



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Aller Hernández, Marta Beatriz; Vargas Lorenzo, Ingrid; Sánchez Pérez, Inma; Henao Martínez,
Diana; Coderch de Lassaletta, Jordi; Llopart López, Josep Ramon; Ferran Mercadé, Manel; Colomé
Figuera, Lluís; Vázquez Navarrete, M^a Luisa

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES PERCIBIDA POR USUARIOS DEL SISTEMA
DE SALUD EN CATALUÑA

Revista Española de Salud Pública, vol. 84, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 371-387

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17014738003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES PERCIBIDA
POR USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CATALUÑA (*)

Marta Beatriz Aller Hernández (1,2), Ingrid Vargas Lorenzo (1), Inma Sánchez Pérez (3), Diana Henao Martínez (1), Jordi Coderch de Lassaletta (3), Josep Ramon Llopart López (4), Manel Ferran Mercadé (5), Lluís Colomés Figuera (6) y M^a Luisa Vázquez Navarrete (1)

- (1) Grupo de Recerca en Politiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS). Servei d'Estudis i Prospectives en Politiques de Salut (SEPPS). Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC). Barcelona.
- (2) Programa de Doctorado en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Departamento de Pediatría. Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
- (3) Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES); Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE). Palamós. Girona.
- (4) Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS); Àrea de Direcció de Planificació i Desenvolupament Organitzatiu. Badalona Serveis Assistencials (BSA). Badalona (Barcelona).
- (5) Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona.
- (6) Àrea de Planificació Estratègica. Grup d'Assistència Sanitària i Social (GRUP SAGESSA). Reus (Tarragona).

RESUMEN

Fundamentos: Los avances tecnológicos, cambios organizativos de los servicios y el aumento de las enfermedades crónicas complejas favorecen que los usuarios del sistema de salud sean atendidos por un elevado número de proveedores, amenazando la continuidad asistencial (CA). El objetivo es analizar la valoración de la CA de los usuarios e identificar elementos de (dis)continuidad a partir de sus experiencias en los servicios de salud de Cataluña.

Métodos: Estudio transversal, mediante encuesta a 200 usuarios que utilizaron dos niveles asistenciales en los últimos tres meses por un mismo motivo. La encuesta se realizó en Barcelona y Baix Empordà entre los meses de marzo y junio de 2009. Se aplicó un cuestionario que recoge la trayectoria de los usuarios en los servicios de salud y su valoración de la CA, mediante una escala. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se identifican elementos de continuidad de relación (86,4% y el 83,5% fueron atendidos, respectivamente, por un único médico de atención especializada y de atención primaria en el último año). Por el contrario, se identifican elementos de discontinuidad en la transferencia de información clínica (29,1% y el 21,3% consideró que el médico de la atención especializada desconocía sus comorbilidades y las pruebas realizadas en la atención primaria, respectivamente), en la coherencia del cuidado (niveles de contrarreferencia de 51,2%) y en la accesibilidad entre niveles (37,8% y 17,6% consideraron largo o excesivo el tiempo de espera en atención especializada y primaria, respectivamente).

Conclusiones: Se identifican aspectos de la provisión, como accesibilidad y transferencia de información entre profesionales, que podrían indicar barreras a la continuidad y la necesidad de introducir mejoras en las estrategias de coordinación asistencial de las organizaciones sanitarias.

Palabras clave: Continuidad de la atención al paciente. Encuestas de atención de la salud. Niveles de atención de salud. Atención al paciente.

ABSTRACT

Continuity of Care between Levels
Perceived by Users of the Health System
in Catalonia, Spain

Background: Rapid technological advances, organizational changes in health services and the rise of complex chronic diseases mean that users receive care from a wide variety of providers, threatening continuity of care (CC). The aim is to analyse users' perception of CC, as well as their experienced elements of (dis)continuity in the Catalan health services.

Methods: Cross-sectional study by means of a questionnaire survey to a sample of 200 healthcare users attended by more than one level of care for the same condition in the previous 3 months. The survey was conducted in Barcelona and Baix Empordà, between March and June 2009. The applied questionnaire collected first, the users' trajectories within health services and second, their perception of CC using a scale. A descriptive data analysis was conducted.

Results: Important elements of relational continuity were identified (86.4 and 83.5% of users were attended in the last year, respectively, by the same physician of primary and secondary care). However, potential elements of discontinuity were identified relating to transfer of clinical information (29.1% and 21.3% of users perceived that secondary care professionals were unaware of their comorbidities and the results of medical tests ordered by physicians of primary care, respectively), coherence of care (levels of referral to primary care of 51.2%) and accessibility between levels of care (37.8 and 17.6% considered long or excessive waiting time for secondary and primary care, respectively).

Conclusions: The results point to aspects of care, as accessibility and information transfer between professionals that could act as barriers for continuity and would require improvements in the coordination strategies of the health providers.

Key words: Continuity of Patient Care. Health Care Surveys. Health Care Levels. Patient Care.

Correspondencia:
Marta Beatriz Aller Hernández
Grupo de Recerca en Politiques de Salut i Serveis Sanitaris
Servicio de Estudios i Prospectives en Politiques de Salut
Consorci de Salut i Social de Catalunya
Av. Tibidabo 21, 08022 Barcelona
maller@consorci.org

(*) Estudio parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. Número de expediente: PI08/90154. Sin conflictos de interés

INTRODUCCIÓN

La continuidad asistencial (CA) es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo¹. Se distinguen tres tipos de CA^{1,2} interrelacionados entre sí: a) de relación: es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores; b) de información: es la percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales, y c) de gestión: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Cada tipo de CA se describe mediante una serie de dimensiones y atributos (anexo 1) y puede ser analizado a partir de un episodio clínico concreto o partir de las percepciones generales de los usuarios^{1,3}.

