinación: el marco de comportamiento de Andersen, modelo de Donabedian, diseño organizacional, comportamiento relacional. A continuación, se describen cada uno de los 4 modelos antes mencionados.

Modelo 1: El marco de comportamiento de Andersen

Este modelo tiene como elemento central el favorecer la transmisión de la información que es catalogada valiosa, desde los individuos hacia la organización, y propiciar el retorno nuevamente a los individuos con el fin de que genere beneficios particularmente para los pacientes (Dudley et al., 2004) (ver Figura 2).

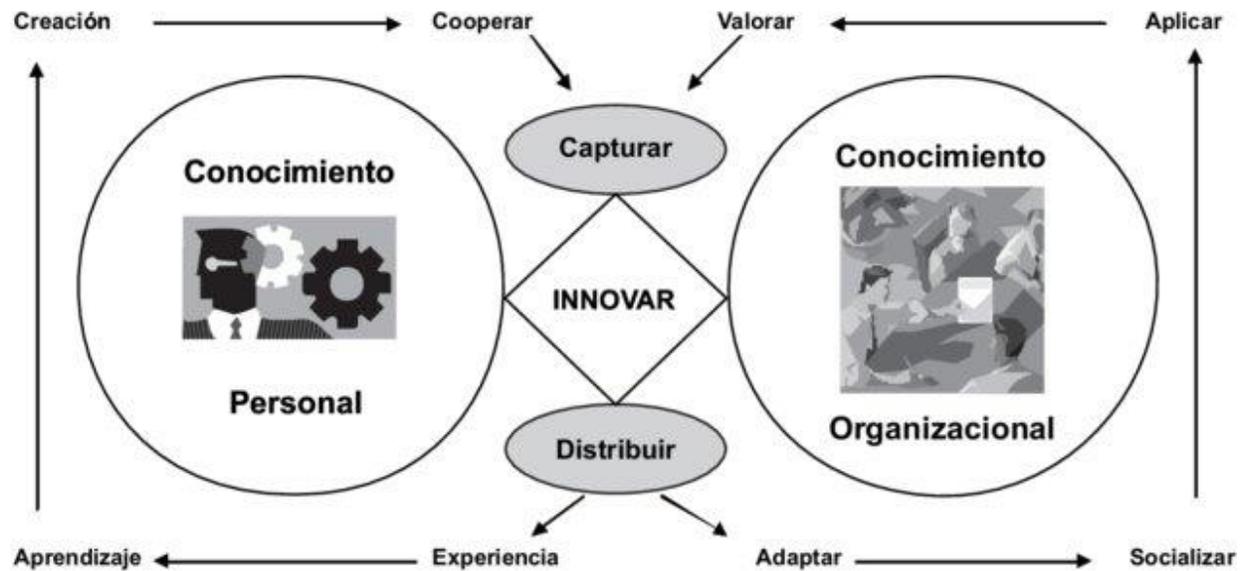


Figura 1. Modelo Andersen (On et al., 2015)

La Figura 2 muestra sugiere que la coordinación de los servicios de salud se relaciona con tres conceptos: la predisposición de los participantes a coordinar la atención, los recursos que permiten o impiden la coordinación, y la necesidad de coordinación de los participantes (Houdt et al., 2013).

