

ORIGINAL

Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante *Primary Care Assessment Tools* (PCAT)



Patricia Ferre Curtido^{a,b,*} y Sergio Minué Lorenzo^b

^a Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud de Granada, Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, Granada, España

^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Recibido el 20 de septiembre de 2017; aceptado el 22 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 26 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Medicina de Familia;
Accesibilidad a los
servicios de salud;
Longitudinalidad/
continuidad de la
atención al paciente;
Atención centrada en
la persona

Resumen

Objetivo: Evaluar el desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad (relación profesional-paciente a largo plazo y atención centrada en la persona) en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de Granada desde la perspectiva de sus gestores. Además se intentaron detectar diferencias en el desempeño de estas 2 funciones según el entorno del EAP (urbano, periurbano o rural) y según otros factores relacionados.

Método: Estudio descriptivo transversal mediante la aplicación del cuestionario *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), a todos los directores de EAP del Distrito de Atención Primaria «Granada-Metropolitano» (n = 35). Se describieron las funciones objetivo mediante resúmenes numéricos de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario. Promedios ≥ 3 indican un buen nivel de desempeño. Para el estudio de factores relacionados con el buen desempeño se realizó un análisis bivariante mediante OR de prevalencias.

Resultados: El distrito evaluado obtuvo una buena accesibilidad global (3,03), aunque se detectaron diferencias dependiendo del entorno del EAP ($OR_{RURAL/URBANO} = 32$). Solo obtuvieron un buen nivel de accesibilidad los EAP que disponen de servicio de urgencias. El 94% de los directores consideraron bueno el desempeño de la longitudinalidad en su EAP, siendo más frecuente un mejor cumplimiento en la zona urbana ($OR_{URBANO/RURAL} = 7,5$). Obtuvieron un mejor desempeño de la longitudinalidad los EAP que imparten docencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

Conclusiones: El desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad es bueno a criterio de los gestores de EAP, aunque esta visión convendría contrastarla con la perspectiva de la población y de los profesionales. En nuestro medio, la buena accesibilidad viene determinada por la disponibilidad de punto de urgencias.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: patricia.ferre.sspa@juntadeandalucia.es (P. Ferre Curtido), sergio.minue.easp@juntadeandalucia.es (S. Minué Lorenzo).

KEYWORDS

Primary Care;
Family Practice;
Health services
accessibility;
Longitudinality/
continuity of patient
care;
Person-focused care

Evaluation of Primary Care Accessibility and Longitudinality in Granada Using Primary Care Assessment Tools

Abstract

Objective: To assess accessibility and longitudinality performance in Primary Care Teams of Granada from the point of view of Clinical Team Leaders. Any differences will also be determined in the performance of these 2 functions depending on the environment of the Primary Care Centres (urban, rural or suburban).

Method: A cross-sectional descriptive study using the "Primary Care Assessment Tool" (PCAT) questionnaire on all Primary Care Team managers from "Granada-Metropolitan" Primary Health Care District (n = 35). The Objective functions were described using the mean numerical scores obtained through the questionnaire. A mean score of ≥ 3 shows good performance. A bivariate analysis by Prevalence ORs was performed to study the factors related to a good performance.

Results: Granada-Metropolitan Primary Health District achieved a good accessibility performance (3.03). Differences were found depending on the Primary Care Team environment (OR rural/urban=32). Only Primary Care Centres with emergency services had a good accessibility scores. A good longitudinality performance was assessed by 94% of Clinical Team Leaders, with a better performance in the urban areas (OR urban/rural = 7.5). Primary Care Teams with trainees in Family and Community Medicine achieved better longitudinality results.

Conclusions: Primary Care Teams from Granada Primary Health Care District achieved a good performance in Accessibility and Longitudinality in the PCAT Facilities questionnaire, from the point of view of their Clinical Team Leaders. However, it would be interesting to check these items from a user and provider perspective. According to this study, good accessibility was related to the availability of emergency services.

