

Continuidad del cuidado

Continuity of care

Gabriel Esteban Villalon^a 

Resumen

El concepto de continuidad del cuidado (CoC) suele utilizarse para describir en qué medida los pacientes ven al mismo profesional a lo largo del tiempo, aunque más específicamente es un atributo o característica del proceso de atención de salud de un individuo en el que la calidad de la conexión y retroalimentación de los eventos que se suceden influyen en la experiencia final de sentirse cuidado.

La CoC abarca diferentes dominios conceptuales: la continuidad de la información, de la relación y del manejo. Se han utilizado diferentes instrumentos de medición que pueden agruparse en herramientas elaboradas a partir de reportes de pacientes (como por ej., encuestas) o a partir de datos administrativos (como los indicadores de prestador usual de cuidados o el indicador de Bice y Boxerman).

Existen también investigaciones que evaluaron el impacto sanitario de la CoC. Si bien muchas de ellas muestran gran heterogeneidad en cuanto a los indicadores y los desenlaces utilizados, se observa una tendencia clara que parece indicar que a mayor nivel de continuidad del cuidado, mejores resultados en salud.

Abstract

The concept of continuity of care (CoC) is often used to describe the extent to which patients see the same professional over time, but more specifically it is an attribute or characteristic of an individual's health care process in which the quality of the connection and feedback of the events that follow influences the final experience of feeling cared for.

CoC encompasses different conceptual domains: continuity of information, relationship, and management. Different measurement instruments have been used, which can be grouped into tools developed from patient reports (e.g. surveys) or from administrative data (e.g. usual caregiver indicators or the Bice & Boxerman indicator).

There is also research that has assessed the health impact of CoC. While many of them show great heterogeneity in terms of the indicators and outcomes used, there is a clear trend that seems to indicate that the higher the level of continuity of care, the better the health outcomes.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Atención Primaria de Salud, Calidad de la Atención de Salud. Keywords: Continuity of Patient Care, Primary Health Care, Quality of Health Care.

Villalon GE. Continuidad del cuidado. Evid Actual Pract Ambul. 2021;21(1):e002112.

¿Qué es la continuidad del cuidado?

El concepto de **continuidad del cuidado** en la atención médica (en adelante, continuidad o CoC) suele utilizarse de forma genérica para describir en qué medida los pacientes ven al mismo profesional a lo largo del tiempo.

Está particularmente ligado a la atención primaria de la salud (APS), en tanto que es un elemento necesario para garantizar la longitudinalidad en la atención de los problemas de salud de los pacientes. La **longitudinalidad** constituye un atributo clave de las estrategias de APS en general y de la medicina familiar en particular, que hace referencia al cuidado centrado en la persona (y no en la enfermedad), e implica un contacto personal sostenido a lo largo del tiempo, independientemente del tipo de problema traído a la consulta¹. De esta manera, el proceso de atención brindado por los médicos de especialidades diferentes a la atención primaria puede ser continuo pero no longitudinal, mientras que el provisto por los especialistas en atención primaria tiende a ser continuo y longitudinal.

Sin embargo, en la práctica los términos continuidad y longitudinalidad suelen utilizarse frecuentemente en forma intercambiable², aunque con distintas acepciones. Desde la perspectiva de los pacientes, estos han sido definidos como la relación médico-paciente que se extiende a lo largo del tiempo (con variaciones respecto de si esta incluye episodios o problemas de salud específicos o variados)³. Y desde la perspectiva de las organizaciones, se definen como el cuidado planificado y a conciencia a lo

largo del curso de un problema de salud, o como el grado con el cual una serie de eventos discretos de salud son experimentados por los pacientes de manera coherente e interconectada en el tiempo y consistente con sus necesidades y preferencias⁴.

La CoC es una característica del proceso de atención de salud de un individuo, que implica cómo experimenta éste el cuidado en el tiempo en cuanto a conexión y coherencia, y que resulta de un adecuado flujo de información, las buenas habilidades interpersonales y la coordinación de las intervenciones. El elemento clave está en la dinámica de las interacciones entre el paciente y los prestadores y/o la calidad de la conexión y retroalimentación de información entre los eventos que se suceden, y el resultado final es la experiencia de sentirse cuidado. Dicho de otra forma, continuidad es lo opuesto a la fragmentación de la atención.

¿Qué dominios o aspectos incluye?

