

**V Barómetro
EsCrónicos 2019:
Continuidad
Asistencial**

Informe de resultados

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Millán Arroyo Menéndez
Lucila Finkel Morgenstern
Cristóbal Torres Albero
Mario Garcés Romeu
María Gálvez Sierra (POP)

Índice

1. Introducción y objetivos
2. Metodología
3. Enfermedades crónicas padecidas
4. Perfil sociológico de los encuestado
5. Valoración del estado de salud
6. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario y de la atención sanitaria recibida
7. Valoración del grado de coordinación de los profesionales sanitarios
8. Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria.
9. Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico especialista.
10. Valoración de la continuidad de la información.
11. Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la coherencia del cuidado
12. Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la accesibilidad entre niveles
13. Valoración de la continuidad asistencial según variables explicativas
14. Valoración de la continuidad de la gestión entre diversos servicios sanitarios
15. Análisis causal de la continuidad asistencial
16. Conclusiones y recomendaciones
17. Anexo I: Cuestionario utilizado

1. Introducción y objetivos

OBJETIVO GENERAL:

El Barómetro EsCrónicos cuyos principales resultados se presentan en este informe supone la quinta edición del mismo. En esta edición, se ha dotado al Barómetro de un enfoque específico y monográfico sobre la continuidad asistencial, aunque se mantienen algunas preguntas básicas sobre satisfacción con la atención sanitaria y valoración del sistema sanitario.

Los objetivos de investigación en esta ola han sido los siguientes:

OBJETIVO GENÉRICO:

Reunir información para conocer y valorar la percepción de las personas con enfermedad crónicas sobre la calidad de la asistencia recibida y con especial enfoque a cómo funciona la continuidad asistencial, atendiendo a la coordinación entre generalistas, especialistas y otros tipos de personal sanitario que intervienen en la atención a enfermos crónicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Conocer la continuidad asistencial entre: médicos generalistas y especialistas, ATS y trabajadores sociales sanitarios de las CCAA y Ayuntamientos. Así como farmacéuticos comunitarios (hospitalarios y de atención primaria).
- ✓ Averiguar si existe un facultativo responsable de coordinar dicha continuidad y quién es (generalistas o distintos especialistas).
- ✓ Averiguar quiénes tienen asignado

un responsable de cuidados de enfermería.

- ✓ Conocer el impacto de la continuidad asistencial, en la satisfacción con la atención recibida, en la fluidez de transmisión de la información médica y en la eficacia de la atención recibida.
- ✓ Proponer medidas de mejora de dicha continuidad asistencial en base a los resultados del estudio.

2. Metodología

La población objetivo es el colectivo de enfermos crónicos de todas las edades residentes en el territorio del Estado Español, excluyendo Ceuta y Melilla.

El ámbito del estudio se ha delimitado a un conjunto de enfermedades especialmente representativas que se mencionan a continuación:

- Alzheimer
- Artritis
- Artrosis
- Autismo
- Cáncer de mama
- Cáncer (otros tipos)
- Crohn y colitis ulcerosa
- Daño Cerebral
- Enfermedad mental
- Enfermedad rara
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neuromuscular
- Esclerosis múltiple
- Espondiloartritis
- Fibromialgia
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Hidrosadenitis
- Hipertensión pulmonar

- Ictus
- Lesión medular
- Lupus
- Migraña crónica
- Osteoporosis
- Piel de Mariposa
- Psoriasis
- Síndrome de fatiga crónica
- Uveitis
- VIH
- Otras (especificar)

TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN:

Encuesta autocumplimentada, mediante cuestionario estructurado y cerrado distribuido online. De unos 11 minutos de duración media. Implementado mediante el software Lime Survey y almacenado en un servidor de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM.

MUESTRA:

Se obtuvieron un total de 1529 entrevistas válidas, representativas del universo de referencia. El margen de error aleatorio para el conjunto de la muestra es de +/- 2,56%, asumiendo el supuesto de aleatoriedad, $p=q=50\%$ y un nivel de confianza de 2 Sigma (95,5%). Tras aplicar la ponderación se considera que dicho margen de error aleatorio es aplicable a la muestra resultante.

Se trató de una muestra por cuotas por tipo de enfermedad y comunidades autónomas. Las cuotas no eran proporcionales a los parámetros del universo sino que buscaban tener bases suficientes para asegurar la representatividad de todos los segmentos, que fueron ajustados a posteriori conforme a los parámetros teóricos del universo mediante ponderación.

La muestra finalmente obtenida fue

equilibrada mediante ponderación, por enfermedades, comunidades autónomas y sexo.

CRITERIOS DE DEPURACIÓN Y VALIDEZ:

Las entrevistas autocumplimentadas requieren una depuración previa. Se anularon aquellos cuestionarios que no hubiesen cumplimentado al menos el 80% de la información requerida. Se detectaron y anularon registros con información escasa o vacíos y se efectuó un control de registros duplicados o idénticos. Además se sometió la información recogida a controles de coherencia interna, para evitar cuestionarios inconsistentes.

LOGÍSTICA DE CAMPO:

Bajo la coordinación de la POP, el cuestionario se distribuyó entre 26 asociaciones de pacientes de enfermos crónicos, las cuales colaboraron difundiendo este cuestionario entre personas con enfermedades crónicas. El personal de dichas asociaciones, además de ocuparse de la distribución, se ocupó también de ayudar a cumplimentarlo a las personas mayores y otras con dificultades para la cumplimentación del cuestionario a través de internet.

Las asociaciones que han participado en este trabajo de campo han sido las siguientes:

- Confederación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU).
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- Federación Española de Transplantados de Corazón (FETCO).
- Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA).
- Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN).
- Federación Nacional de Asociaciones

- de Prematuros (FNAP).
- Federación Española de Hemofilia (FEDHEMO).
 - Alianza Aire.
 - Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).
 - Asociación de Ayuda Afasia (AFASIA).
 - Federación Nacional de Asociaciones de Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER).
 - Asociación Española contra la Osteoporosis (AECCO).
 - Asociación Española de Pacientes con Cefalea (AEPAC).
 - Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar.
 - Asociación Piel de Mariposa España (DEBRA).
 - Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA).
 - Confederación de Asociaciones de Fibromialgia y Fatiga Crónica.
 - Coordinadora Nacional de Artritis (CONARTRITIS).
 - Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (ASEM).
 - Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESPAÑA).
 - Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).
 - Federación Española de Ictus (FEI).
 - Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH).
 - Federación Española de Parkinson (FEP).
 - Federación Española de Fibrosis Quística (FQ).
 - Liga Reumatológica Española (LIRE).

FECHAS DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO:

Se inició el trabajo de campo el 12 de julio y terminó el 13 de noviembre de 2019.

ESTIMACIÓN DEL UNIVERSO Y PONDERACIÓN

Para equilibrar la muestra y conseguir la representatividad distributiva del universo descrito, fue necesario en primer lugar estimar los parámetros del universo (hasta dicha estimación resultaban desconocidos) y posteriormente reequilibrar la muestra de acuerdo con dicha estimación.

Estimación del Universo: Al no existir un censo o patrón descriptivo de la estructura del universo de enfermos crónicos en España, procedimos a su estimación de acuerdo con los siguientes criterios. Primero, eligiendo un conjunto de enfermedades crónicas representativas, las mencionadas en el apartado 'universo'. Segundo, determinando de acuerdo con fuentes bibliográficas especializadas, las prevalencias de dichas enfermedades en el conjunto de la población española (en caso de disparidad de las fuentes, se aplicó prevalencia intermedia). Tercero: partiendo de las prevalencias, infiriendo la presencia de dichas enfermedades en el conjunto de dicho colectivo de enfermos crónicos que padecen las enfermedades. Cuarto: se supuso que la distribución de los enfermos crónicos por comunidades autónomas es similar a como se distribuye la población general por dichas comunidades. Por último, hemos supuesto también que el perfil de sexo y edad del universo era aproximado al perfil de edad resultante en el colectivo de enfermos pertenecientes a alguna asociación en la encuesta de 2016, en el conjunto de enfermedades contempladas.

Ponderación: Para equilibrar la muestra fue necesario aplicar una ponderación. El método de ponderación elegido fue el de 'ponderación de cuotas directas mediante iteración por pasos', alcanzando un total de 50 iteraciones.

(Se utilizó para ello el software Gandía Barbwin). Las variables a incluir en la ponderación fueron: tener o no cada una de las enfermedades crónicas identificadas en el cuestionario, comunidades autónomas y sexo.

El resultado es una muestra razonablemente bien ajustada a los

parámetros del universo en las variables indicadas y en cualquier otras que correlacionen con estas, en el conjunto de la muestra.

Los datos de estimación del universo y de la ponderación figuran en las tablas siguientes:

TABLA 1 | Ponderación de la muestra según enfermedades

ENFERMEDADES	TEÓRICA	REAL
Alzheimer	167	52
Artritis	59	32
Cáncer de mama	7	53
Cáncer (otros tipos)	58	21
Crohn y colitis ulcerosa	2	128
Enfermedad rara	1	116
Enfermedad renal	1	61
Enfermedad cardíaca	197	96
Enfermedad neuromuscular	128	13
Esclerosis múltiple	10	127
Espondiloartritis	30	10
Fibromialgia	237	140
Fibrosis quística	1	18
Hemofilia	1	3
Hidrosadenitis	99	8
Hipertensión pulmonar	1	3
Lesión medular	1	63
Lupus	1	21
Migraña crónica	296	319
Síndrome de fatiga crónica	1	86
VIH	31	20
Sjörgren/Inmunomed	99	38
Otras	101	101
TOTAL	1529	1529

TABLA 2 | Ponderación de la muestra según comunidad autónoma

ENFERMEDADES	TEÓRICA	REAL
Andalucía	276	235
Aragón	43	79
Asturias	34	39
Canarias	70	41
Cantabria	19	20
Castilla - La Mancha	67	54
Castilla León	79	164
Cataluña	249	141
Comunidad de Madrid	216	321
Comunidad Valenciana	163	170
Extremadura	35	17
Galicia	89	76
Islas Baleares	37	54
La Rioja	10	9
Navarra	21	34
País Vasco	73	49
Región de Murcia	48	26
TOTAL	1529	1529

TABLA 3 | Ponderación de la muestra según sexo

SEXO	TEÓRICA	REAL
Varón	688	366
Mujer	841	1163
TOTAL	1529	1529

DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE 'ENFERMOS CRÓNICOS'.

En este estudio se ha optado por un concepto operativo: padecer alguna de las enfermedades más características de dicho colectivo, enumeradas arriba.

QUESTIONARIO

El cuestionario utilizado se incluye en el Anexo I.

3. Enfermedades crónicas padecidas

Antes de iniciar el análisis empírico de los datos obtenidos en la encuesta indicar que todas las frecuencias que aparecen en las distintas tablas que se aportan en este informe se dan redondeadas a la unidad. Así pues, el valor cero '0' en las tablas indica simplemente que dicho redondeo es inferior a 0,5%.

El colectivo de enfermos crónicos en España, tal como ha sido operativizado para esta investigación (ver capítulo metodológico), padece las siguientes enfermedades crónicas que se indican conforme a su frecuencia en la Tabla 4. En la columna numérica de la izquierda de esta tabla figura la enfermedad crónica que los propios pacientes (o por defecto sus familiares) consideran la principal de la que ha sido diagnosticada. En la columna de la derecha figuran el total de menciones recogidas respecto de otras enfermedades, aparte de la principal, de las que han sido diagnosticados los encuestados.

Como puede apreciarse en esta tabla es la migraña crónica la enfermedad más diagnosticada entre los encuestados. En concreto, un 19% de la muestra

la refiere como la enfermedad o trastorno principal. Por orden de prevalencia le siguen la fibromialgia (16%), la enfermedad cardíaca (13%) y el alzheimer (11%). Este cuarteto de enfermedades supera el umbral del 10% de frecuencias. El resto de las numerosas enfermedades o trastornos considerados no alcanza el umbral señalado, si bien despuntan las frecuencias de la enfermedad neuromuscular (8%) y de Sjörgren (6%), así como la artritis y los distintos tipos de cáncer (excepto el de mama), ambos con el 4%.

Junto a la enfermedad o trastorno principal diagnosticado la muestra de enfermos crónicos señala otras que también se les han identificado. En este sentido destaca por su incidencia la artrosis (8%), la enfermedad mental (5%), las migrañas crónicas y, de nuevo, los distintos tipos de cáncer (excepto el de mama). Todas ellas con una frecuencia del 4%. No obstante lo anterior, resulta reseñable que una tercera parte (32%) de los encuestados no refieren ninguna otra enfermedad y optan por el ítem del No sabe/No contesta.

Es interesante poner de manifiesto que la migraña crónica afecta especialmente a las mujeres (24%), los menores de 40 años (35%), y a quienes presentan un muy alto avance de la enfermedad (36%) y se definen por un estado regular de salud (25%). En lo que hace a la fibromialgia el perfil sociológico de la enfermedad se hace más intenso en las mujeres (24%), en una edad de entre 50 y 59 años (25%), con mal estado de salud (27%) y cuatro o más especialistas visitados (23%).

El anterior perfil contrasta con el hecho de que en la enfermedad cardíaca es una enfermedad en la que sobresalen

TABLA 4 | Distribución de la muestra por tipo de enfermedad o trastorno diagnosticado (%)

ENFERMEDADES	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	OTRO DIAGNÓSTICO
Alzheimer	11	0
Artritis	4	1
Artrosis	0	8
Autismo	0	0
Cáncer de mama	0	2
Cáncer (otros tipos)	4	4
Crohn y colitis ulcerosa	0	1
Daño Cerebral	0	0
Enfermedad mental	1	5
Enfermedad rara	0	3
Enfermedad renal	0	3
Enfermedad cardíaca	13	3
Enfermedad hepática	1	1
Enfermedad neuromuscular	8	1
Esclerosis múltiple	1	0
Espondiloartritis	2	1
Fibromialgia	16	3
Fibrosis quística	0	0
Hemofilia	0	0
Hidrosadenitis	6	1
Hipertensión pulmonar	0	1
Ictus	0	1
Lesión medular	0	1
Lupus	0	0
Migraña crónica	19	4
Osteoporosis	0	1
Piel de Mariposa	0	0
Psoriasis	0	3
Síndrome de fatiga crónica	0	5
Uveitis	0	1
VIH	2	0
Cefaleas	1	1
Inmunomediadas	1	1
Raras	0	0
Respiratorias	0	1
Tiroideas	0	1
Sjörgren	5	0
Otras	2	9
Ns/nc	0	32
(N= 1.529)	97%	99%

los hombres (25%), los mayores de 60 años (33%) y auto posicionados como de clase media-alta (20%), con un escaso avance de la enfermedad (22%) y un buen estado de salud (22%). Y en un perfil cercano se encuentran los enfermos de alzheimer dado que despuntan los hombres (15%), los mayores de 60 años (19%), quienes cuentan con estudios primarios (23%), un estado de salud regular (16%) y con ninguna o sola una visita al especialista (18%).

En relación a la enfermedad o trastorno principal sufrido por la muestra es también significativo conocer el periodo en el que fueron diagnosticados de tal padecimiento. Los datos que aporta la Tabla 5 muestran una distribución significativamente regular por lo que hace a los últimos veinte años, si bien algo más de la mitad de la muestra (53%) había sido diagnosticada en la última década (2010 a 2019). No obstante lo anterior, dado el amplio periodo considerado en la categoría de hasta 1.999 resulta que el año medio de diagnóstico es 2005. Es decir, que como promedio llevan conviviendo con la enfermedad 15 años.

TABLA 5 | Periodo en que fue diagnosticado de la enfermedad o trastorno principal

	%
Hasta 1.999	19
De 2.000 a 2.009	27
De 2.010 a 2.015	30
De 2.016 a 2.019	23
No sabe	0
No contesta	1
(N= 1.529)	100%
Año medio	2.005

Al respecto es significativo destacar que los hombres (2.003) han sido

diagnosticados antes que las mujeres (2.007), así como aquellos que han visitado a ninguno o solo un especialista (2.002).

4. Perfil sociológico de los encuestados

Continuando con la caracterización que se ofrecía en el epígrafe dedicado a la Metodología del estudio, cabe aquí considerar toda una serie de aspectos referidos a la caracterización de la muestra del estudio, es decir, a la identificación del perfil sociológico de las personas entrevistadas que son representativas del más amplio universo de pacientes tomado en consideración en el presente estudio. Para esta tarea se han considerado tres amplios subperfiles vinculados a las variables sociodemográficas, a las socioeconómicas y a la relación con el sistema sanitario que se han recogido, respectivamente, en las Tablas 6, 7, 8 y 9.

En la Tabla 6 y en la Tabla 7 se presenta el perfil de los encuestados según las variables sociodemográficas. En concreto en la Tabla 6 se referencian las variables de género, edad, estado civil, condición de progenitor y número de personas que conviven en el hogar. Y en la Tabla 7 aparece la distribución geográfica conforme a la comunidad autónoma de residencia.

Los datos sociodemográficos muestran un ligero predominio de las mujeres (55%) respecto de los hombres (45%), con un ligero predominio de las personas de más de 50 años dado que la edad media es de 52,1 años. Pero especialmente destaca que este colectivo está mayoritariamente formado por solteros, puesto que este

estado civil agrupa a las dos terceras partes de la muestra (65%); y también de manera bien significativa, por el hecho de que no han sido padres o madres (72%). No obstante lo cual, conviven de manera muy mayoritaria en hogares de más de 1 persona. Así, solo el 11% de los encuestados vive solo y el tamaño medio del hogar es de 2,7 personas.

Por lo que hace a la residencia, indicar que la distribución geográfica de los entrevistados es similar a la más amplia distribución del peso general de la población española. De esta manera destacan como lugares de residencia las comunidades de Andalucía (18%), Cataluña (16%), Madrid (14%) y Comunidad Valenciana (11%).

Por lo que hace a las distintas variables socioeconómicas consideradas, que se relacionan en la Tabla 8, la población entrevistada destaca por sus estudios universitarios (45%), por trabajar por cuenta ajena (34%) o estar jubilados (26%), definirse subjetivamente como pertenecientes a la clase media baja (44%), y tener un vínculo cotidiano intenso de conexión a Internet (57% lo hace todos los días, más de una hora). Es relevante también que existe una división prácticamente de igual peso entre aquellos que tienen diferentes grados de dificultad para llegar a final de mes (50%) y quienes tienen distintos niveles de facilidad (48%). Y también, conforme a la división entre quienes trabajan o no, existe una lógica división entre quienes no reciben ningún tipo de pensión (56%) y los que si disponen de algún tipo de prestación (39%).