La continuidad asistencial (CA) se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios⁴⁻¹¹, mejor calidad de vida percibida¹², mayor utilización de los servicios preventivos^{5,6,9-11,13}, mayor tasa de adherencia a los tratamientos⁹⁻¹¹ y disminución del índice de hospitalizaciones^{5,6,10,11,13-15}. Sin embargo, los rápidos avances tecnológicos, los cambios en la organización de los servicios de salud, el aumento de las enfermedades crónicas complejas y del número de pacientes pluripatológicos hace que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos, hecho que dificulta la coordinación de la atención, por lo tanto, amenaza la CA^{1,16,17}.

Las investigaciones sobre CA se han centrado principalmente en uno de los tres tipos, generalmente la continuidad de relación¹, y en un solo nivel de atención, principalmente la atención primaria^{18,19}. Asimismo, los instrumentos utilizados suelen ser específicos de una patología²⁰⁻²⁴, abarcan periodos bre-

ves de la enfermedad y tratamientos de corta duración^{2,25}.

Debido a la escasez de estudios enfocados al estudio integral de la CA, son poco conocidos los factores que la promueven o dificultan²⁶. A partir de una síntesis de estudios cualitativos, Parker et al³ identificaron una serie de factores que influyen en la percepción de los usuarios de la CA, entre los que destacan sus características y circunstancias personales, la manera en que la atención es suministrada, las trayectorias seguidas en los servicios de salud, la estructura de los servicios de salud, las características de los profesionales y el contexto en el que se suministra la atención. Sin embargo, no se dispone de suficiente información proveniente de estudios cuantitativos, de manera que se desconoce la magnitud del impacto de estos factores sobre la percepción de la CA.

La CA entre niveles es uno de los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud^{27,28}, que busca garantizarla a través de la adscripción de los ciudadanos a un equipo de atención primaria y su coordinación con los otros niveles de atención²⁹. La importancia atribuida a la coordinación entre niveles asistenciales se refleja en las numerosas intervenciones que se generan para abordarla, tanto desde las políticas³⁰ como en la organización de la provisión^{27,31}. Así mismo, son diversos los esfuerzos dirigidos a su análisis y promoción³²⁻³⁶. Sin embargo, son escasos los estudios dirigidos a analizar la CA en nuestro entorno, es decir, el resultado de la coordinación desde la perspectiva del usuario^{37,38}.

El objetivo del trabajo es analizar aquellos aspectos de la atención que se relacionan con la CA a partir de las experiencias de utilización de la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE) y determinar los grados de continuidad de relación, información y gestión entre niveles asistenciales percibidos por los usuarios. Los resultados presentados están enmarcados en la encues-

ta realizada para validar el cuestionario CCAENA (Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención) y presenta, por lo tanto, resultados parciales de un estudio más amplio³⁸.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño y área de estudio. Se realizó un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a personas usuarias de los servicios de salud de Cataluña. Se seleccionaron dos áreas de estudio con diferentes características para incorporar la variabilidad asociada al entorno poblacional y organizativo propio del sistema de salud catalán. Una de las áreas es urbana (Barcelona), en la que los servicios de AP y AE dependen de entidades de diferente titularidad y con sistemas de información independientes, mientras que la otra es semirural (Baix Empordà), con los dos niveles de atención asistencial gestionados por la misma entidad y con un sistema de información único, compartido y digitalizado, al que pueden acceder los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Población de estudio y muestra. La población de estudio estuvo constituida por personas mayores de 18 años que habían recibido atención médica en la AP y la AE durante los últimos tres meses por un mismo motivo. Se excluyó a los pacientes derivados a otros territorios para su atención, que sólo hubieran utilizado un nivel de atención, que hubieran visitado los dos niveles asistenciales por diferentes motivos o que no hubieran sido atendidos por personal médico.

Se calculó el tamaño de la muestra necesario para validar la escala del cuestionario³⁸. Se definió calculando para cada dimensión de la continuidad asistencial el tamaño necesario para analizar el modelo multivariable de asociación entre los ítems componentes, con un nivel de confianza del 95% y cumpliendo el teorema de Moivre de

frecuencia estimada mayor de 10 para que los estadísticos de ajuste y de verosimilitud pudieran explicarse como una ji al cuadrado. Se consideró el máximo tamaño muestral requerido para las dimensiones, teniendo éste un valor aproximado de 200 casos. La muestra se distribuyó a partes iguales entre las dos áreas de estudio (100 casos en cada una).

Se realizó un muestreo probabilístico simple a partir de las bases de datos suministradas por los centros de atención primaria y hospitales responsables de las dos áreas de salud seleccionadas. Se contactó con tantos usuarios como fueron necesarios para alcanzar el tamaño de muestra predeterminado. Rechazaron participar el 26% de los usuarios contactados. No se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo de la población entrevistada y la que rechazó participar; aunque se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los grupos de edad, con un mayor porcentaje de individuos entre los 18 y los 35 años en la población que rechazó participar (30%).

Cuestionario. El cuestionario constó de dos apartados y abordó los tres tipos de continuidad asistencial³⁸ (anexo 1). El primer apartado reconstruye la trayectoria y continuidad asistencial para un episodio concreto durante los últimos tres meses, mediante preguntas abiertas y cerradas, y aborda las experiencias de los usuarios en la utilización de los servicios de salud mediante los elementos de continuidad en el cambio entre niveles asistenciales. El segundo apartado mide la percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial, sin emplear un marco temporal de referencia, mediante una escala numérica con diez categorías en la que se pregunta sobre su opinión general de la atención que recibe habitualmente.

La escala se dividió en cinco subescalas según el tipo y dimensión de la CA: transferencia de la información clínica, coherencia de la atención, accesibilidad entre niveles,

vínculo paciente-médico de la AP y vínculo paciente-médico de la AE (tabla 1). Adicionalmente, el cuestionario recoge información acerca de las características sociodemográficas y de morbilidad de los encuestados.

El cuestionario aplicado experimentó modificaciones tras la prueba piloto. La validación de la escala, así como los cambios experimentados se recogen en otro lugar³⁸.

