

**Master en Salud Pública
Universidad Pompeu Fabra
Universitat Autònoma de Barcelona
Curso 2007-2008**

Tesina

Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde
la perspectiva de los usuarios

María José Letelier Ruiz

Directoras del estudio

María Luisa Vázquez
Ingrid Vargas

Barcelona Septiembre 2008

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	6
1 El Modelo de atención en Cataluña	6
2.Continuidad: Definición y Tipos	6
a) Definición	6
b) Tipos de Continuidad.....	7
i. Continuidad de información (Informational Continuity)	8
ii. Continuidad de relación (Relational Continuity).....	9
iii. Continuidad de gestión (Management Continuity)	9
3. Formas de medir la continuidad.....	10
4.Bibliografía	14
III. OBJETIVOS E HIPOTESIS	17
IV. ARTICULO	18
Resumen.....	19
Resum.....	20
Abstract.....	21
Introduccion.....	22
Material y metodo.....	22
Resultados	24
Discusión.....	26
Agradecimientos.....	28
Bibliografía	28
Tablas y figuras	32
V. ACTIVIDADES A DESARROLLADAS POR LA ESTUDIANTE	38
VI. ANEXOS	39
ANEXO 1 Dimensiones de continuidad según tipo de continuidad asistencial	40
ANEXO 2 Subdimensiones según tipo de continuidad	41
ANEXO 3 Comparación de las diferentes preguntas utilizadas en para medir la continuidad asistencial según tipo y dimensión	44
ANEXO 4 Pool de preguntas para medir la continuidad asistencial según tipo, dimensión y subdimensión	48
ANEXO 5 Cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva usuaria.....	54
ANEXO 6: Resumen de preguntas incluidas en el cuestionario por subdimensión.....	67
ANEXO 7 Consentimientos informados según ABS	68
ANEXO 8 Causas de consulta a dos niveles asistenciales durante los tres meses previos a la entrevista pos parte de la muestra del piloto.....	70

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mejora en la coordinación asistencial, como paso intermedio para la continuidad asistencial, se ha convertido en una de las prioridades en muchos países, fundamentalmente por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren una atención coordinada entre diferentes niveles de atención y profesionales¹.

Distintos estudios ponen de manifiesto la falta de coordinación asistencial que existe entre los niveles de atención²⁻⁴. Una de sus principales consecuencias es la pérdida de la continuidad asistencial, que conlleva a una disminución de la calidad de la atención, de la satisfacción usuaria y un aumento de los costos de la atención, por ineficiencia en la gestión de los recursos⁵⁻⁸.

Por coordinación asistencial se entiende la concertación de todos los servicios relacionados con la atención de salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada.¹ Aunque, en la literatura no existe consenso sobre la definición de continuidad de la atención, se puede definir como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Por tanto, se puede entender como el resultado de la coordinación asistencial desde la perspectiva del paciente. Reid et al. identifica tres tipos de continuidad asistencial: de *información*, disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente; de *relación*, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo; y de *gestión*, provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

Diferentes estudios evalúan la continuidad asistencial, pero en general se centran en un solo aspecto de ella, siendo la continuidad de relación la más estudiada. Además, la mayoría utilizan la perspectiva de los servicios sanitarios, dejando de lado la perspectiva de los usuarios, por lo que se podría considerar que se refieran más a coordinación que a continuidad asistencial.

Esta investigación pretende contribuir a ampliar conocimiento que se tiene de la continuidad de la atención desde la perspectiva usuaria, mediante el diseño de un instrumento que permita medir la continuidad entre niveles asistenciales en todas sus dimensiones.

II. ANTECEDENTES

1 El Modelo de atención en Cataluña

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado a través de impuestos generales, con acceso universal a la atención sanitaria (cobertura pública aproximada de un 99,5% de la población⁹), una amplia cartera de servicios gratuita en el punto de atención y una gestión descentralizada en los gobiernos autónomos, donde la provisión de los servicios es mediante proveedores fundamentalmente públicos^{9;10}.

El modelo de atención del SNS se basa en la atención primaria de salud (APS). La APS es la base de la atención y del modelo como eje integrador de los procesos asistenciales¹¹, donde su ejercicio consiste en un equilibrio entre la atención curativa de los problemas más frecuentes en la población, la prevención, la educación en salud y la rehabilitación¹², que realiza un equipo multidisciplinario^{13;14}. Por otra parte la atención especializada (AE) concentra los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad. Los médicos son expertos en una especialidad clínica y sólo se recurre a ellos en caso de necesidad como apoyo para la resolución de problemas severos que no es posible solucionar en la APS¹⁰.

El Sistema de Salud Catalán es coherente con el modelo español, encontrándose dos niveles asistenciales: la APS, donde el usuario tiene el primer contacto con el sistema (puerta de entrada)^{15;16} y la atención especializada, que se encarga de la resolución de problemas graves^{9;10}.