La necesidad de valorar y cuantificar la CoC ha llevado a identificar diferentes dominios intrincados en su conceptualización. Reid/Haggerty y otros autores, señalan reiteradamente tres dominios: continuidad de la información (en inglés, *informational continuity*), de la relación (en inglés, *relational continuity*) y del manejo (en inglés, *management continuity*)^{2,3,5}.

Continuidad de la información

Implica la utilización en el presente de los datos del paciente recogidos en el pasado. Como es razonable intuir, la acumulación de información relacionada a los eventos de atención de un indivi-

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. gabriel.villalon@hospitalitaliano.org.ar

duo resulta imprescindible para garantizar un proceso de atención continuo.

Si bien tanto los pacientes como los profesionales acumulan en su memoria fragmentos relevantes de dichos eventos, por el volumen de consultas a las que se encuentran expuestos los primeros, resulta fundamental que dichos eventos puedan registrarse en un soporte físico. En su forma más práctica, los datos se suelen almacenar a través de las historias clínicas y registros administrativos.

En el escenario actual en el que los soportes electrónicos se encuentran cada vez más difundidos, estos facilitan la utilización de esa información y brindan, a su vez, herramientas que expanden las funcionalidades del registro en papel. Sin embargo la forma en la que se organiza la información puede ser clave a la hora de que ésta no solo sea accesible, sino que se encuentre disponible en el momento apropiado.

Otro aspecto que puede atentar contra la CoC en una escala más macroscópica, tiene que ver con la infinidad de formatos alternativos de historia clínica electrónica (cada institución suele utilizar uno diferente) que registran información de un mismo paciente; por este motivo, el desafío actual para fortalecer este dominio de la CoC se centra en establecer mecanismos de interoperabilidad que permitan el adecuado intercambio de información entre los diferentes sistemas⁶.

Continuidad de la relación

Hace referencia a que el cuidado en el presente se ve influenciado por el conocimiento del contexto, lo que se logra al entablar una relación personal entre el profesional de la salud (y/o el equipo), el paciente y/o su familia. Este dominio también se puede subdividir en **continuidad interpersonal** (en inglés, *interpersonal continuity*), entendida como la experiencia subjetiva de participar de una relación de cuidado del otro, y **continuidad longitudinal** (en inglés, *longitudinal continuity*), entendida como el historial de interacción con un mismo profesional a lo largo de un periodo discreto de tiempo⁷.

Continuidad en el manejo

Se refiere a la existencia de coherencia en el cuidado provisto por un mismo y/o por diferentes profesionales para un problema dado a lo largo del tiempo, por ejemplo, al seguir protocolos de actuación o guías de práctica clínica institucionalmente consensuados. Este dominio resulta relevante, aunque difícil de operacionalizar, dado que la continuidad del manejo es específica del problema, mientras que la atención primaria es específica respecto del paciente (quien a su vez, presenta múltiples problemas)⁵.

¿Cómo se puede cuantificar o medir la continuidad del cuidado?

Siendo la continuidad un concepto multidimensional, resulta inverosímil poder objetivarla con una única metodología. Una primera aproximación para categorizar las diferentes herramientas descriptas consiste en dividir las en dos grandes categorías: las que surgen de información reportada por los pacientes, y aquellas que se elaboran a través de registros administrativos⁸.

Herramientas elaboradas a partir de reportes de pacientes

Utilizan como fuente de datos el reporte subjetivo de los usuarios de servicios de salud. El mecanismo de recolección sistematizado más utilizado se basa fundamentalmente en encuestas, algunas ideadas desde sus orígenes como herramienta específica para medir diferentes dominios de la CoC, y otras que incluyen información relevante a estas áreas aunque fueran creadas con propósitos más abarcativos.

Ejemplos validados al español en esta categoría son la versión para usuarios de centros de salud del cuestionario PCAT (por las iniciales en inglés correspondientes a *Primary Care Assessment Tool*), o el cuestionario CCAENA (por sus iniciales en español correspondientes a Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención).

El PCAT fue desarrollado originalmente en 2001 por Starsfield y col. en la Universidad Johns Hopkins (EE.UU.)⁹ y consta de una familia de cuestionarios cuya misión primaria es evaluar el grado de implementación de la estrategia de APS mediante la observación de cuatro funciones principales (primer contacto, continuidad, coordinación, e integralidad o globalidad) y tres funciones secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural). Estos cuestionarios fueron posteriormente traducidos y validados a varios idiomas, incluyendo una versión en español para Argentina^{10,11}, y una versión corta validada también en la Argentina¹² a partir de una versión corta brasileña¹³.

