

Continuidad de la atención en pacientes que acuden a servicios de salud-Colombia

Continuity of care for patients seeking health services-Colombia

Continuidade do atendimento aos pacientes que buscam serviços de saúde - Colômbia

Mayra Alejandra Barajas-Lizarazo ¹

Katty Dayana Escobar-Velásquez ²

Paola Andreina Cárdenas-Malpica ³

Belinda Inés Lee-Osorno ⁴

Resumen

La continuidad de la atención permite ofrecer un abordaje integral a los individuos, personas y comunidades, constituye un indicador de medición dentro del sistema de salud. **Objetivo:** Evaluar la continuidad de la atención en los usuarios que asisten a los servicios de salud de un hospital público de un municipio de Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 385 personas, mayores de 18 años que asistieron a los servicios de un Hospital Público en un Municipio de Norte de Santander- Colombia, seleccionadas por conveniencia; se evaluaron características sociodemográficas y se aplicó el CCAENA®, Cuestionario de Continuidad de Atención que mide tres dimensiones. **Resultados:** Las tres dimensiones evaluadas, continuidad de la relación, información y gestión clínica, presentaron resultados favorables en la población de estudio, el mejor diseño se observó en continuidad relacional que alcanzó una mediana de 19 de 24 puntos posibles. El servicio de atención prenatal presentó mayores proporciones de usuarios que califican en grado alto las dimensiones de continuidad de la relación (58,8%), información (58,8%), y gestión clínica (61,8%), presentaron resultados favorables en la población de estudio. **Conclusiones:** La continuidad de la atención de los pacientes que participaron en este estudio percibieron satisfactoriamente la atención continua que reciben en cada programa ofertado por el Hospital al que asisten.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Indicadores de Calidad de la Atención de Salud, Servicios de Salud.

Abstract

Continuity of care allows for a comprehensive approach to be offered to individuals, people and communities, and constitutes a measurement indicator within the health system. **Objective:** The objective of this study is to evaluate the continuity of care in users who attend the health services of a public hospital in a municipality in Colombia. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study, with a sample of 385 people, over 18 years of age who attended the services of a Public Hospital in a Municipality of Norte de Santander- Colombia, selected by convenience; sociodemographic characteristics were evaluated and the CCAENA®, Continuity of Care Questionnaire that measures three dimensions. **Results:** The three dimensions evaluated, continuity of the relationship, information and clinical management, presented favorable results in the study population, the best design was observed in relational continuity, which reached a

Autor de correspondencia*

^{1*} Enfermera, Magister en enfermería, docente Universidad de Pamplona. Correo: mayra.barajas@unipamplona.edu.co,  0000-0002-1583-4214, Pamplona, Colombia.

² Enfermera, Magister en epidemiología, docente Universidad de Pamplona. Correo: Katty.escobar@unipamplona.edu.co,  0000-0002-2026-0366, Pamplona, Colombia.

³ Bacterióloga, Magister en epidemiología, docente Universidad de Pamplona. Correo: paola.cardenas2@unipamplona.edu.co,  0000-0002-2336-4021, Pamplona, Colombia.

⁴ Enfermera, Magister en salud familiar, Doctora en educación, docente Universidad de Pamplona. Correo: Belindaines@unipamplona.edu.co,  0000-0002-9649-410X, Pamplona, Colombia.

Recibido: 7 noviembre 2024

Aprobado: 11 de marzo 2025

Para citar este artículo

Barajas-Lizarazo MA, Escobar-Velásquez KD, Cárdenas-Malpica PA, Lee-Osorno BI. Continuidad de la atención en pacientes que acuden a servicios de salud-Colombia. Rev. cienc. cuidad. 2025; 21(2):81-91. [10.22463/17949831.4784](https://doi.org/10.22463/17949831.4784)

© Universidad Francisco de Paula Santander. Est e es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



median of 19 out of 24 possible points. **Conclusions:** The continuity of care of the patients who participated in this study satisfactorily perceived the continuous care they receive in each program offered by the Hospital they attend.