Este modelo de atención busca la garantía de la continuidad asistencial a través de la adscripción de los ciudadanos a un equipo de atención primaria y una coordinación estrecha con los niveles especializados de atención¹⁷. En la práctica, continúa persistiendo una parte en que la APS, los ambulatorios de especialidades y los hospitales trabajan de forma separada dando lugar a duplicaciones en las pruebas diagnósticas, retraso en la atención y pérdida de la continuidad asistencial¹⁰.

2. Continuidad: Definición y Tipos

a) Definición

La continuidad en la asistencia es un concepto multidimensional para el que no existe consenso acerca de su definición¹⁸. La mayoría de las definiciones propuestas para este concepto se centran en diferentes elementos como la transferencia de información^{1;19}, la relación interpersonal y coordinación de la atención, buscando enfatizar la importancia de la conectividad entre las partes^{1;20;21}.

Dependiendo del ámbito en que se evalúe, el concepto de continuidad pone el énfasis en un aspecto determinado de manera diferente^{1;22}. Para atención primaria la continuidad se define como la relación entre un único proveedor y el paciente, que se extiende a lo largo de los episodios de salud o enfermedad durante toda la vida. Se refiere fundamentalmente a la longitudinalidad de la atención, que busca mejorar la comunicación, confianza y responsabilidad entre proveedor y paciente^{1;22;23}.

Para enfermería la continuidad de la atención está basada en la transferencia de la información, coordinación y consistencia de la atención entre las enfermeras con el objetivo de personalizar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente y de la enfermedad, evaluándose principalmente desde la perspectiva del profesional^{1;22;24}.

En salud mental se enfatiza la coordinación entre los servicios y que tengan un objetivo y plan común, ya que el cuidado se da por diferentes profesionales^{1;22}. Aquí el equipo mantiene el contacto con el paciente y facilita el acceso a los servicios que necesite intentando que la continuidad de relación no sea tan estrecha con un único profesional, para evitar dependencia del paciente con el proveedor de salud^{21;22}.

En el caso de las enfermedades crónicas, la continuidad se ve como la necesidad de entregar atención por parte de diferentes proveedores de forma coherente, consistente y oportuna, dando especial énfasis a la coordinación de gestión mediante el uso de protocolos^{22;25}. Finalmente en el cuidado de patologías agudas ambulatorias el énfasis se centra en la transferencia de información y la consistencia en el cuidado en el tiempo²².

Reid et al (2002)²¹ aporta una definición más amplia que intenta abarcar más de un elemento, definiéndola como “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal”^{21;22}. En otras palabras, la continuidad es la percepción por parte del paciente, que los proveedores conocen que le ha sucedido antes, que estén de acuerdo con el manejo de la enfermedad y que los proveedores quienes le conocen cuidarán de ellos en el futuro.²⁶

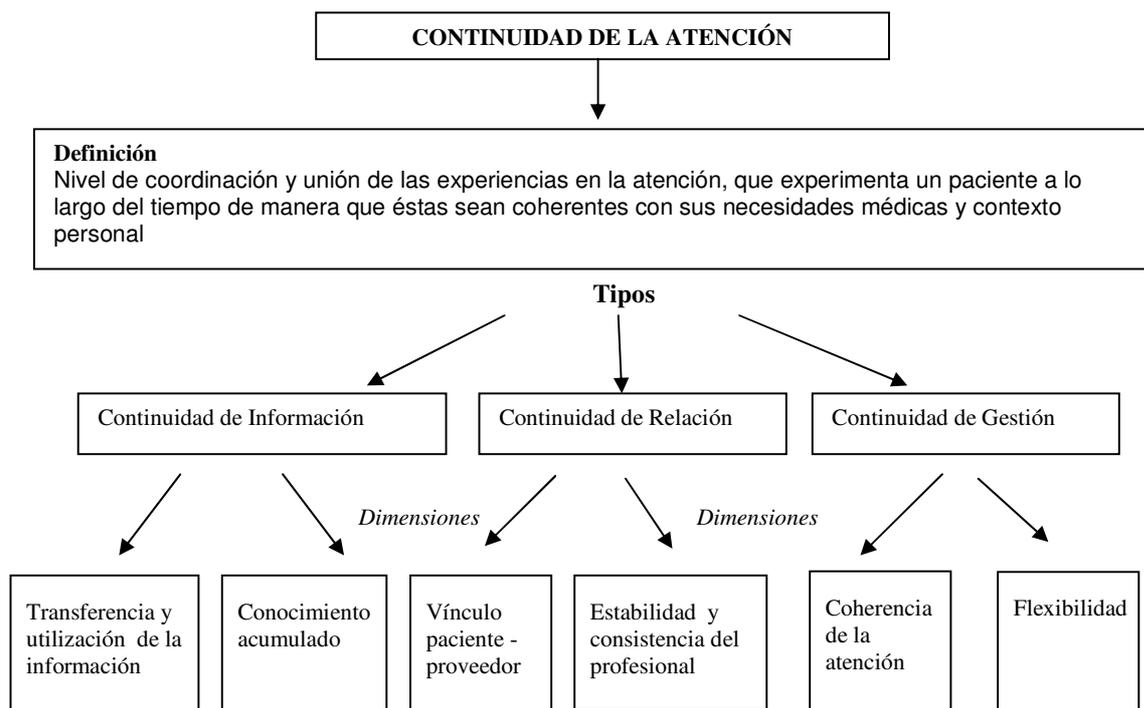
Independiente de la definición, se establece que para que exista continuidad se deben dar dos elementos centrales: la experiencia por parte de una persona y que la atención se reciba a lo largo del tiempo²¹. Cada elemento por separado no da cuenta de la continuidad de la atención y la presencia de ambos permitirá diferenciar la continuidad de otros procesos del cuidado de la salud²².