Introducción

El cuestionamiento de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios financiados con fondos públicos hace imprescindible evaluar su desempeño y generar evidencias que permitan la toma de decisiones en gestión y política sanitaria. No hay consenso sobre cómo debe organizarse un sistema sanitario (SS) para ser más costo-efectivo, pero sí hay evidencias que muestran mejores resultados en eficiencia y equidad de los SS que se sustentan sobre una Atención Primaria (AP) fuerte^{1,2}. Este es el fundamento teórico de la herramienta *Primary Care Assessment Tools* (PCAT)³, que evalúa el desempeño de los servicios de AP según sus 4 dimensiones fundamentales: accesibilidad (puerta de entrada al SS, primer contacto), longitudinalidad (relación profesional-paciente a largo plazo y atención centrada en la persona), coordinación (función de enlace entre niveles asistenciales) e integralidad (catálogo de servicios extenso y adaptado a los problemas de la población), mediante cuestionarios que recogen la perspectiva de usuarios (PCAT-Users), proveedores de salud (PCAT-Providers) y gestores (PCAT-Facility). Según la literatura disponible, cuanto mayor es el grado de cumplimiento de estas funciones más eficiente y equitativo es el sistema de salud^{4,5}. De hecho, uno de sus atributos principales, la longitudinalidad, mejora la eficiencia y evita los daños derivados de la asistencia sanitaria (prevención cuaternaria) gracias a la racionalización de la atención médica. Es decir, conocer a la persona y seguir su evolución

aumenta la probabilidad pretest de las pruebas diagnósticas, siendo un recurso más seguro que realizar baterías de pruebas de descarte en entornos de baja prevalencia como la AP⁶⁻⁹.

La AP vive tiempos difíciles en España, y mucho más desde que empezó la crisis económica. Desde entonces se han implementado medidas de recorte que afectan al derecho a la asistencia sanitaria, negando su universalidad (como con la aplicación del RDL 16/2012)¹⁰ y que reducen el gasto sanitario público. Una de las partidas presupuestarias más afectadas por los recortes ha sido la de personal, siendo esta reducción mucho más acusada en AP y salud pública que en atención hospitalaria¹¹. La falta de personal en AP podría repercutir en un aumento de los listados de pacientes asignados al profesional, generando mayor presión asistencial y, por tanto, barreras al acceso a los servicios de salud y dificultades en la atención longitudinal al disminuir el tiempo disponible para cada paciente. Por último, la accesibilidad puede verse comprometida por la retirada del derecho a la asistencia a ciertos sectores de la población^{12,13}.

El presente trabajo pretende evaluar estas 2 dimensiones desde la perspectiva de los gestores de Equipos de AP (EAP) de Granada mediante la herramienta PCAT-Facility, adaptada y validada en España¹⁴. Además, se intentaron detectar diferencias en el desempeño según el entorno donde se ubica el EAP (urbano, periurbano o rural) y otros factores posiblemente relacionados con un buen nivel de accesibilidad y longitudinalidad.

Método

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de la versión española del cuestionario PCAT-Facility. El modo de cumplimentación elegido fue la entrevista personal.

Población y ámbito de estudio

La población elegible fueron los directores de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) del Distrito de AP «Granada-Metropolitano». Una UGC es la unidad organizativa integrada por un equipo de profesionales multidisciplinar (o EAP) encargado de prestar sus servicios de salud a la población adscrita a una demarcación territorial. Puede contar con uno o varios centros de AP y su actividad está orientada a la integralidad asistencial y la eficiencia. Por ello se eligió el perfil de director de UGC para evaluar el desempeño de los EAP desde la perspectiva del gestor. Este distrito se compone de 35 UGC: 15 ubicadas en la capital granadina (zona urbana), 11 ubicadas en zona periurbana y 9 rurales.

Variables

Las variables dependientes son las funciones que se pretenden evaluar, accesibilidad y longitudinalidad, y conceptualizan el nivel de logro en su desempeño. Son cuantitativas y se construyen calculando el promedio de las puntuaciones asignadas a las preguntas que configuran la función en la siguiente escala tipo Likert: 1 = «No, en absoluto», 2 = «Es probable que no», 3 = «Es probable que sí» y 4 = «Sí, sin duda». Aunque según la herramienta PCAT no existe una definición estanca de punto de corte para valorar el desempeño, se utiliza por consenso el valor 3, porque es equiparable a la opción de las respuestas que indican que «probablemente se cumplen» los rasgos esperados. Por tanto, promedios ≥ 3 indican un buen nivel de desempeño (o fortaleza) y resultados inferiores a 3 se corresponden con un desempeño «mejorable» (o debilidad). Dentro del rango de valores que indican buen desempeño, puede establecerse una graduación, así promedios cercanos a 4 denotan un mayor logro de las funciones evaluadas.