TABLA 6 | Periodo en que fue diagnosticado de la enfermedad o trastorno principal

SEXO	
Hombre	45
Mujer	55
EDAD	
Hasta 29 años	3
De 30 a 39 años	15
De 40 a 49 años	26
De 50 a 59 años	27
60 y más años	28
Edad media	52,1
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	65
Casado/a o vive en pareja	31
Divorciado/a o separado/a	0
Viudo/a	0
Ns/nc	4
PROGENITOR/A	
Sí	18
No	72
Ns/nc	10
Nº DE PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL HOGAR	
1	11
2	38
3	26
4	21
5 y más	4
Ns/nc	1
Tamaño medio del hogar	2,7

TABLA 7 | Distribución de los entrevistados según la Comunidad Autónoma de residencia (%)

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA	
Andalucía	18
Aragón	3
Asturias	2
Canarias	5
Cantabria	1
Castilla - La Mancha	4
Castilla León	5
Cataluña	16
Comunidad de Madrid	14
Comunidad Valenciana	11
Extremadura	2
Galicia	6
Islas Baleares	2
La Rioja	1
Navarra	1
País Vasco	5
Murcia	3
(N= 1.529)	100%

Finalmente en lo que respecta al perfil de los entrevistados conforme a su vínculo con el sistema sanitario (Tabla 9) es muy relevante destacar que el 38% de la muestra declara usar tanto la sanidad pública como la privada. Con todo es también significativo que más de la mitad (59%) solo usa la sanidad pública y que el número de usuarios en exclusiva de la sanidad privada es ínfimo (2%).

Para finalizar la descripción de los rasgos principales del colectivo entrevistado referir que algo más de la mitad de los entrevistados (57%) declaran que pertenecen a alguna asociación de pacientes, mientras que el 43% indican que no tienen este vínculo de pertenencia.

TABLA 8 | Perfil de los entrevistados según variables socioeconómicas (%)

NIVEL DE ESTUDIOS	
Sin estudios o primarios incompletos	2
Primarios	11
Secundarios de primer ciclo	15
Secundarios de segundo ciclo	26
Universitarios	45
Ns/nc	2
SITUACIÓN LABORAL	
Trabajador por cuenta ajena	34
Empleado por cuenta propia	6
Desempleado	14
Jubilado	26
Estudiante	1
Otra situación	16
Ns/nc	3
BENEFICIARIO PENSIÓN	
Contributiva	31
No contributiva	6
Por hijos a cargo	2
No recibe ninguna pensión	56
Ns/nc	4
CLASE SOCIAL SUBJETIVA	
Alta	0
Media-Alta	29
Media-Baja	44
Baja-Trabajadora	24
Ns/nc	2
DIFICULTAD PARA LLEGAR A FINAL DE MES	
Con mucha dificultad	14
Con dificultad	12
Con cierta dificultad	24
Con cierta facilidad	25
Con facilidad	19
Con mucha facilidad	4
Ns/nc	1
VÍNCULO CON INTERNET	
Todos los días, más de una hora	57
Todos los días, menos de una hora	20
Varias veces a la semana	17
Como una vez por semana	2
Con menos frecuencia	1
Nunca uso internet	3
(N= 1.529)	100%

TABLA 9 | Perfil de los entrevistados según vínculo con el sistema sanitario (%)

USO SANIDAD PÚBLICA VS. PRIVADA	
Solo uso la sanidad pública	59
Solo uso la sanidad privada	2
Uso ambas	38
Ns/nc	1
PERTENENCIA A ASOCIACIÓN DE PACIENTES	
Sí	57
No	43
Ns/nc	1
(N= 1.529)	100%

5. Valoración del estado de salud

A las personas entrevistadas se les pedía que realizaran una autoevaluación del estado de avance de la enfermedad principal diagnosticada. Para ello se ha usado una escala numérica comprendida entre el 1 y el 10 en el que el primer número supone un estado muy inicial y el último dígito un estado muy avanzado. Los resultados que se presentan en la Tabla 10 muestran un progreso algo avanzado, dado que la media resultante es 6,7 de una escala en la que el punto medio sería 5,5.

Este ligero nivel de avance en términos del agregado medio de la muestra se concreta en una distribución en la que destacan aquellos que declaran que la enfermedad está bastante

(puntuaciones de 7 y 8) o muy avanzada (puntuaciones de 9 y 10). Así, el 39% señala que está bastante avanzada y el 23% muy avanzada, lo que hace que casi dos terceras partes de la muestra (62%) indiquen un alto nivel de avance de la enfermedad. Frente a este negativo posicionamiento, algo más del tercio restante (36%) señalan un bajo (puntuaciones de 0 a 4) o ligero avance de su enfermedad (puntuaciones de 5 y 6). En ambos casos con un 18%.

Es interesante destacar que esta distribución general del agrado de avance en la muestra es muy regular entre las diferentes variables de análisis consideradas. No obstante, puede referirse que el avance medio de la enfermedad es algo más acusada entre las mujeres (7), los menores de 40 años (7,1), aquellos con estudios secundarios (7,1) y quienes se ubican en la clase social baja de trabajadores (7).

TABLA 10 | Evaluación del estado de avance de la enfermedad principal diagnosticada (escala 0-10)

	%
De 0 a 4	18
5 y 6	18
7 y 8	39
9 y 10	23
Ns/nc	2
Media	6,7
(N= 1.529)	100%

TABLA 11 | Evaluación del estado de salud personal en el último año

	%
Muy bueno	3
Bueno	19
Regular	30
Malo	30
Muy malo	16
Ns/nc	2
(N= 1.529)	100%

En consonancia con lo registrado en los párrafos anteriores, al indagar sobre el estado de salud personal en el último año resulta que quienes indican una apreciación negativa (46%) son el doble de los que lo hacen de manera meliorativa (22%), existiendo una significativa franja intermedia que optan por el calificativo de regular (30%). En todo caso, las posiciones más templadas del estado de salud siempre destacan frente a las extremas, tal como puede apreciarse en la Tabla 11.

Así, un 30% de los entrevistados señalan un mal estado de salud en los últimos doce meses frente al 16% que indica un muy mal estado. Y prácticamente igual diferencia se da entre quienes declaran un buen estado (19%) respecto a los que dicen un estado muy bueno (3%).

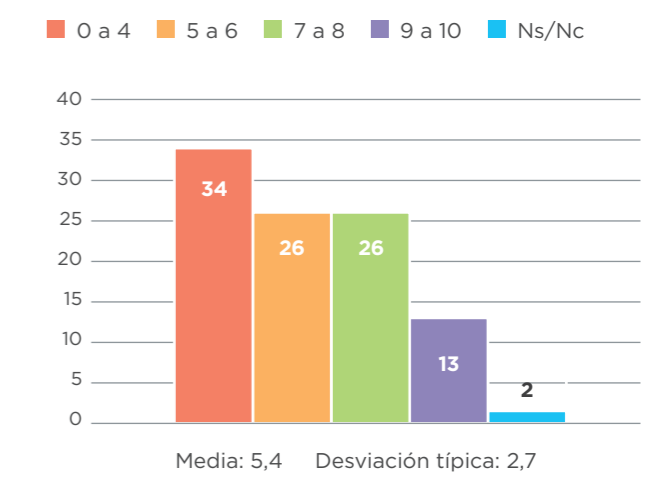
Es relevante destacar que son las mujeres las que indican que su estado de salud en el último año ha sido malo o muy malo (35% y 21%, respectivamente), las personas de 50 a 59 años (38% y 21%), quienes se definen como clase baja trabajadora (43% y 29%), y lógicamente aquellos con un muy alto avance del estado de la enfermedad (40% y 36%), así como quienes ya han visitado 4 o más especialistas (40% y 22%). También es significativo que quienes tienen estudios primarios o secundarios optan en mayor medida por definir un estado personal de salud malo (37% y 36%, respectivamente).

6. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario y de la atención sanitaria recibida

Al igual que ocurría con la autoevaluación del estado de avance de la enfermedad principal diagnosticada, también para valorar el aspecto macro del funcionamiento del sistema sanitario público en España y la aproximación micro de la satisfacción con la atención sanitaria recibida se recurrió a una escala numérica, si bien en estos casos comprendida entre el 0 y el 10 en el que el 0 supone una valoración de mucha insatisfacción y el 10 la opción extrema contraria, es decir, mucha satisfacción.

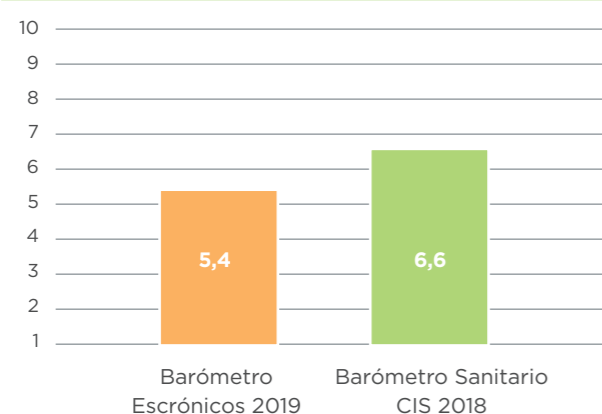
Las respuestas obtenidas (Gráfico 1) indican una satisfacción media de suficiente (5,4 de media aritmética en una escala con un punto medio de 5,0) por lo que hace al funcionamiento del sistema sanitario público en nuestro país. Sin embargo el detalle que se ofrece en el referido gráfico permite establecer el significativo hecho de que una tercera parte de la muestra (34%) tiene una opinión negativa (puntuación de 0 a 4). No obstante algo más de otra tercera parte (39%) tiene una valoración positiva (puntuaciones de 7 y 8) o muy positiva (puntuaciones de 9 y 10), y una cuarta parte (26%) presenta una satisfacción suficiente (puntuaciones de 5 y 6).

Resulta relevante que las opiniones negativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario público en España son más elevadas entre las mujeres (40%), los menores de 40 años (47%) y aquellos que se definen como clase baja trabajadora (56%). También destacan por sus opiniones de insatisfacción aquellos con el mayor avance de la enfermedad principal diagnosticada (43%) y con un mal estado de salud en el último año (52%). Significativamente las opiniones más positivas (puntuaciones de 9 y 10) sobre el funcionamiento del sistema se da entre quienes tienen un bajo nivel de avance de la enfermedad principal (23%) y aquellos con un buen estado de salud en los últimos doce meses (24%).

Gráfico 1 | Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (escala 0-10), N=1.529

Resulta de interés considerar que esta media (5,4) de satisfacción de la encuesta de enfermos crónicos es

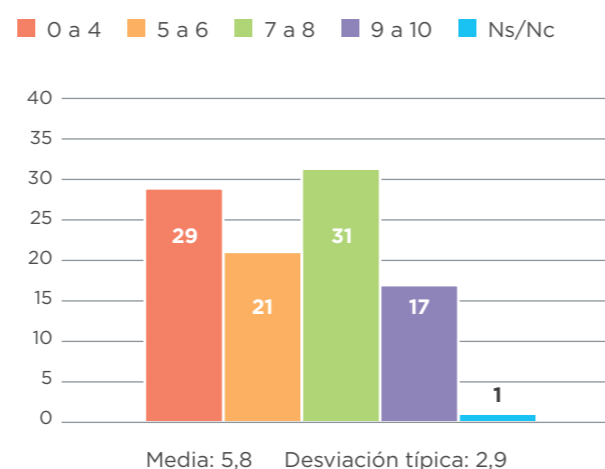
Gráfico 2 | Comparación de medias de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (Barómetro EsCrónicos 2019 y Barómetro Sanitario del CIS 2018)



significativamente inferior a la media de satisfacción que presenta el Barómetro Sanitario que realizó el CIS a la totalidad de la población española en 2018 (marzo-octubre), que ha sido de 6,6. Es decir un aprobado alto frente a un aprobado justo, si bien la escala del CIS tiene un recorrido entre 1 y 10 (punto medio 5,5), y la de nuestro estudio entre 0 y 10 (punto medio 5).

La satisfacción media con la atención sanitaria recibida en el último año (Gráfico 3) es ligeramente más alta (5,8) que la registrada con el funcionamiento del sistema sanitario público (5,4). Es decir que estas 4 décimas de diferencia suponen que, frente al aspecto macro del funcionamiento del sistema sanitario público en España, la perspectiva micro que implica la atención sanitaria recibida por el enfermo en el último año recibe una mejor consideración que le permite casi alcanzar la nota de una

Gráfico 3 | Satisfacción con la atención sanitaria recibida en el último año (escala 0 -10)



buena atención. Así las opiniones negativas (de 0 a 4) no alcanzan a la tercera parte de los entrevistados (29%), mientras que las opiniones positivas (puntuaciones de 7 y 8) o muy positivas (de 9 y 10) suman casi a la mitad de la muestra (48%), tal y como puede apreciarse en la referido gráfico 2. Adicionalmente una quinta parte de los encuestados (21%) presentan una suficiente satisfacción (puntuación de 5 y 6).

La satisfacción media con la atención sanitaria recibida es significativamente más alta entre los hombres (6,4), los mayores de 60 años (6,6), con estudios primarios (6,8) y autoposicionados en la clase social media alta (6,7). También es más positiva la satisfacción de aquellos con un bajo avance de la enfermedad (6,7) y con quienes definen como bueno su estado de salud personal en el último año (7,6).

La anterior evaluación de la satisfacción general con la atención sanitaria recibida en el último año se ha desglosado también para tres ámbitos fundamentales de la asistencia sanitaria. A saber, las consultas del médico de atención primaria, las consultas del médico especialista y, finalmente, las urgencias.

Los resultados obtenidos, que aparecen en la Tabla 12 y en el Gráfico 4, muestran una valoración especialmente positiva en lo que hace a las consultas del médico de atención primaria de la sanidad pública (64% frente a solo un 12% de opiniones negativas), así como en las consultas del médico especialista de la sanidad pública (50% frente al 23% de valoraciones negativas). Y, aunque en menor medida, también en el caso de las urgencias la valoración

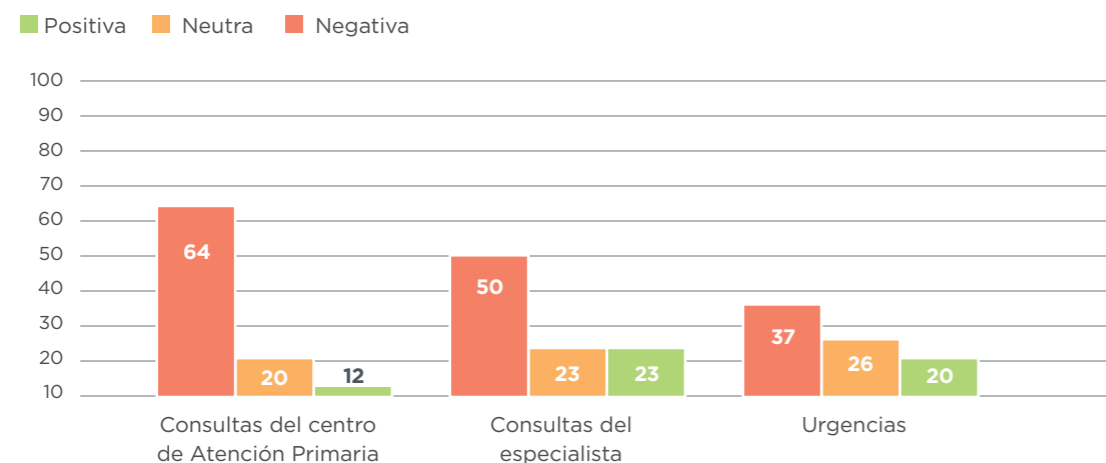
meliorativa es significativamente más alta (37%) que las desaprobaciones (20%). No obstante esta progresiva pero sostenida mayor valoración positiva que negativa, cabe también destacar que entre una cuarta y quinta parte de los entrevistados tienen una valoración neutra (conforme a la opción de respuesta de Regular) en cada uno de los tres ámbitos sanitarios considerados.

Aun cuando existe una distribución bastante regular entre las distintas variables de análisis consideradas, si cabe reseñar como significativo que los hombres y aquellos con estudios primarios son los que más se distinguen por valorar como buena la atención en los distintos ámbitos, mientras que los menores de 40 años son los que sobresalen por valorar como muy mala

TABLA 12 | Valoración atención recibida en servicios sanitarios públicos en el último año (%)

ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA	CONSULTAS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTAS DEL ESPE-CIALISTA	URGENCIAS
Muy buena	23	15	11
Buena	41	35	26
Regular	20	23	26
Mala	7	15	11
Muy mala	5	8	9
Ns/nc	1	1	2
No he acudido	1	2	13
No uso la sanidad pública	1	2	2
(N= 1.529)	100%	100%	100%
Valoración positiva	64	50	37
Valoración neutra	20	23	26
Valoración negativa	12	23	20

Gráfico 4 | Valoración de la atención sanitaria recibida (%)



la atención recibida en las consultas del médico de atención primaria (13% frente a una frecuencia media del 5%) y de urgencias (23% respecto de una media del 9%). Algo que, sin embargo, no ocurre en el caso de las consultas del médico especialista en la sanidad pública. Al respecto, las opiniones más positivas en este último ámbito se dan entre aquellos con un escaso avance de la enfermedad (28% frente al 15% de frecuencia global que valoran como muy buena), y quienes tienen una buena autovaloración de su estado de salud (52% frente al 35% del total muestral que la valoran como buena).

7. Valoración del grado de coordinación de los profesionales sanitarios

La valoración que hace el colectivo muestral del grado de coordinación de los profesionales sanitarios que les

atienden (Gráfico 5) muestra una clara división tripartita en torno a los tres tipos de opiniones posibles (positivas, neutras y negativas). Así la suma de la valoración muy buena (8%) y buena (29%) agrupa a algo más de una tercera parte de los entrevistados (37%), mientras que la suma de los juicios de muy malo (14%) y malo (19%) suma a otra tercera parte (33%) de esta población. Finalmente, y de manera lógica, el diagnóstico intermedio o neutro de regular alcanza a casi la tercera parte restante (30%).

El resultado de esta distribución tripartita equilibrada es que la media para el total de la población es 3,0. Es decir justo el punto medio que resulta al transformar la anterior escala semántica en una numérica comprendida entre 1 y 5. Estos datos se distribuyen de manera bastante regular entre las variables sociodemográficas del conjunto de encuestados. No obstante, como aspectos puntuales relevantes puede indicarse que los hombres optan en mayor medida que las mujeres por la valoración de un buen grado de coordinación (34% vs. 25%). Algo que también ocurre entre aquellos

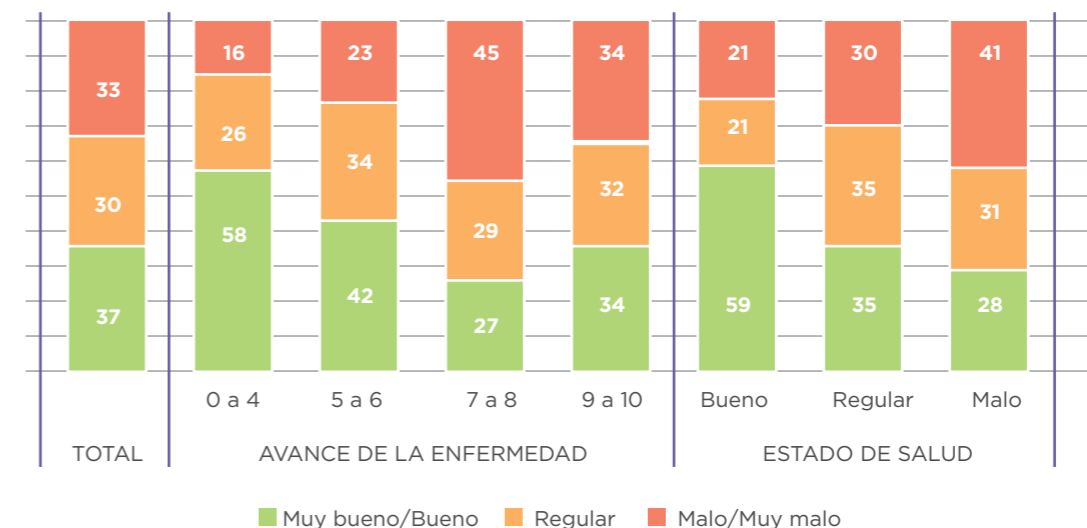
entrevistados que se definen como de clase media alta (37%). Por el contrario, las opiniones más extremas de valoración negativa se dan entre los menores de 40 años (21%) y en la cohorte de 40 a 49 años (22%), mientras que las más positivas se presentan entre aquellos con estudios primarios (22%).