La versión argentina para usuarios del sistema de salud consta de 95 ítems, con un tiempo promedio de respuesta de 32 minutos (rango de 25 a 40), de los cuales 14 y 9 ítems se incluyen dentro de las funciones de continuidad y coordinación, respectivamente, las cuales se corresponden con los dominios de continuidad enunciados por Haggerty³. Por su parte, la versión corta argentina consta de 23 ítems, con un tiempo promedio de respuesta de 5 a 10 minutos, de los cuales 10 ítems se incluyen dentro de las funciones de continuidad y coordinación^{12,14}. En la Tabla 1 se describen a modo de ejemplo las preguntas que componen las funciones o dimensiones vinculadas a la continuidad del cuidado de la versión argentina acortada para usuarios de centros de salud del cuestionario PCAT.

El cuestionario CCAENA fue desarrollado en 2011 por Letelier et al. en España¹⁵, tomando los lineamientos de los diferentes dominios de continuidad del modelo de Reid/Haggerty^{3,5}. Consta de 125 preguntas, con un tiempo promedio de respuesta de 34 minutos, de las cuales 30 abordan específicamente la percepción del usuario de la continuidad asistencial (continuidad de la información, gestión, y de la relación)¹⁶.

En ambos casos, cada una de las preguntas correspondientes a los dominios de continuidad se responden mediante opciones en una escala de Likert. El grado de cumplimiento de cada dominio puede expresarse como la proporción (con valores entre 0 y 1) de ítems con cumplimiento parcial o completo sobre el total de ítems posibles para cada dominio.

Herramientas elaboradas a partir de registros administrativos

Utilizan generalmente como sustrato datos objetivos, registrados habitualmente en forma cronológica, utilizando diferentes bases de datos (por ej, agendas de turnos, reclamos de honorarios, etc.).

Existen una gran variedad de indicadores, que a su vez pueden categorizarse en indicadores de **concentración o densidad** (aquellos que miden la CoC tomando como foco la densidad de visitas dirigidas a un prestador en particular); indicadores de **dispersión** (aquellos que miden la continuidad haciendo foco en el número total de prestadores diferentes vistos); e indicadores **secuenciales** (aquellos que además toman en cuenta los intervalos o la secuencia en los que un mismo prestador es visitado)¹⁷⁻¹⁹.

Los indicadores de concentración suelen ser los más citados en la literatura, seguidos por los indicadores de dispersión¹⁸ (ver Tabla 2).

Tabla 1. Funciones vinculadas a la continuidad del cuidado de la versión argentina acortada para usuarios de centros de salud del cuestionario PCAT. Fuente: Adaptado de Peña F et al. Atención Primaria. 2017;49(2):69–76. Notas: CAPS: centro de atención primaria de la salud.

Funciones o dimensiones	Subdimensiones	Nombre de los ítems	Descripción del ítem
Continuidad	Grado de afiliación	GA	Una combinación de las 3 preguntas siguientes referentes al servicio de salud preferencial: ¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud? ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona? ¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?
	Continuidad interpersonal	D1	Cuando va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?
		D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?
		D9	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?
		D15	¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil?
Coordinación	Integración de la información	E6	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le recomendaron que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?
		E10	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le dieron alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?
		E11	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS conocen cuáles fueron los resultados de esa consulta?
		E13	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS se interesan en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?
	Sistema de información	F3	Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?

El **índice del proveedor usual de cuidados** (UPC, por sus iniciales en inglés) es el indicador de concentración más citado en la literatura. De fácil construcción e interpretación, sintetiza la proporción de participación del proveedor al que se designa como usual, en la totalidad de las visitas realizadas durante un tiempo dado. Este proveedor usual puede definirse como: a) el proveedor preferido por el paciente, b) el proveedor identificado en un listado (p. ej. en sistemas de atención donde el paciente debe definir un médico de cabecera al ingreso), o más comúnmente, c) el proveedor visto con más frecuencia por el paciente.

Si bien proporciona información indirecta de la fortaleza de la relación médico paciente, de la transferencia de información y/o de la consistencia del cuidado, resulta poco sensible a la distribución de las consultas a prestadores diferentes del proveedor usual. No tiene en cuenta el número de prestadores consultados y es influido por el nivel de utilización. Su valor disminuye a medida que aumenta el número de consultas con prestadores diferentes del usual. Ignora la secuencia de consultas y en qué medida ocurre la comunicación y coordinación entre los prestadores. Requiere un registro completo de los prestadores que brindaron atención para cada paciente.