Keywords: Primary Health Care, Quality Indicators, Health Care, Health Services

Resumo

A continuidade dos cuidados permite oferecer uma abordagem integral aos indivíduos, pessoas e comunidades, e constitui um indicador de medição dentro do sistema de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a continuidade do cuidado em usuários que frequentam os serviços de saúde de um hospital público de um município da Colômbia. **Materiais e métodos:** Estudo transversal descritivo, com amostra de 385 pessoas, maiores de 18 anos, que frequentavam os serviços de um Hospital Público de um Município do Norte de Santander- Colômbia, selecionadas por conveniência; Foram avaliadas as características sociodemográficas e aplicado o CCAENA©, um Questionário de Continuidade de Cuidados que mede três dimensões. **Resultados:** As três dimensões avaliadas, continuidade do relacionamento, informação e gestão clínica, apresentaram resultados favoráveis na população estudada, o melhor desenho foi observado na continuidade relacional, que atingiu mediana de 19 dos 24 pontos possíveis. **Conclusões:** A continuidade do cuidado dos pacientes que participaram deste estudo percebeu satisfatoriamente o cuidado contínuo que recebem em cada programa oferecido pelo Hospital que frequentam.

Palabras clave: Atención Primaria à Saúde, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Serviços de Saúde

Introducción

La continuidad de la atención resulta de una coordinación efectiva al interior del sistema de salud, donde los usuarios perciben y experimentan la satisfacción de recibir un abordaje integral y coherente de acuerdo con sus necesidades y características personales (1).

Existen tres tipos de continuidad de la atención: relacional, informativa y de gestión clínica. La Continuidad relacional: es la percepción del usuario sobre la relación que se establece a lo largo del tiempo con uno o más prestadores; Continuidad Informativa es la disposición del proveedor para brindar instrucciones en temas de salud que contribuyen a afrontar de mejor manera situaciones eventuales de enfermedad; Continuidad de gestión: es el ofrecimiento de una atención integral, eficiente y organizada, visible en mayor medida para aquellos pacientes que padecen de enfermedades crónicas (2). En consecuencia, es importante fortalecer cada uno de estos atributos

de la atención en salud ofrecida a los usuarios, en términos de calidad, eficiencia y satisfacción (3).

Colombia reporta que el número total de consultas entre 2009 y 2021 fue de 1.312.230.786; en promedio una persona recibió 20,84 consultas durante este periodo (4). Hallazgo importante para determinar que los usuarios son agentes activos de su propio cuidado, asistiendo a los servicios de salud ofertados por las entidades promotoras de salud cuya función es garantizar la afiliación, prestación y acceso a servicios de atención.

Para el año 2018, se presentó una intensificación en las instituciones de salud y entes reguladores de la demanda inducida por el cumplimiento de la ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud según los cursos de vida. De esta manera, permite que los usuarios considerando la edad y las características clínicas que presentan, puedan asistir de forma gratuita a los programas establecidos según los estándares fijados por el Ministerio de Salud de Colombia (5).

El principal motivo de consulta está relacionado con la presencia de enfermedades no transmisibles; representadas para el año 2021 con un 69,5% y una ratio de 4,55 consultas (4). Dichas enfermedades por su naturaleza requieren de una atención continua a los servicios de salud.

En este sentido, es fundamental que, cuando los usuarios asistan a los programas de salud, puedan recibir un servicio integral, a partir de la relación entre el profesional de la salud, la calidad de la información y el manejo clínico que se puede derivar de la atención. Sin embargo, la literatura revela que existen limitaciones que impiden que esta práctica se desarrolle de la mejor manera posible (5).

Un estudio realizado en Cuba expuso la insatisfacción con la continuidad de la atención y los servicios de salud; los participantes refirieron percibir fluctuaciones evidenciadas en barreras de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, viéndose obligados únicamente a asistir al centro de salud para realizar actividades administrativas (6).

Otro estudio reporta que las principales barreras que influyeron en la continuidad en la atención fueron la carencia de insumos, infraestructura disponible y disponibilidad de profesionales para ofrecer la atención (7).

Sin embargo, diferentes estudios muestran que la principal causa que lleva a la percepción de discontinuidad en la atención está relacionada con la transferencia de información y el acceso a la atención secundaria después de la referencia (8).

