

continuidad de la atención – continuum of care

Authored by
memjavad

November 22, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *continuidad de la atención – continuum of care*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=5857>

Continuo de Atención

Primary Disciplinary Field(s): Salud Pública, Gestión Sanitaria, Servicios Sociales, Gerontología.

1. Definición Conceptual y Objetivos Fundamentales

El **continuo de atención** (CdA), conocido también como la **continuidad de la atención**, es un concepto fundamental en la gestión sanitaria moderna que describe la provisión de servicios de salud de manera coherente, coordinada y sin interrupciones a lo largo del tiempo, independientemente de los diferentes proveedores, niveles asistenciales o entornos geográficos. Este paradigma se orienta a garantizar que las necesidades del paciente sean satisfechas de forma holística, trascendiendo las barreras organizacionales que tradicionalmente segmentan los sistemas de salud. El CdA se opone a un modelo de atención fragmentado o episódico, donde los encuentros con el sistema sanitario son aislados y desconectados, resultando a menudo en duplicidad de esfuerzos, errores médicos y una experiencia insatisfactoria para el usuario.

El objetivo principal del continuo de atención es optimizar la trayectoria del paciente a través del sistema sanitario, asegurando transiciones fluidas entre la atención primaria, la atención especializada, los servicios de urgencia, la hospitalización y, crucialmente, la atención post-aguda y los servicios sociales y comunitarios. En esencia, busca que la suma de las partes (los diferentes servicios) funcione como un todo cohesivo y lógico para el individuo. Esto es particularmente vital para pacientes con **enfermedades crónicas**, multimorbilidad o aquellos que requieren cuidados a largo plazo, ya que su bienestar depende directamente de la coherencia y la coordinación longitudinal de sus planes de tratamiento.

La implementación exitosa del CdA requiere un cambio paradigmático en la cultura organizacional, pasando de un enfoque centrado en la enfermedad y el proveedor a uno verdaderamente centrado en la **persona**. Esto implica no solo la coordinación clínica de los tratamientos, sino también la integración de los determinantes sociales de la salud y el empoderamiento del paciente en la toma de decisiones. Un sistema que opera bajo el principio del continuo de atención debe ser capaz de adaptar la intensidad y el tipo de servicio ofrecido a medida que las necesidades del paciente evolucionan, desde la prevención y la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, manteniendo siempre una **relación terapéutica** sólida y confiable.

Desde una perspectiva de salud pública, el continuo de atención es un imperativo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La fragmentación no solo afecta la calidad, sino que también genera ineficiencias económicas significativas. Al mejorar la coordinación, se reduce la probabilidad de reingresos hospitalarios evitables, se minimiza el uso inadecuado de recursos caros (como las salas de emergencia) y se asegura que las intervenciones preventivas y de manejo crónico se administren de manera costo-efectiva. Por lo tanto, el concepto es un pilar estratégico para lograr una cobertura sanitaria universal y equitativa en sociedades con

poblaciones envejecidas y alta prevalencia de enfermedades no transmisibles.

2. Origen Histórico y Evolución del Paradigma

Aunque el deseo de una atención médica integral es tan antiguo como la medicina misma, el concepto formal del continuo de atención emergió y ganó prominencia a partir de mediados del siglo XX, impulsado por profundos cambios demográficos y epidemiológicos. Históricamente, los sistemas de salud estaban diseñados para abordar episodios agudos (modelo curativo y hospitalocéntrico), siendo la atención primaria la única estructura que ofrecía cierta continuidad. Sin embargo, con el aumento de la esperanza de vida y la creciente carga de las [enfermedades crónicas](#), se hizo evidente que este modelo era insuficiente e insostenible, ya que los pacientes crónicos requieren seguimiento y coordinación constantes entre múltiples especialistas y servicios durante décadas.

Durante las décadas de 1970 y 1980, el término comenzó a popularizarse, especialmente en el ámbito de la gerontología y los servicios sociales, donde la necesidad de vincular la atención médica con los servicios de apoyo social y la vivienda era crítica. La noción de que los servicios debían estar "integrados" o "gestionados" para poblaciones específicas llevó al desarrollo de los primeros [Sistemas Integrados de Prestación de Servicios](#) (Integrated Delivery Systems, IDS) en Estados Unidos y Europa. Estos modelos buscaban superar las barreras financieras y organizacionales que separaban a los hospitales de los consultorios y los servicios comunitarios, reconociendo que la atención de alta calidad era inherentemente continua.