Sin embargo, esta valoración media del grado de coordinación entre los profesionales sanitarios es bien diferente según las distintas variables sanitarias consideradas como explicativas en el estudio. Tal y como se puede apreciar en los siguientes gráficos, el grado medio de valoración

es mejor (es decir, la puntuación es más alta) en aquellos con un bajo avance de la enfermedad y entre quienes definen su estado de salud como bueno. Así, a sensu contrario, conforme empeora el avance de la enfermedad y el estado de salud desciende la valoración que se hace del referido grado de coordinación.

No obstante, lo anterior, resulta interesante reseñar que entre aquellos que definen como muy avanzada su enfermedad la valoración del grado de coordinación es ligeramente mejor (3) que entre los que la refieren como avanzada (2,7).

Gráfico 5 | Valoración del grado de coordinación entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes, en función del avance de la enfermedad y del estado de salud (%)



Esta pauta de a peor salud peor valoración (con la excepción de lo señalado para quienes presentan un muy avanzado estado de su enfermedad), se corrobora también cuando se tiene en cuenta la variable del número de especialistas visitados. Como puede apreciarse en el gráfico siguiente, conforme crece el número de especialistas visitados desciende significativamente la valoración media del grado de coordinación de los profesionales sanitarios.

8. Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria

En el análisis de los problemas del colectivo de los enfermos crónicos los elementos que conforman la continuidad asistencial sanitaria constituyen la espina dorsal de este escrutinio empírico. En este estudio se han identificado cinco dimensiones a partir de las tres grandes áreas o tipos de dicha continuidad: la de relación, la de información y la de gestión. Estas tres áreas han permitido identificar cinco dimensiones sobre las que realizar la investigación y el análisis empírico: dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria y dimensión del vínculo paciente-médico

Gráfico 6 | Valoración media de la coordinación entre el personal sanitario en función del avance de la enfermedad (escala 1-5)

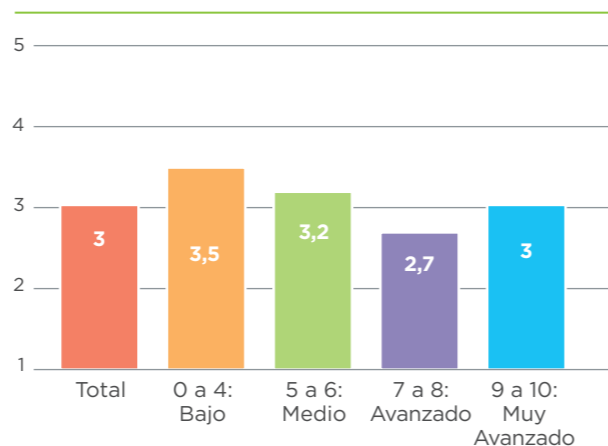


Gráfico 7 | Valoración media de la coordinación entre el personal sanitario en función del estado de salud (escala 1-5)

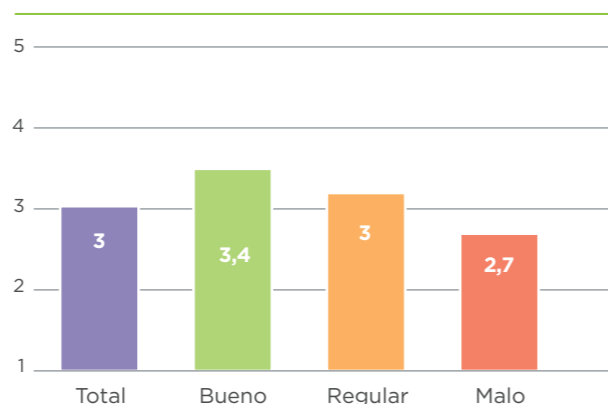
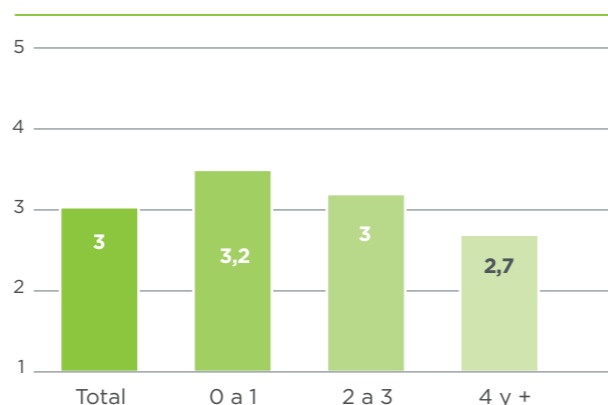


Gráfico 8 | Valoración media de la coordinación entre el personal sanitario en función del número de especialistas visitados



especialista, ambas dentro del área de la continuidad de relación; dimensión de la transferencia de la información clínica adscrita al área de la continuidad de la información; y finalmente las dimensiones de la coherencia del cuidado y la de la accesibilidad entre niveles insertas ambas en el área de la continuidad de la gestión.

En este epígrafe nos ocupamos de la primera de las dimensiones referidas (el vínculo paciente-médico de atención primaria) y en los cuatro siguientes de cada una de las restantes dimensiones del análisis. En cada uno de estos epígrafes se presentan dos tablas. Una primera con el detalle sintético de las respuestas obtenidas mediante la escala semántica (totalmente de acuerdo, más bien de acuerdo, más bien en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) utilizada para evaluar los distintos ítems y atributos que conforman cada una de las dimensiones, así como una valoración numérica media obtenida al transformar los cuatro ítems semánticos de respuesta en cuatro posiciones numéricas (en el rango de 1 a 4), siendo el 4 la valoración más positiva y el 1 la más negativa. Cuando los ítems de los atributos se han formulado en sentido negativo las puntuaciones se han invertido para garantizar la validez de constructo de la escala y del resultado empírico obtenido. La segunda tabla presenta el detalle de las frecuencias de respuestas obtenidas para cada ítem conforme al desglose detallado de la escala semántica referida. Finalmente en un sexto epígrafe (el decimotercero del informe) se presenta la valoración de las distintas áreas y dimensiones de la continuidad asistencial según las variables sociológicas tomadas en el análisis transversal.

Comenzado por la señalada dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria lo primero que puede indicarse es que esta dimensión tiene cuatro atributos (de la confianza entre paciente y médico, de la sensación de responsabilidad clínica, de la comunicación efectiva y de la idiosincrasia personal) y un total de siete ítems.

Como puede apreciarse en la Tabla 13, la valoración media conjunta de estos siete ítems alcanza un significativo alto nivel de 3,03, teniendo en cuenta que el punto máximo y positivo es 4, y el mínimo y negativo 1. Así, la puntuación de 2,5 supone la posición media. Es decir, que la valoración media se sitúa muy cerca del notable.

Además, este dato medio es muy similar entre los diversos atributos e ítems de la dimensión, tal y como se observa en la referida tabla. Así todos las medias (salvo dos que comentamos a continuación) de los distintos elementos están en torno a la puntuación de 3. Y esto supone, como aparece en la distribución de las frecuencias de las dos primeras columnas numéricas, que entre dos terceras partes y cuatro quintas partes de los encuestados optan a favor de una valoración positiva de los distintos ítems de esta dimensión.

No obstante lo anterior, ligeramente llaman la atención dos aspectos concretos. De un lado, la todavía mejor valoración media que alcanza el ítem de "entendiendo fácilmente la información que me da mi médico de atención primaria" (3,32), lo que supone que el 86% de los encuestados indiquen que están totalmente o más bien de acuerdo con

esa afirmación, mientras que solo un 11% expresan una valoración negativa. De otra, la algo menor valoración media del atributo de la consideración de la idiosincrasia personal (2,85), si bien esta puntuación que está por encima del punto medio del 2,5 supone que dos terceras partes (66%) de los entrevistados valoren positivamente el ítem de "(mi médico de atención primaria) tiene en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo".

En definitiva, las opiniones negativas (más bien o totalmente en desacuerdo) a cada uno de estos ítems y atributos de la dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria se sitúan en torno a la cuarta parte de la muestra estudiada, siendo solo en este caso del atributo de la consideración de la idiosincrasia personal donde las valoraciones negativas alcanzan a una tercera parte de la población (32%).

TABLA 13 | Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria (respuestas sintetizadas)

	TOTAL VALORACIÓN POSITIVA (%)	TOTAL VALORACIÓN NEGATIVA (%)	VALORACIÓN MEDIA
Atributo de la confianza entre paciente y médico			
Confío en la capacidad profesional de mi médico de Atención Primaria (AP)	75	21	3,05
Me siento cómodo consultándole a mi médico de AP dudas o problemas de salud	72	25	3,03
Recomendaría mi médico de AP a mis amigos o familiares	67	27	2,95
Atributo de la sensación de responsabilidad clínica			
Mi médico de AP se interesa por mí	74	23	3,03
Atributo de la comunicación efectiva			
Mi médico de AP entiende lo que le digo sobre mi salud	72	24	3,02
Entiendo fácilmente la información que me da mi médico de AP	86	11	3,32
Atributo de la consideración de la idiosincrasia personal			
Tiene en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo	66	32	2,85
VALORACIÓN MEDIA CONJUNTA			12

El detalle concreto de cada uno de los ítems de esta dimensión conforme a la escala semántica utilizada se desglosa en la siguiente Tabla 14. Como puede apreciarse, las opiniones más positivas sobresalen respecto de las negativas de manera

muy significativa. Y entre las valoraciones positivas destacan las más contundentes (totalmente de acuerdo), mientras que entre las valoraciones negativas son algo más frecuentes las más templadas (más bien en desacuerdo).

TABLA 14 | Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria (respuestas desglosadas, %)

	TOTALMENTE ACUERDO	MÁS BIEN ACUERDO	MÁS BIEN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO	NO PROCEDE	NS/NC	N = 1.529
Atributo de la confianza entre paciente y médico							
Confío en la capacidad profesional de mi médico de Atención Primaria (AP)	33	42	15	6	4	1	100
Me siento cómodo consultándole a mi médico de AP mis dudas o problemas de salud	40	32	14	11	3	1	100
Recomendaría mi médico de AP a mis amigos o familiares	40	27	12	15	5	1	100
Atributo de la sensación de responsabilidad clínica							
Mi médico de AP se interesa por mí	35	39	14	9	2	1	100
Atributo de la comunicación efectiva							
Mi médico de AP entiende lo que le digo sobre mi salud	35	37	17	7	3	1	100
Entiendo fácilmente la información que me da mi médico de AP	48	38	6	5	3	1	100
Atributo de la consideración de la idiosincrasia personal							
Tiene en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo	33	33	16	16	2	1	100

9. Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico especialista

Esta dimensión del vínculo paciente-médico especialista forma parte del mismo tipo de continuidad de relación que la detallada en el epígrafe anterior y, por tanto, se ha construido con los mismos atributos e ítems que la dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria. Sin embargo, sí se aprecian diferencias significativas en la valoración que los entrevistados hacen de este segundo tipo de continuidad de la relación asistencial.

En efecto, tal y como aparece en la Tabla 15, la valoración media conjunta de los siete ítems se sitúa en 2,74. Es decir supone un ligero aprobado (dado que el punto medio de la escala es de 2,5), pero implica también casi tres décimas menos que la valoración que ha obtenido la continuidad de relación del vínculo paciente-médico de atención primaria que, como hemos indicado en el epígrafe anterior, alcanzaba el notable (3,03).

En este sentido resulta relevante indicar que ningún ítem de esta dimensión del vínculo paciente-médico especialista alcanza la valoración media del ítem correspondiente de la dimensión

anterior. Esto es, la valoración del vínculo con el médico de atención primaria es significativamente mejor en todos los aspectos considerados.

Al igual que ocurría en la anterior dimensión también este dato medio es bastante similar entre los diversos atributos e ítems de esta nueva dimensión, y todas las medias de los diversos elementos (salvo también dos casos) están cercanas a este dato medio. Esto implica que entre algo más de la mitad y las dos terceras partes de los encuestados optan por una valoración positiva (totalmente de acuerdo y más bien de acuerdo). En definitiva, que los distintos ítems de los atributos de la confianza entre paciente y médico especialista, y de la sensación de responsabilidad clínica se sitúan bajo este patrón.

Sin embargo las cosas difieren en alguna medida por lo que hace al ítem (dentro del atributo de la comunicación efectiva) de “entiendo fácilmente la información que me dan mis médicos especialistas” que alcanza una valoración media de 3 y una frecuencia de valoraciones positivas del 72% de los entrevistados (aunque en la anterior dimensión era del 86%). Curiosamente el ítem opuesto de este atributo (“mis médicos especialistas entienden lo que le digo sobre mi salud”) tiene una puntuación significativamente menor (2,75) y la valoración positiva es suscrita por un 61%.

Pero el aspecto más llamativo del análisis de la continuidad de la relación asistencial en esta dimensión del vínculo paciente-médico especialista es que el ítem del atributo de la consideración de la idiosincrasia personal “(los médicos

especialistas) tienen en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo” es el único que registra una frecuencia de valoraciones negativas superior a la de las valoraciones negativas. En concreto, mientras la opción meliorativa supone la valoración del 44% de los entrevistados, la posición

negativa asciende a la mitad de la muestra (50%). Algo que no llegaba a ocurrir en este mismo ítem del vínculo paciente-médico de atención primaria en el que las valoraciones negativas han sido referidas por solo una tercera parte de los encuestados (32%).

TABLA 15 | Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico de atención primaria (respuestas desglosadas, %)

	TOTAL VALORACIÓN POSITIVA (%)	TOTAL VALORACIÓN NEGATIVA (%)	VALORACIÓN MEDIA
Atributo de la confianza entre paciente y médico			
Confío en la capacidad profesional de los médicos especialistas que me tratan	70	26	2,94
Me siento cómodo consultándole a mis médicos especialistas mis dudas o mis problemas de salud	60	34	2,76
Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares	56	35	2,68
Atributo de la sensación de responsabilidad clínica			
Los especialistas se interesan por mí	55	40	2,60
Atributo de la comunicación efectiva			
Mis médicos especialistas entienden lo que le digo sobre mi salud	61	34	2,75
Entiendo fácilmente la información que me dan mis médicos especialistas	72	22	3,00
Atributo de la consideración de la idiosincrasia personal			
Tienen en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo	44	50	2,44
VALORACIÓN MEDIA CONJUNTA			2,74

Al igual que en el anterior epígrafe, el detalle concreto de las frecuencias obtenidas en esta dimensión del vínculo paciente-médico especialista, conforme a la escala semántica usada, se presenta de manera detallada en la siguiente Tabla 16. Salvo en lo ya referido de la mayor frecuencia de valoraciones negativas del ítem correspondiente

al atributo de la consideración de la idiosincrasia personal, en el resto de ítems las opiniones positivas siempre son mayores que las negativas. No obstante, las diferencias son significativamente más ajustadas que en la dimensión del anterior vínculo paciente-médico de atención primaria.

TABLA 16 | Valoración de la continuidad de la relación. Dimensión del vínculo paciente-médico especialista (respuestas desglosadas, %)

	TOTALMENTE ACUERDO	MÁS BIEN ACUERDO	MÁS BIEN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO	NO PROCEDE	NS/NC	N = 1.529
Atributo de la confianza entre paciente y médico							
Confío en la capacidad profesional de mi médico de Atención Primaria (AP)	29	41	19	7	3	1	100
Me siento cómodo consultándole a mi médico de AP mis dudas o problemas de salud	25	35	22	12	5	1	100
Recomendaría mi médico de AP a mis amigos o familiares	24	32	18	17	9	1	100
Atributo de la sensación de responsabilidad clínica							
Mi médico de AP se interesa por mí	21	34	23	17	4	1	100
Atributo de la comunicación efectiva							
Mi médico de AP entiende lo que le digo sobre mi salud	24	37	21	13	4	1	100
Entiendo fácilmente la información que me da mi médico de AP	31	41	15	7	4	1	100
Atributo de la consideración de la idiosincrasia personal							
Tiene en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo	18	26	29	21	5	1	100

10. Valoración de la continuidad de la información

Este nuevo tipo de la coordinación asistencial está referido a la valoración de la continuidad de la información y se concreta en la dimensión de la transferencia de la información clínica. De manera específica está formado por dos atributos y cuatro ítems, conforme a lo que aparece en la Tabla 17 y en la Tabla 18.

Antes de comentar los resultados obtenidos hay que indicar, poniendo de manifiesto la cautela metodológica ya señalada anteriormente, que dado que el ítem dos (“cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado”) y tres (“cuando consulto al especialista necesito contarle las indicaciones que el médico de atención primaria me ha dado”), correspondientes al atributo del conocimiento de la historia clínica, están formuladas en una lógica negativa, distinta a los otros dos ítems, se ha invertido la puntuación del cálculo numérico y semántico de tal manera que las valoraciones positivas corresponden a las afirmaciones de “algunas veces” y “nunca” y las valoraciones negativas a las declaraciones de “siempre” y “muchas veces”.

El resultado empírico obtenido, que aparece en la siguiente tabla 18, es que salvo el ítem “los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico

previo”, del atributo del conocimiento de la historia clínica que obtiene justo la puntuación media de la escala de 2.5, el resto de ítems tanto de este atributo como del de atributo de la información adecuada y oportuna al paciente obtienen una puntuación ligeramente por debajo de ese punto medio. De tal manera que la media global resultante para el conjunto de esta dimensión de la transferencia de la información clínica se sitúa también debajo de este umbral. En concreto en 2,38.

Esta nota media que no llega al aprobado que supondría el 2,5 es especialmente significativa en el caso del ítem “cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado” que solo alcanza la puntuación de 1,99.

En todo caso, es también muy relevante el hecho de que en los cuatro ítems que componen esta dimensión el total de frecuencias de las valoraciones negativas superan a las de las valoraciones positivas. Las diferencias oscilan entre los 9 y 19 puntos porcentuales en los diversos ítems excepto en uno de ellos. En concreto, en el que afirma que “cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado”, en la que las opiniones negativas (en este caso siempre y muchas veces) son suscritas por dos terceras partes de la muestra (65%). Esta puntuación implica una distancia de 36 puntos porcentuales respecto de quienes optan por la valoración positiva sobre esta afirmación (29%), es decir, aquellos que dicen que nunca o algunas veces.

