

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

## Continuidad Asistencial. Perspectiva de los Profesionales del Área de Salud VII del Servicio Murciano de Salud.

**Autor:** Adrián Rico Soto.

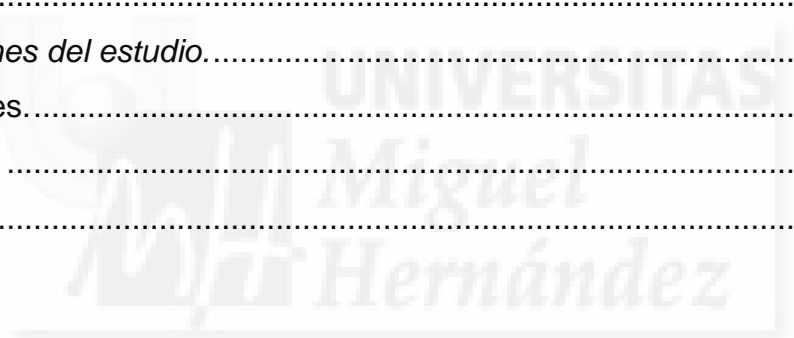
**Tutor:** Juan Antonio Marqués Espí.

**Master Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

## Índice.

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Objetivos específicos.....	9
Metodología.....	9
<i>Diseño del estudio y recogida de datos.</i> ....	9
<i>Población de estudio.</i> .....	10
<i>Análisis estadístico.</i> .....	11
Resultados.....	11
Discusión.....	17
<i>Limitaciones del estudio.</i> .....	19
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	20
Anexo 1.....	22



## **Resumen.**

**Objetivos.** Analizar la opinión de los profesionales sobre los aspectos fundamentales de la continuidad asistencial y las herramientas y medidas disponibles para mejorarla.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo mediante un cuestionario semiestructurado, dirigido a profesionales de medicina y enfermería del Área de Salud VII de Servicio Murciano de Salud. La población de referencia son 736 profesionales. Para las variables categóricas se obtuvieron frecuencias y porcentajes para cada categoría.

**Resultados.** Se obtuvieron 241 respuestas. El 60,2% (n=145) de las respuestas fueron de atención hospitalaria (AH) y 39,8% (n=96) de atención primaria (AP).

Los principales motivos que dificultan la continuidad asistencial, destacados por los profesionales son, presión asistencial elevada(n=161) historia clínica que no facilita la comunicación (n=148), comunicación poco eficaz (n=144) y sistemas informáticos inadecuados (n=124).

Como aspectos fundamentales han señalado, sistemas informáticos, compartidos, aumento de recursos humanos, mayor comunicación y coordinación.

**Conclusiones.** Los factores y herramientas identificadas como determinantes en la mejora de la continuidad asistencial son, presión asistencial, comunicación, coordinación, sistemas informáticos e histórica clínica compartida, y recursos humanos. Según se deduce de la opinión de los profesionales estos factores y herramientas son áreas a mejorar.

**Palabras clave:** Continuidad asistencial. Coordinación asistencial. Estrategias de continuidad asistencial. Relación entre niveles asistenciales. Atención integral de salud.

## **Abstract.**

**Objectives.** To analyze the opinion of professionals on the fundamental aspects of continual care and the tools and measures available to improve it.

**Methodology.** Cross-sectional descriptive study, carried out through a semi-structured questionnaire, addressed to medical and nursing professionals in area VII of the Regional Health Service. The referred population is of 736 professionals. For categorical variables, frequencies and percentages were obtained for each category.

**Results** 241 answers were obtained. The 60.2% (n = 145) of the responses were of hospital care (AH) and 39.8% (n = 96) of primary care (PA).

The main reasons that hinder continual care, highlighted by professionals are, high health care pressure (n = 161), clinical history which does not make communication easy (n = 148), poor communication (n = 144) and inadequate computer systems (n = 124).

As fundamental aspects, computer systems, shared systems, increase of human resources, greater communication and coordination have been pointed out.

**Conclusions.** The factors and tools identified as determinants in the improvement of continuity of care are, care pressure, communication, coordination, computer systems and shared clinical history, and human resources. According to the opinion of the professionals, these factors and tools are areas to improve

**Keywords:** Continuity of care. Care coordination. Continuity of care strategies. Relationship between levels of care. Comprehensive health care.