En efecto, la continuidad de la atención está estrechamente relacionada con la calidad de vida de las personas (9), reduce la mortalidad, disminuye las tasas de estancia hospitalaria y de ingresos prevenibles, y aumenta la satisfacción de los usuarios (10).

Con la finalidad de mejorar el acceso y la continuidad de la atención en los servicios de salud, Colombia ha adoptado la estrategia de Atención Primaria en Salud (11); sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, ha encontrado dificultades importantes en su implementación, pues no existen suficientes estudios que demuestren el impacto que ha tenido a través de los años.

Objetivos

Evaluar la continuidad de la atención en los usuarios que asisten a los servicios de salud de un hospital público de un municipio de Colombia.

Describir las características sociodemográficas en la población objeto de estudio.

Identificar la relación estadística entre las características sociodemográficas con la continuidad de la atención

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, con enfoque cuantitativo, la muestra se calculó de acuerdo con los siguientes parámetros:

- Población: 53.903
- Nivel de confianza del 95%
- Margen de error del 5%

La muestra estuvo conformada por 382 individuos.

En los criterios de inclusión se consideró usuarios mayores de 18 años de edad, que estuvieran afiliados al sistema de seguridad en salud y con acceso a servicios ofertados en la red del municipio de Pamplona, Norte de Santander. Se excluyeron a los participantes que llevaran menos de 6 meses de ingreso a la red de servicios o que no hayan tenido la oportunidad de ser atendidas en alguno de los programas ofertados y aquellos usuarios con diagnósticos neurológicos el cual se les impedía contestar de manera coherente a las preguntas.

El instrumento utilizado fue la escala del Cuestionario de Continuidad de Atención entre Niveles de Atención (CCAENA©), adaptada y validada en el contexto de los sistemas de salud colombiano y brasileño. Este estudio reportó indicadores favorables, alfa de Cronbach $>0,80$ en todas las escalas y coeficientes de correlación $<0,70$, indicando propiedades psicométricas confiables (12).

La versión adaptada consta de 14 ítems distribuidos en tres dimensiones o componentes: continuidad de la información, continuidad de la relación y continuidad de la gestión clínica entre niveles de atención.

Procedimiento: El trabajo de campo se realizó entre julio y octubre de 2023. Inicialmente, se explicaron los objetivos de la investigación a todos los sujetos potenciales incluidos en el estudio. A quienes aceptaron participar se les aplicó la encuesta luego de diligenciar el consentimiento informado. El tiempo promedio para completar el cuestionario fue de 40 minutos, que incluyó la lectura y firma del consentimiento informado.

El grupo encuestador recibió capacitación durante 2 semanas sobre técnicas de aplicación de cuestionarios en encuestas poblacionales.

Consideraciones éticas: Este estudio se realizó siguiendo las normas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (13). El protocolo fue evaluado por el comité de ética de la Universidad de Pamplona.

Análisis estadístico: En el análisis inicial de los datos se realizó la depuración de datos atípicos y se confirmó su comportamiento estadístico. Posteriormente, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva y se estimaron medidas de tendencia central como la mediana, media y medidas de dispersión como la desviación estándar para las variables de naturaleza cuantitativa. Se calcularon proporciones para las variables categóricas.

En cuanto a la evaluación de la continuidad por dimensiones, se construyeron categorías con base en la distribución de los datos para hacer más comunicables los resultados de la escala. Se utilizó como referencia la mediana y con base en ella se agruparon las categorías, utilizando como punto de corte dos desviaciones estándar.

Para explorar relaciones entre las variables se utilizaron pruebas no paramétricas de diferencias de medianas al 95% de confianza, considerando niveles de significancia menores a 0,05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 26.

Por la naturaleza del estudio fueron considerados potenciales sesgos de selección y de información.

Para su control se definieron los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, para garantizar el ingreso al estudio de todos aquellos sujetos que se ajustaron satisfactoriamente a los mismos.