Recogida de la información. El cuestionario se aplicó mediante entrevistas presenciales llevadas a cabo por encuestadores entrenados previamente. Antes de realizar la entrevista se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, se les comunicó el derecho a rechazar su participación o retirarse de la encuesta y se les aseguró la privacidad y la confidencialidad de los datos de acuerdo a la legislación vigente. El trabajo de campo se realizó entre los meses de marzo y junio de 2009.

Análisis de los datos. Se realizó un análisis descriptivo univariable de los datos correspondientes a la transición entre niveles asistenciales. Las enfermedades reportadas por los usuarios se codificaron de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (ICD-10). Se codificaron como «síntomas y signos» aquellos motivos de consulta reportados, principalmente dolores inespecíficos, que no se relacionaban con una enfermedad o grupo de enfermedades y como «factores que influyen al estado de salud» cuando el motivo de consulta fue alguna circunstancia o problema que influye en el estado de salud de una persona, pero no es en sí misma una enfermedad o lesión actual, como por ejemplo los exámenes en personas que no muestran problemas de salud o las visitas postquirúrgicas. Para el análisis de la escala se agruparon los valores en cuatro categorías: de 1 al 4, del 5 al 6, del 7 al 8 y del 9 al 10. Se realizó un análisis descriptivo de los ítems, calculándose

sus frecuencias, su puntuación media y desviación estándar. Se descartó la realización de un análisis bivariante según área del estudio, dado que el tamaño muestral era insuficiente para detectar diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS

La población encuestada estuvo compuesta por 200 usuarios, entre los 18 y los 92 años, de los cuales el 62,5% eran mujeres. Las características de la muestra se detallan en la tabla 2. El 83,2% de las transiciones entre niveles asistenciales se concentraron entre la AP y la AE en consulta externa. En los últimos tres meses el 68,5% encuestados (137) fueron atendidos en consulta externa por un médico de la AE tras haber sido visitados en la AP por el mismo problema de salud, y el 43% (86) se visitaron en la AP tras la visita al médico de la AE en consulta externa. Fueron mucho menos frecuentes las visitas consecutivas entre el médico de la AP y las urgencias o ingresos hospitalarios (figura 1).

Los principales motivos de consulta declarados por los encuestados fueron los signos y síntomas inespecíficos (16%); las enfermedades del aparato locomotor (15%), como artropatías o alteraciones de la columna vertebral, y las enfermedades del sistema genitourinario (10,5%), como cálculos renales o infecciones (figura 2).

Continuidad de relación

Vínculo médico-paciente: El 54% de los encuestados identificaron al médico de la AE como principal responsable de la atención que reciben, el 19,5% al médico de la AP y el resto consideró a ambos (figura 3.1).

Tabla 1

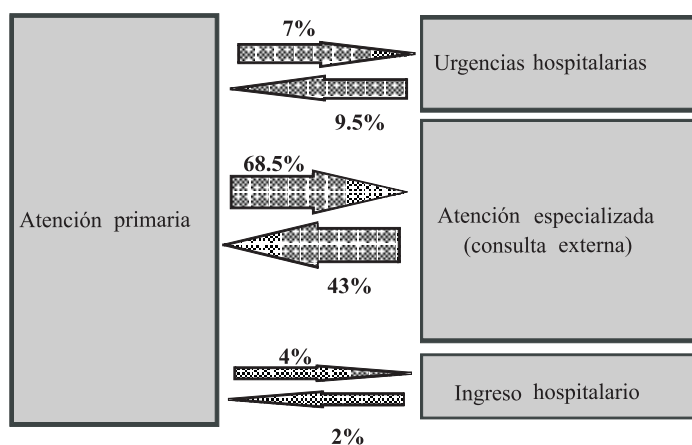
Resultados obtenidos en la escala de percepción de la continuidad asistencial

	N	Valores 1-4 (%)	Valores 5-6 (%)	Valores 7-8 (%)	Valores 9-10 (%)	Media (DE)
CONTINUIDAD DE LA RELACIÓN						
<i>Dimensión: Vínculo paciente-médico de la AP</i>						
Confío en la capacidad profesional de mi médico de cabecera	200	4	5	17	74	9 (2)
Creo que mi médico de cabecera se interesa por mí	197	5,6	8,6	17,8	68	8,6 (2,2)
Me siento cómodo preguntándole a mi médico de cabecera mis dudas o mis problemas de salud	200	6	4	13	77	8,9 (2,2)
Mi médico de cabecera entiende lo que le digo sobre mi salud	200	3	6	11,5	79,5	9,1 (1,8)
La información que me da mi médico de cabecera se entiende fácilmente	200	3,5	3,5	14,5	78,5	9,2 (1,6)
La información que me da mi médico de cabecera es suficiente	200	6,5	6,5	18,5	68,5	8,6 (2,2)
Recomendaría mi médico de cabecera a mis amigos o familiares	190	11,1	3,7	13,2	72,1	8,5 (2,8)
<i>Dimensión: Vínculo paciente-médico de la AE</i>						
Confío en la capacidad profesional de los especialistas que me tratan	199	6	12,6	17,6	63,8	8,4 (2,2)
Creo que los especialistas se interesan por mí	193	11,9	17,1	17,1	53,9	7,7 (2,6)
Me siento cómodo preguntándole mis dudas a los especialistas	197	10,2	11,2	19,8	58,9	8,1 (2,5)
Los especialistas entienden lo que les digo sobre mi salud	197	5,1	11,2	17,8	66	8,5 (2,2)
La información que me dan los especialistas se entiende fácilmente	198	6,1	7,6	26,3	60,1	8,4 (2,1)
La información que me dan los especialistas es suficiente	197	10,2	14,7	19,3	55,8	8 (2,6)
Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares	183	17,5	10,9	13,1	58,5	7,6 (3,2)
CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN						
<i>Dimensión: Transferencia de la información clínica</i>						
Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	196	12,8	13,8	24,5	49	7,7 (2,6)
Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta conmigo la visita	194	16,5	11,9	19,6	52,1	7,6 (3)
Cuando consulto al médico de cabecera no necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado	185	25,4	12,4	17,8	44,3	6,9 (3,3)
Cuando consulto al especialista no necesito contarle las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado	190	24,2	17,4	14,7	43,7	6,8 (3,3)
CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN						
<i>Dimensión: Coherencia del cuidado</i>						
Mi médico de cabecera suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista	183	2,7	7,7	23,5	66,1	8,8 (1,7)
Mi médico de cabecera y mi especialista se comunican entre ellos	138	26,1	10,9	18,8	44,2	6,9 (3,3)
El especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera	166	12	10,8	24,7	52,4	7,9 (2,6)
El especialista no me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de cabecera	165	13,3	3,6	15,8	67,3	8,1 (3)
El especialista me envía al médico de cabecera para las visitas de seguimiento	184	40,2	7,6	12	40,2	5,8 (3,8)
El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda	188	10,6	3,2	5,9	80,3	8,7 (2,8)
Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada	184	14,1	13,6	14,7	57,6	7,8 (2,9)
<i>Dimensión: Accesibilidad entre niveles</i>						
Desde el ambulatorio / CAP me programan las visitas con el especialista	193	13,5	3,1	10,4	73,1	8,4 (2,9)
Desde que mi médico de cabecera me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita	188	37,2	17	18,6	27,1	5,8 (3,3)
Cuando el especialista me manda al médico de cabecera, no tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita	157	27,4	5,1	8,9	58,6	7,2 (3,7)
Desde que el especialista me manda al médico de cabecera tengo que esperar poco tiempo para la visita	149	15,4	12,8	14,8	57	7,6 (3)