## Introducción.

En España, en los últimos años, se ha producido un cambio el patrón epidemiológico, pasando a dominar las enfermedades crónicas<sup>1</sup>. En este cambio han influido numerosas variables, como el aumento de la esperanza de vida, tendencias demográficas (actualmente el porcentaje de población de 65 años y más se sitúa en el 18,7%, alcanzaría el 25,6% en 2031 y el 34,6% en 2066)<sup>2</sup>, mejoras en la asistencia sanitaria y salud pública, estilos de vida, etc... Este aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas está suponiendo un enorme reto para el sistema sanitario en diferentes aspectos <sup>1,3</sup>:

- Estos pacientes reciben atención de diferentes proveedores, dificultando la continuidad asistencial (CA) <sup>1, 3,4</sup>.
- Este tipo de enfermedades son de larga duración y evolución lenta, y el sistema sanitario está orientado a la atención individual de procesos agudos<sup>1, 3,4</sup>.
- Además de tener más enfermedades crónicas, muchos tienen mayor edad y esto les caracteriza como un colectivo singular y con una especial fragilidad<sup>1, 3,4</sup>.
- El aumento de la demanda y las necesidades, conlleva un incremento del consumo de recursos y atención sanitaria, con el consiguiente impacto económico<sup>1, 3,4</sup>.

Estas características de salud, hacen que los aspectos más relevantes para los pacientes sean, la continuidad asistencial y accesibilidad al sistema<sup>4</sup>.

Centrándonos en la continuidad asistencial, Reid et al<sup>5</sup>; la definen como “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención, que percibe el paciente a lo largo del tiempo”. Estos autores<sup>5</sup> describen tres tipos de continuidad asistencial:

- De relación: hace referencia a la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con los profesionales<sup>4, 5</sup>.

- De información: percepción del usuario de que los profesionales disponen, utilizan e interpretan la información de eventos anteriores para prestar una atención adecuada a sus circunstancias actuales<sup>4,5</sup>.
- De gestión: prestar una atención coordinada en el tiempo, que permita que los servicios se complementen y evite así la duplicidad o pérdida de pruebas y servicios<sup>4,5</sup>.

La continuidad asistencial se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de los sistemas de salud, puesto que es una de las grandes preocupaciones de los usuarios del sistema sanitario, de los profesionales y representa una importante expresión de la calidad<sup>6, 7,8</sup>. Además diversas leyes establecen que deben llevarse a cabo medidas para garantizar la continuidad asistencial, tales como, la ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril)<sup>9</sup>, que dispone en su artículo 65.3 “En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales”<sup>9</sup> y la ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (44/2003, de 21 de noviembre)<sup>10</sup> hace referencia en su artículo 7d a la continuidad asistencial como unos de los principios que deben guiar el ejercicio de las profesiones sanitarias<sup>10</sup>.

Son numerosas las estrategias llevadas a cabo por los distintos sistemas de salud autonómicos para intentar mejorar en este aspecto. En la tabla 1 se muestran algunas de ellas.

Comunidad	Estrategias
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión por procesos asistenciales integrados<sup>4</sup>.</li> <li>• Enfermera Gestora de Casos<sup>4</sup>.</li> </ul>
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejo<sup>11</sup>.</li> <li>• Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria de enfermería<sup>11</sup>.</li> <li>• Colaboración de los sistemas de salud de Cantabria y Asturias para garantizar la continuidad asistencial de zonas limítrofes<sup>11</sup>.</li> </ul>
Baleares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa RESC<sup>4</sup>.</li> </ul>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo del servicio de continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales.</li> <li>• Proyecto Hogar Digital Asistencial.</li> </ul>
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizaciones sanitarias integradas.</li> <li>• Programa de atención al Paciente crónico complejo de Sabadell, donde también aparece la enfermera gestora de casos.</li> </ul>
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia Gallega de atención Integral a la Cronicidad.</li> <li>• Interconsulta electrónica virtual entre AP y AH las 24h y la cita presencial con atención hospitalaria en 7 días.</li> </ul>
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de atención integral a pacientes crónicos<sup>6</sup>.</li> <li>• Receta electrónica<sup>6</sup>.</li> <li>• Instrucción nº1/2018<sup>12</sup>.</li> </ul>
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Se crea la figura de enfermera de gestor de casos<sup>4</sup>.</li> </ul>
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizaciones sanitarias integradas<sup>13</sup>.</li> <li>• Tele-asistencia<sup>13</sup>.</li> <li>• Enfermera de enlace, internista de referencia, enfermera experta...<sup>13</sup></li> </ul>

Tabla 1. Estrategias CCAA. Fuente: Elaboración propia.

En la Región de Murcia, las competencias de gestión y prestación de la asistencia sanitaria a la población son ejercidas por el Servicio Murciano de Salud según lo dispuesto en la ley 4/1994, de 26 de julio, de salud de la Región de Murcia y por las disposiciones que la desarrollan o complementan<sup>14</sup>.

El mapa sanitario de la Región de Murcia, como establece la Ley General de Sanidad<sup>9</sup> y la Ley 4/1994<sup>14</sup>, se ordena en áreas de salud y zonas básicas de salud (como marco territorial de atención primaria)<sup>9,14</sup>. Actualmente el mapa sanitario se divide en 9 áreas de salud, como establece la orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia<sup>15</sup>.

El estudio ha sido realizado en el Área de Salud VII (Murcia/este) del Servicio Murciano de Salud. Esta área presta asistencia sanitaria a 201.000 usuarios<sup>16</sup>.