Con relación al sesgo de información se realizó un proceso de capacitación previo a los encuestadores y elaboración de un guion de entrevista para no influir en las respuestas de los participantes.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 307 usuarios, de los cuales el 80,9% fueron mujeres, con una edad promedio de 53,19 años (DE: 18,62). El 86,6% provenía de zonas urbanas y el 51,4% tenía como nivel máximo de escolaridad primaria. Durante el periodo de estudio, 337 usuarios se encontraban bajo el régimen subsidiado (87,1%). Cabe destacar que el 84,2% tenía ingresos inferiores al salario mínimo y el 9% eran mujeres jefas de hogar. En cuanto al estrato socioeconómico, el 53% de los usuarios pertenecía al nivel más bajo (1) y, en cuanto a los servicios más frecuentados, el de medicina general representaba el 42,9% (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de Variables Sociodemográficas

SEXO	n	%
Femenino	313	80,9%
Masculino	74	19,1%
ORIGEN	n	%
Urbano	335	86,6%
Rural	52	13,4%
ESTADO CIVIL	n	%
Soltero/a	100	25,8%
Casado/a	116	30,0%
Unión libre	118	30,5%
Divorciado/a	9	2,3%

Viudo/a	44	11,4%			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	n	%			
Subsidiado	337	87,1%			
Contributivo	49	12,7%			
Régimen especial	1	,3%			
EDUCACIÓN	n	%			
Primaria	199	51,4%			
Bachillerato	125	32,3%			
Técnico	30	7,8%			
Pregrado	32	8,3%			
Posgrado	1	,3%			
INGRESOS	n	%			
Ninguno	2	,5%			
Menos del salario mínimo	326	84,2%			
Igual al salario mínimo	53	13,7%			
Entre 1 y 2 salarios mínimos	4	1,0%			
Más de 3 salarios mínimos	2	,5%			
PERTENECE A UNA POBLACIÓN VULNERABLE	n	%			
Ninguna	344	88,9%			
Discapacidad	4	1,0%			
Víctima del conflicto	1	,3%			
LGBT	1	,3%			
Jefa de hogar	35	9,0%			
Población migrante	2	,5%			
OCUPACIÓN ACTUAL	n	%			
Empleado/a asalariado/a	45	11,6%			
Trabajador/a independiente	82	21,2%			
Empleado/a informal	2	,5%			
Ama de casa	169	43,7%			
Estudiante	29	7,5%			
Actividades del hogar	15	3,9%			
Otro	45	11,6%			
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	n	%			
Nivel 1	205	53,0%			
Nivel 2	148	38,2%			
Nivel 3	34	8,8%			
SERVICIO O PROGRAMA MÁS UTILIZADO	n	%			
Programa de riesgo cardiovascular	143	37,0%			
Atención prenatal	34	8,8%			
Medicina general	166	42,9%			
Consulta especializada	44	11,4%			
	\bar{x}	<i>DE</i>	<i>Me</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Edad	53,19	18,623	56	18	92

Fuente: Elaborada por autores

En cuanto al valor máximo teórico de cada dimensión evaluada, se encontró que para la continuidad relacional es de 24, para la continuidad informacional es de 9 y para la continuidad de gestión

clínica es de 9. En la muestra encuestada, estas dimensiones obtuvieron una mediana de 19,7, y 7 respectivamente (ver tabla 2).

Tabla 2: Resumen de estadísticas descriptivas del valor teórico según el tipo de continuidad

Tipo de continuidad	N	Valor teórico	Mín	Máx	Mediana	Media	DE
Continuidad relacional	387	24	2	24	19	18,47	5,197
Continuidad informacional	387	9	0	9	7	6,82	2,444
Continuidad de manejo clínico	387	9	0	9	7	6,88	2,354

Fuente: Elaborada por autores

En lo que respecta a la evaluación de la continuidad por dimensiones, se constató que la población tiene una percepción positiva sobre los atributos de la atención primaria que reciben en los centros de salud. En las tres dimensiones analizadas, la mayoría de los encuestados presentó puntajes que se sitúan en un rango alto, supe-

rando tanto la mediana como la media.

Para los tres tipos de continuidad evaluados, las valoraciones desfavorables puntuadas con niveles bajos se estiman en un 4,9% de los participantes. (ver tabla 3).