Las variables independientes provienen del apartado de información administrativa del cuestionario y se eligieron las que a priori pueden influir en el buen desempeño de las funciones objetivo: el entorno donde se ubica el EAP (urbano, periurbano y rural), disponer de centros auxiliares o de dispositivo de urgencias 24 h, ser centro docente para especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) y el número de médicos de familia (MF) del EAP que son tutores-docentes de dicha especialidad, la proporción de MF que son especialistas de MFYC y la extensión del listado de pacientes asignado a cada profesional. Todas son categóricas y se exponen en el [anexo 1](#).

Análisis

Se describieron las variables dependientes mediante tablas comparativas con resúmenes numéricos y valoración del desempeño (según el punto de corte establecido) para cada EAP, para cada entorno y global del distrito. También se realizó una distribución de frecuencias (global para todo el distrito) de las respuestas que dieron los gestores a cada pregunta de la dimensión con la intención de describir mejor el desempeño.

A continuación, se llevó a cabo un análisis bivalente para detectar diferencias en la práctica de las funciones según el entorno del EAP y para el estudio de posibles factores relacionados con el buen desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad. En el [anexo 1](#) se detallan los criterios que llevaron a incluir cada variable independiente como posible factor relacionado. La medida de asociación utilizada fue la OR de prevalencias.

Resultados

Fueron encuestados todos los directores del distrito, por tanto, se evaluó el desempeño de todos los EAP de nuestro ámbito de estudio (universo, N = 35).

En la evaluación de la accesibilidad ([tabla 1](#)), el promedio del distrito indicó un buen desempeño global, aunque se detectaron diferencias según el entorno en el que se ubica el EAP. Estas diferencias fueron corroboradas en el análisis bivalente ([tabla 2](#)), siendo 32 veces más frecuente el buen desempeño en los EAP rurales que en los urbanos.

En la distribución de frecuencias de la [tabla 1](#) destaca que la mayoría de los equipos no puede atender a las personas que demandan asistencia por la noche o los fines de semana debido a que el centro de salud está cerrado. Por tanto, obtienen un buen nivel de accesibilidad los 15 EAP (43%) que permanecen siempre abiertos, esto es, aquellos en los que las 2 últimas preguntas de la dimensión accesibilidad no se tienen en cuenta para el cálculo de promedios (no aplica). Estos 15 EAP permanecen siempre abiertos porque disponen de punto de urgencias 24 h, por ello en la [tabla 2](#) puede apreciarse que este recurso determina el nivel de desempeño.

En la [tabla 2](#) también puede observarse que fue más frecuente una buena accesibilidad en los EAP que tienen más centros auxiliares en comparación con aquellos que no tienen, sobre todo si cuentan con más de 5 consultorios.

Al evaluar la longitudinalidad, el 94% de los encuestados (33 directores) consideró que la atención longitudinal es buena en su equipo, por tanto el desempeño global del distrito fue bueno y no se detectaron diferencias según el entorno del EAP ([tabla 3](#)). Debido a esta homogeneidad en las respuestas, como puede apreciarse en la [tabla 3](#), fue necesario establecer una graduación dentro del buen desempeño para poder realizar el análisis bivalente. Se decidió que el nivel era excelente en los equipos que obtuvieron promedios superiores a 3,5, mientras que promedios entre 3 y 3,5 se valoraron como buen nivel. Así se estudiaron los factores relacionados con un desempeño excelente, respecto del buen desempeño, y se excluyeron de la muestra los 2 EAP que obtuvieron puntuaciones inferiores a 3. De este modo, sí se detectaron diferencias según la ubicación

Tabla 1 Evaluación de la accesibilidad: distribución de frecuencias de las respuestas a las preguntas de la dimensión