### **Justificación.**

El SMS ha desarrollado en los últimos años algunas iniciativas para mejorar la asistencia y la continuidad asistencial como el proyecto de atención integral a pacientes crónicos complejos en el Área de salud VI, la receta electrónica<sup>6</sup> y en este año 2018 ha sido publicada en el BORM, “*Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la instrucción n.º 1/2018, sobre la mejora en la continuidad asistencial a los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria*”<sup>12</sup>, con la que se pretende desarrollar la cultura de continuidad asistencial en los diferentes ámbitos asistenciales<sup>12</sup>. Esta resolución<sup>12</sup> va dirigida a los profesionales con la finalidad de adoptar prácticas y lograr el compromiso, cuyo objetivo final es el de mejorar la continuidad asistencial. Por esto creemos que es importante conocer la opinión de los profesionales.



## **Objetivos.**

Analizar la opinión de los profesionales sobre los aspectos fundamentales, herramientas y medidas disponibles para favorecer la continuidad asistencial.

### **Objetivos específicos.**

- Conocer el grado de cumplimiento de medidas desarrolladas en la instrucción nº 1/2018<sup>12</sup>.
- Identificar áreas de mejora en las medidas y herramientas disponibles para desarrollar una adecuada continuidad asistencial.

## **Metodología.**

Se trata de un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo mediante un cuestionario, dirigido a profesionales de medicina y enfermería del Área de Salud VII de Servicio Murciano de Salud. La población de referencia son 736 profesionales que trabajan en esta área.

### **Diseño del estudio y recogida de datos.**

Se escogió como referencia un cuestionario semiestructurado, utilizado en el informe Amphos<sup>4</sup>, para valorar la continuidad asistencial desde el punto de vista de los profesionales. El cuestionario fue analizado, debido a su extensión se decidió eliminar algunas preguntas que no iban a ser objeto de estudio. Todos los cambios efectuados fueron evaluados y aprobados por cuatro profesionales dedicados a la gestión. Finalmente el cuestionario constaba de 27 preguntas y de dividida en dos secciones:

- Sección 1 formada por 6 cuestiones que recogían datos identificados en relación a la profesión (profesional de enfermería o medicina), nivel asistencial( atención primaria (AP) o atención hospitalaria (AH)), tipo de contrato (fijo y temporal), edad (se establecieron 5 grupos: <30, 30-40, 41-50, 51-60 y >60) y tiempo trabajado para el SMS (5 grupos: <1, 1-5, 6-10, 11-20, y >20).
- Una segunda sección que constaba de 21 preguntas, hacían referencia a diferentes aspectos de la continuidad asistencial, como disponibilidad

de la información, comunicación interniveles, herramientas disponibles, sistemas informáticos, indicadores, protocolos y áreas de mejora relacionados con la continuidad asistencial.

Todas las preguntas eran obligatorias excepto dos, la número 13 que hacía referencia a las herramientas para dar altas hospitalarias, que se acordó solo debían responder los profesionales del ámbito hospitalario y la cuestión 21 que era una pregunta abierta que permitía ampliar la información en relación a los aspectos más relevantes para mejorar la CA . Ante la diversidad de respuestas a esta pregunta, éstas se clasificaron en función de las variables usadas en otras preguntas (recursos humanos, presión asistencial, sistemas informáticos, historia clínica compartida comunicación entre profesionales, coordinación, mismo profesional y protocolos entre AP y AH), para las que no se podían incluir en las categorías anteriores se crearon nuevas categorías documentación adecuada y correctamente cumplimentada, más tiempo, profesional interniveles y otras ( incluye telemedicina, respetar jornada, experiencia...).

Los cuestionarios eran anónimos y fueron preparados para ser contestados vía online usando la herramienta Google Drive. El cuestionario se envió a través del correo corporativo. El período de recogida de datos (aceptación de respuestas) fue desde el 24 de mayo al 13 de junio de 2018.

#### *Población de estudio.*

La población a estudio estaba formada por 736 profesionales de medicina y enfermería. No se incluyeron en el estudio aquellos profesionales que trabajaban en servicios donde la comunicación entre ámbitos asistenciales es muy esporádica, como son medicina legal, preventiva, documentación clínica, farmacia de hospital, anatomía patológica...

El cuestionario se envió al total de la población, 736 profesionales, debido al corto periodo de tiempo disponible, con el fin de poder obtener un tamaño de muestra representativo. Se determinó un tamaño de muestra de 253 profesionales, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La fórmula usada fue:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

*N*: población, *e*: margen de error admitido; *Z*: puntuación *Z*; *P*: proporción que esperamos encontrar.