DE: desviación estándar

Figura 1

Porcentaje de usuarios que realizaron transiciones entre niveles asistenciales en los últimos tres meses por una misma causa y dirección de la transición(a)



(a) Un mismo usuario pudo realizar más de una transición entre niveles asistenciales; n 200.

Figura 2

Motivos de consulta autoreportados por los usuarios

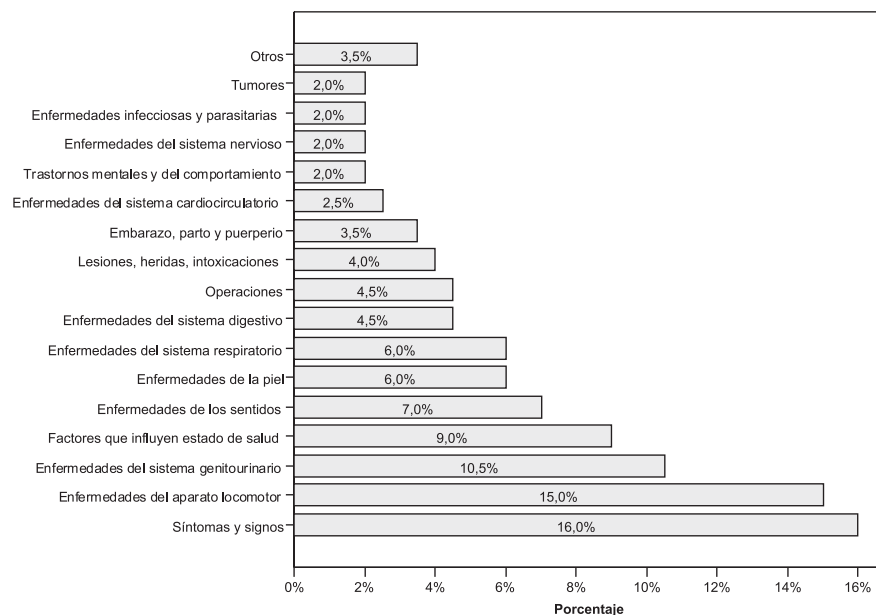


Figura 3

Elementos de la continuidad de relación percibidos por los usuarios

Figura 3.1. Responsable de la gestión del motivo de consulta, según la percepción de los usuarios (n= 200)

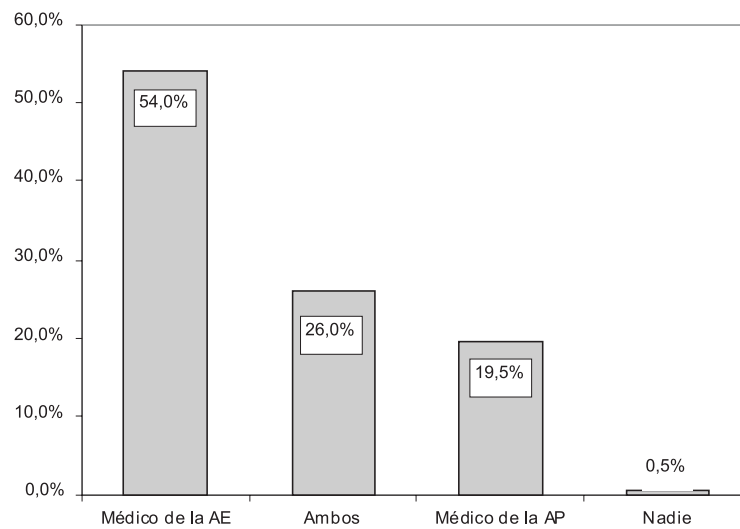
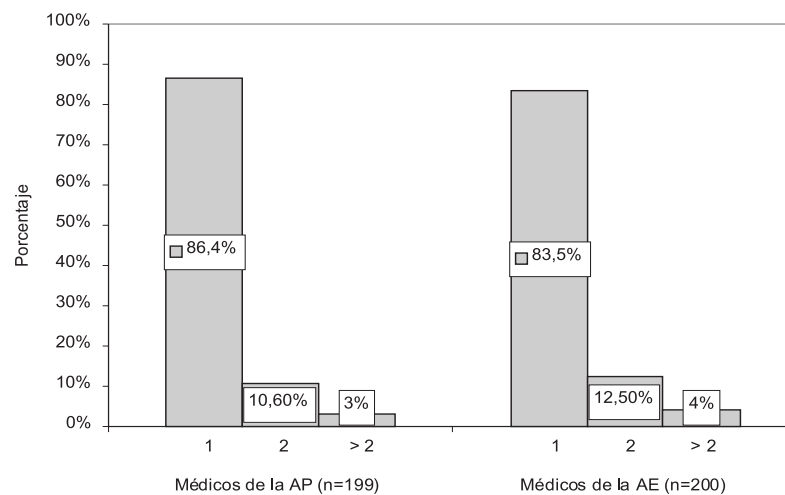