Tabla 3: Distribución de las Dimensiones de la Continuidad en la Atención Primaria

Dimensiones de Continuidad	Baja f (%)	Aceptable f (%)	Alta f (%)	Total f (%)
Continuidad relacional	19 (4,9%)	167 (43,2%)	201 (51,9%)	387 (100%)
Continuidad informacional	19 (4,9%)	159 (41,1%)	209 (54%)	387 (100%)
Continuidad de manejo clínico	19 (4,9%)	154 (39,8%)	214 (55,3%)	387 (100%)

Fuente: Elaborada por autores

Al analizar el comportamiento de las percepciones de continuidad según el tipo de servicio de salud recibido, se identificó que la atención prenatal presentó puntuaciones favorables superiores a los otros tipos de

atención. El mayor porcentaje de calificaciones bajas se relacionó con los usuarios de servicios de consulta especializada en todas las dimensiones (ver tabla 4).

Tipo de Atención	Continuidad Relacional						Total	
	Baja		Aceptable		Alta			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Programa de riesgo cardiovascular	8	5,6%	58	40,6%	77	53,8%	143	100,0%
Atención prenatal	0	0,0%	14	41,2%	20	58,8%	34	100,0%
Medicina general	8	4,8%	76	45,8%	82	49,4%	166	100,0%
Consulta especializada	3	6,8%	19	43,2%	22	50,0%	44	100,0%
Total	19	4,9%	167	43,2%	201	51,9%	387	100,0%

Tipo de Programa o Atención	Continuidad Informacional						Total	
	Baja		Aceptable		Alta			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Programa de riesgo cardiovascular	7	4,9%	55	38,5%	81	56,6%	143	100,0%
Atención prenatal	0	0,0%	14	41,2%	20	58,8%	34	100,0%

Medicina general	9	5,4%	73	44,0%	84	50,6%	166	100,0%
Consulta especializada	3	6,8%	17	38,6%	24	54,5%	44	100,0%
Total	19	4,9%	159	41,1%	209	54,0%	387	100,0%
Tipo de Programa o Atención	Continuidad de Manejo Clínico						Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Programa de riesgo cardiovascular	7	4,9%	57	39,9%	79	55,2%	143	100,0%
Atención prenatal	0	0,0%	13	38,2%	21	61,8%	34	100,0%
Medicina general	9	5,4%	64	38,6%	93	56,0%	166	100,0%
Consulta especializada	3	6,8%	20	45,5%	21	47,7%	44	100,0%
Total	19	4,9%	154	39,8%	214	55,3%	387	100,0%

Adicionalmente, se estableció que no existen diferencias significativas en las medianas obtenidas para la continuidad relacional, continuidad informacional y manejo clínico según las características sociodemográficas de los participantes, en este procedimiento se

aplicó la prueba de U de Mann-Whitney teniendo en cuenta que permite comparar dos medianas de muestras independiente como es el caso de este estudio (ver tabla 5).

Tabla 5. Valores de p de las diferencias en las medianas de la continuidad de la Atención Primaria según las Características de los Respondientes

Características Sociodemográficas	Continuidad Relacional	Continuidad Informacional	Continuidad de Manejo Clínico
Sexo	0,601	0,449	0,736
Origen	0,803	0,925	0,776
Estado civil	0,607	0,715	0,409
Régimen de afiliación	0,485	0,197	0,271
Educación	0,348	0,206	0,308
Ingresos	0,246	0,159	0,389
Pertenencia a población vulnerable	0,815	0,181	0,654
Estrato	0,266	0,1	0,602

U de Mann-Whitney p

Fuente: Elaborada por autores

Discusión

La continuidad en la atención médica implica que un paciente sea atendido por diversos profesionales en distintos niveles de atención. Cuando esto es eficiente, se convierte en un factor protector y genera satisfacción tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud (14). Sin embargo, un estudio realizado en Colombia, establece que, pese a los esfuerzos realizados desde las políticas de salud, la variable de estudio sigue siendo cuestionable para comprender la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios (15).

Al revisar la literatura, se evidencian pocos estudios recientes que analicen la continuidad de la atención en usuarios que consultan a diversos servicios de salud.