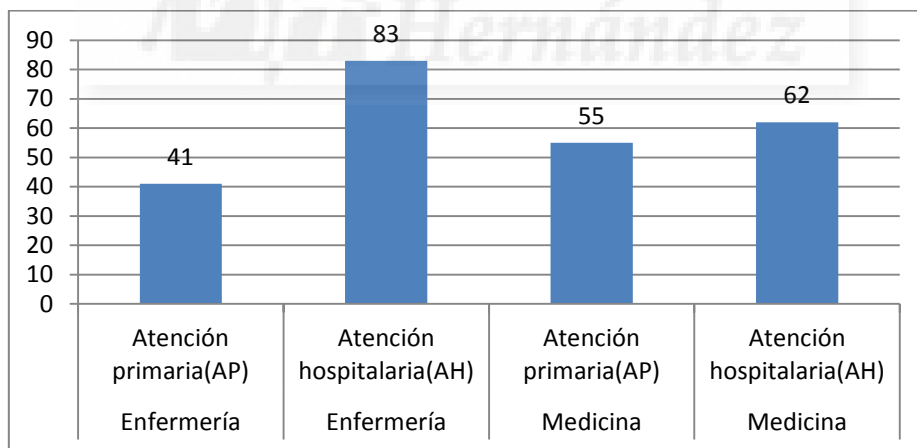
Análisis estadístico.

Se ha realizado un análisis descriptivo, usando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

**Resultados.**

Se obtuvieron un total de 241 respuestas, lo que equivale a una tasa de respuesta del 32,6%.

El número de respuestas fue de 124(51,5%) profesionales de enfermería y 117 profesionales de medicina (48,5%). Por nivel asistencial se obtuvieron 145(60,2%) contestaciones de atención hospitalaria (AH) y 96(39,8%) de atención primaria (AP).



**Ilustración 1. Profesión y nivel asistencial.**

Según tipo de contrato, el 77, 2% (n= 186) tiene contrato fijo y el 22,8%(n=55) contrato temporal. Las respuestas según edad y tiempo trabajado aparecen en la tabla 2.

Tiempo trabajado			Edad.		
Años	N	%	Años	N	%
<1	1	0,4	<30	9	3,7
1 a 5	15	6,2	30 a 40	39	16,2
6 a 10	23	9,5	41 a 50	68	28,2
11 a 20	66	27,4	51 a 60	87	36,1
>20	136	56,4	>60	38	15,8

Tabla 2. Descripción de variables de tiempo.

A la pregunta de si los profesionales de AP disponen de toda la información que prescriben los médicos de AH, el 52,3% (n=126) respondió casi siempre, el 43,2% (n=104) respondió muy pocas veces, 3,7% (n=9) siempre y 0,8% (n=2) personas nunca. Y a la cuestión de si los profesionales de AH disponen de la información de AP el 45,6% (n=110) respondió casi siempre, el 44,4% (n=107) respondió muy pocas veces, 7,1% (n=17) siempre y 2,9% (n=7) personas nunca.

El 54,2% (n=131) de los encuestados cree que los sistemas de información de los que disponen no le permiten hacer un adecuado seguimiento del paciente y el 45,6% (n=110) refiere que sí. Algunos de los motivos expuestos por los que no pueden llevar a cabo un seguimiento adecuado son recursos humanos insuficientes, historia clínicas diferentes, etc.

Las respuestas a las preguntas de que si disponían de historia clínica compartida, herramientas de telemedicina, herramientas para la planificación de altas hospitalarias e indicadores que permitan medir la continuidad asistencial, se exponen en la tabla 3. Como indicadores han destacado informe de continuidad de cuidados, encuestas a pacientes, evolución herida quirúrgica y lactancia.

	Si	No	No tengo información
Historia clínica compartida	36(14,9%)	149(61,8%)	56(23,2%)
Herramientas de telemedicina	38(15,8%)	147(60,8%)	56(23,2%)
Herramientas para planificación de altas hospitalarias	94(44,8%)	44(21%)	72 (34,3%)
Indicadores medir CA.	22(9,1%)	47(19,5%)	172(71,4%)

Tabla 3. Respuestas preguntas 4,5 y 13.

Dos preguntas hacían referencia a pacientes pluripatológicos, la primera preguntaba sobre la disponibilidad de la información sobre estos pacientes cuando eran atendidos por diferentes profesionales y el 50,2%(n=121) considera que casi siempre disponen de la información, 39,8%(n=96) muy pocas veces, 7,1%(n=17) y 2,9%(n=7) siempre. La segunda hacía alusión a la existencia de protocolos específicos para la atención a pacientes pluripatológicos, donde 127(52,7%) profesionales respondieron que no, 89 (36,9%) no tenía información y 25(10,4%) que sí.

En relación a las herramientas que usa enfermería para garantizar la continuidad asistencial las más identificadas fueron informe de cuidados al alta (168), valoración inicial y plan de cuidados individualizado (135), historia clínica informatizada (90) y planes de cuidados estandarizados (94).

En el cuestionario también se hacía referencia a si disponían de herramientas que favorezcan la CA, la frecuencia con la que se comunican los profesionales de AP y AH y a protocolos para que no se interrumpa el plan de cuidados tras el alta en el hospital hasta que obtienen la cita en primaria.