Figura 3.2. Número de médicos de la AP y la AE (a) visitados en un año por un mismo motivo de salud



(a) Hace referencia a una única especialidad médica

Tabla 2

Características sociodemográficas y de morbilidad de la muestra encuestada

	Total %
	n=200
Sexo	
Mujeres	62,5
Hombres	37,5
Edad	
18-35 años	14,5
36-50 años	24,5
51-65 años	26,0
> 65 años	35,0
País de origen	
España	77,5
Otro	22,5
Nivel educativo	
Sin estudios o educación primaria incompleta	16,5
Educación primaria completa	33,0
Educación secundaria completa	30,5
Educación de tercer grado (universitaria)	20,0
Estado de salud autopercebido	
Muy bueno	7,5
Bueno	39,0
Regular	36,5
Mala	11,0
Muy mala	6,0

El 89,3% de los usuarios consideraron que el médico de la AP le había resuelto sus dudas sobre la visita a la AE. En la escala más de un 50% de los usuarios valoraron con la máxima puntuación a 12 de los 14 ítems. La mayoría de los usuarios tenía confianza en los médicos que le atendieron, consideraron adecuada la comunicación con los profesionales y los recomendarían a amigos y familiares (tabla 1).

Estabilidad del equipo profesional: Para un mismo motivo de salud el 86,4% y el 83,5% de los encuestados fueron atendidos, respectivamente, por un único médico de la AP y de la AE en el último año (figura 3.2). El 3 y 4% de los usuarios fueron visitados,

respectivamente, por más de dos médicos de la AP y de la AE. La duración de la relación con el médico de la AE, cuando éste fue identificado como principal responsable de la atención que reciben, fue de 34,1 meses (desviación estándar (DE): 55,9), y con el médico de la AP de 28,8 meses (DE: 49,4).

Continuidad de información

Transferencia de la información clínica: El 70,9% de los usuarios percibió que el médico de la AE conocía sus patologías, el 83,7% que conocía el motivo de consulta, el 71,9% los medicamentos que tenían prescri-

Tabla 3
Elementos de la continuidad asistencial percibidos por los usuarios

De la atención primaria a la especializada	n (%)
El médico de la AE conocía el motivo de consulta (CI)	n=131
Sí	103 (83,7)
No	20 (16,3)
NS/NR	8
El médico de la AE conocía las comorbilidades del paciente (CI)	n=123
Sí	78 (70,9)
No	32 (29,1)
NS/NR	13
El médico de la AE conocía los medicamentos prescritos en la atención primaria (CI)	n=100
Sí	69 (71,9)
No	27 (28,1)
NS/NR	4
El médico de la AE conocía las pruebas realizadas en la atención primaria (CI)	n=65
Sí	48 (78,7)
No	13 (21,3)
NS/NR	4
La visita se debió a una derivación del médico de la AP (CG)	n=137
Sí	112 (81,8)
No	25 (18,2)
Lugar donde se programó la visita con el médico de la AE (CG)	n=136
CAP	95 (69,8)
Hospital	36 (26,5)
Sanitat Respon ^b	2 (1,5)
Otro	3 (2,2)
Percepción del tiempo de espera (CG)	n=137
Adecuado	84 (62,6)
Largo	26 (19,3)
Excesivo	25 (18,5)
NS/NR	2
De la atención especializada a la primaria	
Explicación del tratamiento prescrito por el médico de la AE (CI)	n=64
Sí	43 (67,2)
No	21 (32,8)
El médico de la AP tenía información de la visita al médico de la AE (CI)	n=86
Sí	70 (89,7)
No	8 (10,3)
NS/NR	8
El médico de la AP conocía el tratamiento prescrito por el médico de la AE (CI)	n=60
Sí	50 (87,7)
No	7 (12,3)
NS/NR	3
Resolución de dudas acerca de la visita al médico de la AE (CR)	n=56
Sí	50 (90,9)
No	5 (9,1)
NS/NC	1
El médico de la AE envió al usuario a visita de control con el médico de la AP (CG)	n=86
Sí	43 (51,2)
No	41 (48,8)
NS/NC	2
Lugar donde se programó la visita con el médico de la AP (CG)	n=86
CAP	74 (86,1)
Hospital	7 (8,1)
Sanitat Respon ^b	5 (5,8)
Percepción del tiempo de espera (CG)	n=85
Adecuado	69 (81,2)
Largo	7 (8,2)
Excesivo	8 (9,4)
NS/NR	1
Acuerdo entre los médicos de la AP y de la AE en el tratamiento (CG)	n=68
Sí	60 (92,3)
No	5 (7,7)
NS/NC	3

(a) Porcentaje calculado excluyendo las categorías «no sabe», «no responde» y «no aplica».

(b) Servicio telefónico de concertación de visitas disponible en Cataluña.

CG: Continuidad de gestión; CI: Continuidad de información; CR: Continuidad de relación.