Accesibilidad (n=35)			Sí, sin duda (4)	Es probable que sí (3)	Es probable que no (2)	No, en absoluto (1)	
¿En su centro, los pacientes pueden concertar hora fácilmente para las visitas no urgentes?			33 (94%)	2 (6%)	0	0	
De media, ¿los pacientes tienen que esperar más de 30 min desde que llegan hasta que el/la médico/a o el/la enfermero/a los visita?			3 (9%)	12 (34%)	9 (26%)	11(31%)	
¿Su centro está abierto todos los sábados del año?			20 (57%)	1(3%)	1(3%)	13(37%)	
¿Su centro está abierto todos los domingos del año?			15 (43%)	0	0	20 (57%)	
Cuando su centro está abierto y los pacientes se ponen enfermos, ¿hay alguien del centro que los visite ese mismo día?			35 (100%)	0	0	0	
Cuando su centro está abierto, ¿los pacientes pueden hacer consultas rápidas por teléfono si lo necesitan?			23 (66%)	7 (20%)	5 (14%)	0	
Cuando su centro está cerrado los sábados y /o domingos, y los pacientes se ponen enfermos, ¿alguien del centro podría visitarlos ese mismo día?			2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	15 (75%)	
			N/A (siempre abierto)			15 (43%)	
Cuando su centro está cerrado por la noche y los pacientes se ponen enfermos, ¿alguien del centro podría visitarlos esa misma noche?			1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	16 (80%)	
			N/A (siempre abierto)			15 (43%)	
Entorno	Media	D. típica	Desempeño	Mínimo	Mediana	Máximo	n
Rural	3,69	0,41	Bueno	2,75	3,83	4,00	9
Distrito	3,03	0,68	Bueno	2,00	2,75	4,00	35
Periurbano	2,92	0,60	Mejorable	2,25	2,75	4,00	11
Urbano	2,71	0,61	Mejorable	2,00	2,50	4,00	15

Resúmenes numéricos y valoración del desempeño (según punto de corte), global para el distrito y agrupados por entornos. Medias ordenadas de mayor a menor

N/A: no aplica; se escoge esta opción cuando el centro está siempre abierto, por tanto no se tiene en cuenta esa puntuación para el cálculo de los promedios.

del EAP, siendo 7,5 veces más frecuente un desempeño excelente de la longitudinalidad en EAP urbanos en comparación con los rurales (tabla 4).

Aparte del entorno donde se ubica el EAP, ninguna de las relaciones estudiadas resultó ser estadísticamente significativa (tabla 4), aunque la magnitud de la OR denota que es más frecuente un desempeño excelente de la longitudinalidad en centros que imparten docencia MIR de MFYC.

Discusión

El desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad es bueno de forma global dentro del Distrito

Granada-Metropolitano a criterio de los directores de los EAP que lo componen. Con respecto a la accesibilidad, la mayoría de los directores consideró que en su EAP es fácil concertar citas para visitas no urgentes y todos declararon que, si el centro está abierto, todos los pacientes que lo solicitan pueden visitarse el mismo día. Algo previsible, porque es obligatorio atender a todas las personas que demandan asistencia por motivos organizacionales. En cualquier caso, la mayor o menor dificultad para conseguir cita o para ser atendido el mismo día habría que contrastarla con los usuarios del centro.

De las preguntas que evalúan la accesibilidad se desprende que su desempeño está muy influido por la

Tabla 2 Análisis bivariante: estudio de la relación entre la buena accesibilidad y las variables independientes seleccionadas

Variable		Accesibilidad		OR	Valor p
		Mejorable	Buena		
Entorno	Urbano	12 (80%)	3 (20%)	Ref.	0,003
	Periurbano	7 (64%)	4 (36%)	2.286	
	Rural	1 (11%)	8 (89%)	32	
N.º centros auxiliares	Ninguno	9 (75%)	3 (25%)	Ref.	0,021
	1 o 2	6 (86%)	1 (14%)	0.500	
	De 3 a 5	4 (44%)	5 (56%)	3.750	
	Más de 5	1 (14%)	6 (86%)	18.000	
Listado medio MF	Superior al promedio	6 (67%)	3 (33%)	Ref.	0,229
	En torno al promedio	12 (63%)	7 (37%)	1.167	
	Inferior al promedio	2 (29%)	5 (71%)	5.000	
Urgencias 24 h	No	20 (100%)	0	Ref.	-
	Sí	0	15 (100%)	-	