Tabla 2. Indicadores utilizados con frecuencia para la medición de la continuidad longitudinal del cuidado en atención primaria, contruidos a partir de datos administrativos. Fuente: resumido y adaptado de Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare; 2002, y Jee SH, et al. Med Care Res Rev 2006;63(2):158-188.

Categoría	Indicador	Descripción	Fórmula
Concentración	Prestador habitual de cuidados – en inglés, <i>Usual Provider of Care (UPC)</i>	Sintetiza el número de consultas realizadas al prestador habitual en un periodo de tiempo dado, en relación al número total de consultas realizadas a prestadores similares. Rango posible: 0 a 1.	$UPC = n_i/N$ n_i : número de consultas al prestador habitual en un periodo definido. N : total de las visitas durante el mismo período.
Dispersión	Índice de continuidad del cuidado – en inglés, <i>Continuity of Care (COC)</i>	Sintetiza la dispersión y la concentración del cuidado entre los prestadores consultados. Rango posible: 0 a 1.	$COC = \frac{\sum_{i=1}^k n_i^2 - N}{N(N-1)}$ n_i : número de visitas al prestador i en un periodo definido. N : total de consultas en un periodo definido.
Secuencialidad	Continuidad en la secuencia de atención -en inglés, <i>Sequential Continuity (SECON)</i>	Sintetiza la proporción de visitas secuenciales durante un intervalo discreto de tiempo que ocurren con el mismo prestador. Basado en los registros de consultas. Rango de valor posible 0 a 1.	$SECON = \frac{\emptyset + \dots + \emptyset_{n-1}}{N-1}$ Donde \emptyset es igual a 1 si las consultas i & $i + 1$ se realizan con el mismo prestador y 0 si se realizan con un prestador diferente durante un intervalo definido.

El **índice de continuidad del cuidado** (en inglés, COC), también conocido por el nombre de sus autores como índice de Bice y Boxerman, es el indicador de dispersión más citado de la literatura. Para su desarrollo se tomaron en cuenta cuatro premisas: 1) la unidad de análisis es el individuo (paciente); 2) los individuos deben ser comparables aún cuando consulten a un número diferente de prestadores (médicos); 3) el indicador debe ser influenciado por el número total de visitas y; 3) el indicador debe ser influenciado por la forma en que se derivan o redireccionan los individuos entre los prestadores²⁰.

Su mayor fortaleza reside en la capacidad de discriminar y reflejar cuantitativamente la mayor o menor concentración del cuidado entre uno o varios prestadores. Tiene en cuenta el número

de prestadores diferentes consultados (el índice disminuye a medida que se consultan con mayor cantidad de prestadores diferentes). Resulta sensible a los cambios en la distribución de visitas a los profesionales y presenta buen desempeño matemático. Sin embargo, su interpretación es menos intuitiva (salvo en los extremos), puede enmascarar diferencias importantes en la secuencia de cuidado, requiere información detallada y es sensible a la frecuencia de consultas, presenta resultados altamente espurios en pacientes que consultan poco o en los que consultan mucho, y su valor cae rápidamente a medida que se incrementa el número de profesionales consultados.

La Tabla 3 brinda la posibilidad de comparar el desempeño de ambos indicadores en seis escenarios hipotéticos de consulta.

Tabla 3. Comparación del rendimiento de dos indicadores de continuidad longitudinal (COC vs UPC). Notas: COC: índice de continuidad del cuidado de Bice y Boxerman; UPC: índice del prestador habitual de cuidados. Advértase que en el escenario superior e inferior (pacientes x, y, z vs x_1, y_1, z_1) la proporción de consultas con cada prestador se mantiene pero aumenta el número absoluto de las mismas, lo cual incide en el valor de COC aunque no en el del UPC.