Tabla 4
Opinión sobre la coordinación entre proveedores

	De la atención primaria a la atención especializada	De la atención especializada a la atención primaria
Percepción de la atención coordinada	N=137; n, %^a	N=86; n, %^a
Sí	94 (72,5)	54 (68,4)
No	15 (12)	13 (16,5)
En parte	15 (12)	12 (15,2)
NS/NC	13	7
Motivos de coordinación reportados^b	N= 94; %	N=54; %
Comunicación entre profesionales	39,4	46,3
Conformidad con la atención	35,1	27,8
Rapidez en los resultados	9,6	3,7
Secuencia adecuada de la atención	7,4	3,7
Coincidencia entre profesionales	4,3	7,1
Estabilidad del equipo profesional	4,3	–
Conocimiento de la historia clínica	3,2	–
Otros argumentos de coordinación	8,5	13
Motivos de descoordinación reportado^b	N= 15; %	N=13; %
No hay comunicación entre profesionales	40	30,8
Desconocimiento de la historia clínica	13,3	–
Falta de profesionalidad	13,3	23
Secuencia inadecuada de la atención	6,7	–
Desacuerdo entre los profesionales	6,7	–
No hay de comunicación con el usuario		15,4
Tiempo de espera excesivo	6,7	–
Otros	6,7	30,8

^a Porcentaje calculado excluyendo las categorías no sabe, no responde y no aplica.

^b Más de una respuesta posible. El porcentaje está calculado sobre el número de personas encuestadas.

tos y el 79,2% los resultados de las pruebas realizadas previamente en la AP. Al pasar de la atención especializada a la primaria, el 89,7% de los usuarios consideraron que su médico de la AP disponía de información sobre la visita a la AE, y el 87,7% que el médico conocía los medicamentos recetados por el médico de la AE (tabla 3).

En la escala, el 25,4 y el 24,2% de los usuarios dijeron tener que informar a los

médicos de la AP y de la AE, respectivamente, de las indicaciones recibidas en el otro nivel asistencial (tabla 1).

Continuidad de gestión

Coherencia del cuidado: En el 81,8% de los casos la visita al médico de la AE fue debida a una derivación del médico de la AP. Solamente la mitad de las visitas a la AP y

Figura 4

Relación entre el tiempo de espera y la percepción de su adecuación por los usuarios

Figura 4.1. Visita al médico de la AE (n=137)

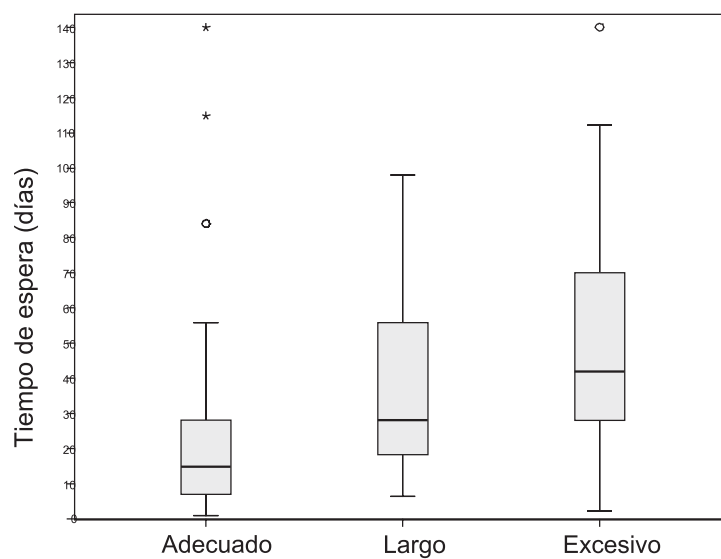
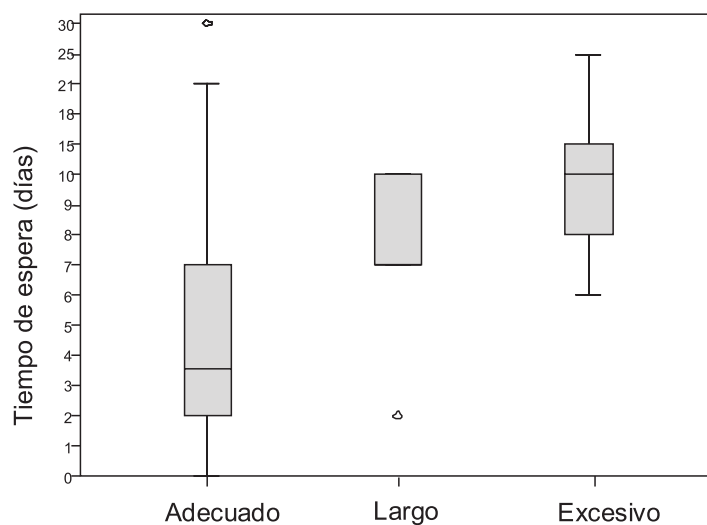


Figura 4.2. Visita al médico de la AP (n=86)



posteriores a una visita en la AE se debieron a la contrarreferencia del médico de la AE (tabla 3). Más de tres cuartas partes de los encuestados consideraron que los proveedores de los diferentes niveles asistenciales estaban coordinados o parcialmente coordinados (tabla 4), atribuyéndolo a la buena comunicación entre proveedores y a la conformidad con la atención recibida. Entre los usuarios que valoraron que no hubo coordinación, destacan como argumentos la falta de comunicación entre proveedores y su falta de profesionalidad.

En la escala los usuarios valoraron que existe una buena comunicación entre los profesionales, así como concordancia en sus indicaciones. Sin embargo, el 40,2% de los encuestados expresaron que el médico de la AE no les contrarreferencia a la AP tras la visita.

Accesibilidad entre niveles: Las consultas a ambos niveles fueron concertadas en el centro de atención primaria en el 86,1 y el 69,8% de las visitas a la AP y la AE, respectivamente. El tiempo de espera medio para consultar al médico de la AE fue de 31,7 días (DE: 28,5) y de 6,0 días (DE: 6,1) para el médico de la AP. El 37,8% y el 17,8% de los usuarios consideraron como largo o excesivo el tiempo de espera para el médico de la AE y el de la AP, respectivamente. Cuanto mayor fue el tiempo de espera, mayor fue la probabilidad de que los usuarios lo consideraran largo o excesivo (figura 4).

Los usuarios valoraron positivamente los ítems referentes a la accesibilidad al sistema en la escala, con la excepción del tiempo de espera para consultar a los médicos de la AE, fue considerado inadecuado por más de una cuarta parte de los encuestados (27,1%).