disponibilidad del EAP fuera de horario laboral ordinario. En nuestro medio, solo cumplen esta condición los equipos que cuentan con dispositivo de urgencias, de hecho los resultados del estudio muestran que la buena accesibilidad está determinada por la disponibilidad de este recurso en el EAP. Por ello son más accesibles los equipos rurales: todos menos uno cuentan con servicio de urgencias por cuestiones geográficas. En estos dispositivos hacen guardias de forma periódica la mayoría de los profesionales del equipo, por tanto, existe la posibilidad de que las personas que tienen algún problema fuera de la jornada habitual (noches, fines de semana o festivos) sean atendidas por alguien del equipo. Esto no ocurre en los otros entornos del distrito. Por ejemplo, en la zona urbana solo disponen de punto de urgencias 3 centros de 15, que son dispositivos de referencia para todos los EAP de la capital y configuran una Unidad de Urgencias de AP. De forma habitual trabajan en ella profesionales de enfermería y de Medicina de Familia contratados para cubrir esos puestos, mientras que los profesionales de los centros urbanos no suelen hacer guardias en las urgencias. Por este motivo, la mayoría de equipos urbanos no pueden responder a problemas de salud de su población fuera del horario normal de trabajo. Es cierto que las personas que viven en la capital pueden consultar sus problemas cuando lo necesiten, pero no les atenderá un profesional del centro que identifican como habitual, o de cabecera, y esta es condición necesaria para ser accesible según Starfield¹⁵. Esta mejora en el desempeño gracias a la disponibilidad del equipo fuera de jornada habitual en dispositivos de urgencias de AP queda reflejada en la literatura^{16,17}.

También se desprende del estudio que podrían ser más accesibles los EAP que tienen más centros auxiliares y aquellos cuyos listados de pacientes son menos extensos. El primer resultado es sencillo de explicar porque mejora la accesibilidad geográfica. El segundo podría deberse a que un menor número de usuarios asignados a un profesional facilitaría el contacto con él, como queda reflejado en algunos estudios^{18,19}.

Respecto a la longitudinalidad, la mayoría de los directores aseguró que a los usuarios de su centro siempre los atiende el mismo profesional cada vez que lo solicitan, tanto en el centro como en su domicilio. Ciertamente es que en España,

gracias a la ordenación de la atención mediante listados de pacientes, se fomenta la atención continuada en el tiempo. Más aún si gran parte del equipo es personal estatutario y lleva mucho tiempo trabajando en el mismo lugar, como ocurre en el distrito evaluado. Sin embargo, según un estudio de la Organización Médica Colegial sobre la situación laboral de los médicos en España, en los últimos 3 años ha habido un incremento, de más de 15 puntos, de profesionales médicos sin plaza en propiedad. De estos, el 38,8% de los encuestados que trabajan en el sistema público lo hacen con contratos de duración igual o inferior a 6 meses o a jornada parcial, es decir, en situación de precariedad. Esto podría estar condicionando un aumento de las consultas sin profesional estable, hecho que interfiere en la atención longitudinal²⁰.

No obstante, la longitudinalidad no es solo continuidad en la asistencia, es también atención centrada en la persona. Implica conocimiento profundo de su contexto individual, familiar, comunitario y cultural, además de confianza mutua y el reconocimiento de un profesional como fuente habitual de cuidados por parte de los pacientes^{21,22}. Por ello, a pesar de que la mayoría de los directores aseguró que los profesionales de su equipo conocen muy bien a las personas que atienden de forma habitual, las respuestas fueron menos categóricas en las cuestiones que profundizan en el contexto personal. Solo el 49% aseguró que los profesionales de su centro saben con quién vive cada paciente y únicamente un 23% afirmó que sabrían cuál es su empleo. Esto es así porque el conocimiento de la persona en su contexto se subordina no solo al tiempo, sino también al tipo de relación que se establezca. En este sentido, la especialización en MFYC podría influir de forma beneficiosa gracias a su programa de capacitación en las funciones esenciales de la AP. Los resultados del estudio no son concluyentes. Por un lado, la proporción de especialistas en MFYC que hay en el equipo parece no influir en una mejora de la longitudinalidad. Y por otro lado, muestran que es más frecuente un mejor desempeño en centros que imparten docencia, incluso se intuye un gradiente positivo en la relación: a mayor número de tutores, mejor atención longitudinal. De hecho, la mayoría de centros docentes se concentran en el área urbana del distrito, quizá por este motivo la atención longitudinal es

Tabla 3 Evaluación de la longitudinalidad: distribución de frecuencias de las respuestas a las preguntas de la dimensión

