

El presente trabajo se enmarca en la investigación multicéntrica Equity LA II. Comunica resultados cualitativos del estudio de línea de base focalizando en la percepción de continuidad asistencial de los usuarios de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Rosario.

Objetivo: Explorar la percepción y experiencias de los pacientes con patologías crónicas (diabetes e hipertensión) así como las de sus cuidadores, sobre la continuidad de atención entre niveles en el uso de las redes de servicios de salud noroeste (RN) y sur (RS) de la municipalidad de Rosario, Santa Fe.

Metodología: Se realizaron dieciocho entrevistas entre las dos redes. Para la selección de los entrevistados se tuvo en cuenta que utilizaran los servicios de salud de la red distrito noroeste o de la red distrito sur; que tuvieran al menos una patología crónica, y que hubieran utilizado servicios asistenciales del segundo nivel de atención en los seis meses previos a la realización de la entrevista. Se consideraron pacientes hombres y mujeres de entre 25 y 80 años, con diferente condición laboral y tenores de gravedad en su/s patología/s para asegurar la máxima variabilidad de discursos. El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2014 y junio de 2015. Se administró el consentimiento escrito informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario. El análisis de datos se realizó mediante un análisis temático del contenido. Se segmentaron los datos por red y por temas.

Resultados:

Continuidad Asistencial

Grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

Continuidad de la información: percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores por parte del profesional, para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales. Sus atributos son: percepción de que los profesionales conocen la HC, el contexto, las necesidades, etc.; percepción de que los profesionales utilizan mecanismos de transferencia de la información.

En lo referido a la **percepción de que los profesionales conocen la historia clínica, el contexto y las necesidades**, en ambas redes, los pacientes valoran la atención gracias a la personalización del trato, el tiempo destinado a la consulta (RN) y al hecho de recibir una explicación clara para la comprensión.

Continuidad de la gestión clínica: percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Sus dimensiones son: Consistencia de la atención; Accesibilidad

En ambas redes se percibe una correcta **comunicación y colaboración entre niveles**. En la RN, algunos usuarios valoran el acompañamiento del médico de primer nivel a la consulta con algunos especialistas
"... el médico de cabecera (...) en casos específicos se tomaban la molestia de ir a hablar con el especialista (...) con esa sensación como que te acompañaron en el tratamiento." (Mujer. Hipertensión. Diabetes. Artritis reumatoidea- RN).

Consistencia de la atención: percepción del usuario de la existencia de coherencia en los objetivos y tratamientos indicados por los distintos profesionales de los diferentes niveles. Sus atributos son: coordinación/ colaboración de los diferentes prestadores de servicios y comunicación entre niveles asistenciales; secuencia de la atención adecuada; seguimiento adecuado; duplicación de estudios

No se identifican problemas de **duplicación de estudios** en ninguna de las dos redes bajo estudio.

Sobre la **transferencia de la información**, pacientes de ambas redes coinciden en que los médicos del 1° nivel envían por escrito la interconsulta al especialista. Sin embargo en la RN, los usuarios se ubican como quienes transmiten la contrarreferencia aunque, aseguran que en casos de patologías graves, los especialistas la envían por escrito. Mientras que en la RS, refieren que los especialistas envían la contrarreferencia si hay un pedido explícito.

"Sí, cuando quiere algo informado sí, cuando pide una radiografía informada... Lo que pida informado lo informan... Claro, eso sí. (...) Si no me pregunta ella, qué me dijo, qué no, qué esto..." (Hombre. Diabetes. EPOC. Hernia de disco- RS)

Se percibe acuerdo en los criterios diagnósticos y de tratamientos entre los profesionales de los diferentes niveles en la RN. En la RS hay percepciones dispares que llevan a cierta pérdida de confianza en los profesionales y a que algunos usuarios se refieren especialista y otros al médico de cabecera.