DISCUSIÓN

Existe acuerdo en la literatura de que los cambios de nivel asistencial suponen una

amenaza a la CA^{1,3,16}, sin embargo es un área escasamente explorada^{1,3}. En el presente estudio se ha realizado un primer análisis exploratorio de los aspectos de la atención sanitaria que se relacionan con la CA, complementado con un estudio de la valoración de los usuarios de los diferentes tipos de CA.

En lo relativo a la continuidad de relación, no se han identificado elementos de discontinuidad en la atención destacables en la estabilidad del equipo profesional ni en el vínculo del paciente con los proveedores (continuidad de relación). Por el contrario, los usuarios identificaron elementos que actúan como potenciales elementos de discontinuidad en la transferencia de información clínica –intercambio limitado de información, en especial de la atención primaria a la especializada– (continuidad de información), en la coherencia del cuidado –bajos niveles de contrarreferencia– y en la accesibilidad entre niveles –percepción del tiempo de espera como alto o excesivo– (continuidad de gestión).

Estos resultados son coherentes con la valoración de la CA de los usuarios mediante las subescalas, que es alta en los ítems de la continuidad de relación e inferior en los de la continuidad de información y gestión. Los ítems peor puntuados coinciden con los elementos de discontinuidad de la atención que se identificaron previamente en el análisis de la trayectoria.

La mayoría de los estudios enfocados al análisis de la CA se centran en la duración de la relación con el médico de la AP y en el número de proveedores diferentes que proporcionan atención al usuario dentro de una misma especialidad¹, aspecto de la atención valorado por los usuarios, según estudios de carácter cualitativo³⁹. Los resultados de la encuesta indican que existe una elevada consistencia del equipo profesional, así como una duración de la relación superior a los dos años. A su vez, en concordancia con encuestas previas^{40,41}, los entrevistados valoraron

positivamente el vínculo con los profesionales que le atienden, tanto con los de la AP como AE. Destaca que solamente el 19,5% de los usuarios percibieron que el médico de la AP es el principal responsable de la atención que reciben. Este dato contrasta con el papel otorgado al médico de la AP como gestor y coordinador de casos^{29,42} y parece indicar una incongruencia entre el modelo asistencial y la práctica. El bajo porcentaje de médicos de la AE que contrarreferencian a la AP (51,2%) podría estar contribuyendo a que los pacientes no perciban al médico de la AP como responsable de su enfermedad, a lo que también deben estar interviniendo otros factores, como el tipo de morbilidad del usuario o la organización de los servicios sanitarios. No obstante, el sentimiento de pertenencia a uno u otro tipo de profesional no parece estar influyendo en el vínculo establecido por los usuarios con los diferentes proveedores que le atienden.

Un posible elemento de discontinuidad que experimentaron cerca de una cuarta parte de los encuestados fue una inadecuada transferencia de la información clínica entre los niveles asistenciales (tabla 3). Esto es especialmente problemático en pacientes con patologías complejas y con comorbilidades, en los que la atención sanitaria es suministrada por múltiples proveedores⁴³, relacionándose con un mayor número de pruebas innecesarias, errores médicos y planes de tratamiento inconsistentes⁴⁴. La percepción de transferencia fue inferior de la AP a la AE, lo cual es consistente con la orientación en la que se implantan los sistemas de información compartidos, favoreciendo el acceso de la AP a la información producida en otros niveles asistenciales²⁷.

La accesibilidad a los servicios, elemento constitutivo de la continuidad de gestión, es también una dimensión de la calidad asistencial⁴⁵ y un elemento central de la atención primaria^{46,47}. Estudios de corte cualitativo ponen de relieve la importancia que los

usuarios otorgan a un acceso a ágil a los servicios^{20,22}, dado que para experimentar la CA los usuarios no han de percibir barreras para obtener la atención que necesitan²⁰. Sin embargo, los resultados de la encuesta muestran un porcentaje destacable de usuarios que consideraron largo o excesivo el tiempo de espera para acceder a los servicios de salud, valores similares a los obtenidos en la encuesta de satisfacción del Calsalut⁴⁸.

En cuanto a la coherencia de la atención percibida por los usuarios, más de tres cuartas partes de los encuestados valoraron que los proveedores estaban coordinados o parcialmente coordinados. La comunicación entre profesionales y la conformidad con la atención recibida fueron los argumentos más frecuentemente aludidos por los encuestados. Estos resultados indican que probablemente los aspectos más visibles de la CA para los usuarios son los de la continuidad de información. Por otro lado, llama la atención el hecho de referirse a la conformidad con la atención recibida, lo cual podría estar indicando bien una falta de comprensión del concepto de coordinación, bien la relevancia que otorgan los usuarios a los resultados de la atención con independencia del proceso mismo de la atención.

Los resultados presentados muestran una primera aproximación a la percepción y valoración de la CA por parte de los usuarios. El tamaño de muestra se calculó con el fin de validar el cuestionario y no para detectar diferencias significativas entre grupos. Por ello, aspectos que podrían estar influyendo en los resultados, como el entorno organizativo y las características de morbilidad y sociodemográficas de los individuos, no se han incluido en los análisis. Adicionalmente, el mayor porcentaje de rechazos observado entre la población joven, comportamiento descrito en la literatura⁴⁹, implica una menor representación de las percepciones de este colectivo, hecho a tener en cuenta en la extrapolación de los resultados a la población de estudio.

Otro aspecto a tener en cuenta es que esta encuesta se realizó para validar el cuestionario y que fue modificado con los resultados del análisis³⁸. No obstante, los cambios son de carácter menor y, por lo tanto, se espera que los resultados obtenidos con el cuestionario modificado no varíen significativamente de los aquí presentados.