D. longitudinalidad (n = 35)	Sí, sin duda (4)	Es probable que sí (3)	Es probable que no (2)	No, en absoluto (1)			
En su EAP, ¿a los pacientes les atiende el/la mismo/a médico/a cada vez que se visitan?	29 (83%)	6 (17%)	0	0			
¿A los pacientes crónicos de su EAP que reciben atención domiciliaria, les atiende el mismo médico/a o enfermero/a cada vez que se visitan?	30 (86%)	5 (14%)	0	0			
¿A los médicos de su EAP les es fácil entender las preguntas que les realizan los pacientes?	33 (94%)	2 (6%)	0	0			
¿Cree usted que los pacientes de su EAP entienden lo que el médico les pregunta o les dice?	14 (40%)	21 (60%)	0	0			
Si los pacientes tienen una pregunta, ¿pueden llamar y hablar con el/la médico/a o el/la enfermero/a que mejor los conoce?	24 (69%)	8 (23%)	3 (8%)	0			
¿Cree que los médicos dejan suficiente tiempo a los pacientes para que hablen de sus preocupaciones o problemas?	15 (43%)	12 (34%)	7 (20%)	1 (3%)			
¿Cree que los pacientes se sienten cómodos cuando explican sus preocupaciones o problemas a los médicos?	19 (54%)	14 (40%)	2 (6%)	0			
¿Los médicos conocen «muy bien» a los pacientes que se visitan en su centro?	29 (83%)	6 (17%)	0	0			
¿Los médicos saben con quién vive cada paciente?	17 (49%)	13 (37%)	5 (14%)	0			
¿Los médicos saben qué problemas son más importantes para los pacientes que visitan?	17 (48%)	16 (46%)	2 (6%)	0			
¿Cree que los médicos conocen los antecedentes médicos completos de cada paciente?	22 (63%)	11 (31%)	2 (6%)	0			
¿Cree que los médicos conocen el trabajo o empleo de cada paciente?	8 (23%)	20 (57%)	7 (20%)	0			
¿Los médicos sabrían si los pacientes tienen problemas para conseguir o pagar una medicación recetada?	19 (54%)	10 (29%)	6 (17%)	0			
¿Los médicos saben todos los medicamentos que toman sus pacientes?	21 (60%)	13 (37%)	1 (3%)	0			
Entorno	Media	D. típica	Desempeño	Mínimo	Mediana	Máximo	n
Urbano	3,63	0,32	Bueno	2,64	3,71	4,00	15
Distrito	3,53	0,33	Bueno	2,64	3,64	4,00	35
Rural	3,51	0,34	Bueno	3,00	3,50	3,93	9
Periurbano	3,42	0,33	Bueno	2,71	3,50	3,86	11

Resúmenes numéricos y valoración del desempeño (según punto de corte), global para el distrito y agrupados por entornos. Medias ordenadas de mayor a menor

Tabla 4 Análisis bivalente: estudio de la relación entre la longitudinalidad excelente y las variables independientes seleccionadas

Variable		Longitudinalidad		OR	Valor p
		Buena	Excelente		
Entorno	Rural	5 (56%)	4 (44%)	Ref.	0,039
	Periurbano	6 (60%)	4 (40%)	0.833	–
	Urbano	2 (14%)	12 (86%)	7.500	–
Listado medio MF	Superior al promedio	3 (43%)	4 (57%)	Ref.	0,941
	En torno al promedio	7 (37%)	12 (63%)	1.286	–
	Inferior al promedio	3 (43%)	4 (57%)	1	–
Proporción MFYC	Hasta la mitad	9 (45%)	11 (55%)	Ref.	0,413
	Más de la mitad	4 (31%)	9 (69%)	1.840	–
N.º tutores MFYC	Ninguno	10 (53%)	9 (47%)	Ref.	0,110
	De 1 a 3	2 (40%)	3 (60%)	1.667	–
	Más de 3	1 (11%)	8 (89%)	8.889	–
Centro docente MFYC	No	10 (53%)	9 (47%)	Ref.	0,070
	Sí	3 (21%)	11 (79%)	4.074	–

mejor en este entorno, tal y como se desprende de los resultados. No obstante, estas solo son hipótesis que convendría contrastar y en las que podrían influir múltiples factores. Por ejemplo, el efecto que ejercen los tutores de MFYC en la mejora de la longitudinalidad podría deberse a que, como norma general, son profesionales que llevan mucho tiempo trabajando en el mismo EAP.