TABLA 17 | Valoración de la continuidad de la información. Dimensión de la transferencia de la información clínica (respuestas sintetizadas)

	TOTAL VALORACIÓN POSITIVA (%)	TOTAL VALORACIÓN NEGATIVA (%)	VALORACIÓN MEDIA
Atributo del conocimiento de la historia clínica			
Los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	42	55	2,50
Cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado	29	65	1,99
Cuando consulto al especialista necesito contarle las indicaciones que el médico de atención primaria me ha dado	42	51	2,34
Atributo de la información adecuada y oportuna al paciente			
Después de ir al especialista, mi médico de atención primaria comenta conmigo la visita	38	57	2,29
VALORACIÓN MEDIA CONJUNTA			2,38

El detalle concreto desglosado de las frecuencias obtenidas en cada uno de los ítems conforme a la escala semántica utilizada aparece en la Tabla 18, y permite visualizar nítidamente el

predominio, aun con grados diferentes, de las valoraciones negativas frente a las positivas en todos los supuestos planteados en esta dimensión. necesito contarle las indicaciones que

TABLA 18 | Valoración de la continuidad de la información. Dimensión de la transferencia de la información clínica (respuestas desglosadas, %)

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE	NS/NC	N = 1.529
Atributo del conocimiento de la historia clínica							
Los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	17	25	43	12	1	1	100
Cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado	37	28	25	4	5	1	100
Cuando consulto al especialista necesito contarle las indicaciones que el médico de atención primaria me ha dado	30	21	23	19	7	1	100
Atributo de la información adecuada y oportuna al paciente							
Después de ir al especialista, mi médico de atención primaria comenta conmigo la visita	18	20	28	29	3	1	100

Como elemento complementario del análisis de este eje de la continuidad de la información, en la encuesta se planteó una pregunta acerca de la identificación del profesional sanitario encargado de la coordinación de la información, así como sobre la preferencia a juicio de los entrevistados del profesional que debería serlo.

Los resultados que se ofrecen en la Tabla 19 muestran tres aspectos relevantes en lo que hace a la identificación del encargado de la coordinación de la información. En primer lugar, el hecho de que una tercera parte (36%) de los encuestados

señala al médico de atención primaria como el profesional que se encarga de tal tarea. En segundo lugar que un 42% refiere que ningún profesional asume esa coordinación (24%) o que es el propio paciente al que le toca hacer este papel de coordinador (18%). Finalmente, puede destacarse que la figura del médico especialista como encargado de este tipo de coordinación solo es mencionada por el 16% de los entrevistados.

Sin embargo, cuando se les pregunta sobre quién debería ser el encargado de la coordinación de la información la mitad de los pacientes encuestados

(49%) señala al médico especialista como el profesional ideal para encargarse de esta tarea. Y a una distancia significativa aparece la conveniencia de que el responsable sea el médico de atención primaria (35%). El resto de profesionales sanitarios contemplados (enfermería de atención primaria, enfermería de atención especializada u otro profesional sanitario) recogen frecuencias escasamente relevantes y que figuran en la señalada Tabla 19. Esto revela que existe una demanda no cubierta

de coordinación que se concentra muy particularmente en los médicos especialistas.

Además, cuantos más especialistas visitan, mayor es esta demanda de requerimiento de que la coordinación ha haga un médico especialista. (Los que han visitado a un especialista como máximo mencionan al especialista el 41%, los que han visitado a 2-3 el 49% y los que han visitado a 4 o más son el 56%.

TABLA 19 | Identificación y preferencia del profesional sanitario encargado de la coordinación de la información (%)

PROFESIONAL SANITARIO	IDENTIFICACIÓN ENCARGADO	DESEABILIDAD QUIÉN DEBERÍA SERLO
Médico de Atención Primaria	36	35
Médico Especialista	16	49
Enfermería de Atención Primaria	1	2
Enfermería de Atención Especializada	2	5
Otro profesional sanitario	3	7
Yo mismo tengo que hacer ese papel	18	-
Ninguno, nadie asume esta coordinación	24	-
Ns/nc	1	2
(N= 1.529)	100%	100%

11. Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la coherencia del cuidado

La cuarta dimensión de la coordinación asistencial contemplada está dentro de la llamada continuidad de la gestión y se concreta en lo que se denomina como la coherencia del cuidado. Tal como aparece en la Tabla 20 y en la Tabla 21 esta dimensión está formada por siete ítems y tres atributos: el de la coordinación entre los médicos (5 frases), el del seguimiento del paciente y el de la no duplicación de documentos y/o exámenes (en ambos casos con una única frase).

Todas las afirmaciones han sido formuladas en sentido positivo, excepto el ítem correspondiente al atributo de la no duplicación de documentos y/o exámenes que fue redactada en sentido contrario. Por ello en el cálculo de valoraciones y medias de esta frase se invirtió la puntuación, siguiendo la misma lógica referida en el epígrafe anterior.

Los resultados expuestos en la Tabla 20 muestran una relevante disparidad en las valoraciones de los diversos ítems y atributos. Comenzando por aquellos atributos formado con un único ítem resulta que la afirmación “el especialista me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de atención primaria”, que forma el atributo de la no duplicación de documentos y/o exámenes, registra una valoración

positiva de la mitad de los encuestados (50%), de lo que resulta una media ligeramente positiva (2,71).

Sin embargo el ítem “el especialista me envía al médico de atención primaria para las visitas de seguimiento”, que dota de contenido al atributo del seguimiento del paciente, solo obtiene la valoración positiva de una tercera parte de los entrevistados (34%), mientras que la mayoría opta por un juicio negativo (57%). El resultado es una media de 2,22, es decir no alcanza el aprobado que supone el punto medio de 2,5.

Esta disparidad de valoraciones se perfila más claramente en los cinco ítems que componen el atributo de la coordinación entre los médicos, dado que por un lado las afirmaciones de “mi médico de atención primaria suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista” y “el especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda” registran muy relevantes niveles de valoración positiva (70% y 67%, respectivamente). Los resultados son unas medias notables de, también respectivamente, 3,06 y 3,12.

Sin embargo la valoración se vuelve ligeramente negativa en el caso del ítem “el especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de atención primaria (51%), y especialmente muy negativa respecto de las afirmaciones de “mi médico de atención primaria y mis especialistas se comunican entre ellos” y “la atención que recibo por parte del médico de atención primaria y el especialista está coordinada” (79% y 71%, respectivamente, de respuestas negativas).

El resultado del ligero o abultado dominio de las respuestas negativas en

estos tres últimos ítems es que obtienen medias por debajo del punto medio de 2,5. En el primer caso de 2,35 y en los dos últimos incluso por debajo de la puntuación de 2. En concreto, y de manera respectiva, de 1,57 y de 1,91. De esta manera, la media conjunta de esta dimensión de la coherencia del cuidado se sitúa en 2,27 y no llega a alcanzar el aprobado que supone el referido punto medio de la escala (2,5).

Hay que destacar, sobremanera, que la media de valoración de 1,57 que registra la frase de “mi médico de atención primaria y mis especialistas se comunican entre ellos” es la más baja y a una significativa distancia de las medias de las restante 27 frases consideradas en la evaluación de las distintas dimensiones de la continuidad asistencial.

TABLA 20 | Valoración de la continuidad de la información. Dimensión de la transferencia de la información clínica (respuestas sintetizadas)

	TOTAL VALORACIÓN POSITIVA (%)	TOTAL VALORACIÓN NEGATIVA (%)	VALORACIÓN MEDIA
Atributo de la coordinación entre los médicos			
Mi médico de atención primaria suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista	70	21	3,06
Mi médico de atención primaria y mis especialistas se comunican entre ellos	9	79	1,57
El especialista suele estar de acuerdo en las indicaciones del médico de atención primaria	24	51	2,35
El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda	67	29	3,12
La atención que recibo por parte del médico de atención primaria y el especialista está coordinada	17	71	1,91
Atributo del seguimiento del paciente			
El especialista me envía al médico de atención primaria para las visitas de seguimiento	34	57	2,22
Atributo de la no duplicación de documentos y/o exámenes			
El especialista me repite las pruebas que ya me han realizado mi médico de atención primaria	50	29	2,71
VALORACIÓN MEDIA CONJUNTA			2,27

En la Tabla 21 aparecen de manera desglosada, conforme a las posibles respuestas de la escala semántica, las distintas frecuencias que obtienen los diversos ítems que componen esta

dimensión. Destacaba sobremanera que el 60% de los encuestados afirma que el médico de atención primaria y el especialista nunca se comunican entre ellos.

TABLA 21 | Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la coherencia del cuidado (respuestas desglosadas, %)

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE	NS/NC	N = 1.529
Atributo de la coordinación entre los médicos							
Mi médico de atención primaria suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista	33	37	20	1	8	1	100
Mi médico de atención primaria y mis especialistas se comunican entre ellos	4	5	19	60	11	1	100
El especialista suele estar de acuerdo en las indicaciones del médico de atención primaria	8	16	42	9	24	1	100
El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda	50	17	22	7	4	1	100
La atención que recibo por parte del médico de atención primaria y el especialista está coordinada	7	10	32	39	10	2	100
Atributo del seguimiento del paciente							
El especialista me envía al médico de atención primaria para las visitas de seguimiento	16	18	24	33	8	1	100
Atributo de la no duplicación de documentos y/o exámenes							
El especialista me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de atención primaria	14	15	25	25	20	2	100

12. Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la accesibilidad entre niveles

La quinta y última dimensión de la coordinación asistencial sometida a la indagación demoscópica, también adscrita a la continuidad de la gestión, es la etiquetada como de la accesibilidad entre niveles. Está formada por tres ítems y dos atributos (del tiempo de espera adecuado y de la oportunidad en el acceso) y los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 22 y en la Tabla 23. Al igual que ocurría en las dos dimensiones anteriores, uno de los ítems del atributo de la oportunidad en el acceso (“cuando el especialista me manda al médico de atención primaria tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita”) fue redactado en sentido no positivo, por lo que en el cálculo de valoraciones y medias se ha seguido la misma lógica metodológica ya referida en epígrafes anteriores.

Los resultados de la Tabla 22 ponen de manifiesto que es precisamente el ítem señalado en el párrafo anterior el único que registra una mayoría de valoraciones positivas (49%) frente a

las negativas (34%). Esta meliorativa apreciación también se proyecta sobre la media resultante (2,63).

Pero este ligero aprobado tiene su réplica en el otro ítem (“desde el ambulatorio o centro de atención primaria me programan las visitas al especialista”) adscrito al atributo de la oportunidad en el acceso, que obtiene una mayoría de valoraciones negativas (58%) frente a las positivas (35%), por lo que resulta un media ligeramente negativa (2,28).

Sin embargo, es el ítem del atributo del tiempo de espera adecuado (“desde que mi médico de atención primaria me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita”) el que alcanza un considerable alto nivel de valoraciones negativas. Así, tres cuartas partes de los entrevistados (74%) valoran negativamente esta afirmación y solo un 14% de los mismos lo hacen en sentido positivo.

Por lo tanto, la media resultante de este ítem es de 1,79, la segunda más baja del total de 28 frases utilizadas para evaluar el nivel de coordinación de la asistencia sanitaria.

De esta manera, la valoración media conjunta de esta dimensión de la accesibilidad entre niveles se sitúa en 2,24. Es decir la más baja de las cinco dimensiones, aunque prácticamente pareja con la puntuación media global obtenida en la anterior dimensión de la coherencia del cuidado (2,27), también dentro de la continuidad de la gestión.

TABLA 22 | Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la accesibilidad entre niveles (respuestas sintetizadas)

	TOTAL VALORACIÓN POSITIVA (%)	TOTAL VALORACIÓN NEGATIVA (%)	VALORACIÓN MEDIA
Atributo del tiempo de espera adecuado			
Desde que mi médico de atención primaria me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita	14	74	1,79
Atributo de la oportunidad en el acceso			
Desde el ambulatorio o centro de atención primaria me programan las visitas al especialista	35	58	2,28
Cuando el especialista me manda al médico de atención primaria tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita	49	34	2,63
VALORACIÓN MEDIA CONJUNTA		2,24	

En la siguiente Tabla 23 se presentan de manera desglosada las frecuencias registradas en los distintos ítems que conforman esta dimensión de la accesibilidad entre niveles.

TABLA 23 | Valoración de la continuidad de la gestión. Dimensión de la accesibilidad entre niveles (respuestas desglosadas, %)

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE	NS/NC	N = 1.529
Atributo del tiempo de espera adecuado							
Desde que mi médico de atención primaria me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita	6	8	29	45	10	2	100
Atributo de la oportunidad en el acceso							
Desde el ambulatorio o centro de atención primaria me programan las visitas al especialista	20	15	27	31	5	2	100
Cuando el especialista me manda al médico de atención primaria tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita	26	8	18	31	13	5	100

13. Valoración de la continuidad asistencial según variables explicativas.

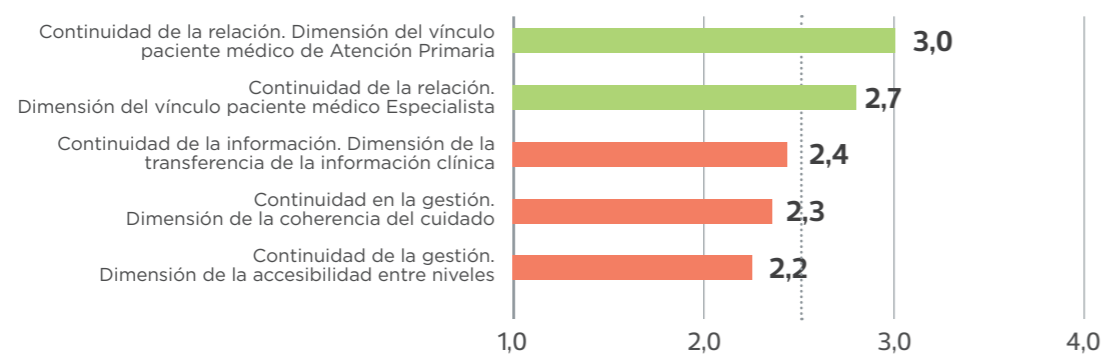
En este apartado presentamos las diferencias de las valoraciones de los enfermos crónicos en lo referido a la coordinación de la continuidad asistencial en general y en las cinco dimensiones. Para presentar una perspectiva lo más sencilla y breve posible hemos recurrido a las medias de las escalas de puntuaciones. Como se ha indicado anteriormente, los ítems que componen las dimensiones de valoración, así como las propias dimensiones, están basadas en escalas con un rango de variación de 1 a 4. La puntuación máxima de cada dimensión es 4 y el mínimo es 1, siendo el punto medio de la escala un 2,5. Esto significa que una puntuación de 2,5 o superior indica un “aprobado”, mientras que un 2,4 o inferior supone suspenso.

Sin embargo, la valoración de la coordinación general (Pregunta 10) parte de una escala de 1 a 5, por lo que el punto medio es el 3. En este caso, el aprobado es el 5.

Antes de proceder al análisis conforme a las variables explicativas tomadas en consideración, resulta instructivo resumir (Gráfico 9) sintética y comparativamente las cinco dimensiones que hemos visto en detalle en los cinco respectivos epígrafes anteriores, tomando como referencia las medias de puntuaciones generales obtenidas en cada una de las dimensiones.

Este Gráfico 9 permite visualizar, según lo explicitado en el párrafo anterior sobre la escala numérica, como las dos primeras dimensiones de la continuidad de la relación obtienen un calificación positiva (por encima del punto medio de 2,5), mientras que las tres últimas dimensiones consideradas (la de la continuidad de la información y las dos de la continuidad de la gestión) registran una consideración negativa, es decir por debajo del referido punto medio de la escala.

Gráfico 9 | Valoración media de los tipos y dimensiones de la continuidad asistencial (N=1.529)



Comentamos a continuación los resultados de estas medias de la cinco dimensiones más la valoración de la coordinación general de la pregunta 10, según las variables explicativas y conforme a lo expuesto en la Tabla 24.

Por regla general, en todos los indicadores examinados las valoraciones tienden a ser peores entre las mujeres que entre los varones, entre los jóvenes frente a los más mayores, entre los que tienen menos estudios frente a los que tienen más, entre las clases bajas frente a las clases sociales más altas, entre los que trabajan frente a los que no, entre los que presentan un mayor avance de la enfermedad frente a quienes se encuentran en estadios iniciales, entre quienes perciben peor su salud, frente a los que consideran que es buena, y entre los que visitan a un número mayor de especialistas.

El indicador general de coordinación entre personal sanitario (P10) se sitúa en el mero aprobado en el conjunto de la muestra, sin embargo destaca positivamente en los siguientes segmentos: avance bajo de la enfermedad, estudios primarios, estado de salud bueno, 60 y más años, varones. Por otro lado, los segmentos en los que suspende son los siguientes: menores de 49 años, mujeres, clase social baja-trabajadora, estadio avanzado de su enfermedad, estado de salud malo y visita a 4 o más especialistas.

La dimensión (DIM1) vínculo paciente-médico de atención primaria alcanza una valoración satisfactoria en el conjunto de la muestra. También en todos los segmentos de las variables examinadas. Las diferencias entre las variables son menos acusadas que en la anterior. No suspende en ninguno de estos. Destacan valorando algo

mejor los que tienen 60 y más años, un estado de salud bueno, con un avance de la enfermedad bajo, y los varones. Destacan por valorar peor esta dimensión principalmente los más jóvenes, es decir, en nuestro estudio aquellos entrevistados menores de 39 años.

La dimensión (DIM2) vínculo paciente-médico de atención especializada alcanza una valoración moderadamente positiva en el conjunto de la muestra. Tampoco obtiene ningún suspenso, es decir, valoraciones por debajo del punto medio de la escala (2,5). Quienes mejor valoran esta dimensión son los que tienen un estado de salud bueno, un avance de la enfermedad bajo, se adscriben a la clase social media alta, son varones, y cuentan con estudios primarios. Y valoran más severamente, pese a que en ningún caso con valoraciones inferiores a la puntuación media, aquellos con estado de salud malo, de clase baja-trabajadora, mujeres y que están en una fase de la enfermedad avanzada o muy avanzada.

La dimensión (DIM3) transferencia de la información clínica, alcanza una valoración que no supera el aprobado en el conjunto de la muestra, al tener una media de 2,4 ligeramente por debajo del punto medio de la escala. Pero tampoco se aprecian variaciones importantes en las categorías de las variables examinadas. Las oscilaciones varían entre un máximo de 2,5 y un mínimo de 2,3. Otorgan un 2,5 quienes tienen un estado de salud bueno, son varones y con más de 60 años. Quienes puntúan más bajo (2,3) son las mujeres, los que tienen menos de 40 años, con un estado de salud malo y una enfermedad en un estado muy avanzado.