	<b>Herramientas que favorecen la CA</b>	
	n	%
Muy frecuentemente	9	3,7
Frecuentemente	54	22,4
Ocasionalmente	<b>103</b>	<b>42,7</b>
Raramente	68	28,2
Nunca	7	2,9
	<b>Frecuencia comunicación AP y AH</b>	
	n	%
Muy frecuentemente	-	-
Frecuentemente	7	2,9
Ocasionalmente	64	27
Raramente	<b>132</b>	<b>54,8</b>
Nunca	37	15,4
	<b>Protocolos seguimiento tras alta.</b>	
	n	%
Muy frecuentemente	12	5
Frecuentemente	66	27,4
Ocasionalmente	<b>102</b>	<b>42,3</b>
Raramente	56	23,2
Nunca	5	2,1

**Tabla 4. Resultados preguntas 6,7 y 9.**

Los profesionales han considerado que los principales motivos que dificultan la coordinación de entre las diferentes opciones son, presión asistencial elevada que dificulta la comunicación e historia clínica que no facilita la comunicación. También han expuesto como causas falta de cultura y formación en CA, falta de interés por parte de los profesionales, organización inadecuada.

	n	%
Recursos humanos insuficientes.	88	36,5
Funcionamiento inadecuado de los sistemas de comunicación.	144	59,8
Sistemas informáticos inadecuados.	124	51,5
H.C que no permite la comunicación directa entre profesionales	<b>148</b>	<b>61,4</b>
Presión asistencial elevada que dificulta comunicación.	<b>161</b>	<b>66,8</b>

Tabla 5. Motivos de insuficiente de CA.

En la pregunta nº 10 se preguntaba por la disponibilidad de la información en el ingreso y en las altas hospitalarias. En referencia a ingresos 105 respondieron algunas veces, 71 pocas veces, 44 casi siempre, 16 nunca y 5 siempre. Y para las altas 102 algunas veces, 62 pocas veces, 61 casi siempre, 10 nunca y 6 siempre.

Un 72,6%(n=175) de los encuestados consideran que los cambios de profesional o centro dificultan la continuidad asistencial y 27,4%(n=66) cree que no.

Las preguntas 14 y 15 hacían referencia a si, desde AP se gestionan las citas para AH y viceversa.

	SI	NO	No tengo información
En AP se gestionan las citas para AH.	<b>141(58,5%)</b>	27(11,2%)	73(30,3%)
En AH se gestionan las citas para AP.	25(10,4%)	<b>137(56,8%)</b>	79(32,8%)

Tabla 6. Gestión de citas.

En la pregunta 19 se preguntaba si estaban de acuerdo con unos aspectos que contribuyen a mejorar la CA:

- Todos los pacientes que se van de alta de la unidad disponen de informe de continuidad de cuidados, remitido a su centro de salud de referencia (81 profesionales estaban de acuerdo, 55 en desacuerdo y 50 ni en desacuerdo ni de acuerdo).

- Los hospitales remiten a los centros de salud informes de continuidad de cuidados al alta de forma regular y de la mayoría de pacientes (66 en desacuerdo, 63 ni en desacuerdo ni de acuerdo y 59 de acuerdo).
- En los informes de continuidad de cuidados está claramente especificado el nombre de la enfermera responsable y un teléfono de contacto para que la enfermera de AP pueda consultar en caso de necesidad (74 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 58 en desacuerdo y 44 muy en desacuerdo)



#### Ilustración 2. Aspectos CA. (Pregunta 19)

Los profesionales consideran como aspectos claves más importantes, entre varias opciones, para mejorar la continuidad asistencial: los sistemas de información compartidos e información coordinada seleccionado como muy importante en 134 ocasiones, aumento de los recursos humanos 109, servicios más accesibles en forma y tiempo 86, en pacientes poli-medicados la continuidad asistencia y medicación sea coordinada por un especialista en medicina interna 70, y que el paciente sea atendido por los mismos profesionales 66 veces.

La pregunta nº 21 (abierta) hacía referencia a los aspectos más relevantes para mejorar la CA. Se obtuvieron 149 respuestas, donde destacaron la comunicación entre profesionales (42, 3%), sistemas informáticos adecuados y compartidos, historia clínica única y recursos humanos.