El presente estudio utilizará la definición más amplia propuesta por Reid et. al. para desarrollar un instrumento que permita medir la continuidad entre los niveles de atención desde la perspectiva del usuario.

b) Tipos de Continuidad

Reid et. al.²¹ Clasifica la continuidad en tres tipos: continuidad de la información (si se cuenta con información de los episodios anteriores de la enfermedad), continuidad de relación (si se mantiene el mismo proveedor de salud en el tiempo) y continuidad de gestión (si se siguen protocolos de atención), a su vez cada tipo de continuidad consta de varias dimensiones como se muestra en la figura 1. Estos tipos y dimensiones de continuidad serán los utilizados en el presente estudio.

Figura 1. Dimensiones de continuidad según la clasificación de Reid et al⁽⁵⁾



Fuente: Elaboración Propia

i. **Continuidad de información** (Informational Continuity) Se refiere a la percepción del usuario que se dispone y se utiliza la información de eventos y circunstancias anteriores (exámenes de laboratorio, recomendaciones, historia clínica, etc.); lo cual permite que se adapte su tratamiento actual²¹. La continuidad de la información se relaciona con la información que tienen los diferentes proveedores de la salud y su transferencia contenida en diversos formatos: papel, electrónica o en la memoria de los proveedores²¹. Aunque, para que exista este tipo de continuidad, la sola transferencia de la información no es suficiente, es necesario conocerla e interpretarla^{21;22}. Por lo que para comprender la continuidad de información se deben tener en cuenta la transferencia de la información y el conocimiento acumulado.

La transferencia de información, es la percepción del usuario de que cada proveedor tiene acceso a la información sobre la atención prestada con anterioridad y del curso de su enfermedad²¹, así como la incorporación y utilización de estos conocimientos para el diseño y aplicación del tratamiento actual²⁷.

Por otra parte, el conocimiento acumulado es la percepción por parte del paciente que el proveedor conoce sus valores, preferencias, contexto social y mecanismos de soporte. Los cuales son tomados en cuenta e influyen en la planificación del tratamiento, de modo que este sea el más adecuado para el paciente ^{21;22}. Esto está en directa relación con el compromiso que experimenta el paciente hacia el tratamiento²⁷.

En resumen, la continuidad de información enfatiza el vínculo de eventos separados en el tiempo, mediante transferencia de la información y conocimiento acumulado sobre el paciente.

ii. **Continuidad de relación** (Relational Continuity) Se define como la relación existente en el tiempo entre el paciente y uno o más proveedores²¹.

Este tipo de continuidad incluye el vínculo entre el paciente y el proveedor de salud, que es la relación que se establece entre ambos, la que dependerá de la duración y del tipo de cuidado involucrado (episodio agudo o enfermedad crónica de larga data)^{21;22}. Cuando existe un fuerte vínculo implica que existe un sentido de dependencia entre el paciente y su médico, o profesional tratante. Lo cual conlleva a que el paciente consulte a ese profesional para la mayoría de sus necesidades y que el proveedor tenga una sensación de responsabilidad hacia él¹⁸. En general se asocia con una mejora de la atención incluyendo un mejor reconocimiento de los problemas, diagnóstico más preciso y adherencia al tratamiento. Otros beneficios son la confianza, el mutuo entendimiento, comunicación efectiva y responsabilidad en el tiempo^{18;21;22}, pero no existe una definición de cuanto tiempo debe un paciente ser seguido por un profesional para establecer un vínculo estable y basado en la confianza y la responsabilidad.¹⁸

Otra dimensión importante es la estabilidad y consistencia del personal^{21;22;26}; implica ser atendido por los mismos proveedores, aún cuando existen pocas posibilidades de establecer relaciones a largo plazo, como en caso de patologías agudas. Esto conlleva a una mayor consistencia y responsabilidad del cuidado dado que el tratamiento está basado en una mejor información. Se relaciona con una mayor satisfacción del paciente y una disminución en la utilización de los servicios sanitarios.²⁸

Krogstad U.²⁹ define como “front stage” o primera línea a la continuidad donde el paciente es siempre atendido por el mismo médico y la misma enfermera en cada consulta. Y establece que esta continuidad de relación es altamente percibida y evaluada por el paciente²⁹.

iii. **Continuidad de gestión** (Management Continuity) Es la provisión coordinada y consistente de diferentes tipos de servicios de salud a lo largo del tiempo, donde diferentes servicios sanitarios son realizados por separado en el tiempo, pero son entregados de forma complementaria y oportuna, sin duplicarse o perderse^{21;22}. El paciente percibe que el tratamiento recibido de diferentes proveedores está conectado de forma coherente²².