TABLA 24 | Valores medios de los principales indicadores de valoración de la continuidad asistencial, según variables explicativas

	N=	COORD. ENTRE PERSONAL SANITARIO	VÍNCULO P.M. DE ATENCIÓN PRIMARIA	VÍNCULO P.M. DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	TRANSF. DE LA INFORMAC. CLÍNICA	COHERENCIA DEL CUIDADO	ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES
Rango de la Escala		1 a 5	1 a 4	1 a 4	1 a 4	1 a 4	1 a 4
TOTAL MUESTRA	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,3	2,2
SEXO	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Varón	688	3,2	3,2	2,9	2,5	2,5	2,3
Mujer	841	2,8	2,9	2,6	2,3	2,4	2,2
EDAD	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Hasta 39	286	2,7	2,7	2,7	2,3	2,2	2,0
40_49	390	2,7	3,0	2,7	2,4	2,4	2,1
50_59	406	3,1	3,1	2,8	2,4	2,4	2,2
60 y +	435	3,3	3,3	2,8	2,5	2,6	2,5
ESTUDIOS	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Primarios	188	3,5	3,1	2,9	2,4	2,6	2,4
Secundarios	613	3,0	2,9	2,7	2,4	2,4	2,2
Universitarios	694	2,9	3,1	2,8	2,4	2,4	2,2
CLASE SOCIAL	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Media-alta	446	3,0	3,0	2,9	2,4	2,5	2,3
Media-baja	666	3,1	3,1	2,8	2,4	2,4	2,2
Baja-trabajadora	374	2,7	3,0	2,5	2,4	2,4	2,2
TRABAJAN	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Sí	611	2,8	3,0	2,7	2,4	2,3	2,2
No	864	3,1	3,1	2,8	2,4	2,5	2,3
AVANCE ENFERMEDAD	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
0 a 4: Bajo	274	3,5	3,2	3,1	2,4	2,6	2,3
5 a 6: Medio	276	3,2	3,1	2,8	2,4	2,5	2,2
7 a 8: Avanzado	603	2,7	3,0	2,6	2,4	2,4	2,3
9 a 10: Muy avanzado	344	3,0	3,0	2,6	2,3	2,4	2,1
ESTADO DE SALUD	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
Bueno	339	3,4	3,2	3,1	2,5	2,6	2,4
Regular	461	3,0	3,0	2,8	2,4	2,4	2,2
Malo	705	2,7	3,0	2,5	2,3	2,3	2,2
ESPECIALISTAS VISTADOS	1529	3,0	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2
0-1	376	3,2	3,1	2,7	2,4	2,5	2,3
2 a 3	647	3,0	3,0	2,8	2,4	2,4	2,2
4 y +	487	2,7	3,0	2,7	2,4	2,4	2,2

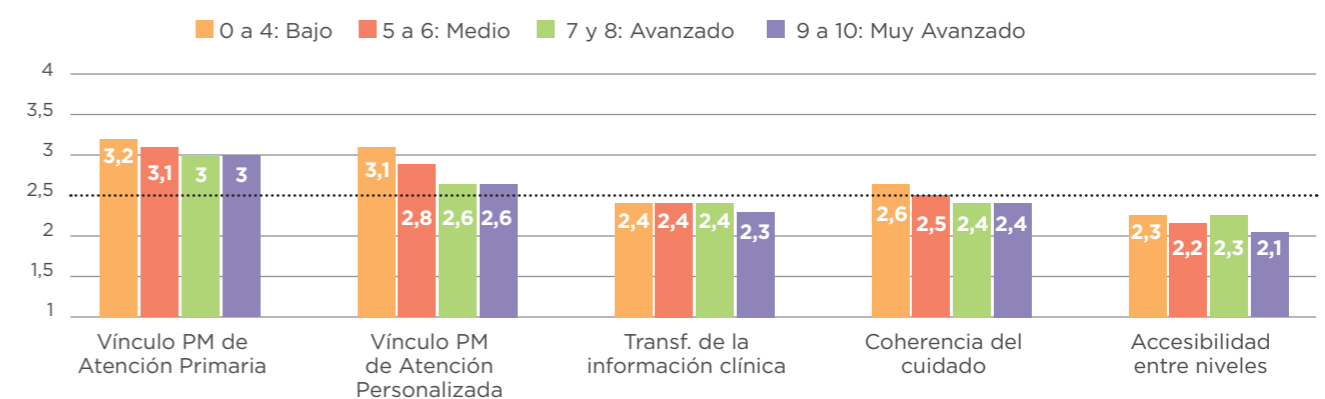
La dimensión (DIM4A) de la coherencia del cuidado alcanza una valoración en el conjunto de la muestra ligeramente negativa, con una media de 2,4 cuando la media de la escala es 2,5. El rango de variaciones en las categorías de las variables estudiadas es también pequeño. Quienes peor valoran son los menores de 40 años, los que trabajan y tienen un estado de salud malo. Aquellos que valoran mejor y conceden un aprobado son quienes cuentan con estudios primarios, tienen 60 y más años, con un estado de salud bueno y un avance bajo de la enfermedad, son varones y se adscriben a la clase media-alta.

Finalmente reseñar que la dimensión (DIM4B) de la accesibilidad entre niveles es la peor valorada en el conjunto de la muestra con una media de 2,2. Tampoco se aprecian en esta importantes variaciones en las categorías de respuesta de las variables estudiadas. Los únicos que conceden un aprobado (2,5) son los entrevistados de 60 y más años. Mientras que aquellos

que otorgan puntuaciones más bajas son los menores de 40 años y quienes tienen una enfermedad en un estado muy avanzado.

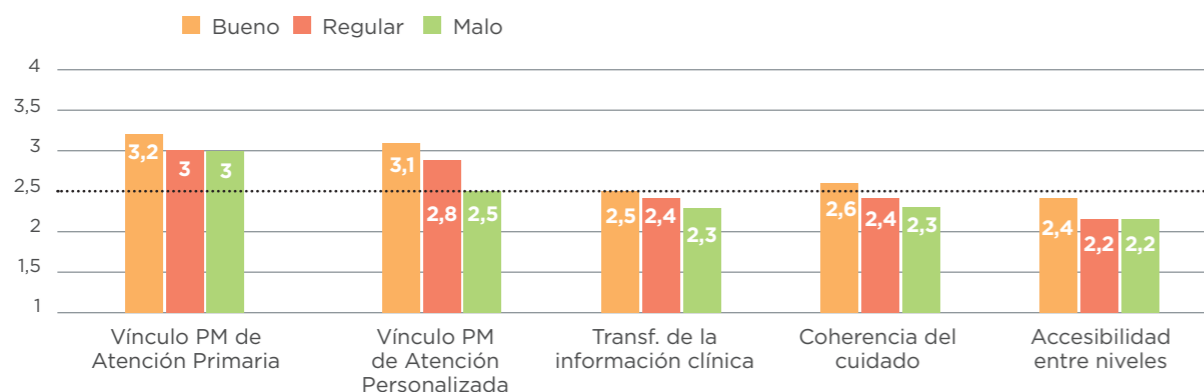
Para finalizar este análisis de las dimensiones, resulta de interés dirigir la atención específicas a las variables sanitarias. En este sentido, hay que destacar que la valoración media de cada una de las dimensiones no registra, en términos generales, diferencias significativas en lo que se refiere al nivel de avance de la enfermedad, el estado de salud y el número de especialistas visitados (Gráfico 10, Gráfico 11 y Gráfico 12)

No obstante esta pauta general, sí se aprecian algunas diferencias significativas. Así, en aquellos que tienen un menor avance de la enfermedad y un mejor estado de salud las valoraciones son ligeramente más altas (y por tanto positivas) en todas las dimensiones, menos en la de la transferencia de la información clínica.

Gráfico 10 | Medias de los indicadores de valoración de la continuidad asistencial, según el avance de la enfermedad (escala 1-4)

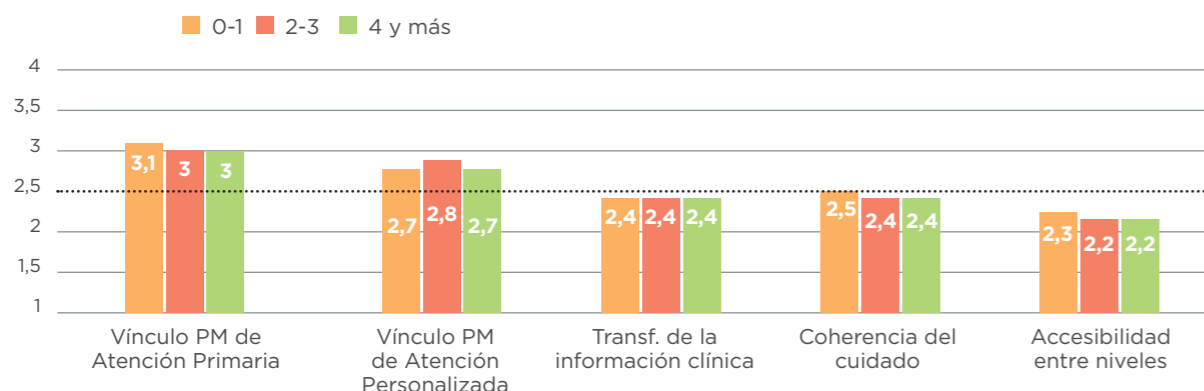
Donde las diferencias de valoraciones son mayores, entre quienes tienen un menor avance de la enfermedad y un buen estado de salud y el resto de entrevistados, es en la dimensión de la continuidad de la relación entre el vínculo paciente y médico atención especializada.

Gráfico 11 | Medias de los indicadores de valoración de la continuidad asistencial, según el estado de salud (escala 1-4)



Tampoco existen diferencias de medias significativas entre las distintas dimensiones según la variable del número de especialistas visitados.

Gráfico 12 | Medias de los indicadores de valoración de la continuidad asistencial, según el número de especialistas visitados (escala 1-4)



14. Valoración de la continuidad de la gestión entre diversos servicios sanitarios

Como continuación del análisis anterior de las dos dimensiones de la continuidad de la gestión en la coordinación de la continuidad asistencial, en este epígrafe completamos el examen de la continuidad de la gestión considerando la valoración que el colectivo de enfermos crónicos sometidos al escrutinio demoscópico han realizado de una serie de servicios sanitarios concretos. En concreto, una valoración referida al grado de coordinación y a la importancia concedida a esta coordinación de los siguientes cinco servicios sanitarios:

- Médicos especialistas entre sí.
- Enfermería y el resto de personal sanitario.
- Trabajadores sanitarios sociales y el resto de personal sanitario.
- Trabajadores sanitarios no sanitarios y el resto de personal sanitario.
- Farmacia del hospital y el resto de personal sanitario.

El hecho de que estos cinco servicios sanitarios compartan idénticas preguntas acerca de estos dos aspectos de la valoración del grado de coordinación entre el servicio en cuestión y el resto del personal sanitario, y de la importancia otorgada

a esta coordinación, también nos ha permitido construir dos tablas comparativas resumen entre los cinco servicios considerados, así como una tercera donde se expresa lo que hemos denominado como el déficit de coordinación de cada uno de estos cinco servicios. Este déficit de coordinación supone para cada servicio la diferencia entre quienes valoran con alta importancia la necesidad de dicha coordinación (ítems de imprescindible y muy importante) y aquellos que lo valoran positivamente (ítems de muy bueno y bueno).

Finalmente, existen otros tres servicios sanitarios que se han considerado en lo que hace a este análisis de la continuidad de gestión, y que presentan unas baterías de preguntas específicas no exactamente idénticas conforme con su propia naturaleza asistencial. En concreto son los referidos a:

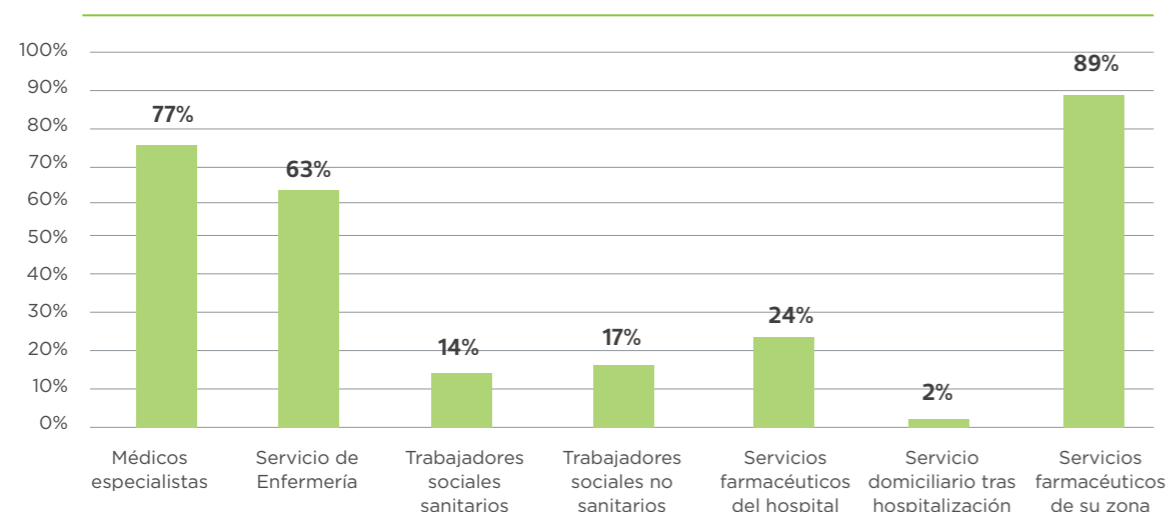
- ✓ La atención domiciliaria.
- ✓ Los servicios farmacéuticos de la zona de residencia del paciente.
- ✓ Y, finalmente, el grado de coordinación con la asistencia sanitaria fuera de la comunidad autónoma de residencia del paciente.

Como análisis previo al detalle de cada uno de los servicios sanitarios, es importante considerar y comparar el nivel de uso de cada uno de ellos. Así, como se observa en la Tabla 25, los enfermos crónicos entrevistados han usado en el último año especialmente los servicios de médicos especialistas (77% del total), de enfermería (63%) y, sobre todo, los farmacéuticos de su zona de residencia (89%).

TABLA 25 | Uso de los distintos servicios en el último año por parte de los participantes en la investigación (N total muestra: 1.529)

	N	% SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA
Médicos especialistas	1178	77%
Servicio de enfermería	963	63%
Trabajadores sociales sanitarios	222	14%
Trabajadores sociales no sanitarios	267	17%
Servicios farmacéuticos del hospital	482	24%
Servicio domiciliario tras hospitalización	30	2%
Servicios farmacéuticos de su zona	1360	89%
(N= 1.529)	100%	100%

Gráfico 13 | Uso de los distintos servicios en el último año por parte de los participantes en la investigación (N total muestra: 1.529)



MÉDICOS ESPECIALISTAS

En lo que hace al grado de coordinación que entre sí tienen los médicos especialistas se ha tenido en cuenta, en primer lugar, el número de especialistas que el entrevistado ha visitado en el último año. Los datos de la Tabla 26 muestran el significativo número de 3,1 de especialistas al que el conjunto de los entrevistados han acudido en el último año. Cabe también destacar que una tercera parte de la muestra declara que ha visitado cuatro y más especialistas durante este periodo (32%). Con todo es también relevante que una cuarta parte de la muestra ha visitado como mucho a un solo especialista o incluso a ninguno (25%).

La distribución de la frecuencia de visitas a los especialistas es bastante regular en el conjunto de la muestra, si bien se distinguen por un número de visitas al especialista ligeramente superior a la media la cohorte de 50 a 59 años (3,6) y quienes definen su estado de salud en este último año como malo (3,8).

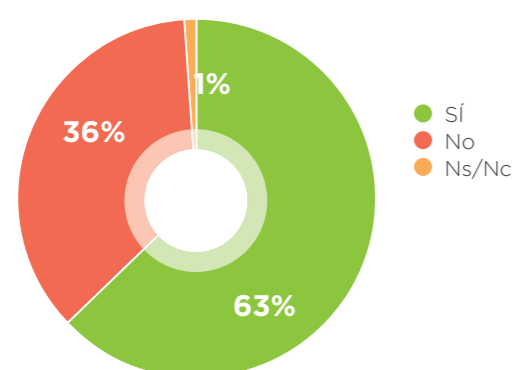
Las valoraciones que se han hecho del grado de coordinación de los especialistas entre sí solo han sido realizadas por aquellos entrevistados que declaraban haber visitado dos o más especialistas distintos en los últimos doce meses. A partir de esta base cabe destacar que las opiniones recogidas son mayoritariamente negativas. De hecho, de los seis servicios asistenciales en los que se ha considerado este aspecto del grado de coordinación entre el servicio en cuestión y el resto del personal sanitario éste es el que registra un porcentaje de valoraciones negativas más alto.

TABLA 26 | Número de médicos especialistas que ha visitado en el último año (%)

	%
Entre ninguno y uno	25
Entre dos y tres	42
Cuatro y más	32
Ns/nc	1
Media	3,1
(N= 1.529)	100%

En efecto, tal como aparece en la Tabla 27 las valoraciones de un malo (25%) o muy malo (17%) grado de coordinación son mencionadas por el 42% de los entrevistados, mientras que las contrarias de un muy bueno (6%) o bueno (18%) grado de coordinación solo alcanzan a la cuarta parte (24%) de los entrevistados. Algo menos de una tercera parte (29%) opta por una valoración equidistante (regular) y un 5% no tiene una opinión formada.

Contrasta esta mayoritaria negativa valoración con el hecho de que la gran mayoría de los encuestados entienden que es muy importante que está coordinación entre los médicos especialistas se produzca (88%). Así dos terceras partes (64%) la consideran como imprescindible y una cuarta parte (24%) como muy importante. Solo un 2% entiende que es poco importante y un 6% no tiene una opinión explícita sobre este particular.

Gráfico 14 | Ha acudido a los servicios de enfermería en el último año (%)

SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Por lo que respecta a los servicios de enfermería destacar, como primera aproximación, que casi dos terceras partes de los entrevistados han acudido a los servicios de enfermería en este último año (63%), conforme a los datos del Gráfico 14.

Es reseñable destacar que la frecuencia de visita a los servicios de enfermería es ligeramente más alta entre los hombres respecto de las mujeres (73% vs. 55%), entre quienes tienen estudios primarios (76%) y se autoubican en la clase social media baja (69%). Es también relevante que el uso de estos servicios en este último año ha sido también mayor entre quienes presentan un bajo avance de la enfermedad (69%) y aquellos que definen su estado de salud como bueno (70%).

TABLA 27 | Grado de coordinación e importancia de la misma entre los especialistas (Base: visitó varios especialistas, %)

GRADO DE COORDINACIÓN	
Muy bueno	6
Bueno	18
Regular	29
Malo	25
Muy malo	17
Ns/nc	5
(N= 1.178)	100%
GRADO DE IMPORTANCIA	
Imprescindible	6
Muy importante	18
Aconsejable	29
Poco importante	25
Nada importante	17
Ns/nc	5
(N= 1.178)	100%

A este grupo de la muestra que sí había acudido a los servicios de enfermería se les preguntó por el grado de coordinación entre estos servicios y el resto de personal sanitario. Contrariamente a lo que ocurría en la coordinación entre los médicos especialistas entre sí, las valoraciones en este caso son bien positivas. Así, un 28% valora como muy bueno el grado de coordinación y algo menos de la mitad (46%) como bueno. Por lo tanto, las opiniones meliorativas totales alcanzan a las tres cuartas partes de este colectivo específico (74%). Tal como puede apreciarse en la Tabla 28, las opiniones negativas se encuentran por debajo del 10%.

Y esta muy positiva valoración del grado de coordinación de este servicio con el resto del personal sanitario se acompaña también de una consideración muy alta sobre la importancia de la misma. Así un 91% de estos entrevistados definen esta coordinación como imprescindible (66%) o muy importante (25%).