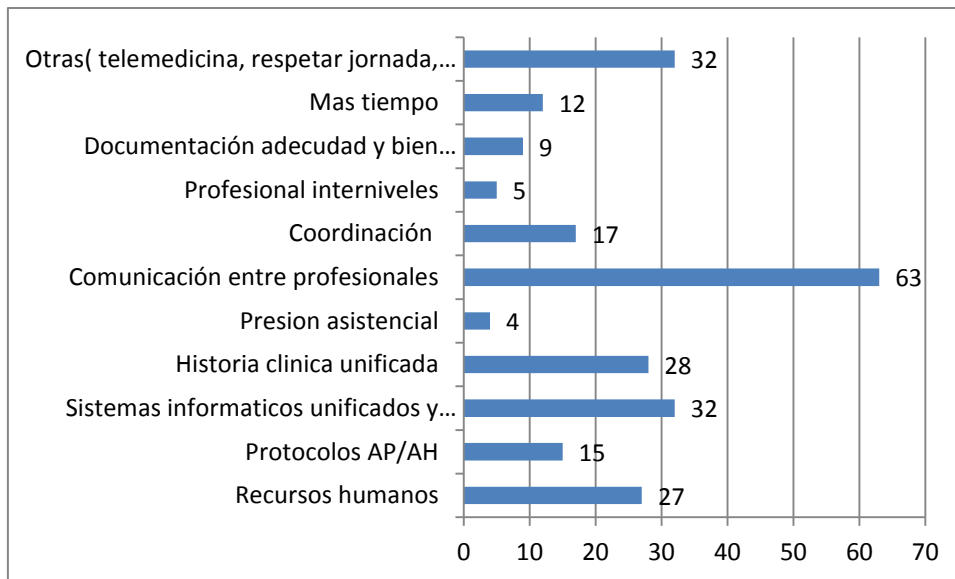


Ilustración 3 Gráfico aspectos más relevantes (pregunta 21)

## Discusión.

En este estudio se ha realizado un análisis descriptivo transversal sobre la opinión, de profesionales (medicina y enfermería), sobre continuidad asistencial.

En primer lugar tras analizar la opinión de cual consideran los aspectos clave en la mejora de la continuidad asistencial, vemos que los más destacados han sido historia clínica compartida, información coordinada, mayores recursos humanos y una mejora de la cultura y la formación, estos resultados coinciden con los obtenidos por Henao Martínez et al<sup>17</sup>. Preguntados por estos aspectos: el 54,2% considera que los sistemas de información de los que disponen no le permite hacer un adecuado seguimiento del paciente; el 61,8% refiere que no existe una historia clínica compartida y 23,2% no tiene información. También han nombrado como aspecto importante una mejor coordinación; y preguntados por las reuniones entre profesionales de hospitalaria y primaria para tratar casos de pacientes, el 54,8% dice que se producen raramente, el 27% ocasionalmente y 15,4 % nunca. Analizando y comparando lo que los profesionales consideran más importante y su opinión sobre grado de desarrollo e implantación de esos elementos, se objetiva que son aspectos a mejorar.

En la resolución n°1/2018<sup>14</sup> apartado II 1.1 d) refiere que desde AP se deben dar las primeras citas para AH<sup>12</sup>. Analizando las respuestas obtenidas en relación a la gestión de citas observamos cómo el 58,5% de los profesionales afirman que si se gestionan las citas desde atención primaria para atención en el hospital y un 30,3% dice no tener información. En el apartado II 2.2 d) y g) especifica que si el paciente tras ser dado de alta en el hospital precisa cita en atención primaria debe gestionarse desde el propio hospital<sup>12</sup>. Observando las respuestas a la pregunta si desde hospitalaria se gestionan las citas para primaria, el 56,8% ha contestado que NO, 32,8% no tiene información y 10,4% que sí, este dato donde la mayoría de los profesionales consideran que no se dan las citas desde el hospital son similares a los de otro estudio<sup>4</sup>. Según estas respuestas, el grado de cumplimiento de la instrucción de gestionar las citas desde hospitalaria hacia primaria está siendo bajo, pero se debe tener en cuenta que la publicación de esta instrucción fue apenas hace 4 meses, por lo que puede ser pronto para observar resultados.

En el traspaso de información entre niveles asistenciales los resultados muestran que AP dispone de la información de lo realizado en hospitalaria, casi siempre (52,3%) y muy pocas veces el 43,2%. La transferencia de información en sentido inverso al anterior, se produce según los profesionales casi siempre 45,6% de las veces y 44,4% muy pocas veces. Como se puede observar existe una leve diferencia en la disposición de la información según el nivel asistencial, en el estudio Amphos<sup>4</sup> se resalta esta diferencia pero no se aportan datos.

Con respecto a la comunicación e información, una cuestión hacía referencia a la frecuencia con la que se comunicaban los profesionales para tratar casos de pacientes el 54,8% dice que raramente, el 27% ocasionalmente, 15,4% nunca y solo 2,9% frecuentemente. Estos datos muestran que la comunicación es poco frecuente, opinión similar a la expresada por directivos y pacientes en el proyecto Amphos<sup>4</sup>, donde casi la mitad de los pacientes creen que los profesionales no se comunican y creencia más extendida entre directivos. Sin embargo los profesionales han identificado la comunicación y la coordinación entre los aspectos más relevantes para mejorar la CA<sup>4</sup>.

Preguntados por si el cambio de profesional o centro dificulta la continuidad asistencial el 72,6% considera que sí. Este dato coincide con la opinión de profesionales y pacientes de otro estudio<sup>4</sup>, donde ambos identifican el mantener los mismos profesionales en la atención, como factor importante para mejorar la asistencia.