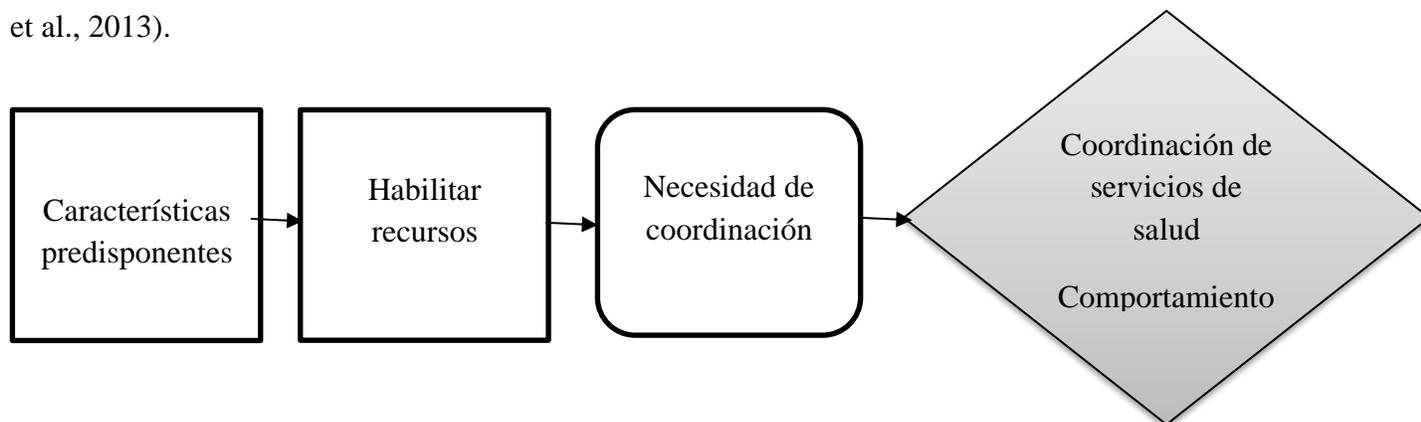


Figura 2. Coordinación en modelo andersen (On et al., 2015)

En el modelo original de Andersen, la necesidad de utilizar la atención médica se basa en la salud y el estado funcional del paciente y en su percepción de la necesidad de atención médica. Por lo tanto, la enfermedad suele ser el desencadenante del uso de los servicios de atención médica. En el marco de coordinación de la atención adaptada, se asume que uno o más de los participantes deben percibir la necesidad de coordinar la atención para desencadenar comportamientos de coordinación reales por parte de los participantes. La necesidad de coordinación es probablemente una función del paciente cuando se considera el nivel de prestación de atención médica, y de los actores vinculados con los pacientes puesto que se requiere la participación de múltiples participantes (por ejemplo, varios médicos para afecciones crónicas múltiples, un terapeuta de rehabilitación para la atención posterior al accidente cerebrovascular, un trabajador social para conectar al paciente a recursos comunitarios, un farmacéutico para ayudar a clasificar los beneficios) (Andersen, 1995).

La aplicación de este modelo implica centrarse potencialmente en elementos discretos de coordinación de la atención (por ejemplo, intercambio de información sin problemas, planificación eficiente y prestación de servicios dispares, educación de pacientes sobre el plan de atención, adherencia al tratamiento) y un mapeo de qué comportamientos se deben cambiar (por ejemplo, el médico debe describir al paciente y al personal de apoyo las necesidades de servicios no médicos previstas, y la persona del personal de soporte debe asumir la responsabilidad de vincular al paciente de manera efectiva a los recursos no médicos apropiados). Es probable que las elecciones de intervenciones apropiadas para mejorar la coordinación sean más evidentes al dividir el análisis en problemas de coordinación discretos (On et al., 2015).

Modelo 2: Donabedian

Bien conocido por aquellos involucrados en la investigación sobre la calidad de la atención médica, Avedis Donabedian describió un marco para evaluar la calidad de la atención estructurando el sistema en dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarlo (A., 1988). La coordinación es una cualidad del sistema para lograr cumplir los resultados esperados. En este marco las estructuras de atención tales como el establecimiento de un hogar de cuidado de salud, el uso de un sistema informático de salud para mejorar la coordinación, o la designación de un administrador de casos son elementos de la estructura que influyen en los procesos de atención y coordinación.