La evolución del paradigma se aceleró a principios del siglo XXI con la publicación de marcos clave como el [Modelo de Atención Crónica](#) (Chronic Care Model, CCM) de Wagner y colaboradores. Este modelo proporcionó una base conceptual y práctica para reorganizar la atención primaria, enfatizando la importancia de equipos proactivos, el apoyo a la autogestión de los pacientes y la utilización de sistemas de información clínica. El CCM demostró que la continuidad no es simplemente una cuestión de transferencia de pacientes, sino de la creación de un entorno de apoyo que facilite la interacción productiva entre pacientes informados y equipos de salud preparados.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la visión de los [Servicios de Salud Integrados y Centrados en las Personas](#), consolidando el continuo de atención como un principio rector a nivel global. La tecnología, particularmente los registros médicos electrónicos (RME) y la telemedicina, ha jugado un papel transformador, ofreciendo herramientas para superar las barreras geográficas y temporales en la transferencia de información. Así, el concepto ha pasado de ser un ideal teórico a una estrategia de implementación rigurosa, fundamental para la resiliencia y la eficiencia de los sistemas sanitarios modernos.

3. Dimensiones Clave de la Continuidad

La continuidad de la atención no es un concepto monolítico, sino que se articula en varias dimensiones interrelacionadas, cuya comprensión es esencial para su correcta medición e implementación. La literatura académica, notablemente el trabajo seminal de Haggerty y colegas, identifica tres dimensiones primarias que deben funcionar sincrónicamente para lograr un verdadero continuo:

Continuidad Relacional (o Longitudinal): Esta dimensión se centra en la relación interpersonal que se establece y se mantiene entre el paciente y un proveedor o equipo de atención primario de confianza a lo largo del tiempo. La **continuidad relacional** es el núcleo del cuidado centrado en la persona, ya que un proveedor familiarizado con la historia clínica, las preferencias y el contexto social del paciente puede ofrecer un cuidado más personalizado, empático y eficaz. Fomenta la confianza, mejora la adherencia al tratamiento y facilita la comunicación de información sensible.

Continuidad Informativa: Se refiere a la disponibilidad y el uso oportuno de la información clínica relevante (historial, pruebas, diagnósticos, planes de tratamiento) a medida que el paciente se mueve entre diferentes proveedores y entornos. Esta dimensión es crítica para evitar la duplicación de pruebas, prevenir interacciones medicamentosas adversas y asegurar que cada proveedor de servicios esté operando con una comprensión completa y actualizada del estado del paciente. La **interoperabilidad** de los sistemas de información sanitaria es el pilar tecnológico de esta dimensión.

Continuidad de Gestión (o Clínica): Implica la coherencia y la flexibilidad del plan de tratamiento y la coordinación de los servicios. Asegura que los diferentes componentes de la atención (prescripciones, terapias, citas con especialistas, servicios sociales) estén lógicamente conectados y alineados con los objetivos de salud acordados. La **continuidad de gestión** requiere mecanismos formales de derivación, la estandarización de protocolos de atención y la existencia de gestores de casos o coordinadores de atención que actúen como navegadores para el paciente a través de la complejidad del sistema.

4. Modelos Operacionales y Tipologías

Para materializar el continuo de atención, los sistemas de salud han desarrollado diversos modelos operacionales que buscan integrar estructural y funcionalmente los servicios. Uno de los enfoques más difundidos es la **Atención Integrada** (Integrated Care), que abarca una amplia gama de estrategias destinadas a coordinar la provisión de atención. Estos modelos se clasifican a menudo según el grado y el tipo de integración. La integración vertical implica la propiedad o el control de servicios en diferentes niveles (por ejemplo, un hospital que posee consultorios de atención primaria y centros de rehabilitación), mientras que la integración horizontal se centra en la coordinación de servicios en el mismo nivel (por ejemplo, la colaboración entre diferentes especialidades en un mismo centro).