SERVICIOS DE TRABAJADORES SOCIALES SANITARIOS

La primera constatación en lo que hace al servicio de los trabajadores sociales sanitarios es que solo una exigua parte del conjunto de los encuestados han usado este servicio en los últimos doce meses. Como puede apreciarse en el Gráfico 15, es el 14% de la muestra la que refiere haber usado el servicio en cuestión, mientras que un 82% declara no haberlo utilizado en este periodo.

Es reseñable destacar que el uso de estos servicios sanitarios es ligeramente

más frecuente entre aquellas personas de entre 50 y 59 años (20%), así como con estudios secundarios (21%), que presentan un estado notable de avance de la enfermedad (20%) y que definen su estado de salud en el último año como malo (22%), es decir, 8 puntos porcentuales por encima del dato medio del total de la muestra.

TABLA 28 | Grado de coordinación e importancia de la misma entre los servicios de enfermería y el resto de personal sanitario (Base: usó servicios de enfermería, %)

GRADO DE COORDINACIÓN	
Muy bueno	28
Bueno	46
Regular	18
Malo	8
Muy malo	1
Ns/nc	0
(N= 963)	100%
GRADO DE IMPORTANCIA	
Imprescindible	66
Muy importante	25
Aconsejable	7
Poco importante	1
Nada importante	0
Ns/nc	1
(N= 963)	100%

Gráfico | Uso de los servicios de los trabajadores sociales sanitarios de la sanidad pública en función del estado de salud (N= 1.529) (%)

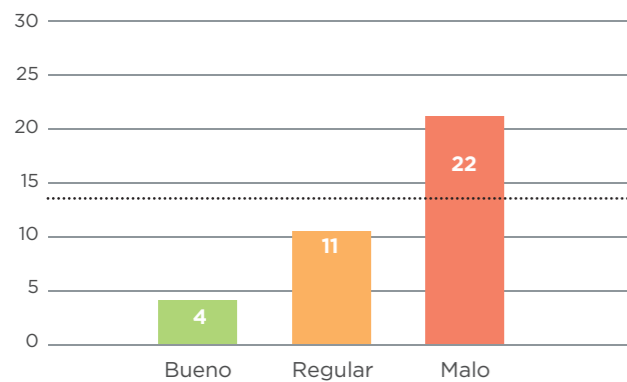
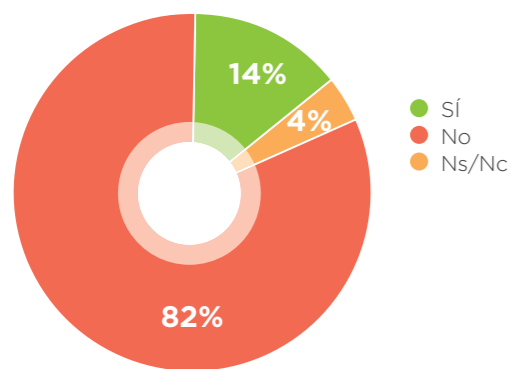


Gráfico 15 | Ha utilizado los servicios de trabajadores sociales sanitarios en el último año (%)



Por otro lado, los usuarios de los servicios de los trabajadores sociales sanitarios dividen sus opiniones sobre el grado de coordinación entre ellos y el resto de personal sanitario, de manera más o menos aproximada en los tres supuestos (bueno, regular o malo) que contempla la Tabla 29, si bien la suma de las valoraciones positivas (39%) es mayor que las negativas (31%). En definitiva, el juicio positivo en este aspecto es solo ligeramente mayor que el resto de opiniones. Y la suma de las opiniones negativas y neutras (regular)

TABLA 29 | Grado de coordinación e importancia de la misma entre los trabajadores sociales sanitarios y el resto de personal sanitario (Base: utilizó trabajadores sociales sanitarios, %)

GRADO DE COORDINACIÓN	
Muy bueno	11
Bueno	28
Regular	29
Malo	15
Muy malo	16
Ns/nc	0
(N= 222)	100%

GRADO DE IMPORTANCIA	
Imprescindible	58
Muy importante	31
Aconsejable	9
Poco importante	2
Nada importante	1
Ns/nc	0
(N= 222)	100%

alcanza al 60% de este subgrupo específico de la muestra.

Al igual que ocurría en el resto de servicios anteriormente considerados, también en éste los entrevistados entienden muy mayoritariamente que es imprescindible (58%) o muy importante (31%) que exista coordinación entre este servicios y el resto del personal sanitario.

SERVICIOS DE TRABAJADORES SOCIALES NO SANITARIOS

Al igual que ocurría con los trabajadores sociales sanitarios, el uso de los servicios de los trabajadores sociales no sanitarios en el último año ha sido bien infrecuente durante el último año. Así, como refleja el Gráfico 16, solo el 17% de los encuestados han utilizado este servicio.

No obstante lo anterior, este uso ha sido algo más acentuado entre aquellos pacientes menores de 40 años y en la cincuentena (en ambos casos con el 22%), que tienen estudios primarios (35%) y se definen como clase social baja trabajadora (22%). También es muy reseñable la mayor frecuencia de uso entre quienes indican un alto grado de avance de la enfermedad (23%).

Por otro lado, se observa que la diferencia entre quienes tienen buen y mal estado de salud es también relevante por lo que hace al uso de los trabajadores sociales fuera del ámbito sanitario (diez puntos, tal y como refleja el gráfico siguiente), si bien esta diferencia es menos acusada que la registrada en el caso de los trabajadores sociales sanitarios.

Gráfico 16 | Ha utilizado los servicios de trabajadores sociales sanitarios en el último año (%)

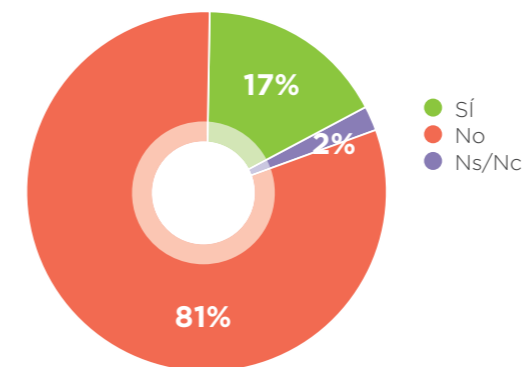
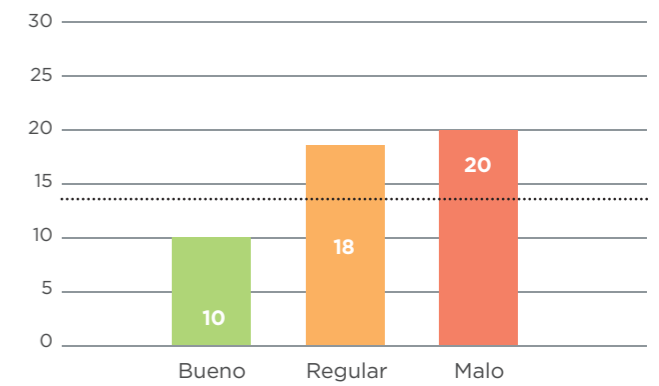


Gráfico 17 | Uso de los servicios de los trabajadores sociales fuera del ámbito sanitario en función del estado de salud (N= 1.529) (%)



En este grupo que ha utilizado este servicio de los trabajadores sociales no sanitarios destacan las opiniones de quienes entienden que existe un grado malo (16%) o muy malo (21%) de coordinación con respecto al resto del personal sanitario. El total de estas opiniones negativas (37%) superan significativamente a quienes estiman que el grado de coordinación es muy bueno (6%) o bueno (22%). Opiniones meliorativas que también son superadas por aquellos que califican de regular la coordinación (35%), tal como consta en la tabla 30.

En esta misma Tabla 30 también puede apreciarse como la opinión sobre el valor de la coordinación de este servicio con respecto al resto del personal sanitario es suscrita por un 73%, es decir, una vez sumamos los que lo consideran imprescindible (52%) y aquellos que lo entienden como muy importante (21%). No obstante esta alta consideración, hay que resaltar que este dato se encuentra significativamente alejado de los obtenidos en los anteriores servicios considerados que alcanzan cifras en torno al 90% de las respectivas submuestras.

Gráfico 18 | Ha utilizado los servicios farmacéuticos del hospital en el último año (%)

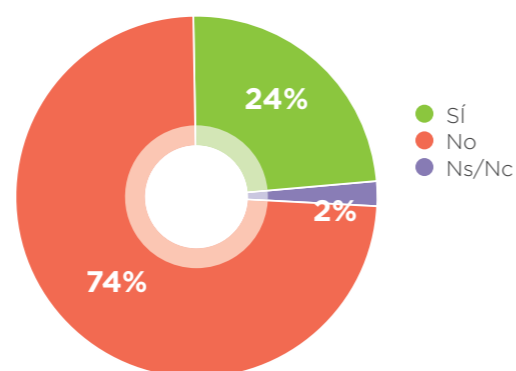


TABLA 30 | Grado de coordinación e importancia de la misma entre los trabajadores sociales de fuera del ámbito sanitario y el resto de personal sanitario (Base: utilizó trabajadores sociales de fuera del ámbito sanitario, %)

GRADO DE COORDINACIÓN	
Muy bueno	6
Bueno	22
Regular	35
Malo	16
Muy malo	21
Ns/nc	1
(N= 267)	100%
GRADO DE IMPORTANCIA	
Imprescindible	52
Muy importante	21
Aconsejable	26
Poco importante	1
Nada importante	1
Ns/nc	1
(N= 267)	100%

SERVICIOS FARMACÉUTICOS DEL HOSPITAL

La utilización de los servicios farmacéuticos del hospital es ligeramente superior al recurso a los trabajadores sociales pero también se encuentra a considerable distancia de la utilización de los servicios de enfermería. En efecto, solo una cuarta parte de los entrevistados manifiesta haber utilizado estos servicios en concreto, tal y como se aprecia en el Gráfico 18.

Este porcentaje de usuarios de los servicios farmacéuticos del hospital es ligeramente superior en aquellos pacientes con edades comprendidas entre 40 y 49 años (31%) y quienes se ubican en la clase baja trabajadora (30%). También es reseñable que el uso de este servicio es más alto entre los entrevistados que en el último año han visitado a cuatro o más especialistas (31%).

Las opiniones recogidas entre los usuarios de los servicios farmacéuticos del hospital acerca del grado de coordinación de este servicio sanitario concreto con respecto al resto de personal sanitario arrojan una consideración de un muy alto nivel de coordinación, al mismo nivel que el registrado para el caso de los servicios de enfermería. Así resulta que un 73% califica de muy bueno (34%) o bueno (39%) el grado de coordinación, según los datos de la Tabla 31.

Y en la misma sintonía que la mayor parte de los servicios sanitarios, la práctica totalidad de estos usuarios (91%) consideran imprescindible (63%) o muy importante (28%) que exista tal coordinación, tal y como puede apreciarse en la tabla siguiente.

COMPARATIVA ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS SANITARIOS Y DÉFICIT RESULTANTE

Como corolario del análisis realizado hasta aquí hemos creado las siguientes Tabla 32y Tabla 33 en las que se puede apreciar, de manera comparativa, los datos obtenidos por cada servicio sanitario en lo que hace al grado de coordinación del servicio en cuestión con respecto al resto del personal sanitario que le ha tratado (Tabla 32), así como a la importancia concedida a que exista coordinación entre cada servicio y el resto del personal sanitario que le atendió (tabla 33).

Los datos de la Tabla 32 muestran que los servicios de enfermería (74%) y los farmacéuticos del hospital (73%) son los que registran una opinión positiva mayoritaria sobre su grado de coordinación con el resto del personal sanitario. Por el contrario, los servicios

de médicos especialistas y de los trabajadores sociales no sanitarios destacan por el hecho de que las opiniones negativas son mayoritarias (42% y 37%, respectivamente). Como último aspecto poner de relieve que la opinión sobre el grado de coordinación de los trabajadores sociales sanitarios con el resto del personal se sitúa en una posición intermedia en la que el conjunto de opiniones meliorativas (39%) son algo mayores que el global de las negativas (31%).

TABLA 31 | Grado de coordinación e importancia de la misma entre la farmacia del hospital y el resto de personal sanitario (Base: utilizó los servicios farmacéuticos del hospital, %)

GRADO DE COORDINACIÓN	
Muy bueno	6
Bueno	22
Regular	35
Malo	16
Muy malo	21
Ns/nc	1
(N= 482)	100%
GRADO DE IMPORTANCIA	
Imprescindible	63
Muy importante	28
Aconsejable	6
Poco importante	1
Nada importante	2
Ns/nc	1
(N= 482)	100%

TABLA 32 | Grado de coordinación entre el servicio en cuestión y el resto del personal sanitario (%)

SERVICIOS	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	NS/NC	(N)
Médicos especialistas	6	18	29	25	17	5	1.178
Servicio de enfermería	28	46	18	8	1	0	963
Trabajadores sociales sanitarios	11	28	29	15	16	0	222
Trabajadores sociales no sanitarios	6	22	35	16	21	1	267
Servicios farmacéuticos del hospital	34	39	20	6	1	0	482

En la Tabla 33 puede apreciarse que los distintos colectivos de pacientes que han usado los diferentes servicios en el último año consideran muy importante que exista coordinación entre el servicio utilizado y el resto del personal sanitario. No obstante esta constatación puede matizarse que en el caso de los trabajadores sociales no sanitarios esta valoración supone que el 73% de los encuestados lo consideran imprescindible o muy importante, mientras que en los restantes cuatro servicios las frecuencias de estos dos ítems se sitúan en torno al 90%. Es decir, significativamente son bastante superiores.

TABLA 33 | Importancia concedida a que exista coordinación entre el servicio en cuestión y el resto del personal sanitario (%)

SERVICIOS	IMPRESCINDIBLE	MUY IMPORTANTE	ACONSEJABLE	POCO IMPORTANTE	NADA IMPORTANTE	NS/NC	(N)
Médicos especialistas	64	24	4	2	0	6	1.178
Servicio de enfermería	66	25	7	1	0	1	963
Trabajadores sociales sanitarios	58	31	9	2	1	0	222
Trabajadores sociales no sanitarios	52	21	26	1	1	1	267
Servicios farmacéuticos del hospital	63	28	6	1	2	1	482

A partir de las dos anteriores tablas comparativas de estos cinco servicios sanitarios se ha creado la siguiente Tabla 34 que expresa lo que hemos denominado como el déficit de coordinación de cada servicio en el sentido de precisar la diferencia entre la importancia concedida a que existe coordinación y la valoración positiva que se ha hecho (muy bueno y bueno) del grado de coordinación existente. En definitiva, la tabla ha sido calculada de la siguiente forma: del total de las columnas de los ítems de imprescindible y muy importante que exista coordinación de la Tabla 33 se ha restado el total de las columnas de los ítems muy bueno y bueno del grado de coordinación existente de la Tabla 32.

Los datos obtenidos en términos de frecuencias de respuestas son muy interesantes pero deben ser considerados con una cautela metodológica fundamental por cuanto no comparten una idéntica base numérica muestral, dado que las dos preguntas en cuestión (valoración del grado de coordinación e importancia concedida a que exista tal coordinación) solo se han preguntado a los pacientes que habían recurrido al

servicio en cuestión en el último año. Estas distintas bases se expresan en la columna N de la derecha de la referida Tabla 34.

Los datos muestran que son los servicios de los médicos especialistas (64%) y de los trabajadores sociales sanitarios (50%) los que presentan un mayor déficit de coordinación entendido en el sentido descrito de la diferencia entre la importancia concedida a la coordinación y la valoración positiva de la situación existente en el uso que de cada servicio han hecho los pacientes. En un tercer lugar, cercano al de los trabajadores sociales sanitarios, se sitúa el servicio de los trabajadores sociales no sanitarios (45%).

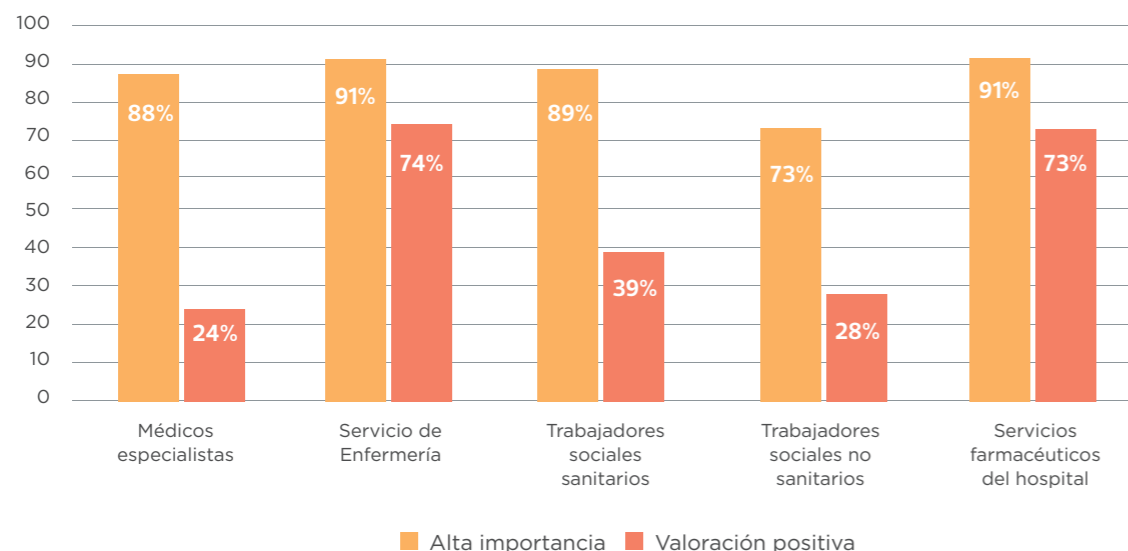
Junto a este destacable hecho se sitúa, a sensu contrario, el bajo déficit de coordinación que presentan los servicios de enfermería (17%) y los farmacéuticos del hospital (18%), puesto que aunque tienen una alta importancia concedida a la coordinación (ambos 91%) también cuentan con una muy alta opinión positiva (muy bueno o bueno) respecto del grado de coordinación (74% y 73%, respectivamente).

TABLA 34 | Relación entre la alta importancia concedida a la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y la valoración positiva del grado de coordinación existente (%)

SERVICIOS	ALTA IMPORTANCIA	VALORACIÓN POSITIVA	DÉFICIT	(N)
Médicos especialistas	88	24	64	1.178
Servicio de enfermería	91	74	17	963
Trabajadores sociales sanitarios	89	39	50	222
Trabajadores sociales no sanitarios	73	28	45	267
Servicios farmacéuticos del hospital	91	73	18	482

Otra perspectiva de presentación de estos mismos datos puede verse en el gráfico siguiente, que ofrece los datos de la relación entre la importancia concedida a la coordinación y la evaluación de la calidad de la misma. El Gráfico 19 muestra significativos déficits en lo que respecta a los médicos especialistas y los servicios de trabajadores sociales, tanto los del ámbito sanitario como los de fuera del mismo. Por el contrario, la relación es equilibrada o buena en lo referido a los servicios de enfermería y los servicios farmacéuticos del hospital.

Gráfico 19 | Relación entre la alta importancia concedida a la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y la valoración positiva del grado de coordinación existente (%)



Junto a los cinco servicios sanitarios descritos hasta aquí, en la encuesta a los pacientes crónicos también se han considerado otros tres servicios o dimensiones de la coordinación sanitaria. Pero dadas sus singularidades se ha recurrido a otras preguntas, tal y como se relacionan a continuación.