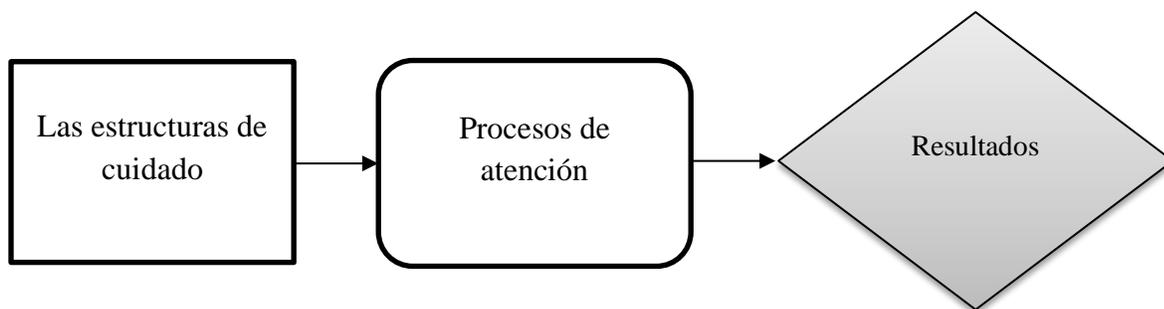


Figura 3. *Modelo Donabedian (On et al., 2015)*

La coordinación es entendida como un proceso que se ve influenciado por el entorno y otras variables estructurales que ejercen efectos causales en los resultados del paciente (Donabedian, 2005).

Modelo 3: Diseño Organizacional

El marco presenta tres elementos que configuran la gestión de la información en el sistema: requisitos de información, capacidad de procesamiento de información y coincidir o encajar entre estos (ver Figura 4). Primero, las diferentes situaciones producen requisitos de información variable, como se muestra en el lado izquierdo de la Figura 4. Los estudios dentro y fuera de la atención médica sugieren que varias características básicas de la tarea de la organización o en el caso de la atención médica, las actividades específicas de atención al paciente tienen implicaciones importantes para diseñar mecanismos de coordinación que faciliten el flujo de información de manera efectiva: interdependencia, incertidumbre y complejidad de las actividades de atención al paciente.

A medida que aumenta el nivel de **interdependencia** entre los participantes, también lo hacen las demandas de información entre los participantes. Se requiere un mayor nivel de flujo de información en situaciones de interdependencia recíproca (Van de Ven, 1977).

La **incertidumbre** es omnipresente en la atención médica y se debe a la falta de información sobre lo que sucederá en el futuro. El curso de la enfermedad o el tratamiento para un paciente en particular puede ser impredecible. Los participantes que trabajan en situaciones de mayor imprevisibilidad tienden a necesitar intercambiar información rápidamente y realizar numerosos ajustes para satisfacer las necesidades cambiantes de atención al paciente (On et al., 2015).

La complejidad se relaciona con la cantidad de información requerida para manejar a un paciente o grupo de pacientes. Para los pacientes con múltiples enfermedades crónicas hay una creciente necesidad de recopilar y responder a más información sobre síntomas, diagnósticos y monitoreo.

La complejidad también aumenta con el número de participantes de diferentes organizaciones, profesiones o ubicación geográfica que deben participar en las actividades de cuidado (Hunter et al., 2006).

El segundo concepto clave es la capacidad de la **organización** para proporcionar información que coincida y se adapte a las demandas de información de los participantes que realizan las actividades de atención al paciente. En otras palabras, los diseños de estructuras para el procesamiento de la información afectan la capacidad de los participantes para obtener la información que necesitan para llevar a cabo sus respectivas actividades de atención al paciente (On et al., 2015).

