

ORIGINAL**CONTINUIDAD Y LONGITUDINALIDAD EN MEDICINA GENERAL
EN CUATRO PAÍSES EUROPEOS**

**Raimundo Pastor Sánchez (1, 2), Antonio López Miras (1, 3), Mercedes Pérez Fernández (1, 4),
Juan Gervas Camacho (1, 5).**

- (1) Equipo CESCA.
- (2) Consultorio San Francisco de Paula. Área IV. Insalud. Madrid.
- (3) EAP Canillas. Área IV. Insalud. Madrid.
- (4) EAP Castillo de Uclés. Área IV. Insalud. Madrid.
- (5) EAP General Moscardó. Área V. Insalud. Madrid.

RESUMEN

Fundamento: El objetivo fue comparar la continuidad y longitudinalidad de la medicina general en cuatro países europeos del modelo público asalariado.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo. 63 médicos generales/de familia asalariados registraron todos los encuentros (directos/indirectos) con sus pacientes durante una semana, en centros públicos y estatales de atención primaria de España, Finlandia, Portugal y Suecia.

Resultados: El 92% de los encuentros fueron en el despacho médico: fueron directos el 75%; la media de consultas por semana y médico fue de 103. El problema principal de salud fue crónico en el 42% de los casos y agudo en el 31%. El paciente había sido atendido previamente por ese problema en el 63% de los encuentros y por otro problema en el 79%. El médico conocía profesionalmente a algún familiar en el 66% de los pacientes atendidos.

Conclusiones: Los países estudiados presentan un grado variable de continuidad y longitudinalidad en medicina general (de mayor a menor: Portugal, España, Suecia y Finlandia). En España las consultas son de corta duración, y con un escaso uso de sistemas de prescripción repetida; en Portugal se forma lista de espera de pacientes, bloqueando la asistencia de los problemas agudos; en Finlandia falta el listado de pacientes, lo que despersonaliza la asistencia; y en Suecia también se forman listas de espera y se hace un mayor uso de la consulta indirecta (especialmente mediante el teléfono).

Palabras clave: Atención primaria. Continuidad. Europa. Longitudinalidad. Medicina general. Pago por salario.

ABSTRACT**Continuity and Longitudinality of Care
in General Practice in Four European
Countries**

Background: The objective of the study was to compare continuity and longitudinality of care in general practice in four European countries with a public salary model.

Methods: Descriptive and prospective study. 63 general practitioners/family physicians working in public health centers registered all encounters (direct and indirect) over a period of one week in Spain, Finland, Portugal and Sweden.

Results: 92% of the contacts were office encounters; 75% were direct (face to face); the average number of encounters per doctor, per week was 103. The principal problem was chronic in 42% of cases and acute in 31%. The physician has previous knowledge of the principal problem in 63% of the encounters and previous knowledge of concurrent problems in 79%. In 66% of cases the doctor has previous knowledge of the patient's relatives.

Conclusions: The level of continuity and longitudinality is variable: from high to low: Portugal, Spain, Sweden and Finland. In Spain the duration of the encounter is short and repeated prescription are infrequent. In Portugal there are waiting lists which implies low accessibility for acute problems. In Finland general practitioners have no patients lists and the care is despersonalized. In Sweden there are waiting lists and high use of telephone encounters.

Key words: Primary care. General Practice. Europe. Continuity. Longitudinality. Public Salary Model.

INTRODUCCIÓN

Las características básicas de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad¹. La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales. La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria. La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%). La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico. Este término tiende a confundirse con la continuidad, que es el seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente. En sentido estricto la continuidad no es un elemento característico de la medicina general ni exige una relación personal médico-paciente estable, pues con buenos registros (historia clínica, informes) se pueden concatenar los eventos de atención de un episodio de enfermedad. Sin embargo, la longitudinalidad precisa, además de registros de calidad, mantener una estabilidad personal en el tiempo y en el espacio de la interrelación médico-paciente en el seguimiento de sus problemas de salud, que difícilmente pueden ofrecer la atención especializada o los servicios de urgencias^{2,3}.