Una de las dimensiones que incluye la continuidad de gestión es la consistencia del cuidado, percepción por parte del paciente que existe una coherencia en los objetivos y tratamientos realizados por diferentes proveedores. Puede asegurarse mediante planes y/o protocolos, donde su contenido incluye la secuencia y oportunidad de las intervenciones a realizar en el tiempo. Estas herramientas son especialmente relevantes cuando el cuidado es dado por diferentes profesionales, ya que los objetivos, tratamientos y líneas de responsabilidad pueden estar explícitas^{18;21}. El contar con protocolos y guías de atención es importante para lograr una continuidad de gestión, pero no existirá continuidad a menos que ellos sean consistentemente seguidos²².

Otra dimensión importante en la continuidad de gestión es la Flexibilidad en los planes. Percepción por parte del paciente que su atención se adapta a los cambios de sus necesidades y circunstancias²¹; algunos autores ponen énfasis que la continuidad de la atención debe contar con un plan de atención individualizado de acuerdo a las creencias, valores y el contexto específico de cada paciente^{30;31}, con lo que la flexibilidad debe ser una característica intrínseca del cuidado que se extiende durante toda la enfermedad²¹.

Krogstad U.²⁹ define la continuidad de gestión e información como continuidad “tras bastidores” o “back stage continuity”, la que se desprende fundamentalmente del sistema organizacional y es experimentada por el paciente cuando los miembros del equipo médico conocen el plan general de manejo, la información recibida desde los diferentes miembros del equipo es consistente (continuidad de gestión) y no es interrogado repetitivamente sobre eventos anteriores (continuidad de información).

Diferentes autores describen otros tipos de continuidad^{18;26} como la *continuidad de familia* (sistema de cuidado dónde todos los miembros de una familia son atendidos por profesionales con el conocimiento sobre los problemas sanitarios de los otros miembros de la familia), *continuidad geográfica* (la atención es brindada dependiendo del lugar en que se encuentre el paciente) o *continuidad interdisciplinaria* (sistema de cuidado donde la transferencia de la información permite el conocimiento del paciente, independiente del tipo de disciplina médica que necesite), las cuales son aspectos de uno o más de los tres tipos básicos de continuidad antes descritos. Donde la continuidad de familia, es un aspecto más de la continuidad de relación; y tanto la continuidad interdisciplinaria como la continuidad geográfica son parte de la continuidad de gestión.

Se reconocen diversos tipos de continuidad, por lo cual es necesario medir todas sus dimensiones para detectar todas las posibles falencias de la atención desde la perspectiva del usuario^{25;26;32}.

3. Formas de medir la continuidad

Al igual como existen diversas definiciones de continuidad en la literatura, existen diferentes métodos e instrumentos para medirla, que en la mayoría de los casos evalúan sólo una dimensión de ella, para una patología determinada y en un nivel de atención específico. Con lo que la mayoría de los instrumentos no permiten evaluar la continuidad entre niveles de atención, sino que sólo son útiles para evaluar un nivel asistencial concreto y como varía su continuidad con el tiempo¹

Los indicadores y metodologías utilizados fundamentalmente miden la continuidad de la atención en patologías de corta duración, pero no se sabe que pasa con la continuidad cuando las patologías son crónicas¹. Además, las mediciones de continuidad asistencial hasta hace pocos años abarcaban fundamentalmente la perspectiva de los proveedores de la salud³², no la visión del usuario¹⁸.

En ocasiones se utiliza la metodología cualitativa para medir continuidad de la atención, fundamentalmente para analizar que aspectos son más relevantes para los usuarios o proveedores, como paso previo a la construcción de un instrumento cuantitativo^{2;33;34}.