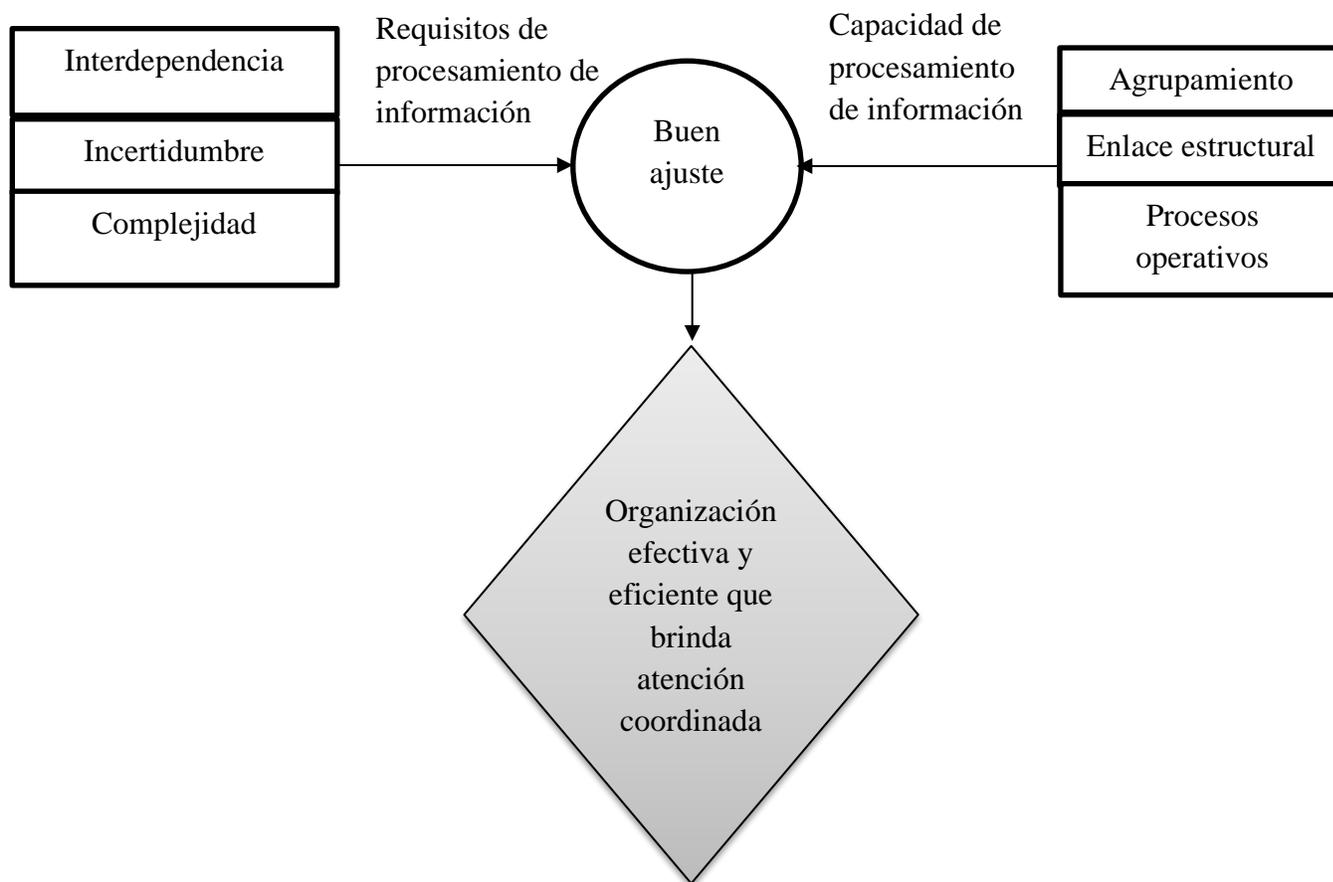


Figura 4. *modelo organizacional (On et al., 2015)*

Modelo 4: Coordinación Relacional

La coordinación relacional tiene como objetivo centrar la atención en las relaciones entre los participantes, los cuales deberán ser conscientes de la relación de su trabajo con los objetivos generales y con otras personas involucradas en la atención al paciente, en particular las organizaciones de servicios con actividades altamente inciertas, sensibles al tiempo e interdependientes (Gittell & Weiss, 2004).