Paciente	Prestador			Total visitas	COC	UPC
	A*	B	C			
						Asumiendo A como prestador usual
x	4	3	3	10	$= \frac{(4^2+3^2+3^2)-10}{10(10-1)} = \frac{24}{90} = 0,26$	$= \frac{4}{10} = 0,4$
y	5	5	-	10	$= \frac{(5^2+5^2)-10}{10(10-1)} = \frac{40}{90} = 0,44$	$= \frac{5}{10} = 0,5$
z	10	-	-	10	$= \frac{(10^2)-10}{10(10-1)} = \frac{90}{90} = 1$	$= \frac{10}{10} = 1$
x_1	40	30	30	100	$= \frac{(40^2+30^2+30^2)-100}{100(100-1)} = \frac{3.300}{9.900} = 0,33$	$= \frac{40}{100} = 0,4$
y_1	50	50	-	100	$= \frac{(50^2+50^2)-100}{100(100-1)} = \frac{4.900}{9.900} = 0,49$	$= \frac{50}{100} = 0,5$
z_1	100	-	-	100	$= \frac{(100^2)-100}{100(100-1)} = \frac{9.900}{9.900} = 1$	$= \frac{100}{100} = 1$

El **índice de continuidad en la secuencia de atención (SECON)** es el indicador de continuidad secuencial citado con mayor frecuencia, aunque resulta menos utilizado que los anteriores. Al igual que los indicadores de densidad, requiere la designación de un prestador específico sobre quien definir la concentración de visitas. Su interpretación resulta intuitiva y es sensible a los cambios en la secuencia de las visitas, y resulta potencialmente útil como medida necesaria de comunicación inter-prestador.

Entre sus limitaciones se cuentan que no mide la continuidad en el largo plazo (sólo de visita en visita), no tiene en cuenta al total de prestadores consultados, requiere información detallada de las consultas (número de visitas a cada prestador y orden de las consultas), resulta insensible a la distribución de visitas entre los prestadores siempre que la secuencia permanezca constante, y no tiene en cuenta el número total de consultas.

¿Cuál es el impacto sanitario de la continuidad del cuidado?

La CoC ha sido extensamente estudiada en las últimas décadas y sus efectos han sido documentados en gran cantidad de publicaciones. Como no podría ser de otro modo, por la multidimensionalidad conceptual de la CoC y sus múltiples indicadores pasibles de cuantificación, los resultados de impacto asistencial identificados son también múltiples.

La Tabla 4 resume algunas de las principales revisiones sistemáticas publicadas que abordan un abanico de desenlaces, que van desde aspectos subjetivos como la satisfacción del paciente a desenlaces duros, como las internaciones hospitalarias y la mortalidad. Si bien en la mayoría de los casos la heterogeneidad de indicadores usados y las formas de medición de los resultados impidieron la generación de medidas sumarias (metanálisis), el reporte descriptivo de los hallazgos provee una forma clara de interpretar los hallazgos e identificar una tendencia, mediante la cual se observan mejores resultados en salud a mayor nivel de CoC.

Tabla 4. Revisiones sistemáticas que evalúan el impacto de la continuidad del cuidado sobre diversos resultados clínicos.

Notas: *Educación antes o después del alta, planificación de cuidados post-alta, atención domiciliaria, intervenciones ampliadas de enfermería, seguimiento telefónico, auto-cuidado, telemedicina, intervenciones para favorecer la continuidad asistencial de un prestador. # Principalmente cohortes retrospectivas y estudios de corte transversal, ningún ensayo clínico aleatorizado. Abreviaturas: CoC: continuidad del cuidado, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, IC: intervalo de confianza, RR: riesgo relativo.

Estudio (año)	Objetivo	Fuente de datos (año), n	Selección de estudios	Extracción de datos	Resultados
Cabana M (2004) ²¹	Determinar los efectos de la CoC sostenida en la calidad de atención de pacientes.	MEDLINE, ERIC, PsycINFO (1966 a 2002), 18 estudios.	Se incluyeron estudios publicados en inglés que evaluarán calidad en el cuidado y midieran CoC con indicadores centrados en el prestador (no sitio de atención), con más de una visita y medición consistente en el tiempo. Se excluyeron estudios que incluyeran un porcentaje significativo de médicos en entrenamiento; realizados en ámbitos de internación o rehabilitación; estudios en los que las intervenciones sobre CoC formen una parte menor dentro de una estrategia multidimensional.	Indicadores de calidad en el cuidado: proceso de atención, satisfacción del paciente, resultados en salud y costos.	Se encontró asociación significativa entre mayor nivel de CoC y satisfacción del paciente (cuatro estudios), disminución de hospitalizaciones y consultas a guardia (siete estudios), implementación de prácticas preventivas (cinco estudios).