Las medidas de continuidad de la información son divididas en dos tipos: a) las que sólo miden la transferencia de información entre proveedores y b) las medidas relacionadas con la transferencia y uso de la información por los proveedores de atención²¹. Las medidas para este tipo de continuidad se encuentran entre las menos desarrolladas y generalmente se refieren más a coordinación de la atención que a la continuidad de la atención antes descrita (tabla 1). La principal falencia radica, que los métodos utilizados para evaluar este tipo de continuidad no incluyen la perspectiva usuaria. Por ejemplo, el método más común para evaluar la *transferencia de la información* es la revisión de fichas clínicas, dónde se evalúa si se registra toda la información pertinente y si posteriormente es transmitida entre los proveedores o las instituciones bajo la premisa que si la

información esta presente, ha sido transmitida e integrada por los profesionales²¹. Pero como la sola transferencia de la información no es suficiente para su utilización e integración y para que el paciente lo perciba, las mediadas más reciente abarcan también la utilización de la información transferida²¹.

Otro método utilizado para evaluar la transferencia de la información desde la perspectiva usuaria, es preguntar a los pacientes si sus exámenes y registros previos estaban disponibles cuando ellos se reunieron con su proveedor de salud, si el profesional era consciente de sus consultas previas, si los documentos anteriores estaban completos y fueron usados y si los problemas identificados en visitas precedentes fueron seguidos^{21;35}.

No se encontraron estudios donde se midiera el *conocimiento acumulado* del paciente.

Tabla 1 Variables e instrumentos de evaluación en la continuidad de información²¹

DIMENSION	ASPECTOS QUE MIDE	METODO / HERRAMIENTAS UTILIZADAS
Transferencia y utilización de la información médica	<p><u>Si se cuenta con la información previa de exámenes o tratamiento realizados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si el profesional cuenta con acceso a los documentos previos independientemente del formato <p><u>Si se utiliza esta información :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluar si se registraban los problemas previos, visitas anteriores y exámenes solicitados. • evaluar si el profesional disponía de exámenes y registros previos, si tiene conocimientos sobre sus patologías previas y si les realiza seguimiento. 	<p>Examen de registros clínicos ya sea en papel o electrónicos</p> <p>Revisión de los registros médicos</p> <p>Encuesta a los pacientes</p>
Conocimiento acumulado	Se conocen los valores, creencias y contexto social del paciente	No hay estudios / herramientas para medir esta dimensión.

Fuente: elaboración propia

La continuidad de relación es medida mediante el vínculo entre el proveedor y el paciente o la duración en el tiempo de esta relación. La importancia que otorgan todos los pacientes a este tipo de continuidad no es igual. En general le dan más importancia las personas que tienen más problemas de salud, que requieren más medicamentos y perciben su salud como mala³⁶. Los principales métodos y herramientas utilizados se describen en la tabla 2.

El *sentimiento de pertenencia* (affiliation) es la medida más utilizada para medir la continuidad de relación, principalmente en atención primaria, donde se les pregunta a los pacientes si ellos tienen un medico personal o regular, si lo tienen se presume que se ha dado esta característica²¹. Por otra parte al preguntar al paciente y profesional si existe un vínculo entre ellos se pueden evaluar los niveles de comunicación, confianza personal y en la capacidad profesional existentes, de manera más simple que utilizando otras escalas desarrolladas.²¹

Tabla 2 Variables e instrumentos de evaluación en la continuidad de relación²¹

Fuente: elaboración propia

DIMENSION	ASPECTOS QUE MIDE	METODO / HERRAMIENTAS UTILIZADAS
Vinculo paciente proveedor	<u>Sentimiento de pertenencia</u> <ul style="list-style-type: none"> • si el paciente tiene un médico regular o habitual • si el paciente conoce el nombre de su médico 	Encuesta a los pacientes Encuesta a los pacientes
	<u>Fuerza de la relación</u> (niveles de comunicación, confianza personal y en la capacidad profesional entre el paciente y el proveedor) <u>Sentimiento de pertenencia</u> Evaluar si el paciente tiene un vínculo con el médico <u>Comunicación efectiva</u> Percepción del paciente sobre la habilidad de escuchar y comunicar del proveedor	Escala de percepción de la continuidad que mide aspectos como la confianza personal y en la capacidad profesional, entre otros atributos. ²¹ Encuesta a los pacientes Encuesta mediante la "Adult Primary Care Assessment Tool" ³⁷
Estabilidad y consistencia del proveedor	<u>Ver constantemente a los mismos proveedores</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Duración de la relación entre el profesional y el paciente • Concentración y secuencia de cuidado entre los diferentes proveedores 	Encuesta a los pacientes Revisión de los registros médicos

Muchas de las mediciones que se han realizado sobre la continuidad de relación evalúan la *cronología del contacto* entre los pacientes y los proveedores de salud en el tiempo^{18;21;38}, evaluando tópicos tales como, la duración de la relación entre el profesional y el paciente, o la concentración y secuencia de cuidado entre los diferentes proveedores.

Finalmente la *continuidad de gestión* tiene su foco en medir cuanto se ajustan los proveedores de salud a los planes o guías de atención existentes para determinadas patologías, cuanto se ajustan al plan previamente establecido²¹. Los estudios que miden este tipo de continuidad, en general se refieren a coordinación, ya que no tienen en cuenta la perspectiva de los usuarios como se detalla en la tabla 3.