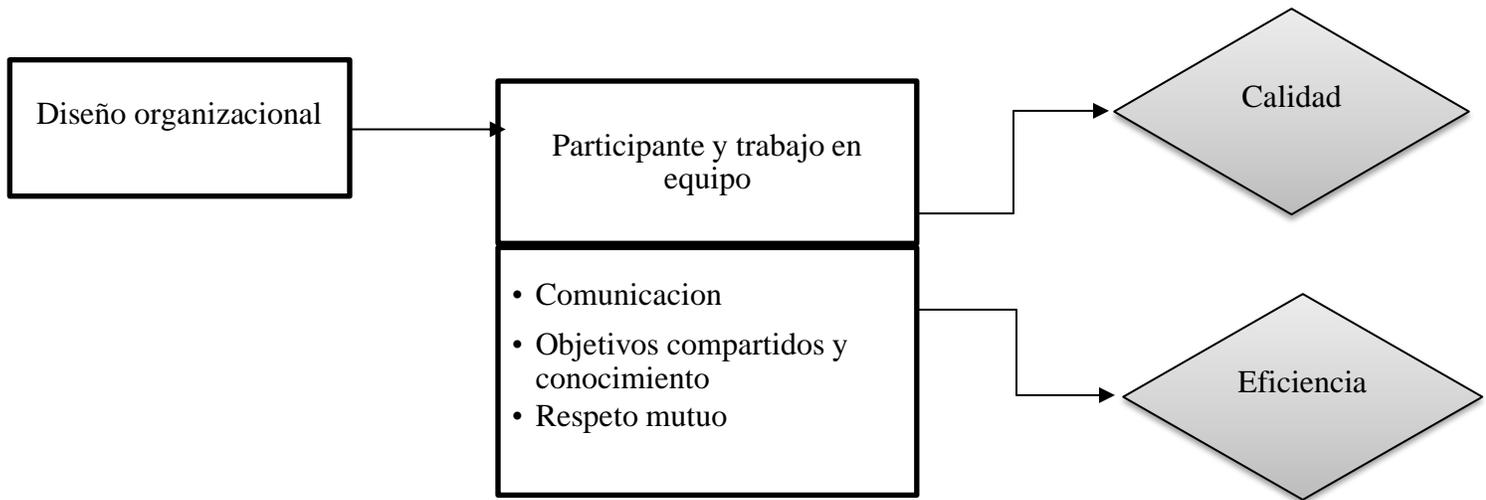


Figura 5. *Modelo Coordinación Relacional* (On et al., 2015)

La figura 5 muestra el marco de coordinación relacional de Gittell e ilustra algunos de los vínculos hipotetizados. En particular, la variabilidad en los resultados de diferentes intervenciones para mejorar la coordinación de la atención puede deberse en parte a las diferencias en la efectividad de estas intervenciones para mejorar las relaciones entre los clínicos interdependientes (Gittell, 2000). Sin embargo, para aquellos que están diseñando o evaluando una nueva intervención para mejorar la coordinación de la atención, se reconoce la necesidad de tener un marco analítico que proporcione un punto de partida, opciones para intervenciones y resultados a monitorear (McDonald et al., 2007).

En estos modelos se identifican como actores relevantes: el paciente, los profesionales de la salud y el personal administrativo.

¿Cómo se ha propuesto medir la coordinación en la red?

La coordinación de la atención se ha reconocido cada vez más como un aspecto importante de la prestación de atención médica de alta calidad. Las medidas sólidas de los procesos de coordinación serán herramientas esenciales para evaluar, guiar y apoyar los esfuerzos para comprender y mejorar la coordinación, aunque existe poco acuerdo entre las partes interesadas sobre cómo medir mejor la coordinación de la atención (Haggerty et al., 2012).

Haggerty et al (2012) revisaron los títulos y los resúmenes de los resultados de búsqueda de literatura para identificar los artículos que demostraron una relación con la medición o evaluación de la coordinación de la atención o los procesos de coordinación. Este artículo sirvió de base para la definición de trabajo de coordinación de la atención propuesta en la revisión del EPC de 2007 y en las definiciones de los dominios de coordinación propuestos en los modelos antes mencionados.

En la Tabla 3 se consolidan las medidas de coordinación identificadas en los documentos consultados.