#### Limitaciones del estudio.

No se ha conseguido alcanzar el número previsto de respuestas para que la muestra fuese representativa (obtenidas 241; necesarias para muestra representativa 253). Además no se realizó un muestreo aleatorio, sino que se envió a toda la población a estudio, para intentar obtener el mayor número de cuestionarios contestados posible.

### **Conclusiones.**

Los factores y herramientas identificadas como determinantes en la mejora de la continuidad asistencial han sido, presión asistencial, coordinación, comunicación, sistemas informáticos e historias clínicas compartidas y recursos humanos. Según se deduce de la opinión de los profesionales estos factores y herramientas son áreas a mejorar.

En segundo lugar con respecto al grado de cumplimiento de algunos aspectos evaluados de la orden nº1/2018, vemos que el que hace a referencia a gestión de citas desde atención hospitalaria para atención en primaria es bajo, pero la publicación de esta resolución fue hace apenas 4 meses y puede ser pronto para observar resultados.

## **Bibliografía.**

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2012. [Consulta el 10 de Marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2016–2066 [Internet]. 2016. [Consulta el 10 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
3. Consejería de Sanidad. Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. MADRID: Servicio Madrileño de Salud; 2015.
4. Proyecto Amphos. Continuidad asistencial, mejorando la experiencia del paciente.
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
6. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [Internet]. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Estrategias y acciones destacables. Murcia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [Consulta el 10 de Marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Murcia.pdf>
7. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2010. [Consulta 22 marzo de 2018]; 84(4): 371-387. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es).

8. Liu C, Wu Y, Chi X. Relationship preferences and experience of primary care patients in continuity of care: a case study in Beijing, China. BMC Health Services Research. 2017; 17:585.
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.
10. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. «BOE» núm. 280, de 22/11/2003.
11. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias. [Internet]. Personas Sanas, Poblaciones Sanas: Ordenación y Elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. 2014. Anexo II. Estrategias de cronicidad en el ámbito nacional. [Consulta el 20 de Marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.astursalud.es>.
12. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la instrucción n.º 1/2018, sobre la mejora en la continuidad asistencial a los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria. BORM núm.40, de 17/02/2018.
13. Elorriaga E, Esnaola S, de Diego M, Aldasoro E, Martín U. Continuidad asistencial. La percepción de las personas usuarias del sistema sanitario de la C.A.P.V.
14. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BORM núm. 178 de 04 de Agosto de 1994 y BOE núm. 243 de 11 de Octubre de 1994
15. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM núm.103, de 7/05/2009.
16. MurciaSalud, el portal sanitario de la Región de Murcia [Internet]. 2018 [consultado 20 Abril 2018]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=207046&idsec=4674>.
17. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit.2009; 23(4):280–286.

## Anexo 1.

### **Continuidad Asistencial.**

Encuesta destinada a profesionales sanitarios.

\*Obligatorio

**1. Profesión \***

*Marca solo un óvalo.*

- Enfermería  
 Medicina

**2. Nivel asistencial \***

*Marca solo un óvalo.*

- Atención primaria(AP)  
 Atención hospitalaria(AH)

**3. Especifique especialidad**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Tipo de contrato \***

*Marca solo un óvalo.*

- Fijo  
 Temporal

**5. Tiempo trabajado para el SMS \***

*Marca solo un óvalo.*

- <1  
 1 a 5 años  
 6 a 10 años  
 11 a 20 años  
 >20

UNIVERSITAS  
Miguel  
Hernández

Ilustración 4. Encuesta CA

**6. Edad \***

*Marca solo un óvalo.*

- <30  
 30 a 40 años  
 41 a 50 años  
 51 a 60 años  
 > 60 años

**Continuidad Asistencial.**

Encuesta destinada a profesionales sanitarios.

**7. 1. Los profesionales de atención primaria, ¿disponen de toda la información (tratamientos, cuidados, pruebas complementarias..) que prescriben los médicos de atención hospitalaria? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Siempre  
 Casi siempre  
 Muy pocas veces  
 Nunca

**8. 2. Los profesionales de atención hospitalaria, ¿disponen de toda la información (tratamientos, cuidados, pruebas complementarias..) que prescriben los médicos de AP? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Siempre  
 Casi siempre  
 Muy pocas veces  
 Nunca

**9. 3. Teniendo en cuenta los sistemas de información de los que dispone ¿cree que le permiten hacer un adecuado seguimiento del paciente para favorecer la continuidad asistencial? \***

Si su respuesta es NO, indique por qué en la opción de respuesta "otra". Al escribir en la opción "otra" ambas casillas aparecerán como marcadas.