Continued on next page

Table 4 continued

Estudio (año)	Objetivo	Fuente de datos (año), n	Selección de estudios	Extracción de datos	Resultados
Saultz JW (2005) ²²	Describir la asociación entre la CoC interpersonal, y resultados en cuidados y costos en salud .	MEDLINE (1966 a 2002), 40 estudios.	Se incluyeron estudios que evalúen cambios (mejoras) en el cuidado de la salud o costos de la atención. Se excluyeron revisiones narrativas o artículos conceptuales, cartas al editor, profesiones diferentes a la medicina, aspectos diferentes a la continuidad interpersonal.	Mejora del cuidado en salud: resultado que conceptualmente conlleva a reducción de la morbilidad, la mortalidad o un subrogante. Reducción de costos: resultados que conlleven a disminución de costos en salud directos o indirectos para el proveedor o los pacientes.	Se identificaron 81 resultados relacionados con el cuidado de la salud. A mayor continuidad interpersonal 51 resultados mejoraron significativamente y solo dos fueron significativamente peores. Se identificaron 41 resultados relacionados con costos de salud. A mayor continuidad interpersonal, 35 resultados mejoraron significativamente, y solo dos fueron significativamente peores.
Van Loenen T (2014) ²³	Determinar y revisar que características organizacionales de la atención primaria influyen las internaciones hospitalarias evitables por problemas ambulatorios sensibles a esta.	MEDLINE, Embase, Sci-Search (1997 a 2013), 49 estudios.	Se incluyeron estudios realizados en países de altos ingresos que reportaran internaciones hospitalarias vinculadas a condiciones sensibles a la atención primaria (entre ellos diabetes, EPOC, asma o enfermedad cardíaca). Se excluyeron estudios que evaluaran consultas a guardia, reinternaciones, internaciones a centros de rehabilitación, o internaciones por efectos adversos medicamentosos.	Se agruparon los factores organizacionales en cuatro categorías: cobertura / financiamiento, accesibilidad, características estructurales, y organización del cuidado (en esta última se agruparon los estudios que evaluaron CoC).	Se identificaron 22 factores organizacionales. Nueve estudios evaluaron CoC. El 100 % de estos identificaron que a mayor CoC, disminuye el riesgo de internaciones hospitalarias evitables por problemas de salud ambulatorios sensibles a la atención primaria.
Puntis S (2015) ²⁴	Revisar la evidencia de asociación entre CoC y resultados en salud mental .	MEDLINE, PsycINFO (1950 a 2014), 18 estudios.	Se incluyeron estudios que reportaran al menos una medición de CoC contra un resultado de salud en pacientes de 18 a 65 años de edad, con enfermedad mental como diagnóstico primario	Duración de la internación y/o re-internaciones, severidad de síntomas, funcionamiento social, satisfacción con la atención.	Se detectaron efectos positivos en cuanto a funcionamiento social, y en menor medida, en re-internación hospitalaria, control de síntomas y satisfacción con el servicio, con resultados inconsistentes entre los estudios.

Continued on next page

Table 4 continued

Estudio (año)	Objetivo	Fuente de datos (año), n	Selección de estudios	Extracción de datos	Resultados
Yang F (2017) ²⁵	Actualizar y sintetizar las intervenciones más efectivas relacionadas a la continuidad del manejo de pacientes con EPOC	MEDLINE, Embase, Cochrane Library (hasta 2015), 31 estudios.	Se incluyeron ensayos clínicos realizados en población adulta que compararan una intervención relacionada con la continuidad del manejo contra cuidado usual*	Re-internaciones (31 estudios) por todas las causas y por EPOC; mortalidad por todas las causas (siete estudios); calidad de vida (nueve estudios).	Reducción de internaciones por todas las causas para: educación RR 0,4 (IC 95 % 0,27 a 0,59); intervenciones ampliadas de enfermería RR 0,7 (IC 95 % 0,63 a 0,68); telemedicina RR 0,78 (IC 95 % 0,68 a 0,88) reducción de internaciones por EPOC para: intervenciones ampliadas de enfermería RR 0,42 (IC 95 % 0,32 a 0,55); atención domiciliaria RR 0,63 (IC 95 % 0,47 a 0,85). No se encontraron beneficios para mortalidad ni calidad de vida.
Pereyra Gray D (2018) ²⁶	Examinar la relación entre CoC y mortalidad .	MEDLINE, Embase, Web of Science (1996 a 2017), 22 estudios#	Ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes y de corte transversal, publicados en inglés, que incluyeran pacientes de cualquier rango poblacional o comorbilidad	Mortalidad general o específica.	Dieciocho (81 %) estudios (alta calidad metodológica) mostraron reducción significativa de la mortalidad; tres no mostraron asociación y uno, resultados mixtos (incluyendo aumento de mortalidad a mayor CoC).
D'haenens F (2019) ²⁷	Analizar el efecto de la CoC en la salud física y mental de madres y niños en el periodo postnatal y lactancia .	MEDLINE, Web of Knowledge, CENTRAL, CINAHL. (2000 a 2018), 10 estudios.	Se incluyeron artículos publicados en inglés, francés y holandés que estudiaran a mujeres sanas y/o sus recién nacidos de término durante 6 a 8 semanas, evaluando algún dominio de la CoC respecto de desenlaces clínicos. Se excluyeron estudios que evaluaran aspectos organizacionales (costos, re-internaciones maternas, duración de la internación).	Inicio, modalidad y duración de la lactancia; estado de salud materno (general y salud mental); morbilidad neonatal (p. ej. ictericia, visitas a guardia en primera semana, etc).	Se evaluaron diferentes dominios de CoC (informativo, relacional, del manejo). Los efectos de los modelos evaluados con mayor CoC se vincularon mayormente con resultados favorables en los desenlaces estudiados, aunque no siempre significativos.