Tabla 3. *Medidas de coordinación de la atención*

FACTOR	OBJETIVO	MEDIDA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Integración clínica (Larsen, 2009)	Medir el grado en que los actores participan en actividades de gestión compartida.	Valoración subjetiva. Análisis cualitativo a partir de la afinidad en las respuestas de los funcionarios de las entidades vinculados a las redes.	Encuesta

<p>Eficacia en la transferencia de información (Lyngs, 2014)</p>	<p>Medir el grado de concordancia que existe entre la misma información en las diferentes bases de datos.</p>	<p>Valoración objetiva. Conteo de diferencias entre registros médicos disponibles en las entidades.</p>	<p>Registros médicos electrónicos o bases de datos</p>
<p>Trabajo en equipo (Larsen, 2009)</p>	<p>Medir el grado de involucramiento y participación de los actores en proyectos misionales.</p>	<p>Valoración objetiva. Autoevaluación, número de actores participantes en reuniones y/o formulación de proyectos.</p>	<p>Formatos de evaluación</p>
<p>Comunicación (Larsen, 2009)</p>	<p>Medir la eficiencia en el uso de los canales de comunicación institucional</p>	<p>Valoración objetiva. Ej: uso de correo electrónico: número de correos electrónicos formales / comunicaciones totales</p>	<p>Encuesta, registros de uso de canales de comunicación.</p>

Se encontró que la mayor cantidad de medidas fueron aquellas vinculadas con la comunicación, particularmente desde la perspectiva del paciente / familia. Otras medidas están relacionadas con la transferencia de información desde todas las perspectivas. Si bien las diferentes necesidades de evaluación requieren cierta diversidad en la elección de medidas, es probable que un avance hacia un mayor consenso sobre cómo medir estas actividades de coordinación ayude a mejorar la base de evidencia para la coordinación de la atención al permitir una medición coherente en todas las evaluaciones y generar datos que puedan compararse más fácilmente.

Si bien gran parte del interés en la coordinación de la atención se ha centrado en la atención primaria como el "centro" de coordinación, la existencia de medidas que evalúan la coordinación en pacientes hospitalizados, salud del comportamiento, salud en el hogar y atención a largo plazo subraya que la coordinación de la atención ha sido reconocida como parte importante del proceso de atención (Haggerty et al., 2012).

Conclusiones

- ✓ El concepto de coordinación de la atención vincula las siguientes particularidades desde cada uno de los enfoques:
 - Paciente/familia: garantizar la seguridad, necesidad y preferencia del paciente
 - Profesionales de la salud: garantizar la continuidad y oportunidad de los servicios de salud
 - Representantes del sistema: integración de las organizaciones.

- ✓ Los modelos de coordinación están basados principalmente en el estudio de la gestión de la información entre los actores que constituyen la red, con el fin de mejorar la calidad de atención con un uso mínimo de recursos.

- ✓ Los principales elementos que plantea el modelo Andersen son relevantes para que se dé la coordinación son los factores de predisposición, capacidad y necesidad. Por otro lado en el modelo Donabedian la coordinación está involucrada con los procesos de gestión de la información y los requerimientos de estructura para mejorar los mismos. El modelo organizacional presenta los elementos constitutivos de los requerimientos y capacidades de información necesarias para que se dé la coordinación y el modelo relacional define la comunicación, los objetivos compartidos y el respeto mutuo como elementos fundamentales para que se dé coordinación entre los actores.

- ✓ Existen diversidad de medidas de coordinación, en su mayoría de enfoque cualitativo, siendo la encuesta la principal fuente de información. Estas mediciones buscan analizar factores tales como el trabajo en equipo, la comunicación y la integración.

Recomendaciones

- Se recomienda realizar estudios futuros en donde se amplíe el concepto de coordinación al sistema de salud (no solo la coordinación de atención).
- Profundizar en características más específicas del concepto y las medidas.