Tabla 3 Variables e instrumentos de evaluación en la coordinación de la gestión²¹

DIMENSION	ASPECTOS QUE MIDE	HERRAMIENTAS UTILIZADAS
Coherencia de la atención	<u>Consistencia entre los proveedores</u> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si los protocolos son seguidos (en general enfocándose a un específico punto clave a garantizar) 	Revisión de los registros médicos

	<u>Seguimiento prescrito</u> • Evaluar si las visitas son realizadas como estaba programado o no (se utiliza para evaluar la continuidad entre proveedores, entre niveles de atención, o entre profesionales)	Revisión de los registros médicos
Flexibilidad	Permitir los cambios necesarios al tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente	Revisión de los registros médicos

Fuente: elaboración propia

Leatt et al.³⁹ consideran que los pacientes pueden evaluar de manera sencilla si realmente son atendidos en un sistema donde existe continuidad de la atención empleando diez criterios, los que permitirían explorar los diferentes tipos de continuidad definidos por Reid, aunque algunos de estos criterios se refieren a más de uno de ellos como se muestra en la tabla 4

Tabla 4 : *Criterios de Evaluación de la Continuidad según Leatt et al^{21,39,40}*

Tipo	Criterios de evaluación
Continuidad de Información	<ul style="list-style-type: none"> √ No precisar repetir su historia en cada visita. √ No ser la única fuente de información para que el médico u otro profesional conozca su historia de utilización de servicios, procedimientos y medicamentos. √ Recibir información clara y precisa sobre la calidad de la asistencia y resultados esperados de las opciones terapéuticas, permitiéndole escoger entre diferentes opciones de tratamiento.
Continuidad de Relación	<ul style="list-style-type: none"> √ Contar con una amplia cartera de proveedores de APS, quienes sean capaces de darle el tiempo que ellos necesitan. √ Ser rutinariamente contactado para realizarle test que identifiquen problemas precozmente
Continuidad de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> √ No precisar someterse a repeticiones inútiles de exámenes y pruebas √ No quedar confinado en un nivel de atención inadecuado por incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel, sea este superior o inferior. √ Recibir asistencia domiciliaria y capacitación en auto cuidados que maximicen su autonomía √ Contar con una amplia cartera de proveedores de APS, quienes sean capaces de darle el tiempo que ellos necesitan. √ Disponer de acceso durante las 24 horas a un proveedor de servicios vinculado a la atención primaria. √ En personas con problemas crónicos: Ser rutinariamente contactado para realizarle test que identifiquen problemas precozmente. √ Poder realizar telefónicamente una reserva para consulta, examen o diagnóstico.

Fuente: adaptado de Becaría⁴¹

4. BIBLIOGRAFIA

1. Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el Análisis. Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra.. Barcelona: 2004.
2. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ*. 1997; 315(7116):1138-41.
3. Beltran Troncoso P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación. Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra .Tesis de doctorado. 2006.
4. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007; 297(8):831-41.
5. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006; 23(3):308-16.
6. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract*. 1992; 9(1):3-8.
7. Gill JM, Mainous AG, III. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7(4):352-7.
8. De Maeseneer JM, De PL, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003; 1(3):144-8.
9. Instituto Nacional de Estadística and Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006 [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/p03/a2003/10/&file=03178.px&type=pcaxis> Consultada Marzo 2008. España: 2006.
10. Jané E and Vázquez ML. Los Sistemas de salud y sus políticas. Master en gestión de centros y servicios de salud. Universidad de Barcelona, editor. 2002.
11. López G and Ortún V. La política sanitària a Catalunya, 1989-1998. En: Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política, Cultura. Barcelona: 1999.
12. Pastor Sánchez R, López Miras A, Pérez Fernández M, Gervas Camacho J. Continuity and longitudinal aspects of care in general practice in four European countries. *Rev Esp Salud Publica*. 1997; 71(5):479-85.
13. Marti LJ, Grenzner V. [Primary care networks in Catalonia. Structure and process analysis]. *Gac Sanit*. 2000; 14(6):495-7.

14. Durán A., Lara J.L., Van Waveren M., and Bankauskaite V. Spain:Health System Review. 2006. Informe técnico N.º: 4.
15. Morell JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en atención primaria. Madrid. España: 2003.
16. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializaa: el reto permanente. Cuadernos de gestión. 2002; 8(4):159-66.
17. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
18. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003; 1(3):134-43.
19. Starfield S. Continuous confusion? *American Journal of Public Health*. 1980; 70(2):117-9.
20. Lamb GS. Outcomes across the care continuum. *Medical Care*. 1997; 35(11 Suppl):106-14.
21. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
22. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2002; 327(7425):1219-21.
23. Guthrie B. Continuity in UK general practice: A multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Family Practice*. 2002; 19(5):496-9.
24. Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs*. 2000; 14(3):15-28.
25. Wenger NS, Young RT. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55 Suppl 2:S285-S292.
26. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health*. 1980; 70(2):122-7.
27. Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B, Car, J, Haggerty, J., and Tarrant, C. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
28. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ*. 2000; 321(7263):734-6.

29. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ*. 2002; 324(7328):36-8.
30. Bass RD, Windle C. Continuity of care: an approach to measurement. *Am J Psychiatry*. 1972; 129(2):196-201.
31. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*. 1981; 138(11):1449-56.
32. Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Family Practice*. 2007; 17:16-20.
33. Baker, R., Freeman, G. K., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Low J., Turner D., Hutton E., and Bryan S. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2006.
34. Guilliford M., Naithani S, and Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
35. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract*. 1997; 45(1):64-74.
36. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*. 2003; 1(3):149-55.
37. Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Family Practice*. 2001; 50(2):161-75.
38. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004; 2(5):445-51.
39. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. 2000; 1(2):13-35.
40. Castro Gusmão R. Continuidad asistencial en dos organizaciones sanitaria integradas de Cataluña Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra .Barcelona: 2007.
41. Becaría Suárez JF. Continuidad asistencial en dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña: Perspectiva de los usuarios Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra . Barcelona: 2007.

III. OBJETIVOS E HIPOTESIS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un instrumento que permita medir la continuidad de la atención de salud entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales atributos y variables que influyen en la percepción de la continuidad de la atención por parte de los usuarios
- Diseñar un cuestionario que permita evaluar continuidad de la atención en salud
- Validar el cuestionario para la realidad de Cataluña

HIPÓTESIS

La versión final del cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles de atención será válida y fiable para ser aplicado en cualquier sistema de salud que provea un continuo de la salud.

IV. ARTICULO

DISEÑO Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

María José Letelier Ruiz^{1,2}, María Luisa Vázquez Navarrete³, Ingrid Vargas Lorenzo³.

Artículo para ser presentado en Gaceta Sanitaria
250 palabras en el resumen
2999 palabras en el artículo

¹ Ministerio de Salud de Chile,

² Universidad Pompeu Fabra

³ Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya

RESUMEN

Objetivo Diseñar y validar un instrumento para medir la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva usuaria, para ser aplicado en cualquier sistema de salud que provea un continuo de la salud.

Metodología: a) *Revisión bibliográfica* hasta el 2008, para determinar atributos, metodologías e instrumentos utilizados para medir la continuidad (información, relación y gestión). Los artículos seleccionados se analizaron a texto completo para obtener: i) los atributos de las diferentes dimensiones de continuidad, ii) los instrumentos utilizados y iii) conjunto de preguntas para medir continuidad asistencial. b) *Construcción y validación*. De acuerdo a las dimensiones y atributos identificados se adaptaron y/o diseñaron preguntas. Mediante un comité de 7 expertos y un pretest se evaluó la validez aparente y de contenido del instrumento y, finalmente, mediante un piloto a 20 personas la viabilidad y las propiedades psicométricas iniciales del cuestionario.

Resultados: En el instrumento se incluyeron 17 atributos para medir la continuidad de información, relación y gestión comprensivamente, mediante 2 partes complementarias: la primera reconstruye la trayectoria de continuidad para un episodio concreto y la segunda la percepción general de los usuarios sobre continuidad. El pretest permitió mejorar la redacción de las preguntas y los entrevistados consideraron que el lenguaje era adecuado, de fácil comprensión. Para la aplicación el instrumento se necesitaron de 15 a 25 minutos

Conclusiones Este instrumento permitirá evaluar la continuidad entre niveles asistenciales en cualquier sistema de salud que provea un continuo de la salud. Pero es necesario realizar un piloto con una muestra suficiente para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento.

Palabras claves: continuidad asistencial, instrumentos, cuestionario, niveles de atención, evaluación.

RESUM

Objectivo: Dissenyar i validar un instrument que permeti mesurar la continuïtat entre nivells assistencials des de la perspectiva usuària, per a ser aplicat en qualsevol sistema de salut que proveeixi un continu de la salut.

Metodologia: a) Revisió bibliogràfica fins al 2008, per avaluar atributs, metodologies i instruments utilitzats per mesurar la continuïtat (informació, relació i gestió). Els articles seleccionats foren analitzats a text complet per a obtenir: i) els atributs de les diferents dimensions de continuïtat, ii) els instruments utilitzats iii) conjunt de preguntes per a mesurar continuïtat assistencial. b) Construcció i validació. D'acord a les dimensions i atributs identificades es van adaptar i/o dissenyar preguntes. Mitjançant un comitè de 7 experts i un pretest va avaluar la validesa aparent i de contingut de l'instrument i, finalment, mitjançant un pilot a 20 persones es van avaluar les propietats psicomètriques inicials del qüestionari.