SERVICIOS DOMICILIARIOS

Para valorar el grado de coordinación de los servicios domiciliarios y del resto

del personal sanitario se indagó primero si se había estado hospitalizado en el último año, y a quienes declararon que sí (un 27% del total de la muestra) se les preguntó si tras recibir el alta habían recibido servicio sanitario domiciliario. El resultado es que solo un 8% de quienes habían estado hospitalizados habían utilizado este servicio concreto, tal y como aparece en el

Gráfico 20 | Ha estado hospitalizado en el último año (%) y en caso afirmativo, ha recibido servicio domiciliario después de recibir el alta (%)

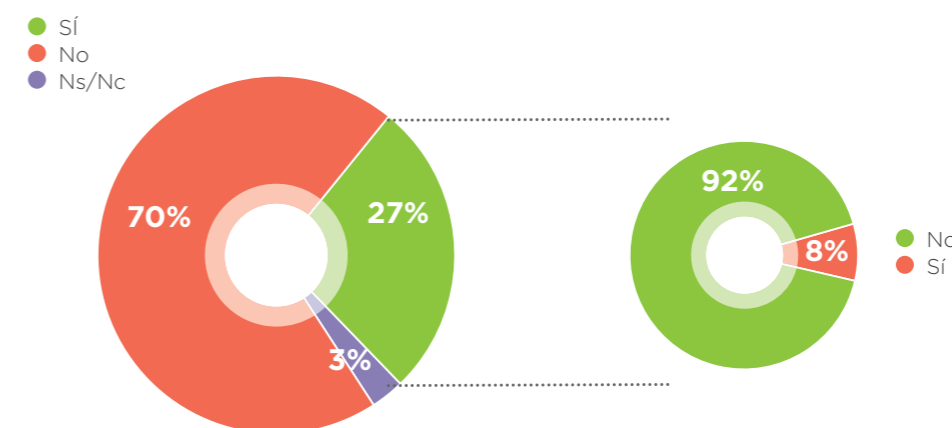


TABLA 35 | Grado de coordinación entre los servicios domiciliarios y el resto de personal sanitario (Base: recibió servicio domiciliario después de recibir el alta, %)

	%
Muy bueno	14
Bueno	69
Regular	3
Malo	13
Muy malo	0
Ns/nc	0
(N= 30)	100%

Así pues, la parte de los pacientes que ha recibido los servicios domiciliarios supone tan solo el 2% del total de la muestra. A pesar de tan baja frecuencia, resulta interesante conocer que la gran mayor parte de este pequeño grupo de encuestados consideran que el grado de coordinación entre los servicios domiciliarios y el resto de personal sanitario es muy bueno (14%) o bueno (69%). Y tan solo un 13% lo califican como malo, tal y como se refleja en la siguiente Tabla 35.

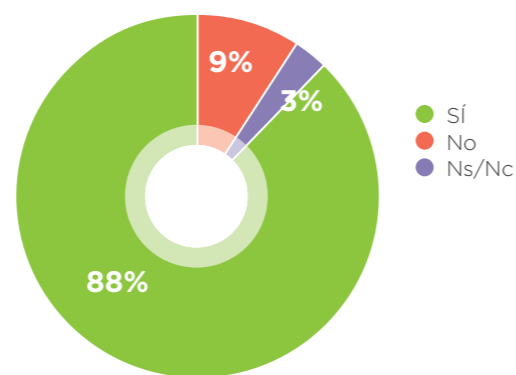
TABLA 36 | Importancia concedida a la coordinación entre la farmacia de su zona y los profesionales sanitarios que le atienden (Base: usó farmacia en su zona, %)

	%
Imprescindible	34
Muy importante	28
Aconsejable	25
Poco importante	6
Nada importante	7
Ns/nc	0
(N= 1.360)	100%

A aquellos que habían usado este servicio se les preguntó sobre la importancia concedida a la coordinación entre el servicio en cuestión y el resto de los profesionales sanitarios que les han atendido. Los datos de la tabla 36 muestran, como es habitual, un posicionamiento mayoritario a considerarlo como muy importante (28%) o imprescindible (34%). Es decir, que casi dos terceras partes (62%) de este grupo de usuarios de los servicios farmacéuticos de su zona le conceden una alta importancia a esta coordinación. Sin embargo, resulta interesante recordar que este dato es menor que cualquier otro de los cinco servicios sanitarios anteriores en los que también se ha indagado sobre esta misma cuestión.

Por otro lado, a este colectivo concreto también se le preguntó por la frecuencia con la que habían tenido

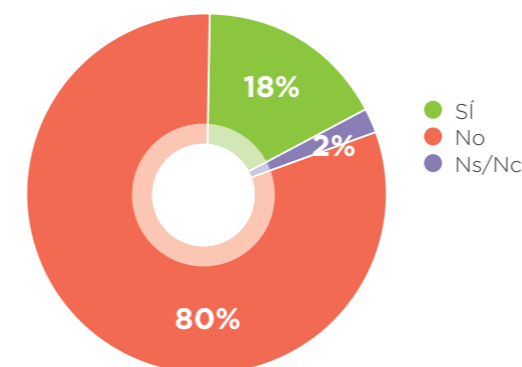
Gráfico 21 | Ha utilizado servicios farmacéuticos de su zona en el último año (%)



o no dificultades para encontrar en las farmacias los medicamentos que les habían recetado en los últimos seis meses. Las respuestas de la Tabla 37 ponen de manifiesto que un 22% ha tenido dificultades con cierta frecuencia (13%) o muy a menudo (9%). A este grupo cabe añadirle que una tercera parte de los mismos refiere que las dificultades se han producido alguna vez (34%). Por el contrario, algo menos de la mitad refieren que no han tenido ningún problema (45%).

Es muy significativo destacar que entre aquellos que refieren un muy avanzado estado de la enfermedad las dificultades para encontrar las medicinas aumentan considerablemente. Así lo señalan el 40% de este grupo concreto de pacientes que indican muy a menudo o con cierta frecuencia (20% para ambos casos). Es decir, que suman el doble de la media general,

Gráfico 22 | Ha necesitado atención sanitaria fuera de su comunidad autónoma (%)



ASISTENCIA SANITARIA FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA.

Finalmente en este epígrafe dedicado el examen de la continuidad de la gestión sobre una serie de servicios sanitarios concretos se aborda aquí la consideración de la coordinación de los servicios sanitarios cuando el paciente ha necesitado atención fuera de su comunidad autónoma de residencia.

La primera cuestión considerada ha sido la de cuantificar la proporción de la muestra que ha tenido que utilizar la asistencia sanitaria cuando se encontraba en otra comunidad autónoma distinta de la que residía. Los datos del Gráfico 22 ponen de manifiesto que algo menos de una quinta parte de los entrevistados se han encontrado en esta situación (18%). Es reseñable que este dato sube ligeramente entre aquellos que han visitado a cuatro y más especialistas en el último año (23%).

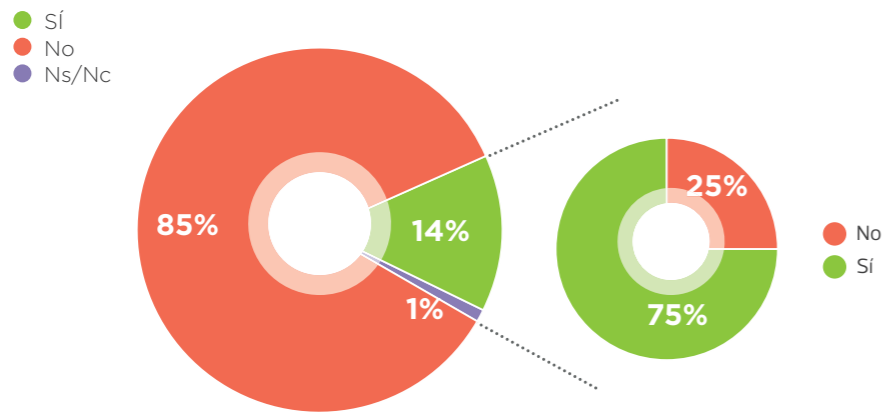
TABLA 37 | Frecuencia de tener dificultades para encontrar los medicamentos recetados en las farmacias en el último semestre (Base: usó farmacias de su zona, %)

	%
No he tenido problemas	45
Alguna vez	34
Con cierta frecuencia	13
Muy a menudo	9
Ns/nc	0
(N= 1.360)	100%

TABLA 38 | Percepción si los profesionales sanitarios podían acceder a su información clínica (%)

	%
Sí, tuvo acceso a la información completa	4
Sí, tuvo acceso solo a alguna información	9
No	71
No lo sé	16
Ns/nc	0
(N= 321)	100%

Gráfico 23 | Ha necesitado acceder a tratamiento fuera de su comunidad autónoma y en caso afirmativo, posibilidad de acceder a tratamiento fuera de su comunidad autónoma (%)



Al preguntar sobre si los profesionales sanitarios de otra comunidad autónoma pudieron acceder a su información clínica, casi tres cuartas partes de este grupo concreto de pacientes contesta que no (71%). Es también reseñable que un 16% refiere que no lo sabe, y solo un 4% indica que sí y que tuvo acceso a la información completa, tal y como reflejan los datos de la Tabla 38.

refiere a la necesidad o no de acceder a algún tratamiento sanitario (diálisis, fármaco, producto sanitario, etc.) fuera de su comunidad autónoma de residencia. Tal como se aprecia en el Gráfico 23, solo el 14% del total de entrevistados tuvieron esta necesidad, y un 25% de los que tuvieron esta necesidad tuvieron problemas para acceder al mismo.

Otra cuestión complementaria de la anterior sobre la que se indagó se

TABLA 39 | Lugar de tratamiento fuera de su comunidad autónoma (%)

	%
En la farmacia hospitalaria	21
En la farmacia de calle	79
Ns/nc	0
(N= 168)	100%

Al preguntar a este grupo específico de entrevistados que pudieron acceder a tratamiento sobre el lugar del mismo fuera de su comunidad autónoma, las respuestas indican que la mayor parte fue en la farmacia de la calle (79%) y la menor en la farmacia hospitalaria (21%), tal como indican los datos de la Tabla 39.

Finalmente referir que una manera aproximada de constatar la coordinación de los servicios sanitarios entre las distintas comunidades autónomas ha consistido en preguntar al total de la muestra si ha renunciado alguna vez a desplazarse a otra comunidad autónoma por temor a no ser atendido adecuadamente, esto es, conforme a las necesidades de su enfermedad.

Las respuestas obtenidas, que se presentan en la Tabla 40, ponen de manifiesto que esta renuncia ha afectado a una cuarta parte de la muestra (25%). Las tres cuartas partes restantes (74%) señalan que nunca ha evitado un desplazamiento fuera de su

comunidad autónoma de residencia por este motivo.

Es reseñable destacar que aquellos que más sobresalen por su renuncia al desplazamiento son, curiosamente, los menores de 40 años (33%) o aquellos entre 40 y 49 años (30%), así como quienes se definen como clase social baja trabajadora (35%). También este hecho se ha en mayor medida entre quienes refieren un muy avanzado estado de su enfermedad (36%).

TABLA 40 | Renuncia al desplazamiento por temor a no ser atendido adecuadamente fuera de su comunidad autónoma (%)

	%
Sí	25
No	74
Ns/nc	1
(N= 1.529)	100%

15. Análisis causal de la continuidad asistencial

En este apartado analizaremos las relaciones que existen entre los principales indicadores utilizados de valoración de la continuidad asistencial con dos variables de especial interés:

- La percepción general de coordinación entre el personal sanitario
- La satisfacción con la atención sanitaria recibida.

Como complemento a este análisis, también analizaremos la relación entre las principales variables explicativas (sociodemográficas, socioeconómicas y sociosanitarias) con las dos variables anteriores, percepción de coordinación y satisfacción con la atención sanitaria.

Para este apartado de análisis causal hemos recodificado la no respuesta con los valores medios de la escala

TABLA 41 | Relación entre la alta importancia concedida a la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y la valoración positiva del grado de coordinación existente (%)

		GRADO DE COORDINACIÓN	SATISF. ATENCIÓN
Grado coordinación	Correlación de Pearson	1	,536**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1529	1529
Satisfacción atención	Correlación de Pearson	,536**	39
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	1529	1529

cuando eran muy pocos casos y hemos procedido a sacarlos de la base de cálculo cuando eran abundantes. Aparte de ello hemos estandarizado todas las variables en unidades de desviación típica, para que las correlaciones y regresiones resulten lo menos afectadas posible por las diferencias de escala existentes en las variables. Esta operación es especialmente importante cuando se analizan las variables explicativas, las cuales presentan rangos de variación muy dispares. Se han aplicado coeficientes de correlación de Pearson.

La primera observación a realizar es la estrecha relación que existe entre el grado de coordinación percibido entre profesionales sanitarios y la satisfacción con la atención recibida el último año. Un coeficiente de correlación de 0,536 indica que la percepción de coordinación alta está estrechamente vinculada a una satisfacción elevada y viceversa. Puede interpretarse que la coordinación contribuye de forma muy decisiva a la satisfacción, constituyendo un aspecto fundamental de dicha satisfacción.

Examinemos a continuación las correlaciones entre las dimensiones de coordinación asistencial y estas dos variables, el grado de coordinación y la satisfacción con la atención recibida:

TABLA 42 | Correlaciones entre las dimensiones de coordinación asistencial y el grado de coordinación y la satisfacción con la atención recibida

		GRADO DE COORDINACIÓN	SATISF. ATENCIÓN
Vinculación Paciente - Médico de Atención Primaria	Correlación de Pearson	,417**	,317**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Vinculación Paciente - Médico Especialista	Correlación de Pearson	,523**	,661**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Transferencia de la información clínica	Correlación de Pearson	,124**	,215**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Coherencia del cuidado	Correlación de Pearson	,519**	,388**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Accesibilidad entre niveles	Correlación de Pearson	,214**	,087**
	Sig. (bilateral)	,000	,001
	N	1529	1529

Todas las dimensiones contribuyen a la percepción general de coordinación entre los profesionales de la salud, pero las que más destacan por aportar las mayores contribuciones son: la vinculación paciente-médico especialista y la coherencia del cuidado, seguida de la vinculación paciente-médico de atención primaria. Las contribuciones más bajas las encontramos en la transferencia de la información clínica y la accesibilidad entre niveles.

Más relevante aún nos parecen los resultados relativos a cómo las dimensiones contribuyen a la satisfacción del paciente. La que más contribuye con una gran diferencia es la vinculación paciente -médico especialista, seguidas en un discreto segundo plano de importancia de la coherencia del cuidado y de la vinculación paciente-médico de

atención primaria. Sin embargo la accesibilidad entre niveles prácticamente no tiene aportación a la satisfacción. Quizás, teniendo en cuenta que es la dimensión menos valorada, la explicación es que no está funcionando adecuadamente por lo que no puede contribuir significativamente a una mayor satisfacción.

Un modelo de regresión lineal múltiple presentado a continuación confirmaría lo que sugiere el análisis correlacional. En este análisis la variable dependiente es la satisfacción con la atención recibida y las independientes las dimensiones de coordinación asistencial. Es un modelo que explica bastante la satisfacción, abarcando hasta un 41% de la varianza explicada. Puede apreciarse (examinando los coeficiente tipificados beta, que son los que dimensionan la contribución causal de las variables independientes a la

TABLA 43 | Coeficientes de regresión

MODELOS	COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS		COEFICIENTES TIPIFICADOS BETA	T	SIG.
	B	ERROR TÍPICO			
(Constante)	-1,524	,222		-6,871	,000
VincAt Primaria	,284	,031	,199	9,123	,000
VincAt Especialista	,475	,032	,337	15,021	,000
Transf. Información	,064	,067	,019	,950	,342
Coher. Cuidado	,759	,065	,274	11,737	,000
Acces. Niveles	,168	,037	,093	4,501	,000

a. Variable dependiente: Grado coordinación. R cuadrado ajustado 0,411. Error típico 0,905. F=214.

Examinamos a continuación las correlaciones relativas a la continuidad de la gestión de diversos servicios sanitarios. En este caso, al tener bases diferentes y algunos de estos servicios contar con bases muy pequeñas, no es aplicable un modelo de regresión, aunque sí podemos examinar los coeficientes de correlación para obtener algunas conclusiones orientativas. (No se ha examinado el servicio domiciliario porque son solo 34 casos).

TABLA 44 | Correlaciones entre la valoración de la coordinación de distintos servicios con grado de coordinación y satisfacción con la atención

		GRADO DE COORDINACIÓN	SATISFACCIÓN ATENCIÓN
Especialistas (entre sí)	Correlación de Pearson	,648**	,446**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1079	1079
Enfermería	Correlación de Pearson	,316**	,218**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	962	962
Trabajadores sociales sanitarios	Correlación de Pearson	,425**	,460**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	221	221
Trabajadores sociales	Correlación de Pearson	,285**	,142*
	Sig. (bilateral)	,000	,023
	N	258	258
Farmacia de hospital	Correlación de Pearson	,105*	,047
	Sig. (bilateral)	,046	,367
		364	364

Entre los usuarios que usan estos servicios lo que más contribuye a la percepción global de coordinación del personal sanitario es la coordinación de los especialistas entre sí, seguido en este orden de trabajadores sociales sanitarios, enfermería y otros trabajadores sociales. La coordinación de la farmacia de hospital contribuye muy poco.

De mayor interés es la contribución de estos aspectos a la satisfacción. Las coordinaciones que más satisfacción producen entre los usuarios correspondientes son las de los trabajadores sociales sanitarios con el resto del personal sanitario y la de los médicos especialistas entre sí. Sigue a continuación más moderadamente la coordinación de la enfermería con el resto del personal sanitario, siendo ya muy baja la de los trabajadores sociales. La coordinación de la farmacia de hospital no guarda ninguna relación con la satisfacción.

Presentamos a continuación (tabla 45) otro conjunto de indicadores, que son los de las principales variables

explicativas. Estudiamos a continuación el valor explicativo o predictivo de este conjunto de variables.

Cara a explicar la percepción global de coordinación estas variables tienen una capacidad explicativa entre moderada y baja. Las que más destacan son en este orden: estado de salud, avance de la enfermedad y edad, en el sentido de que a mejor salud, menor avance de la enfermedad y mayor edad mejor es la percepción de coordinación. No obstante todas las variables examinadas correlacionan significativamente con dicha percepción, con excepción de los ingresos.

De estas variables las que más explican la satisfacción son en este orden: el estado de salud sobre todo (a mejor estado de salud más satisfacción) ingresos (a menores ingresos más satisfacción) avance de la enfermedad (a menor avance más satisfacción) y sexo (varones más satisfechos). Contribuyen escasamente pero de forma significativa los estudios y el nº de especialistas que les trata.