Anexos

1.1 Anexo 1. *Definiciones de la coordinación de la atención.*

Bibliografía

- A., D. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 260(Fig 2), 1743–48. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter. *Journal of Health and Social Behavior 1995, Vol. 36 (March): 1-10*, 11.
- Artaza, O., Ménez, C., Holder, R. Y., & Suárez, J. (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. In *Presnetación OPS-OMS Chile*. <https://doi.org/ISBN:978-9568246-08-2>
- Bickell, N. A., & Young, G. J. (2001). Coordination of care for early-stage breast cancer patients. *J Gen Intern Med*, 16(11), 737–742. <https://doi.org/10130> [pii]
- Bodenheimer et al. (1999). Primary Care Physicians Should be Coordinator, Not Gatekeepers. *Jama*, 281(32), 2045–2049.
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064–1071. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr0706165>
- Bolland, J. M., & Wilson, J. V. (1994). Three faces of integrative coordination: a model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, 29(3), 341–366.
- Brown, R., Schore, J., Archibald, N., Chen, A., Peikes, D., Sautter, K., ... Ensor, T. (2004). *Coordinating Care for Medicare Beneficiaries: Early Experiences of 15 Demonstration Programs , Their Patients , and Providers. Report to Congress. 0047(09)*.
- Cassady et al. (2000). Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 105(4 Pt 2), 998–1003. <https://doi.org/10.1542/peds.105.4.S1.998>
- Chen et al. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & Health Services Administration*, 42(3), 299–321. Retrieved from <http://www.mathematica-mpr.com/PDFs/bestpractices.pdf> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10169290>
- Chumbler PhD, N. R., Haggstrom MD, MAS, D., & Saleem PhD, J. J. (2011). Implementation of Health Information Technology in Veterans Health Administration to Support Transformational Change: Telehealth and Personal Health Records. *Medical Care*, 49(12), 36–42. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/907077790?accountid=14732> http://bd9jx6as9l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Ahealthcompleteshell&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=art

- Cooley et al. (2003). The Medical Home Index: development and validation of a new practice-level measure of implementation of the Medical Home model. *Ambul Pediatr*, 3(4), 173–180.
- Coulter, A. (1992). Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. *Quality and Safety in Health Care*, 1(2), 143–143. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.2.143>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. Reprinted 1966 article. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dudley, R. A., Frolich, A., Robinowitz, D. L., Talavera, J. A., Broadhead, P., & Luft, H. S. (2004). *Methods for Literature Search*. (10). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44006/%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43997/pdf/TOC.pdf%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/techrev10/pdf/>
- Fletcher et al. (1984). Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Medical Care*, 22(5), 403–411. <https://doi.org/10.1097/00005650-198405000-00004>
- Flocke. (1997). *Components of primary care*. (May), 1–3.
- Flocke et al. (1983). The Association of Attributes of Primary Care with the Delivery of Clinical Preventive Services. *Source: Medical Care*, 36(8), 21–30.
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Baker, A. E., Bocian, A., Von Schrader, S., & Starfield, B. (2000). Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(5), 499–506. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.5.499>
- Gittell. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Gittell, J. H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517–539. <https://doi.org/10.1080/095851900339747>
- Gittell, J. H., & Weiss, L. (2004). Coordination networks within and across organizations: a multi level framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), 127–153. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00424.x>
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005). *Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*. 43(5), 436–444.
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., Beaulieu, C., Breton, M., Davies, S., ... Malcolm, E. (2012). Systematic Review of care coordination measurement. *The Annals of Family Medicine*, 10(5), 443–451. <https://doi.org/10.1370/afm.1378>