Concluyendo, los usuarios percibieron por lo general una buena CA. Sin embargo, los resultados del estudio señalan algunos aspectos de la atención, principalmente referentes a la continuidad de información y gestión, que requieren ser tenidas en cuenta, pues pueden estar actuando como barreras a la CA. Así mismo, todavía falta por determinar qué factores individuales y organizativos se asocian con una mejor valoración de la CA. Para responder a estos y otros interrogantes, así como para mejorar la precisión de los resultados presentados, se está desarrollando actualmente una encuesta en una muestra mayor de usuarios de Cataluña.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su agradecimiento a Silvina Berra, Maribel Pasarín, Josep María Argimon y Soledad Romea por su apoyo al desarrollo conceptual y práctico del estudio. También desean expresar su agradecimiento a Francesc Cots, Lola Bosch, Josep Maria Lisbona, Isabel Serra, Juan Antonio Camús y Montserrat Figuerola, cuyo apoyo ha hecho posible el desarrollo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
2. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
3. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organisation programme; 2010.
4. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-51.
5. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.
6. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004; 53(12):974-80.
7. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract*. 2007;24(3):245-51.
8. Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *J Fam Pract*. 2002;51(7):619-24.
9. Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med*. 2003;96(4):160-6.
10. O'Malley AS. Current evidence on the impact of continuity of care. *Curr Opin Pediatr*. 2004; 16(6):693-9.
11. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ*. 2000;321(7263):734-6.
12. Hanninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001;51(1):21-7.
13. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159-66.
14. Gill JM, Mainous AG, III. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7(4):352-7.
15. King M, Jones L, Richardson A, Murad S, Irving A, Aslett H, et al. The relationship between patients'

- experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *Br J Cancer*. 2008;98(3):529-36.
16. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):549-55.
 17. Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract*. 2003;53(494):723-9.
 18. Baker R, Freeman G, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2001.
 19. Starfield B, Shi LY. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
 20. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
 21. King D, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management. London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2006.
 22. Burns T, Catty J, Clement S, Harvey K, Rees Jones I, McLaren S. Experiences of continuity of care and health and social outcomes: the ECHO Study. London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO); 2007.
 23. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *J Behav Health Serv Res*. 2004;31(3):279-96.
 24. Joyce AS, Adair CE, Wild TC, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, et al. Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Ment Health J*. 2010;46(2):192-208.
 25. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.
 26. Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med*. 2004;36(1):55-60.
 27. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2009.
 28. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuad Gest*. 2002;8(4):159-66.
 29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 30. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuad Gest*. 2002;8:167-79.
 31. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. In: Ortún V., editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-89.
 32. Fernández Moyano A, García Garmendia J, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto J, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207(10):510-20.
 33. Buitrago F, Alonso M, Ayala S, Estremera V, García L, Molina M. Relación entre niveles asistenciales. Documento semFYC nº 5. Oviedo: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1995.
 34. Ollero Baturone M, Duque A, Fernández E, García P, Pachó E, Saiz F. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Sevilla: Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Familiar y Preventiva; 1998.
 35. Comissió d'ordenació de la professió mèdica. Relacions entre metges de primària i d'hospital. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2009.
 36. Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(17):658-61.
 37. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell

- C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39(8):395-401.
38. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. *Gac Sanit*. En prensa 2010. Doi: 10.1016.
39. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59(561):e116-e133.
40. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
41. Instituto de Información Sanitaria, Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro sanitario 2008. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
42. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 128, 29/05/2003.
43. Agarwal G, Crooks VA. The nature of informational continuity of care in general practice. *Br J Gen Pract*. 2008;58(556):e17-e24.
44. Reid R, Wagner E. Strengthening primary care with better transfer of information. *CMAJ*. 2008;179(10):987-8.
45. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
46. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
47. Pujol E, Gené J, Sans M, Sampietro-Colom L, Pasarín MI, Iglesias-Perez B, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006;20(3):209-19.
48. Divisió d'Atenció al Ciutadà, Servei Català de la Salut. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut per línia de de servei. Atenció especialitzada ambulatoria 2008. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/experiencies_enquesta_consultes_externes_08.htm. 2009 [consultado 21 junio 2010];
49. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol*. 2007;17(9):643-53.

Anexo 1

Tipos, dimensiones y atributos de la continuidad asistencial, con ejemplos de preguntas utilizadas en el cuestionario

Tipo	Dimensión	Atributo	Ejemplos
Continuidad de relación	Vínculo paciente-proveedor	Sentimiento de pertenencia	¿Quién(es) es/son los responsables de tratarle su ____ (<i>motivo de consulta</i>)?(a)
		Comunicación efectiva	¿Su médico de cabecera resolvió sus dudas sobre su consulta al especialista? (a)
		Confianza entre proveedor y usuario	Confío en la capacidad profesional de mi médico de cabecera (b)
		Sensación de responsabilidad clínica	Creo que mi médico de cabecera se interesa por mí (b)
	Estabilidad del equipo profesional	Número de proveedores que atienden al usuario	Por motivo de su ____ (<i>motivo de consulta</i>), en el último año, ¿cuántos médicos del ambulatorio le han visitado? (a)
		Duración de la relación con los profesionales	¿Cuánto tiempo hace que usted está viendo al responsable del cuidado de su ____ (<i>motivo de consulta</i>)? (a)
Continuidad de la información	Transferencia de la información clínica	Conocimiento de la historia clínica	¿Su médico de cabecera sabía los medicamentos que el especialista le había mandado? (a)
		Entrega de información adecuada y oportuna al paciente	¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento que le puso el especialista? (a)
Continuidad de la gestión	Coherencia del cuidado	Coordinación entre proveedores	¿Cree que la atención entre el especialista y el médico de cabecera estuvo coordinada? (a)
		Seguimiento del usuario	¿El especialista le envió a control con el médico de cabecera? (a)
		No duplicación de documentos y/o exámenes	El especialista no me repite las pruebas que ya me ha realizado el médico de cabecera (b)
	Accesibilidad entre niveles	Tiempo de espera adecuado	¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la visita hasta que le visitó el médico de cabecera? (a)
		Oportunidad en el acceso	¿Desde dónde le programaron la visita con el especialista? (a)

(a) Preguntas del primer apartado del cuestionario.

(b) Ítems de la escala, segundo apartado del cuestionario.