Los hallazgos del presente estudio exponen resultados predominantemente favorables etiquetados como “altos” en las tres dimensiones evaluadas: continuidad relacional, continuidad informativa y gestión clínica. Este hallazgo difiere con lo presentado en el estudio titulado “Continuidad de la atención en todos los niveles de atención percibida por los pacientes con enfermedades crónicas en seis países de América Latina”, donde Colombia fue uno de los países con cifras porcentuales bajas en las tres dimensiones evaluadas (8).

Por otro lado, los resultados de este estudio son similares a los reportados por Pinto et al. (16) quienes reportan resultados positivos frente a la atención primaria ofrecida en los servicios de salud. Así mismo, Baker et al. (17) destaca la continuidad de la atención y la relación entre médico y paciente, donde se observó que la responsabilidad clínica, el conocimiento del médico y la confianza del paciente fueron los factores protectores que contribuyeron en la salud de pacientes con enfermedades coronarias.

En efecto, establecer una relación terapéutica y compartir experiencias entre médicos y pacientes influyen en una percepción positiva de la continuidad de la atención. En contraste, un estudio longitudinal reportó que los pacientes percibieron una disminución de la continuidad de la atención cuando son tratados en un periodo largo de tiempo a causa de una enfermedad crónica (18).

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en mujeres gestantes, quienes identificaron 421 barreras que afectaron la continuidad de la atención. Entre ellas la demora para ser atendidas, tratamiento médico inadecuado e inoportuno y la falta de criterios médicos para ingreso (19).

Un estudio realizado en España presentó similitudes con los resultados del presente estudio, específicamente en la transferencia de información con el profesional especialista, donde se destacaron errores en los planes de tratamiento y pruebas innecesarias, mayormente en usuarios con enfermedades múltiples y complejas de abordar (20).

Este efecto, Östman et al. (21) concluyen en su estudio la importancia que los profesionales de la salud presten atención a la necesidad de la continuidad de la atención para los pacientes con Insuficiencias cardíacas y otras enfermedades de larga duración.

Dada la naturaleza de las enfermedades crónicas, se podría interpretar que los usuarios que las padecen están más expuestos a identificar tanto fortalezas como debilidades en la continuidad de la atención. Esto se debe a que el tratamiento de estas patologías es prolongado y, en la mayoría de los casos, requiere una atención multidisciplinaria, incluida la consulta con especialistas (22).

De hecho, persisten retos para mantener la relación entre el paciente y el médico a lo largo del tiempo, y esto se debe a los determinantes sociales en salud, la alta demanda de equipos, cambios en la estructura de los servicios de salud (23) y el tiempo también constituye una barrera para ofrecer una atención coordinada entre médicos y especialistas (24).

Por otra parte, un estudio realizado en Perú reportó mejoría cuando hay mayor continuidad de la atención (25). De manera similar, un estudio reciente demostró que una mayor continuidad de la atención mejora la calidad de las prescripciones y reduce las complicaciones de salud en los pacientes (26).

En el presente estudio teniendo en cuenta las percepciones de continuidad según el tipo de servicio de salud recibido, se identificó que la atención prenatal presentó puntuaciones favorables superiores a los otros tipos de atención.

Lo anterior podría deberse a la complejidad y naturaleza del proceso de gestación, donde prima el bienestar binomio madre/hijo, de hecho, la ruta integral de atención en salud establecida en la resolución 3280 de 2018 (5) exige el seguimiento y cumplimiento de las gestantes en las atenciones por cada disciplina, medicina, enfermería odontología, psicología especialista de ginecobstetricia, entre otros (27), lográndose percibir de manera articulada con atención continua.

Mejorar la continuidad de la atención médica continúa siendo un reto pendiente para los Sistemas Públicos de Salud. Es imprescindible avanzar decididamente en políticas de coordinación entre los diferentes niveles de atención médica y social, tanto formales como informales, que abarquen los procesos de atención; esto garantizará que los pacientes perciban continuidad en el proceso de diagnóstico, tratamiento y atención (28,29).

Un estudio de revisión integrativa expone que la continuidad de la atención no depende solo de las habilidades de gestión administrativa e instrumental que se ejecuten, sino la capacidad de percibir las necesidades reales de los pacientes en pro de conseguir el bienestar integral. De hecho, se destaca las competencias del enfermero para dar por cumplido dicho requerimiento (28).