¿Es capaz el médico de atención primaria de ofrecer seguimiento a sus pacientes a lo largo del tiempo y en una zona geográfica concreta? Si escogemos países con una organización sanitaria similar (modelo público asalariado, países europeos occidentales con centros de salud públicos y estatales, cuyos médicos generales cobran mediante salario)⁴ podremos comparar el grado de continuidad y longitudinalidad que ofrecen en sus cuidados a los pacientes.

El objetivo de este estudio es comparar el nivel de continuidad/longitudinalidad de los cuidados en la atención primaria, de cuatro

países europeos, España, Finlandia, Portugal y Suecia, con un modelo sanitario público asalariado (*public salary model*)⁵.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los meses de noviembre y diciembre de 1993 se realizó, con el apoyo del *European General Practice Research Workshop* (EGPRW), un estudio piloto con 17 médicos voluntarios, que completaron 2.589 consultas en su despacho médico o en el domicilio del paciente, registrando datos del médico y del encuentro médico-paciente⁶. Tras su evaluación y desarrollo se confeccionó un nuevo cuestionario dividido en dos apartados, uno sobre el perfil profesional del médico y otro sobre los datos de cada consulta mantenida durante la última semana de septiembre de 1994 (del 26 de septiembre al 2 de octubre), salvo los portugueses que por problemas técnicos (dificultad en la distribución de los impresos) registraron los datos durante una semana de junio de 1995. El estudio fue apoyado de nuevo por el EGPRW.

El cuestionario del perfil profesional de los médicos generales participantes lo constituyen once preguntas: nombre, domicilio, edad, sexo, años de ejercicio profesional en medicina general, años de ejercicio en su actual trabajo, ambiente de trabajo (urbano, rural o mixto), dedicación en exclusividad (sí o no), si poseía listado de pacientes (sí o no), si tenía algún sistema de prescripción repetida para la medicación de crónicos (sí o no) y la media de días de espera para poder atender al paciente (0-1 días, 2-4 días, 5-8 días, o igual o mayor a 9 días).

El cuestionario del encuentro médico-paciente estaba constituido por otras once preguntas sobre el paciente: edad, sexo, problema principal de salud atendido, características de este problema (agudo, subagudo, crónico, preventivo u otro), si se ha visto previamente a este paciente por el mismo problema (sí o no), si se le ha visto previa-

mente por otro problema (sí o no), si se ha visto previamente a algún miembro de su familia (sí, no, no apropiado, o se desconoce), lugar del encuentro (en el despacho médico, en la casa del paciente u otro lugar), tipo de encuentro (directo o indirecto), derivación para el seguimiento del problema principal (no ha sido preciso, sí al mismo médico de cabecera, sí a otro médico general, o sí a un especialista), y duración de la consulta (menos de cinco minutos, de cinco a nueve minutos, de 10 a 14 minutos, o igual o mayor de 15 minutos).

Participaron 63 médicos de forma voluntaria y desinteresada, de los cuales 12 eran españoles, 19 finlandeses, 20 portugueses y 12 suecos. Los coordinadores nacionales del estudio eligieron a los médicos mediante dos criterios: estar trabajando en la misma plaza los últimos cinco años y no ejercer en el mismo centro de salud que cualquier otro médico participante en el estudio.

Los encuentros registrados incluían todas las consultas en el despacho médico, en la residencia del paciente y los contactos telefónicos (se registraron, pues, tanto los contactos directos como los indirectos). Las contestaciones a las preguntas eran únicas y excluyentes, aunque se admitían matizaciones cuando el profesional lo considerase oportuno.

Entre el material entregado a los médicos participantes se incluyó el diseño del estudio, las definiciones (continuidad, longitudinalidad, paciente, paciente nuevo, familia, problema principal, problema agudo, subagudo y crónico, encuentro, encuentro directo e indirecto, duración del encuentro, actividad preventiva)⁷ y comentarios (con ejemplos).

Los cuestionarios (en inglés) cumplimentados por los médicos generales participantes fueron enviados al coordinador nacional, que codificó el problema principal según la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP)⁸ de razones de consulta, para

su posterior tratamiento informático de los datos con DBase III Plus y SPSS 5.0.1.

RESULTADOS

Los 63 médicos participantes tenían una media de 42 años de edad, 9 años de ejercicio profesional en la misma plaza y mayoritariamente dedicación a tiempo completo (tabla 1). El 65% de los médicos eran hombres. Las mayores discrepancias aparecen en el entorno laboral y en los días de espera para ser atendidos los pacientes.