*Selecciona todos los que correspondan.*

- SI  
 NO. Indique por qué  
 Otro: \_\_\_\_\_

**10. 4. ¿Existe una historia clínica compartida entre todos los niveles asistenciales (AP, AH...)? (No nos referimos a Ágora) \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No  
 No tengo información

**Ilustración 5. Encuesta CA**

11. 5. ¿Disponen de herramientas de telemedicina para la comunicación con los pacientes y con otros profesionales? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No tengo información

12. 6. ¿Disponen los profesionales de los distintos niveles asistenciales de herramientas que favorezcan la coordinación asistencial (protocolos que indiquen la función de cada profesional/ guías clínicas) en su trabajo diario? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente  
 Frecuentemente  
 Ocasionalmente  
 Raramente  
 Nunca

13. 7. ¿Con qué frecuencia los profesionales de atención primaria y hospitalaria se comunican para tratar los casos de los pacientes? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente  
 Frecuentemente  
 Ocasionalmente  
 Raramente  
 Nunca

14. 8. ¿Cuáles considera que son los motivos más frecuentes de una insuficiente coordinación efectiva entre profesionales? (No son excluyentes). \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Recursos humanos insuficientes.  
 Funcionamiento inadecuado de los sistemas de comunicación.  
 Sistemas informáticos inadecuados.  
 Historia clínica que no permite la comunicación directa entre profesionales  
 Presión asistencial elevada que dificulta dedicar tiempo a comunicar.  
 Otro: \_\_\_\_\_

15. 9. ¿Existen protocolos para que el tratamiento/plan de cuidados del paciente tras salir de AH no se interrumpa hasta obtener la atención en AP?: \*

Marca solo un óvalo.

- Muy frecuentemente  
 Frecuentemente  
 Ocasionalmente  
 Raramente  
 Nunca

Ilustración 6. Encuesta CA.



16. 10. **¿Considera que los profesionales (médicos, enfermeras) disponen de toda la información en tiempo y forma para realizar una planificación adecuada de los ingresos y altas hospitalarias? \***

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ingresos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 11. **¿Existen indicadores comunes, evaluables y comparables para medir la continuidad asistencial? \***

Si su respuesta es SI, indique por qué en la opción de respuesta "otra". Al escribir en la opción "otra" ambas casillas aparecerán como marcadas.

Selecciona todos los que correspondan.

- Si. Indique cuáles
- No
- No tengo información.
- Otro: \_\_\_\_\_

18. 12. **¿Cree que los cambios de profesional (médico /pediatra/especialista/enfermera) o centro dificultan la continuidad asistencial? \***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

19. 13. **¿Dispone de herramientas para la planificación de altas hospitalarias en su sistema informático? \***

Sólo responder profesionales del ámbito hospitalario.

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No tengo información

20. 14. **En atención primaria ¿se gestionan las citas para consultas y pruebas en AH? \***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No tengo información

21. 15. **En atención hospitalaria ¿se gestionan las citas para seguimiento en AP? \***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No tengo información

Ilustración 7. Encuesta CA

22. 16. ¿Los profesionales disponen de la información clínica (diagnóstico, cuidados...) sobre pacientes pluripatológicos, que son vistos por profesionales de diferentes servicios? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Siempre
- Casi siempre
- Muy pocas veces
- Nunca

23. 17. ¿Disponen de protocolos específicos para la atención de pacientes pluripatológicos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- No tengo Información

24. 18. ¿Podrías indicar cuales de las siguientes herramientas son utilizados por el equipo de enfermería para garantizar la continuidad de los cuidados? (no son excluyentes). \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Valoración inicial y plan de cuidados individualizados.
- El informe de cuidados al alta.
- La comunicación (por teléfono o directa) con atención primaria, con otros servicios para gestionar problemas del paciente.
- Historia clínica informatizada.
- Planes de cuidados estandarizados, vías clínicas o mapas de cuidados.
- No tengo información



Ilustración 8. Encuesta CA.

25. 19. Sobre las siguientes afirmaciones relativas a la continuidad del cuidado, diga su grado de acuerdo con cada una de ellas (1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo). \*

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Todos los pacientes que se van de alta de la unidad disponen de informe de continuidad de cuidados, remitido a su centro de salud de referencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los hospitales remiten a los centros de salud informes de continuidad de cuidados al alta de forma regular y de la mayoría de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los informes de continuidad de cuidados está claramente especificado el nombre de la enfermera responsable y un teléfono de contacto para que la enfermera de AP pueda consultar en caso de necesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 20. ¿Cuáles considera los aspectos claves relacionados con la mejora de la Continuidad Asistencial? (ordene por importancia, 1 más importante y 5 menor importancia). \*

Marca solo un óvalo por fila.

	1	2	3	4	5
Que el paciente sea atendido por los mismos profesionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistemas de información compartidos, es decir que disponga de la misma información y que sea coordinada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento de recursos humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios más accesibles en forma y tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pacientes poli-medicados la continuidad asistencia y medicación sea coordinada por un especialista en medicina interna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 21. Según su opinión ¿cuál serían los aspectos más relevantes para favorecer la continuidad asistencial?

\_\_\_\_\_

Ilustración 9. Encuesta CA.