En cuanto a las características sociodemográficas, se

observa que los sujetos de estudio pertenecen al estrato uno, presentan bajos niveles educativos y tienen ingresos inferiores al salario mínimo. Estas circunstancias personales son similares a las de la población analizada en el estudio "Percepciones de los pacientes sobre la continuidad de la atención en salud y factores asociados", realizado en Colombia y el noreste de Brasil. En dicho estudio, las características individuales no mostraron una asociación clara con los resultados de continuidad de la atención; sin embargo, se destacó la importancia del componente organizativo, identificando la rotación del personal como una barrera para la transferencia de información clínica entre el médico de atención primaria y el especialista (8).

En relación con la correlación explorada entre las dimensiones evaluadas, no se encontraron diferencias significativas en las áreas de continuidad relacional, continuidad informacional y manejo clínico según las características sociodemográficas de los participantes. Este fenómeno puede explicarse por el hecho de que, en el municipio objeto de estudio, aproximadamente el 80% de los usuarios recibe atención de la empresa social del estado que opera la red en la región. No obstante, los lineamientos normativos enfatizan la necesidad de que las instituciones de salud brinden una atención coordinada, continua y humanizada, sin importar las

condiciones personales y de salud de los usuarios (30).

Conclusiones

La mayoría de los usuarios percibieron de manera positiva la continuidad de la atención, se observó puntajes que se sitúan en un rango alto en las tres dimensiones analizadas.

La mayor proporción de usuarios fueron mujeres, del área urbana, que se encuentran en unión libre, con escolaridad primaria, pertenecientes al sistema de salud subsidiado, estrato socioeconómico uno, con ocupación ama de casa y servicio que más consulta es medicina general.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas con las dimensiones continuidad relacional, continuidad informacional y manejo clínico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener potenciales conflictos de intereses con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Referencias bibliográficas

1. Villalon GE. Continuidad del cuidado. Evidencia - Actualización Práct Ambulatoria [Internet]. 2021 [consultado 9 de marzo de 2024]; 24(1):e002112. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i1.6922>
2. Aller MB, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Ferran M, Llopart JR, Colomé L, et al. Manual of use of the CCAE-NA© Questionnaire [Internet]. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2019 [consultado 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.consorci.org/media/upload/arxiu/estudis/Manual%20de%20uso%20del%20cuestionario%20CCAENA.pdf>
3. Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2022 [consultado 20 de octubre de 2024]; 15(2):75–76. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2022000200075&script=sci_arttext&tlng=en
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud Colombia 2022 [Internet]. Santa Fe de Bogotá: Minsalud; 2023 [consultado 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>
5. Giraldo L, Pinto J, Lugo L, Velásquez J, Pastor M, Posada A, et al. Ruta integral de atención en salud para personas con amputaciones de miembro inferior, para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2022 [consultado 26 de junio de 2023]. 40(1):e5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1394643>