Se registraron 6.495 consultas médicas, con una media de 103 consultas por médico y semana (tabla 2). La edad media de los pacientes fue de 49 años, siendo el 60% mujeres.

El contacto fue directo con el paciente en el 75% de las consultas. El 92% de los encuentros tuvo lugar en el despacho del médico, en el 2% en la residencia del paciente y el 6% en otro lugar (generalmente, entrevista telefónica). La duración de la visita fue menor de 5 minutos en el 37% de las consultas, duró de 5 a 9 minutos en el 29%, de 10 a 14 minutos en el 21%, y 15 o más minutos en el 13% de los encuentros (tabla 3).

Los tres problemas de salud principales atendidos con mayor frecuencia se encuentran en la tabla 4. El problema principal atendido fue considerado como agudo en el 31% de las visitas, como subagudo en el 18%, crónico en el 42% y como una actividad preventiva en el 8% de las consultas.

Los médicos habían atendido previamente por el mismo problema principal al 63% de los pacientes que consultaron, por otro problema diferente al 79% y habían visto a algún familiar en el 66% de los casos (tabla 4). El problema principal atendido no precisó seguimiento en el 36% de las consultas, desencadenó otra cita con el mismo médico general en el 51% y se derivó a un especialista en el 9% de los encuentros; es decir, la

Tabla 1
Características de los médicos y de su lugar de trabajo

		<i>España</i>	<i>Finlandia</i>	<i>Portugal</i>	<i>Suecia</i>
Médicos (n)		12	19	20	12
Lista de pacientes (%)		100	22	100	100
Hombres (%)		75	58	35	92
Edad (media)		39	39	42	46
Años en la plaza (media)		6	11	10	10
Medicina General (media de años)		13	12	12	13
Dedicación a tiempo completo (%)		92	100	90	75
Prescripción repetida (%)		42	59	60	55
Entorno laboral (%)	Urbano	25	10	75	58
	Mixto	0	58	10	25
	Rural	75	32	15	17
Días de espera (%)	0-1 día	92	39	50	37
	2-4 días	8	22	10	9
	5-8 días	0	33	15	27
	≥ 9 días	0	6	25	27

Tabla 2
Características de los pacientes

	<i>España</i>	<i>Finlandia</i>	<i>Portugal</i>	<i>Suecia</i>
Consultas de pacientes (n)	1,851	1,777	1,782	1,085
Pacientes/semana/médico (media)	154	94	89	90
Edad (media)	52	42	50	52
Mujeres (%)	54	62	66	58
Pacientes nuevos (%)	13	22	5	17

integralidad de la atención fue del 87% (recorrido del 84% de Finlandia al 89% de España) al sumar los pacientes que no precisaron seguimiento con los que continuaron la asistencia del problema principal por el mismo médico de cabecera.

DISCUSIÓN

En este trabajo se describen las características de 63 médicos generales voluntarios

durante una semana laboral (su forma de trabajo, sus pacientes y los problemas de salud atendidos), por lo que hay que asumir que la muestra fue pequeña y la duración y época del año condicionan los resultados obtenidos. Pero, considerando la concordancia de nuestros datos con otros estudios^{9,10} y el similar modelo de organización sanitaria (pública asalariada), creemos que la información obtenida, sobre cualidades esenciales en el tipo de atención prestada a la po-

Tabla 3

Características del encuentro médico-paciente

		<i>España</i>	<i>Finlandia</i>	<i>Portugal</i>	<i>Suecia</i>
Encuentro directo (%)		83	74	72	71
Lugar del encuentro (%)	Despacho	97	96	88	82
	Domicilio	3	0	3	2
	Otro	0	4	9	16
Duración del encuentro (%)	< 5 min	52	29	30	36
	5-9 min	35	27	25	27
	10-14 min	10	29	29	17
	≥ 15 min	3	15	16	20