"...yo le digo "mirá que ya consulté a la otra doctora", "pero no porque vos tenés que venir a mí" [médica del primer nivel]. Y pero... y si no llego a ella, digamos, por el hecho de decir que no... no me da lo que yo necesito en el momento." (Mujer. Asma) - RS

Respecto a **secuencia de atención** en ambas redes se señala que el circuito comienza en el 1° nivel, donde se gestionan los turnos con especialistas y estudios complementarios. Esta secuencia suele verse alterada por la dificultad para conseguir turnos con ciertas especialidades; generando que los usuarios armen su propio circuito de atención apelando al uso de otras redes (provincial, Obra social)

En lo referido al **seguimiento adecuado de pacientes**, se percibe en ambas redes al médico de primer nivel como el "médico de cabecera", "de confianza", que conoce de manera integral la HC de los usuarios y se ubica como el responsable del seguimiento. Se registran casos de referencia múltiple en usuarios con OS. En la RS entrevistados con cuadros de salud complejos, identifican a profesionales de segundo nivel como los responsables del seguimiento. En la RN el frecuente recambio de médicos de primer nivel genera una percepción de discontinuidad en la atención.

En lo referido a la **percepción de que los usuarios reciben atención de forma oportuna y sin interrupciones**, ante las dificultades de acceso a consultas con especialistas y estudios complementarios los usuarios buscan atención en otras redes de servicios de salud o generan estrategias en acuerdo con los especialistas para que los turnos sean gestionados desde el propio segundo nivel agilizando el acceso a la atención.

"Sí, entonces a partir de ahí yo ya me seguí atendiendo con la doctora del C [efector de segundo nivel] y cada vez que yo voy, ella me tiene que hacer la orden para un sobretorno con ella (...) pido en mesa de entrada, en recepción y me lo dan enseguida." (Mujer. Artritis reumatoidea- RS).

No se identifican problemas en el acceso a medicamentos, excepto en la RN donde algunos usuarios diabéticos señalan dificultades para acceder a las tiras reactivas y al Accucheck.

Accesibilidad: percepción de uso oportuno de los servicios a lo largo del continuo asistencial. Sus atributos son: percepción de recibir la atención de forma oportuna y sin interrupciones; accesibilidad administrativa

Respecto de la **accesibilidad administrativa**, en ambas redes señalan conocer los profesionales que les brindan atención así como los efectores a los cuales deben asistir por ser circuitos preestablecidos gestionados desde el centro de salud. Sin embargo, usuarios de ambas redes señalan que esta modalidad genera dificultades para acceder al segundo nivel (caducidad de los turnos y ausentismo en las consultas). En la RN algunos entrevistados señalan violencia institucional como producto del desgaste que les genera no poder resolver el acceso a otro nivel de atención.

"...la gente también se enojaba con el tema de sacar turnos (...) tuvieron que poner una vigilancia (...) se toma después de algún episodio que hubo (...) que agredió a una administrativa, físicamente (...) porque una ya es grande y trata de contenerse, pero por ahí una joven, impulsiva, se raya y te da ganas de ir y meterles un bollo." (Mujer. Hipertensión. Diabetes. Artritis reumatoidea- RN).

En ambas redes se identifican **problemas de accesibilidad al Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES)**

"...Vos llamás por teléfono al SIES, te preguntan cómo lo ves, qué tiene? (...) entonces de ahí, a todo lo que me están preguntando, una hora más y la persona se me muere ahí. No vienen las ambulancias rápido..." (Mujer. Diabetes- RN)

Conclusión:

La mayoría reconoce historias de atención de varios años en los efectores de 1° nivel y valoran positivamente la atención recibida. La fuerte referencia con los médicos de cabecera y la confianza depositada en los profesionales de ambos niveles son factores que contribuyen en esa valoración positiva. La referencia de información del primero al segundo nivel contribuye a la percepción de comunicación/colaboración entre profesionales aun cuando los especialistas de segundo nivel no siempre contra transfieren información al primer nivel. En tal sentido el trato personalizado y la buena relación médico-paciente (tanto con el médico de cabecera como con los especialistas) parece ser el factor que atenúa este posible déficit. Junto a ello, la percepción de los entrevistados de que ante situaciones de criticidad en el estado de salud, el intercambio de información está asegurado.

Bibliografía

-Vázquez ML, Vargas ML, Unger JP, De Paepé P, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037

-Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML: La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública* 2010; 84: 371-387

-Haggerty, J. L., Pineault, R.; Beaulieu, M-D.: Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *2008 Annals of Family Medicine, Inc.*

-Waibel S., Henao D., Aller MB., Vargas I., Vazquez ML.: What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24(1): 39-48.