Según nuestro estudio, el tamaño del listado de pacientes asignado a los profesionales parece no influir en el desempeño de la longitudinalidad. Por ello, no se corrobora nuestra hipótesis inicial de que un listado de pacientes muy extenso podría entorpecer la relación entre profesional y paciente al disponer de poco tiempo de consulta. La literatura tampoco es concluyente en este sentido: mientras que hay estudios que encuentran relación entre un listado corto de pacientes y una mejora en la longitudinalidad¹⁸, otros no encuentran ningún vínculo entre ambas variables¹⁷.

El presente trabajo tiene varias limitaciones. Solo contempla la perspectiva del director, que podría estar sesgada por su vinculación a la organización y al equipo que representan. Esto sumado al posible sesgo de «deseabilidad social» inherente a la entrevista personal podría condicionar respuestas al alza.

El tamaño de muestra supuso un hándicap, ya que el escaso número de participantes podría haber condicionado que no se alcance la significación estadística. También se intentaron construir modelos de regresión logística múltiple a sabiendas del origen multifactorial del buen desempeño de las funciones, pero el pequeño tamaño de muestra generaba resultados inestables debido a la aparición frecuente de valores 0 en los estratos. A pesar de ello, una fortaleza del estudio es que evalúa un Distrito Sanitario de AP en su totalidad.

Después de lo expuesto anteriormente, podemos concluir que el desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad es bueno en el distrito de AP evaluado. No obstante, se trata de la perspectiva de uno de los actores del sistema sanitario, los directores de UGC, y convendría contrastarla con la perspectiva de la población (PCAT-Users) y de los profesionales (PCAT-Providers).

Disponer de punto de urgencias es un factor determinante en nuestro medio para alcanzar una buena accesibilidad, ya que solo de este modo el equipo es capaz de atender los problemas de su población asignada fuera de jornada habitual de trabajo.

Ser centro docente de la especialidad de MFYC podría influir en el desempeño de la longitudinalidad, aunque es difícil discernir si la influencia viene determinada por la formación específica o porque los tutores suelen ser profesionales que llevan mucho tiempo trabajando en el mismo centro. La extensión del listado de pacientes parece no influir en una mejora de la atención longitudinal, no obstante sería necesario diseñar estudios adecuados para confirmar estas hipótesis.

Por todos estos condicionantes, este trabajo se plantea como punto de partida de una línea de investigación que aporte una visión multifocal del desempeño de la AP, en aras de renovar y revitalizar este nivel de atención esencial para mejorar la salud de la población en condiciones de equidad y eficiencia en tiempos de crisis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos a los directores y las directoras de las UGC del Distrito de AP Granada-Metropolitano su amabilidad y disposición; sin su colaboración la realización de este trabajo habría sido imposible. También a don Rafael Montoro (director médico del Distrito durante la realización del trabajo de campo), por su interés en el estudio y por facilitarnos la labor.

Anexo 1.

Variables independientes: definiciones, categorías y criterios de inclusión

Entorno		
Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Ámbito geográfico donde se ubica el centro principal del EAP	Los «urbanos» se sitúan en la ciudad, los «periurbanos» en los pueblos de la zona metropolitana («cinturón de Granada») y los «rurales» en pueblos alejados de la ciudad	Podría haber diferencias en el desempeño de la accesibilidad y la longitudinalidad según la zona donde se ubica el EAP motivadas por condiciones geográficas, demográficas, sociales, etc.

N.º de centros auxiliares

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Número de centros con los que cuenta el EAP sin contar con el principal. Pueden ser centros de salud, consultorios locales o centros auxiliares	«Ninguno», «1 o 2», «De 3 a 5», «Más de 5»	La cantidad de centros auxiliares puede mejorar la accesibilidad geográfica y física de la UGC

Listado medio MF

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Población media que tienen asignada los profesionales de MF en cada EAP	«Superior al promedio» (de distrito) > 1.580	El tamaño de la población asignada al profesional podría influir en el desempeño de la accesibilidad (listados menos extensos pueden favorecer el contacto) y en el de la longitudinalidad (listados muy numerosos condicionan menor tiempo disponible por paciente y esto puede interferir en la relación entre profesional y paciente)

Cálculo: «En torno al promedio» (de distrito) = (1.280, 1.580)