Continued on next page



Table 4 continued

Estudio (año)	Objetivo	Fuente de datos (año), n	Selección de estudios	Extracción de datos	Resultados
Baker R (2020) ²⁸	Investigar la asociación y mecanismos causales entre CoC y mortalidad .	MEDLINE, Embase, PsycINFO, OpenGrey, New York Academy of Medicina library catalog (hasta 2019), 13 estudios	Se incluyeron estudios de cualquier diseño cuantitativo, en inglés o francés, que utilicen medidas cuantificables de continuidad y mortalidad de pacientes atendidos predominantemente en atención primaria.	Mortalidad general o específica	Nueve estudios mostraron reducción significativa de mortalidad; dos no mostraron asociación y uno, resultados mixtos. Se sugirieron como mecanismos causales de esta asociación al mayor conocimiento del paciente y responsabilidad clínica que surge al concentrar el cuidado con un profesional, y relación de confianza que posibilita la mayor adherencia a los tratamientos.

Reflexión y conclusiones

Desde las primeras publicaciones realizadas en la década de 1970, donde se esbozaban las primeras definiciones operativas e indicadores cuantitativos^{20,29,30} hasta la actualidad, la CoC ha sido y continúa siendo un tema vivo en la literatura, del mismo modo que fue y continúa siendo un elemento clave para la APS. Resulta entonces pertinente preguntarnos ¿por qué durante las últimas cuatro décadas continúa bajo el permanente escrutinio de la medicina basada en la evidencia³¹?

Parece evidente que existe una tensión entre la evolución de los procesos tecnológicos, la hiperespecialización de la medicina, la ponderación del acceso inmediato a los servicios y la reorganización en la provisión de servicios de salud que tienden a la fragmentación del cuidado contra la necesidad de los profesionales de atención primaria de jerarquizar mediante una puesta en valor permanente una de sus herramientas tecnológicas más valiosas (la CoC). Y esta tensión también se aprecia en los usuarios de los servicios de salud, siendo la inmediatez en el acceso y la indiferencia respecto del profesional que presta los servicios un aspecto más valorado por los individuos jóvenes, sanos y de mejor medio socioeconómico, versus una mayor valoración de la

CoC en las poblaciones más vulnerables (pacientes con comorbilidades, de mayor edad, de menor medio socioeconómico)³².

Desde una perspectiva puramente técnica, la CoC como indicador de proceso necesita aún de mayor refinamiento y consenso en sus metodologías de apreciación. Existen dominios muy relevantes, como la continuidad de la información y de la organización que han quedado comparativamente más relegados en el cuerpo de la investigación, mientras que la hipertrofia de indicadores cuantitativos de la continuidad de la relación obtenidos a partir de registros administrativos no necesariamente equiparan mayor concentración de consultas con mejor calidad de atención.

Es posible que la CoC continúe sufriendo un mayor modelaje en los años venideros, y que nuevas herramientas relacionadas con el mejor aprovechamiento de los registros electrónicos y las herramientas informáticas de interacción con los usuarios, el advenimiento de la ciencia de datos y la inteligencia artificial ofrezcan nuevas (¿y mejores?) perspectivas.