Otro modelo esencial es el de la **Gestión de Casos** (Case Management) o **Coordinación de Cuidados** (Care Coordination). En este enfoque, un profesional sanitario (a menudo una enfermera o un trabajador social) es asignado como punto de contacto primario y responsable de guiar al paciente a través de las complejidades del sistema. Este gestor de casos evalúa las necesidades integrales del paciente (médicas, sociales, logísticas), desarrolla un plan de atención individualizado y se encarga de monitorear las transiciones y asegurar que los servicios se presten de manera oportuna y adecuada, actuando como el principal facilitador de la continuidad de gestión y relacional.

En el contexto de las enfermedades de larga duración, los **Programas de Manejo de Enfermedades** (Disease Management Programs) son tipologías de atención que intrínsecamente requieren el continuo. Estos programas están diseñados para poblaciones específicas (como pacientes con diabetes, insuficiencia cardíaca o EPOC) y utilizan protocolos estandarizados, educación al paciente y seguimiento proactivo para prevenir exacerbaciones y hospitalizaciones. Aunque enfocados en una patología, su éxito depende totalmente de la coordinación entre la atención primaria, la especializada y los servicios de apoyo, demostrando la necesidad de una continuidad clínica rigurosa.

Finalmente, el **Continuo de Cuidados a Largo Plazo** (Long-Term Care Continuum) representa una tipología específica, vital para las poblaciones mayores y dependientes. Este modelo abarca un espectro que va desde servicios de apoyo en el hogar y centros de día, hasta residencias asistidas y cuidados especializados en instituciones de enfermería. La clave de este continuo es la capacidad de transicionar a los pacientes entre estos entornos a medida que su nivel de dependencia cambia, manteniendo siempre la dignidad y la calidad de vida. Este enfoque subraya la importancia de la integración sociosanitaria, donde la salud y los servicios sociales deben operar como un único sistema coordinado.

5. Implementación y Desafíos en la Gestión Sanitaria

La implementación efectiva del continuo de atención enfrenta numerosos desafíos estructurales, financieros y culturales. Uno de los mayores obstáculos es la tradicional organización de los sistemas de salud en **silos organizacionales**, donde cada nivel de atención o especialidad opera de forma independiente, a menudo con incentivos financieros que recompensan el volumen de servicios individuales (modelo de pago por servicio) en lugar de la coordinación y los resultados colectivos. Superar esta inercia requiere una reforma profunda de los mecanismos de financiación para favorecer modelos de pago basados en el valor o la capitación, que incentiven la colaboración y la prevención de eventos adversos.

Otro desafío crucial reside en la **infraestructura de la información**. La continuidad informativa se ve comprometida cuando los diferentes proveedores utilizan sistemas de registros médicos

incompatibles o cuando las políticas de privacidad impiden la transferencia fluida de datos críticos. Invertir en sistemas de salud digitales que sean interoperables y que permitan el intercambio seguro de información en tiempo real es fundamental. Esto no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también proporciona a los equipos de atención las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas en el momento de la transición del cuidado.

A nivel cultural, el continuo requiere que los profesionales de la salud adopten una **mentalidad de equipo interdisciplinario**. Históricamente, las jerarquías médicas han dificultado la colaboración horizontal entre médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales. La implementación exitosa pasa por la creación de equipos de atención primaria robustos y multidisciplinarios, con roles claramente definidos para la coordinación y la navegación del paciente. Esto exige formación especializada en habilidades de comunicación interprofesional y un reconocimiento del valor de cada disciplina en la trayectoria del paciente.

Finalmente, la **integración sociosanitaria** representa un desafío político y administrativo complejo. Las políticas sanitarias y las políticas sociales a menudo son gestionadas por diferentes ministerios o agencias con presupuestos y objetivos dispares. Sin una coordinación política de alto nivel que alinee los objetivos de salud con los de los servicios sociales (como el transporte, la vivienda o el apoyo domiciliario), el continuo de atención se romperá inevitablemente en los puntos de transición más vulnerables, especialmente para las poblaciones ancianas y dependientes.

6. Impacto en la Calidad Asistencial y Resultados de Salud

La adopción del continuo de atención está directamente asociada con mejoras significativas en la calidad asistencial y los resultados de salud. Uno de los indicadores más sólidos de la falta de continuidad es la alta tasa de **reingresos hospitalarios evitables**. Los estudios demuestran consistentemente que cuando existe una coordinación efectiva post-alta, con seguimiento telefónico, conciliación de medicamentos y citas tempranas de seguimiento, las tasas de readmisión se reducen drásticamente, lo cual es un beneficio tanto para el paciente como para la eficiencia económica del sistema.