Tabla 4

Problema principal atendido

		<i>España</i>	<i>Finlandia</i>	<i>Portugal</i>	<i>Suecia</i>
Tipo de problema (%)	Agudo	34	38	17	35
	Subagudo	18	21	13	23
	Crónico	43	29	55	39
	Preventivo	5	11	13	2
	Otro	0	1	2	1
Tres patologías más frecuentes	Problema Principal Agudo ^a	R74 D73 R78	H71 R74 R75	R76 U71 R74	R74 H71 R76
	Problema Principal Crónico ^a	K86 L91 T90	K86 T90 K76	K86 T90 P76	K85 T90 R96
Atendido previamente (%)	Este problema	64	49	78	62
	Otro problema	79	69	90	78
	Algún familiar	70	54	82	54
Seguimiento (%)	No	48	40	24	30
	Mismo médico	41	44	64	57
	Otro médico general	1	9	1	3
	Especialista	10	7	11	10

^a Según la CIAP ⁵: **D73** otras infecciones presumibles del aparato digestivo; **H71** otitis media aguda, miringitis; **K76** otras enfermedades isquémicas crónicas del corazón; **K85** elevación de la presión arterial sin hipertensión; **K86** hipertensión no complicada; **L91** otras artrosis, artritis y procesos asociados; **P76** alteraciones depresivas; **R74** infección respiratoria alta (resfriado); **R75** sinusitis aguda o crónica; **R76** amigdalitis aguda; **R78** bronquitis o bronquiolitis aguda; **R96** asma; **T90** diabetes mellitus; **U71** cistitis u otras infecciones urinarias, no venéreas.

blación, es interesante y permite valorar la relación habitual entre los pacientes y los médicos generales en estos países, aunque no sean extrapolables a todos sus profesionales. La continuidad/longitudinalidad de la atención ha sido muy estudiada en medicina general/de familia^{11,12}, pero nunca en un contexto internacional, lo que aumenta la originalidad de los datos aquí presentados.

Entre las características de los médicos generales/de familia (tabla 1) se diferencian los finlandeses por no disponer siempre de lista de pacientes (cupos médicos); los portugueses por haber participado un mayor número de mujeres; y los españoles por atender a los pacientes en el mismo día en el que se solicita la consulta (no hay lista de espera en medicina general) y la menor implantación de sistemas de prescripción repetida (sistemas informáticos, recetas de larga duración). Todas estas características, muy evidentes en la muestra analizada, responden a los esquemas nacionales ya descritos^{5,9,10,13,14}.

Los pacientes atendidos presentaron características similares (tabla 2) salvo en el porcentaje de pacientes nuevos, destacando Portugal por su escaso número frente a los otros países. Ello puede indicar una mayor estabilidad y un mayor conocimiento de la población atendida en Portugal, como se confirma con los datos acerca de continuidad / longitudinalidad (tabla 4).

El 92% de los encuentros médicos se realizaron en el despacho profesional, pero destacan Portugal y especialmente Suecia, por un alto porcentaje de entrevistas telefónicas y a través de terceros (indirectas) (tabla 3). En España lo característico es la corta duración de las consultas, menos de cinco minutos, justificable por la falta de sistemas de prescripción repetida que aminoren las denominadas «consultas administrativas»¹⁵.

El problema principal de salud por el que el paciente demandaba atención al médico fue mayoritariamente (42%) de tipo crónico, salvo en Finlandia (tabla 4). El caso portugués es complejo porque a

pesar de tener un alto porcentaje de actividades preventivas, como Finlandia, presenta un bajo número de problemas agudos y un alto porcentaje de problemas crónicos; la diferencia es achacable a la barrera para citarse con el médico general (tabla 1) que orienta a los pacientes con problemas agudos hacia centros de urgencias extrahospitalarios.

Los problemas principales de salud son similares al diferenciarlos por grupos (tabla 4). Las enfermedades agudas son principalmente de tipo respiratorio, y entre las crónicas destacan la hipertensión arterial no complicada, y la diabetes mellitus.

La relación previa del médico con el paciente se cuantifica por el grado de información que el profesional dispone sobre los problemas de salud del paciente y sus familiares (continuidad/longitudinalidad personal y familiar) (tabla 4). Los médicos portugueses son los que tienen mayor conocimiento previo del problema principal atendido del paciente y sus familiares; los finlandeses los que menor información disponen. Estos datos confirman los previos que describen al sistema de salud finlandés como muy despersonalizado, por la falta de adscripción de un cupo de pacientes a cada médico^{13,14}. Los resultados españoles sin ser tan buenos como los portugueses se sitúan por encima de los finlandeses y suecos.