Población asignada ≥ 15 años/N.º total de MF

Urgencias 24 h

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Disponibilidad o no de punto de urgencias en el EAP (el centro donde se ubica puede permanecer abierto las 24 h y todos los días del año)	«Sí». «No»	Es probable que se relacione con la buena accesibilidad, dado que favorece el contacto con el Equipo de Atención Primaria fuera de horario laboral ordinario

Docencia MIR

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Se refiere a si se imparte docencia para MIR de la especialidad de MFYC en algún centro del EAP	«Sí». «No»	Esta especialidad pretende capacitar a médicos y médicas para el buen desempeño de las funciones de la APS, como la longitudinalidad, atención familiar y a la comunidad. Por tanto es posible que en los centros docentes haya mejor atención longitudinal gracias a los MIR y a profesionales que ejercen como docentes

N.º tutoras y tutores MFYC

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Número de profesionales de MF que imparten docencia a los MIR de MFYC en el EAP	«Ninguno», «De 1 a 3», «Más de 3»	Se incluyó por los mismos motivos que Docencia MIR y servirá para valorar si hay diferencias en el desempeño según el número de tutores y tutoras que hay en el centro docente

Proporción MFYC

Definición:	Categorías:	Criterio de inclusión:
Representa la proporción de MF que son especialistas en MFYC de entre el total de profesionales de MF de la UGC	«Hasta 1/3», «De 1/3 a 1/2», «Más de 1/2»	Un mayor número de MF especialistas en MFYC en la UGC podría influir de forma positiva en el desempeño de la longitudinalidad gracias a una capacitación específica durante el periodo de residencia

Bibliografía

- Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary health-care on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2009;32(2):150–71 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1s20BSh>.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* [Internet]. 2003;38(3):831–65 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://1.usa.gov/1i9bLJ>.
- Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore: Johns Hopkins University, Baltimore; 2002.
- Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26 Suppl 1:20–6 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265645>
- Boerma W, Kringos D. Introduction. In: Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. *Building primary care in a changing Europe*. *Eur Obs Heal Syst Policies*. 2015 (Observatory Studies Series 38); 27-40.
- Irving G, Holden J. The time-efficiency principle: Time as the key diagnostic strategy in primary care. *Fam Pract* [Internet]. 2013;30(4):386–9 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://1.usa.gov/294DdvW>
- Knottnerus J. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* [Internet]. 1991;8(4):305–7 [consultado 21 Sep 2017]. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/8/4/305.extract>
- Romano MJ, Segal JB, Pollack CE. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015;175(7):1148–54 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25984883>
- White ES, Pereira Gray D, Langley P, Evans PH. Fifty years of longitudinal continuity in general practice: A retrospective observational study. *Fam Pract* [Internet]. 2016;33(2), cmw001. [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.fampra.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/fampra/cmw001>
- Boletín Oficial del Estado, Jefatura del Estado. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abr, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. España: Boletín Oficial del Estado; 2012 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/
- Simó J, Gervas J. Health expenditure on primary care in Spain: not enough to provide attractive services to patients and health professionals. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 Suppl 1:36–40.
- Minué-Lorenzo S, García-Gutiérrez JF, Mercader-Casas JJ. Beginning of the end for Spain's national health system. *BMJ* [Internet]. 2012;8(334):e3213 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3213>
- McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: How to destroy the welfare state. *BMJ* [Internet]. 2011;7973:1–6 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973>
- Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools-Facility version" for the Spanish health system. *Gac Sanit* [Internet]. 2013;27(1):12–8 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://1.usa.gov/TAVWr8>
- Starfield B. Accesibilidad y primer contacto: el filtro. En: Starfield B, editor. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001. p. 143-145.
- Haggerty J, Beaulieu M, Brunelle Y, Rodrigue J. Accessibility and continuity of primary care in Quebec [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004 [consultado 22 Sep 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/29hHnt6>
- Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2008;6(2):116–23 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://annfamned.org/content/6/2/116.short>
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: Impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2001;51(469):644–50 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314075/pdf/11510394.pdf>
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ* [Internet]. 2001;323(7316):784–7, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7316.784>.
- Reddy A, Pollack CE, Asch DA, Canamucio A, Werner RM. The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1157–62.
- Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J* [Internet]. 2011;15(2):63–9 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://1.usa.gov/1oH3B2y>
- Gervas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26 Suppl 1:52–6 [consultado 19 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22197320>