Además, la continuidad relacional, específicamente, fomenta una mayor **satisfacción del paciente** y una mejor adherencia a los regímenes de tratamiento. Cuando los pacientes confían en su proveedor y sienten que su plan de atención es coherente, son más propensos a seguir las indicaciones médicas, participar en programas de prevención y autogestionar sus condiciones crónicas de manera efectiva. Esto se traduce en un mejor control de enfermedades como la hipertensión o la diabetes, lo que reduce la incidencia de complicaciones graves a largo plazo.

El impacto del continuo también se extiende a la seguridad del paciente. La continuidad informativa y de gestión minimiza la posibilidad de errores médicos, particularmente en lo que

respecta a la medicación. Las transiciones de cuidado son momentos de alto riesgo, y la falta de información precisa puede llevar a dosis incorrectas o interacciones peligrosas. Un sistema con fuerte continuidad incorpora protocolos rigurosos de **conciliación de medicamentos** en cada punto de transferencia, asegurando que todos los proveedores tengan una lista actualizada y precisa de los fármacos que consume el paciente.

A nivel poblacional, el enfoque de continuo de atención es una herramienta poderosa para reducir las **disparidades en salud**. Los grupos socioeconómicos más vulnerables a menudo experimentan la mayor fragmentación de la atención debido a barreras geográficas, financieras o de acceso. Al establecer sistemas proactivos de coordinación y gestión de casos, se puede asegurar que estos pacientes reciban la atención oportuna que necesitan, mitigando los efectos negativos de la exclusión social sobre la salud y promoviendo una atención más equitativa para toda la población.

7. Críticas y Retos Futuros

A pesar de su reconocimiento como un ideal de gestión sanitaria, el concepto de continuo de atención no está exento de críticas y presenta retos significativos. Una crítica fundamental se relaciona con la **complejidad de su medición**. Si bien los resultados (como la reducción de reingresos) son medibles, cuantificar la calidad de la continuidad en sí misma, especialmente la dimensión relacional, es notoriamente difícil. Los indicadores sustitutos utilizados (como el número de proveedores vistos o la tasa de transferencia de expedientes) a menudo no capturan la experiencia subjetiva del paciente ni la verdadera coherencia del plan de cuidados.

Otro debate importante gira en torno al **costo inicial de la integración**. La reestructuración de sistemas fragmentados, la inversión en plataformas de TI interoperables y la formación de personal en roles de coordinación requieren una inversión de capital considerable, que puede ser prohibitiva para sistemas sanitarios con recursos limitados. Aunque la promesa es de ahorro a largo plazo (al evitar costos de atención aguda), la evidencia de retorno de la inversión (ROI) a corto plazo puede ser difícil de demostrar, lo que genera resistencia política y administrativa.

Mirando hacia el futuro, el continuo de atención se enfrenta a la necesidad de integrar las **tecnologías de la salud digital**. El crecimiento exponencial de la telemedicina y la atención virtual durante la última década, acelerado por la pandemia, presenta tanto oportunidades como desafíos para la continuidad. Si bien la tecnología puede facilitar la continuidad informativa, también existe el riesgo de crear una nueva forma de fragmentación si los servicios virtuales no están perfectamente integrados con la atención física. El reto es garantizar la "continuidad de la teleasistencia", asegurando que las interacciones remotas refuercen, y no debiliten, la continuidad relacional entre paciente y proveedor.

Finalmente, el reto demográfico impone la necesidad de expandir el continuo de atención hacia la

prevención y el bienestar. A medida que más personas viven más tiempo con múltiples condiciones crónicas, el foco debe ampliarse de la simple coordinación de la enfermedad a la promoción de la capacidad funcional y la calidad de vida. Esto implica una colaboración aún más estrecha con sectores fuera del sistema sanitario tradicional, como la planificación urbana, la educación y las organizaciones comunitarias, para asegurar un verdadero continuo que abarque la salud en todas las políticas.

Further Reading

[Continuum de atención \(Wikipedia\)](#)

[Modelo de Atención Crónica \(Wikipedia\)](#)

[WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services \(WHO\)](#)

[Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., & Adair, C. E. \(2003\). Continuity of care: a multidimensional concept.](#)