6. González L, Cooper D, Méndez H, Cardona D, Rodríguez A. Barriers identified by patients with type 2 diabetes mellitus in their comprehensive care. *MediSan* [Internet]. 2021 [consultado 9 de marzo de 2023]; 25(2):388–403. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/rt/printerFriendly/3615/html>
7. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela A, Nigenda G. Barriers for Indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health service networks. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [consultado 23 de julio de 2023]; 34(6):546–552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>.
8. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Freitas R, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [consultado 19 de junio de 2023]; 35(5):411–419. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>
9. Alyafei A, Marri S. Continuity of Care at the Primary Health Care Level: Narrative Review. *J Family Med Prim Care Open Acc* [Internet]. 2020 [consultado 11 de agosto de 2023]; 4(01):1–10. <https://doi.org/10.29011/2688-7460.100046>
10. Chan KS, Wan E, Chin WY, Cheng W, Ho M, Yu E, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2021 [consultado 4 de agosto de 2024]; 22(145). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01493-x>
11. Molano-Builes P, Mejía-Ortega L, Gómez-Granada J, Vargas-Betancourt M, Cuellar-Bravo K. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). *Rev Salud Pública* [Internet]. 2020 [consultado 13 de enero de 2024]. 22(5):513–520. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n5/513-520/es>
12. Garcia I, Aller M, Vargas I, Navarrete M. Adaptation and validation of the CCAENA© scale for the measurement of continuity of care between healthcare levels in Colombia and Brazil. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [consultado 30 de septiembre de 2023]; 29(2):88–96. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.009>
13. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, octubre 4: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Santa Fe de Bogotá: Minsalud; 1993 [consultado 20 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
14. Rodriguez R, Peña P. The longitudinal nature of Primary Care: a health protective factor. *Rev Clín Med Fam*. 2022; 15(2):75–76.
15. Arias-Murcia SE, de Mattos-Pena CM. Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano. *Saúde Debate* [Internet]. 2022 [consultado 25 de julio de 2024]; 46(134):721–733. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213409>
16. Pinto D, Regalia F, Perez-Cuevas R, Marín T, Astorga I, Máñez MA, et al. Health Networks in Action: The experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico [Internet]. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2020 [consultado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publications/spanish/viewer/Redes-de-salud-en-marcha-La-experiencia-de-Argentina-Brasil-Colombia-y-Mexico.pdf>
17. Baker R, Freeman G, Haggerty J, Bankart J, Nockels K. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British J General Pract* [Internet]. 2020 [consultado 25 de julio de 2024]; 70(698):e600–e611. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>
18. Tammes P, Morris R, Murphy M, Salisbury C. Is continuity of primary care declining in England? Practice-level longitudinal study from 2012 to 2017. *British J General Pract* [Internet]. 2021 [consultado 1 de noviembre de 2024]; 71(707):e432–e440. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0935>
19. Rodríguez-Angulo EM, Oliva-Peña Y, Andueza-Pech G. Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: una mirada con perspectiva de género. *CienciaUAT* [Internet]. 2023 [consultado 16 de mayo de 2024]; 17(2):52–67. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i2.1719>

20. Wang R, Kanezaki R, Toki T, Terui K. Novel in-frame deletion of GATA1 observed in pediatric acute megakaryoblastic leukemia without Down syndrome. *Hirosaki Med J*. 2014; 65(2–4):227–237.
21. Östman M, Bäck-Pettersson S, Sundler A, Sandvik AH. Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [consultado 11 de agosto de 2024]; 30(1-2):276–286. <https://doi.org/10.1111/jocn.15547>
22. Berghetti L, Amaral M, Batista V, Poli A, Lorenzini E, Bernat A. Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2023 [consultado 20 de mayo de 2024]; 31:e4013. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4013>
23. Bitencourt A, Lara K, Zupellari G, Heidemann I. Primary Health Care in transitional care of people with stroke. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2024 [consultado 19 de octubre de 2024]; 77(3):e20230468. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0468>
24. Mendes L, de Almeida P. ¿Los médicos de atención primaria y especializada conocen y utilizan mecanismos de coordinación? *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [consultado 18 de noviembre de 2024]; 54:121. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>
25. Gray D, Sidaway K, White E, Thorne A, Evans P. Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [consultado 1 de abril de 2024]; 8(6):e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
26. Te Winkel M, Damoiseaux-Volman B, Abu-Hanna A, Lissenberg-Witte B, van Marum R, Schers H. Personal Continuity and Appropriate Prescribing in Primary Care. *Ann Fam Medicine* [Internet]. 2023 [consultado 6 de febrero de 2024]; 21(4):305–312. <https://doi.org/10.1370/afm.2994>
27. Carmen J. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Establecimiento de salud Zarumilla. [Tesis en Internet]. Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2023 [consultado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/64862>
28. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [consultado 7 de octubre de 2024]; 23(1):750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
29. Belga S, Alzira J, Silva K. Continuidad de la atención desde el hospital: interdisciplinariedad y dispositivos para la integralidad en la red de atención de salud. *Saúde Debate* [Internet]. 2022 [consultado 18 de noviembre de 2024]; 46(133):551-570. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. Santa Fe de Bogotá: Minsalud; 2021 [consultado 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/lineamientos-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>