TABLA 45 | Correlaciones entre las principales variables explicativas con grado de coordinación y satisfacción con la atención

		GRADO DE COORDINACIÓN	SATISFACCIÓN ATENCIÓN
Sexo	Correlación de Pearson	-,178**	-,171**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Edad	Correlación de Pearson	,191**	,182**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1527	1527
Estudios	Correlación de Pearson	-,176**	-,085**
	Sig. (bilateral)	,000	,001
	N	1505	1505
Ingresos	Correlación de Pearson	-,011	-,213**
	Sig. (bilateral)	,664	,000
	N	1516	1516
Avance enfermedad	Correlación de Pearson	-,222**	-,174**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
Estado de salud	Correlación de Pearson	,231**	,411**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529
nº especialistas	Correlación de Pearson	-,160**	-,109**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	1529	1529

15. Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES:

La satisfacción de los pacientes con el funcionamiento general del sistema sanitario público en España es de 5,4, en escala de 0 a 10, lo que significa un aprobado con amplio margen de mejora. Es una satisfacción claramente inferior a la que aporta el Barómetro del CIS, aun con una escala métrica ligeramente distinta, para 2018 (último año disponible) referida al conjunto de la población española, que es de 6,6. La satisfacción respecto la atención sanitaria recibida en el último año es algo mayor y se sitúa en un 5,8 de media en la misma escala.

El ámbito asistencial más valorado es la atención primaria, con un 64% de valoraciones positivas. Le sigue la atención médica especializada con un 50% de valoraciones positivas. Y lo peor valorado con diferencia son los servicios de urgencias, que tan solo alcanzan un 37% de valoraciones positivas. La media, en una escala de 1-5 es de 3,0.

El grado de coordinación general entre los profesionales sanitarios alcanza una valoración ligeramente positiva, pues alcanzan estas un 37% de las valoraciones (muy buenas o buenas), un 30% regulares y un 33% negativas (malo + muy malo). Por tanto, estamos ante un aspecto claramente mejorable de acuerdo con la percepción de los pacientes crónicos. Además, esta percepción empeora conforme aumenta el número de especialistas que visitan. Precisamente este hecho evidencia que es mejorable, pues cuanto más necesaria es, peor se valora. Suspenden la coordinación aquellos que tienen que visitar a 4 o más especialistas, con una media de 2,7 sobre una escala de entre 1 y 5 (el punto medio es 3,0).

Un 43% de los pacientes no señalan a ningún profesional sanitario como responsable de la coordinación, sea porque consideren que ninguno lo hace o porque lo tienen que hacer ellos (lo cual es equivalente). Este es otro importante indicador para dimensionar las carencias de dicha coordinación y plantear objetivos de mejora. El encargado más frecuente de la coordinación es el médico de atención primaria (36% de menciones), seguido con amplia diferencia por los médicos especialistas (16%). Sin embargo, el 49% demandan esta coordinación por parte de un médico especialista, y a continuación por el médico de atención primaria, con un 35%. Esto revela que existe una demanda no cubierta de coordinación por parte de los pacientes que se concentra muy particularmente en los médicos especialistas. Además, cuantos más especialistas visitan, mayor es esta demanda.

De las cinco dimensiones analizadas de continuidad asistencial, son valoradas positivamente las dos que hacen referencia a la continuidad de la relación y se valoran negativamente las relativas a la continuidad de la información y la continuidad de la gestión:

- Así, la mejor valorada es la vinculación paciente - médico de atención primaria, seguida de la dimensión del vínculo paciente - médico especialista.
- La continuidad de la información, dimensión de la transferencia de la información clínica, obtiene un suspenso raspando el aprobado (2,4 cuando el 2,5 supondría aprobar).
- Peores valoraciones merecen las dos dimensiones de continuidad de la gestión. La coherencia del cuidado alcanza un 2,3 y la accesibilidad entre niveles 2,2.

En relación a la coordinación de otros servicios y aspectos también explorados en este estudio, encontramos que una mayoría, siempre entre los que los han usado los diferentes servicios,

valoran positivamente la coordinación con el resto del personal sanitario de los servicios de enfermería (74%) y los servicios farmacéuticos del hospital (73%). Sin embargo, no son mayoría los que valoran positivamente el resto de servicios: trabajadores sociales sanitarios (39%), trabajadores sociales no sanitarios (28%) y los médicos especialistas entre sí (24%). Sin embargo, pese a obtener la coordinación de los médicos especialistas la peor valoración, esta es considerada de elevada importancia en distintos indicadores manejados en este estudio. Además, resulta que el déficit más elevado entre importancia concedida y valoración otorgada a este conjunto de servicios, es el obtenido por los médicos especialistas, seguido después con otro déficit relevante (aunque menor que el anterior) el de los trabajadores sociales sanitarios.

La coordinación del personal sanitario está altamente relacionada con la satisfacción de la atención recibida, constituyendo un importantísimo factor de dicha consideración meliorativa. De las dimensiones de coordinación examinadas, la que más contribuye con diferencia a la satisfacción del paciente es la vinculación con el médico especialista. Siguen con una aportación a la satisfacción, también considerable pero mucho menores, la coherencia del cuidado y la vinculación con el médico de atención primaria. Sin embargo, la accesibilidad entre niveles y la transferencia de la información clínica no están contribuyendo prácticamente a la satisfacción del paciente, probablemente porque no están funcionando adecuadamente.

Por otro lado los pacientes afirman tener dificultades en el acceso a la información clínica y a tratamiento fuera de su Comunidad Autónoma de residencia: el 71% de los pacientes que necesitaron atención sanitaria fuera de su Comunidad Autónoma manifiestan que los profesionales sanitarios no

pudieron acceder a su información clínica y el 25% de los pacientes que necesitaron tratamiento en otra Comunidad Autónoma no pudieron acceder a él.

RECOMENDACIONES:

Mejorar la coordinación asistencial resulta necesaria y de gran relevancia para mejorar la satisfacción con la atención recibida. Es imprescindible acometer para ello diversas medidas:

- Instaurar la figura de coordinación entre niveles asistenciales y referente para el paciente.
- Mejorar los sistemas de información que permitan a los profesionales acceder a los datos completos del paciente independientemente del lugar donde se encuentre.
- Flexibilizar el modelo de atención. Actualmente el modelo puede ser muy eficaz en procesos con demanda programable, pero fracasa en la atención de procesos con múltiples reagudizaciones, donde la demanda no es programable, lo que pasa factura a los servicios de urgencias.
- Integrar la atención social. El sistema falla en incorporar la parte social a la atención de las personas. Debemos entender la salud como algo holístico que nos permita tratar a la persona en toda su complejidad y necesidad. Es necesario conectar la información entre ambos sistemas.
- Asegurar la cohesión territorial. Necesitamos mayor cooperación para favorecer la cohesión del sistema de salud entre las diferentes CCAA. La dificultad para acceder a un tratamiento fuera de la Comunidad Autónoma de un paciente genera mucha incertidumbre.

Anexo I: Barómetro 2016 de pacientes crónicos en España

PRESENTACIÓN

Estimado/a paciente, familiar o cuidador/a,

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes está realizando un estudio sobre la calidad de la atención sanitaria percibida por los pacientes crónicos españoles con el objeto de proponer mejoras en dicha atención. La Universidad Complutense de Madrid lo está llevando a cabo por encargo.

La confidencialidad de la información que nos proporcione está garantizada por Ley. Los resultados de este estudio se presentarán a través de datos estadísticos y siempre anónimos.

Su opinión es muy importante; rogamos que dedique unos minutos a contestar esta encuesta. Si tiene dificultades para cumplimentarla, puede pedir ayuda a otra persona para que marque sus respuestas. Muchas gracias por su colaboración.

***P01.** Antes de comenzar, por favor señale quién contesta este cuestionario:

- La propia persona afectada
- El/ la cuidador/a familiar
- Otra persona

***P02.** Por favor indique la enfermedad principal o trastorno del que ha sido diagnosticado/a:

- Alzheimer
- Artritis
- Artrosis
- Autismo
- Cáncer de mama
- Cáncer (otros tipos)
- Crohn y colitis ulcerosa
- Daño Cerebral
- Enfermedad mental
- Enfermedad rara
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neuromuscular
- Esclerosis múltiple
- Espondiloartritis
- Fibromialgia
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Hidrosadenitis
- Hipertensión pulmonar
- Ictus
- Lesión medular

- Lupus
- Migraña crónica
- Osteoporosis
- Piel de Mariposa
- Psoriasis
- Síndrome de fatiga crónica
- Uveitis
- VIH
- Otras (especificar)

P03. ¿Podría indicarnos el año de diagnóstico de la enfermedad principal por la que responde a este cuestionario? _____ (Indicar el año en número, aunque sea aproximado).

P04 ¿Y de qué otras de las siguientes enfermedades ha sido también diagnosticado?

- Alzheimer
- Artritis
- Artrosis
- Autismo
- Cáncer de mama
- Cáncer (otros tipos)
- Crohn y colitis ulcerosa
- Daño Cerebral
- Enfermedad mental
- Enfermedad rara
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neuromuscular
- Esclerosis múltiple
- Espondiloartritis
- Fibromialgia
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Hidrosadenitis
- Hipertensión pulmonar
- Ictus
- Lesión medular
- Lupus
- Migraña crónica
- Osteoporosis
- Piel de Mariposa
- Psoriasis
- Síndrome de fatiga crónica
- Uveitis
- VIH
- Otras

P05. En su opinión, ¿en qué estado de avance se encuentra la enfermedad principal de la que ha sido diagnosticado/a? En una escala de 1 a 10, donde 1 sería un estado muy inicial y 10 un estado muy avanzado, ¿dónde situaría su caso?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P06. En los últimos doce meses, ¿cómo diría que ha sido su estado de salud?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P07. Por favor indíquenos su grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida en el último año (Valore de 0 a 10, siendo 0 Muy insatisfecho y 10 Muy satisfecho):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P08. Actualmente, ¿cuál es su grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España? (Valore de 0 a 10, siendo 0 Muy insatisfecho y 10 Muy satisfecho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P09. Nos interesa mucho conocer su percepción de la atención recibida por los diferentes servicios sanitarios en los últimos doce meses. Valore por favor la atención recibida en...

	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO HE ACUDIDO	NO USO LA SANIDAD PÚBLICA
Las consultas del médico de atención primaria en la sanidad pública							
Las consultas del especialista en la sanidad pública							
En urgencias							

P10. Por favor, valore el grado de coordinación entre los distintos profesionales sanitarios que le atienden habitualmente (médicos de atención primaria, personal de enfermería, especialistas)

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P11. ¿Quién es el profesional sanitario encargado de la coordinación de la información entre los distintos profesionales que lo atienden?

- El médico de atención primaria
- Un médico especialista
- Enfermería de atención primaria
- Enfermería de atención especializada
- Otro profesional sanitario
- Yo mismo tengo que hacer ese papel
- Ninguno, nadie asume esta coordinación

P11A. ¿Y quién debería ser en su opinión?

- El médico de atención primaria
- Un médico especialista
- Enfermería de atención primaria
- Enfermería de atención especializada
- Otro profesional sanitario

P12. Dígame hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases sobre su médico de atención primaria.

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE LA PREGUNTA
Los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo					
Después de ir al especialista, mi médico de atención primaria comenta conmigo la visita					
Cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado					
Cuando consulto al especialista, necesito contarle las indicaciones que el médico de atención primaria me ha dado.					

P13. Dígame hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases sobre su médico o médicos especialistas.

	TOTAL- MENTE DE ACUERDO	MÁS BIEN DE ACUER- DO	MÁS BIEN EN DESACUER- DO	TOTALMEN- TE EN DES- ACUERDO	NO PROCEDE LA PREGUNTA
Confío en la capacidad profesional de los médicos especialistas que me tratan					
Los especialistas se interesan por mí					
Me siento cómodo consultándole a mis médicos especialistas mis dudas o mis problemas de salud.					
Mis médicos especialistas entienden lo que les digo sobre mi salud					
Entiendo fácilmente la información que me dan mis médicos especialistas					
Tienen en cuenta aspectos sobre la vida que llevo y sobre cómo soy yo.					
Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares					

P14. Dígame con qué frecuencia podrían aplicarse estas frases a su experiencia, en relación a la información médica que circula entre usted, su médico de atención primaria y el o los especialistas que le atienden.

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE LA PREGUNTA
Los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo					
Después de ir al especialista, mi médico de atención primaria comenta conmigo la visita					
Cuando consulto al médico de atención primaria necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado					
Cuando consulto al especialista, necesito contarle las indicaciones que el médico de atención primaria me ha dado.					

P15. Dígame con qué frecuencia podrían aplicarse estas frases a su experiencia, en relación a la gestión médica que está recibiendo.

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	NO PROCEDE LA PREGUNTA
Mi médico de atención primaria suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista					
Mi médico de atención primaria y mis especialistas se comunican entre ellos					
El especialista suele estar de acuerdo en las indicaciones del médico de atención primaria					
El especialista me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de atención primaria					
El especialista me envía al médico de atención primaria para las visitas de seguimiento					
El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda					
La atención que recibo por parte del médico de atención primaria y el especialista está coordinada					
Desde el ambulatorio o centro de atención primaria me programan las visitas al especialista					
Desde que mi médico de atención primaria me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita					
Cuando el especialista me manda al médico de atención primaria tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita					

P16. En los últimos doce meses, y sin contar al médico de atención primaria, ¿a cuántos especialistas distintos ha acudido Ud.? _____ (solo números positivos) (Si ha visitado dos o más especialistas distintos).

P16a. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre estos distintos especialistas?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P16B. ¿Y hasta qué punto es importante en su opinión que exista coordinación entre estos distintos especialistas que le han tratado?

- Imprescindible
- Muy importante
- Aconsejable
- Poco importante
- Nada importante

P17. ¿Ha acudido en los últimos doce meses a los servicios de enfermería? Sí

No

(Si ha acudido a los servicios de enfermería)

P17a. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre enfermería y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P17B. ¿Y hasta qué punto es importante, en su opinión, que exista coordinación entre enfermería y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Imprescindible
- Muy importante
- Aconsejable
- Poco importante
- Nada importante

P18. ¿Ha utilizado en los últimos 12 meses los servicios de trabajadores sociales sanitarios de la sanidad pública?

Sí No

(Si los ha utilizado)

P18a. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre los trabajadores sociales sanitarios y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

Muy bueno
Bueno

Regular
Malo
Muy malo

P18B. ¿Y hasta qué punto es importante, en su opinión, que exista coordinación entre los trabajadores sociales sanitarios y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Imprescindible
- Muy importante
- Aconsejable
- Poco importante
- Nada importante

P19. ¿Ha utilizado los servicios de los trabajadores sociales fuera del ámbito sanitario?

Sí No
(Si lo ha utilizado)

P19A. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre los trabajadores sociales y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P19B. ¿Y hasta qué punto es importante, en su opinión, que exista coordinación entre los trabajadores sociales y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Imprescindible
- Muy importante
- Aconsejable
- Poco importante
- Nada importante

P20. ¿Ha utilizado en los últimos 12 meses los servicios farmacéuticos del hospital?

Sí No
(Si lo ha utilizado)

P20a. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre la farmacia de hospital y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P20B. ¿Y hasta qué punto es importante, en su opinión, que exista coordinación entre la farmacia de hospital y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Imprescindible
 - Muy importante
 - Aconsejable
 - Poco importante
 - Nada importante
- (A todos)

P21. ¿Ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses?

Sí No

(Si ha estado hospitalizado)

P21A. ¿Ha recibido servicio domiciliario después de recibir el alta?

Sí No

(Si lo ha recibido)

P21b. ¿Cómo valora el grado de coordinación entre el servicio domiciliario que le ha atendido y el resto del personal sanitario que le ha tratado?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

P.22 ¿Ha utilizado en los últimos 12 meses los servicios farmacéuticos de su zona?

Sí No

(Si lo ha utilizado)

P22A. ¿En qué medida considera que debe haber coordinación entre la farmacia de su zona y los profesionales sanitarios que le atienden?

- Imprescindible
- Muy importante
- Aconsejable
- Poco importante
- Nada importante

P22B. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido Ud. dificultades para encontrar en las farmacias los medicamentos que le han recetado?

- No he tenido problemas
- Alguna vez
- Con cierta frecuencia
- Muy a menudo

P23. ¿Ha necesitado Ud. atención sanitaria fuera de su Comunidad Autónoma?

Sí No

(Si lo ha necesitado)

P23a. ¿Considera que el profesional sanitario que le atendió podía acceder a su información clínica?

- Sí, tuvo acceso a la información completa
- Sí, tuvo acceso solo a alguna información
- No
- No lo sé

P24. ¿Ha necesitado acceder a tratamiento (diálisis, fármaco, producto sanitario, ...) fuera de su Comunidad Autónoma?

Sí No

(Si lo ha necesitado)

P24A ¿Pudo acceder a dicho tratamiento?

Sí No

(Si lo ha tenido)

P24B. Indique si el tratamiento (diálisis, fármaco, producto sanitario, ...) se dispensaba en la farmacia hospitalaria o en la farmacia de calle

- En la farmacia hospitalaria
- En la farmacia de calle

P25. ¿Alguna vez ha tenido que evitar desplazarse (por vacaciones o por otros motivos), por temor a no ser atendido adecuadamente conforme a las necesidades de su enfermedad en otra Comunidad Autónoma?

Sí No

Datos de clasificación

Pregunta obligatoria: *

*D1. Sexo: Hombre Mujer

*D2. ¿Cuál es su edad? _____

* D3. Nivel de estudios terminados:

- Sin estudios o primarios incompletos
- Estudios Primarios (EPO, EGB, similar)
- Estudios Secundarios de primer ciclo (ESO, FP1, grado medio)
- Estudios Secundarios de segundo ciclo (BUP, bachiller, FP2, grado superior)
- Estudios Universitarios

D4. Situación laboral:

- Trabajador por cuenta ajena
- Empleado por cuenta propia
- Desempleado
- Jubilado
- Estudiante
- Otra situación

D5. Por favor indíquenos si recibe alguna de estas pensiones:

- Contributiva
- No contributiva
- Por hijos a cargo
- No recibe ninguna pensión

* D6. ¿En qué comunidad autónoma tiene su residencia habitual?

- Andalucía
- Comunidad de Madrid
- Comunidad Valenciana
- Galicia
- Castilla León
- Aragón
- Asturias
- Canarias
- Cantabria
- Castilla - La Mancha
- Cataluña
- Extremadura
- Islas Baleares
- La Rioja
- Navarra
- País Vasco
- Región de Murcia

D7. ¿A qué clase social diría que pertenece?

- Clase alta
- Clase media-alta
- Clase media-baja
- Clase baja - trabajadora

D8. En relación con el total de ingresos netos mensuales de su hogar ¿cómo suelen llegar a fin de mes?

- Con mucha dificultad
- Con dificultad
- Con cierta dificultad
- Con cierta facilidad
- Con facilidad
- Con mucha facilidad

D9. ¿Pertenece a alguna asociación de pacientes? Sí No

D10. ¿Cuál de los siguientes casos es el suyo?

- Solo uso la sanidad pública
- Solo uso la sanidad privada
- Uso ambas

D11. ¿Con qué frecuencia se conecta a internet?

- Todos los días, más de una hora
- Todos los días, menos de una hora
- Varias veces a la semana
- Como una vez por semana
- Con menos frecuencia
- Nunca uso internet

D12. ¿Cuántas personas viven en su hogar incluyéndose a usted? _____ (Si vive solo/a ponga 1)

D13. Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a o vive en pareja
- Divorciado/a o separado/a
- Viudo/a

D14. ¿Tiene hijos? Sí / No

EsCrónicos



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

abbvie



Boehringer
Ingelheim



Lilly