- Hoenig et al. (2001). Differences in rehabilitation services and outcomes among stroke patients cared for in veterans hospitals. *Health Services Research*, 35(6), 1293–1318. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1089191&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Houdt, S. Van, Leuven, K. U., Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Lepeleire, J. De. (2013). *An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study*. 13(June), 1–8.
- Hunter, W. A., Group, L., Horst, R. L., Xiao, Y., Jefferies, N. J., & Mackenzie, C. F. (2006). SPECIAL SECTION: Task Complexity in Emergency Medical Care and Its Implications for Team Coordination. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 38(4), 636–645. <https://doi.org/10.1518/001872096778827206>
- Kibbe, D. C. (2001). *No Title*.
- Kinsman et al. (2000). Beyond Multidisciplinary Care: A New Conceptual Model for Spina Bifida Services. *European Journal of Pediatric Surgery*, 10(S 1), 35–38. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1072413>
- Kodner. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging - Clinical and Experimental Research*, 14(4), 307–313. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12462377%0Ahttp://link.springer.com/article/10.1007/BF03324455>
- Larsen, K. (2009). Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic. *International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 4 February 2009 – ISSN 1568-4156*, 10.
- Lima, B. R., & Brooks, M. L. (1985). Coordination of services for outpatients under concurrent medical and psychiatric care. *General Hospital Psychiatry*, 7(4), 330–333. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(85\)90046-5](https://doi.org/10.1016/0163-8343(85)90046-5)
- Malone, T. W., & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys*, 26(1), 87–119. <https://doi.org/10.1145/174666.174668>
- McDonald, P. S. (2010). Care Coordination Measures Atlas . *AHRQ*, 286
- McDonald, K., Sundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., ... Owens, D. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *AHRQ Publication No. 4*, 7(9), 1–210. <https://doi.org/NBK44015> [bookaccession]
- McGuinness, C., & Sibthorpe, B. (2003). Development and initial validation of a measure of coordination of health care. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 15(4), 309–318. <https://doi.org/DOI 10.1093/intqhc/mzg043>

- Ohlinger et al. (2003). Development of potentially better practices for the neonatal intensive care unit as a culture of collaboration: communication, accountability, respect, and empowerment. *Pediatrics*, *111*(4 Pt 2), e471-81.
<https://doi.org/10.1542/peds.111.4.SE1.471>
- On, F. C., Matthias Wismar, Claudia B. Maier, Irene A. Glinos, Gilles Dussault, J. F., Greene, J. C., Caracelli, V. J., Graham, W. F., Glinos, I. A., ... McDonald, K.M., Sundaram, V., Bravata, D.M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S.A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. (2015). A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation and Program Planning*, *6*(12), Evidence Report/Technology Assessment no. 9.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.08.006>
- Parchman, M. L., Noël, P. H., Lee, S., Care, S. M., Nov, N., Parchman, M. L., ... Lee, S. (2018). *Primary Care Attributes , Health Care System Hassles , and Chronic Illness*. *43*(11), 1123–1129.
- Phillips, C. (2016). *Care Coordination for Primary Care Practice*. 649–651.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.06.160312>
- Pollack, M. M., & Koch, M. A. (2003). Association of outcomes with organizational characteristics of neonatal intensive care units. *Critical Care Medicine*, *31*(6), 1620–1629.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000063302.76602.86>
- Reid et al. (2002). Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. *Health Services Research Foundation*, 258.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, *17*(1–2), 5–24. <https://doi.org/10.1177/2053435414540615>
- Shortell et al. (1994). *The performance of intensive care units: does good management make a difference?* 32((Shortell, Zimmerman, Rousseau, Gillies, Wagner, Draper, Knaus, Duffy) Center for Health Services and Policy Research, Northwestern University, Evanston, IL 60208-2007.), 508–525. Retrieved from
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed3&NEWS=N&AN=8182978>
- Sprague, L. (2003). Disease management to population-based health: Steps in the right direction? *NHPF Issue Brief*, (791), 1–16. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12790106>
- Starfield et al. (1979). Concordance between medical records and observations regarding informaion on coordination of care. *Medical Care*, *17*(7), 758–766.
- Stille, C. J., Jerant, A., Bell, D., Meltzer, D., & Elmore, J. G. (2014). *Supplement Coordinating Care across Diseases , Settings , and Clinicians : A Key Role for the Generalist in Practice*.

VAN DE VEN, A. H. et al. (1977). American SOCIOLOGICAL. *American Sociological Review*, 42(6), 921–936. <https://doi.org/10.1177/0003122412444721>

Wenger, N. S., & Young, R. T. (2007). *Vulnerable Elders*. 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01334.x>

Young, G. J., Charns, M. P., Desai, K., Khuri, S. F., Forbes, M. G., Henderson, W., & Daley, J. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. *Health Services Research*, 33(5 Pt 1), 1211–1236. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.1997.4981034>