El problema principal de salud no precisó seguimiento, sobre todo en España, quizá por el mayor número de actividades burocráticas, como la prescripción repetida. En Portugal el atender menos problemas agudos probablemente incrementa el seguimiento del paciente por el mismo médico de cabecera (tabla 4).

En conclusión, en la muestra estudiada en los cuatro países europeos descritos, con modelo sanitario público asalariado, se ofrece a sus habitantes una atención primaria con continuidad y longitudinalidad variable (Portugal con el máximo, Finlandia con el mínimo), aunque cada país presenta características que lo

distingue. Así, en España las consultas administrativas de corta duración y la falta de sistemas de prescripción repetida; en Portugal las listas de espera y el escaso número de pacientes nuevos; en Suecia la consulta telefónica y las listas de espera; y en Finlandia, la falta de listado de pacientes y el menor conocimiento sobre los problemas de salud de estos y sus familiares. Puesto que la continuidad/longitudinalidad tiene impacto sobre el proceso de la atención¹⁶ y sobre la satisfacción de médicos¹⁷ y pacientes¹⁸, nuestros resultados apoyan aquellas políticas que asignan un cupo definido de pacientes a los médicos de cabecera en países del modelo público asalariado¹⁹.

AGRADECIMIENTOS

Organizaron la participación local: Mercé Forés (Gerona), José Antonio González Posadas (Madrid), Miguel Angel Ripoll (Ávila) y Francisco Sánchez (Sevilla). Registraron en España: José E. Blanco Montagut (Ávila), Joaquín Javier Coronado Sánchez (Sevilla), Jaume Domenech Domenech (Gerona), Mercé Forés Vinta (Gerona), Rosa M.^a Hernández López (Madrid), Jordi Isart i Rafecas (Gerona), Ignacio Iscar Valenzuela (Madrid), José A. Lebrón Cruzado (Sevilla), Antonio López Miras (Madrid), Miguel Ángel Ripoll Lozano (Ávila), Rafael Sánchez Camacho (Ávila) y Concepción Urraca Díez (Ávila).

BIBLIOGRAFÍA

- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Starfield B. *Primary care. Concept, evaluation and policy*. Nueva York: Oxford University Press; 1992.
- Gérvás JJ, Pérez Fernández MM, García Sagredo P. Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. En: Gérvás JJ, ed. *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos; 1987. p. 6-16.
- Gérvás J, López Miras A, Pastor Sánchez R. Atención Primaria en Europa. *Aten Primaria* 1993; 12: 294-300.
- Gérvás J, Pérez M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 1994; 11: 307-317.
- Gérvás J, López Miras A, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M. Continuity and longitudinality in Europe: a pilot study [abstract]. *Fam Pract* 1994; 11: 498-499.
- Comité de Clasificación de la WONCA. Glosario internacional de atención primaria. En: *Clasificación de la WONCA en Atención Primaria*. Barcelona: Masson/SG; 1988. p. 253-268.
- Lamberts H, Wood M, editores. *Clasificación Internacional en Atención Primaria*. Barcelona: Masson/SG; 1990.
- Fleming D, editor. *The European Study of referrals from primary to secondary care*. Occasional Paper n.º 56. Londres: Royal College of General Practitioners; 1992.
- Leurquin P, Casteren VV, Macseneer JD, Euro-sentinel Study Group. Use of blood tests in general practice: a collaborative study in eight European countries. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 21-25.
- Freeman G. Continuity of care in general practice: a review and critique. *Fam Pract* 1984; 1: 245-252.
- Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organizational aspects. *Fam Pract* 1989; 6: 292-298.
- Crombie DL, Zee J, Backer P. The interface study. Occasional Paper n.º 48. Londres: Royal College of General Practitioners; 1990.
- Boerma WGW, Jong FAJM, Mulder PH. Health care and general practice across Europe. Utrecht: Nivel; 1993.
- Ogando Díaz B, Giménez Vázquez A, De Andrés Nuñez ME, García Olmos LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria* 1995; 15: 290-296.
- Hjortdahl P, Borchgrink CF. Continuity of care: influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303:1181-1184.
- Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA, King C. Continuity of care in a family practice residence program. Impact on physician satisfaction. *J Fam Pract* 1990; 31: 69-73.
- Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-1290.
- Gérvás J, Ortún V. Características del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 501-506.