Recibido el 08/10/2020 Aceptado el 10/11/2020
y Publicado el 24/03/2021.

Referencias

1. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar. In: Rubinstein E, et al., editors. PROFAM, Salud del Anciano. Buenos Aires: Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención primaria de la salud"; 2006.
2. da Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde Brasileiro. Cien Saude Colet. 2011;16(SUPPL. 1):1029–1042. Available from: 10.1590/S1413-81232011000700036.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219–1221. Available from: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
4. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, et al. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. Health Res Policy Syst. 2019;17(1):1–14. Available from: 10.1186/s12961-019-0426-1.
5. Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare; 2002.
6. Chá-Ghiglia MM. Historia clínica electrónica herramienta para la continuidad de asistencia. Rev Méd Urug. 2019;35(3):212–217. Available from: 10.29193/RMU.35.3.6.
7. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ (Online). 2017;356:j84. Available from: 10.1136/bmj.j84.
8. Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA, et al. The association of longitudinal and interpersonal continuity of care with emergency department use, hospitalization, and mortality among medicare beneficiaries. PLoS ONE. 2014;9(12):1–18. Available from: 10.1371/journal.pone.0115088.
9. Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract. 2001;50(2):15.
10. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. Rev Argent Salud Pública. 2011;2(8):6–14. Available from: http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf.

11. Berra S, Hauser L, Audisio Y, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):30–39. Available from: 10.1590/S1020-49892013000100005;https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9223/a05v33n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Vázquez-Peña F, Harzheim E, Terrasa S, et al. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. *Aten Primaria*. 2017;49(2):69–76. Available from: 10.1016/j.aprim.2016.04.007.
13. COliverira MM, Harzheim E, Riboldi J, et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256–63. Available from: 10.5712/rbmfc8(29)823;https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823.
14. Weisbrot M, Vázquez-Peña F, Terrasa S, et al. Comportamiento psicométrico de una versión abreviada del cuestionario primary care assessment tools (PCAT) :evaluando una población de una prepaga de la Argentina. *Aten Primaria*. 2019;51(3):185–187. Available from: 10.1016/j.aprim.2018.08.010.
15. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010;24(4):339–346. Available from: 10.1016/j.gaceta.2010.03.010.
16. Aller MB, Cordech J, Ferran M, et al. Manual de uso del cuestionario CCAENA®. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2013. Available from: http://www.consorci.org/media/upload/arxius/estudis/Manual%20de%20uso%20del%20cuestionario%20CCAENA.pdf.
17. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134–143. Available from: 10.1370/afm.23.
18. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):158–188. Available from: 10.1177/1077558705285294.
19. Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA. Do Claims-Based Continuity of Care Measures Reflect the Patient Perspective? *Med Care Res Rev*. 2014;71(2):156–173. Available from: 10.1177/1077558713505909.
20. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*. 1977;15(4):347–349.
21. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974–980.
22. Saultz JW. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159–166. Available from: 10.1370/afm.285.
23. van Loenen T, van-den Berg MJ, Westert GP, et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. *Family Practice*. 2014;31(5):502–516. Available from: 10.1093/fampra/cmu053.
24. Puntis S, Rugkåsa J, Forrest A, et al. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: A systematic review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):354–363. Available from: 10.1176/appi.ps.201400178.
25. Yang F, Xiong ZF, Yang C, et al. Continuity of Care to Prevent Readmissions for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *COPD*. 2017;14(2):251–261. Available from: 10.1080/15412555.2016.1256384.
26. Pereira-Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. Available from: 10.1136/bmjopen-2017-021161.
27. D'haenens F, Van-Rompaey B, Swinnen E, et al. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2019;30(4):749–760. Available from: 10.1093/eurpub/ckz082.
28. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):e600–e611. Available from: 10.3399/bjgp20X712289.
29. Bass RD, Windle C. Continuity of Care: An Approach to Measurement. *Am J Psychiatry*. 1972;129(2):196–201. Available from: 10.1176/ajp.129.2.196.
30. Shortell SM. Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. *Med Care*. 1976;14(5):377–391. Available from: 10.1097/00005650-197605000-00001.
31. Christakis DA. Continuity of Care: Process or Outcome? *Ann Fam Med*. 2003;1(3):131–133. Available from: 10.1370/afm.86.
32. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? *Ann Fam Med*. 2003;1(3):149–155. Available from: 10.1370/afm.63.