Resultats: En l'instrument van incloure's 17 atributs per a medir la continuïtat d'informació, relació i gestió, mitjançant 2 parts complementàries: la primera reconstruïx la trajectòria de continuïtat per a un episodi concret i la segona recull la percepció i opinió dels usuaris sobre continuïtat. El va permetre millorar la redacció de les preguntes i els entrevistats va considerar que el llenguatge era adequat, de fàcil comprensió. Per a l'aplicació l'instrument es van necessitar de 15 a 25 minuts.

Conclusions: Aquest instrument permetrà avaluar la continuïtat entre nivells assistencials en qualsevol sistema de salut que proveeixi un continu de la salut. Però és necessari realitzar un pilot amb una mostra suficient per a avaluar les propietats psicòmètriques de l'instrument.

Paraules claus: continuïtat assistencial, instruments, qüestionari, nivells d'atenció, avaluació.

ABSTRACT

Objectives: To design and validate an instrument to measure continuity between levels of care from the user perspective, to be applied in any health system that provides a continuum of health.

Methodology: a) A review of the literature until 2008, to determine attributes, methodologies and tools used to measure continuity (information, and relationship management). Full text investigations were analyzed and was obtained: i) the attributes of the different dimensions of continuity ii) the instruments used and iii) a pool of questions to measure continuity of care. b) Construction and validation. According to the dimensions and attributes identified were adapted and / or designed questions. A committee of 7 experts and a pretest assessed the apparent validity and content of the instrument and, finally, through a pilot 20 people viability and psychometric properties of the initial questionnaire.

Results: The instrument included 17 attributes to measure the continuity of information, relationship and management comprehensively through 2 complementary parts: the first reconstructs the path of continuity for a particular episode and the second reflects the general opinion and perception of users about continuity. The pretest helped improve the wording of the questions and respondents felt that the language was appropriate, easily understandable. In applying the instrument were required from 15 to 25 minutes.

Conclusions: This questionnaire will allow assess continuity between levels of care in any health system that provides a continuum of health. But it is necessary to conduct a pilot with a sample sufficient to evaluate the psychometric properties of the instrument.

Key Word: Continuity of Patient Care [Mesh], Questionnaires [Mesh], health care systems, tools.

INTRODUCCION

Evaluar integralmente la continuidad asistencial es un proceso complejo, entre otras razones por tratarse de un concepto multidimensional^{1;2} y no existir consenso sobre su definición. En general, se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo^{3;4}. Para que exista debe incluir la experiencia personal y que la atención sea recibida a lo largo del tiempo². Por tanto, sería el resultado de la coordinación asistencial desde la perspectiva del paciente. Reid et al.² identifican tres tipos de continuidad asistencial: de *información*, disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente; de *relación*, centrada en la interacción del paciente con el proveedor a lo largo del tiempo; y de *gestión*, provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

Las investigaciones sobre continuidad asistencial suelen centrarse en la medida de un solo tipo, siendo la continuidad de relación la más estudiada^{2;5}, y en un solo nivel de atención^{6;7}. Los métodos e instrumentos utilizados miden la continuidad de la atención en patologías de corta duración y, escasamente, en tratamientos de larga duración^{3;8}. Además, las mediciones de continuidad asistencial hasta hace pocos años abarcaban fundamentalmente la perspectiva de los proveedores de la salud⁹, y no la visión del usuario¹⁰, por lo que se podría considerar que se referían más a coordinación que a continuidad asistencial.

El desarrollo de un instrumento adecuado es fundamental para evaluar y monitorear la continuidad entre niveles asistenciales, de manera de poder cuantificar su influencia en los resultados finales de la atención, es decir, incrementar la calidad de los servicios de salud, reducir las tasa de hospitalización y utilización innecesarias de servicios sanitarios y aumentar la satisfacción usuaria^{9;11;12}.

El objetivo de esta investigación es contribuir a ampliar el conocimiento sobre la continuidad asistencial, mediante el diseño de un instrumento para medir integralmente la continuidad entre niveles asistenciales, desde la perspectiva usuaria, para ser aplicado en cualquier sistema de salud que provea un continuo de la salud para la población.

MATERIAL Y METODO

El proceso de diseño y validación inicial del cuestionario se observan en la figura 1

Definición de dimensiones y atributos

Para el diseño del instrumento se utilizó la definición de Reid et al², que identifica tres tipos de continuidad asistencial con 6 dimensiones. Se realizó una revisión sistemática de la literatura hasta 2008, identificando los atributos necesarios para evaluar la continuidad comprensivamente y localizando los instrumentos utilizados para medirla desde la perspectiva usuaria. La búsqueda se realizó en las bases de datos bibliográficas MEDLINE e ISI Web of Knowledge y de la "literatura gris" existente, limitándose a los idiomas inglés, catalán, español y portugués. Algunas de las palabras claves utilizadas fueron a) Continuity of patient care (MESH) /comprehensive health care (MESH) /delivery of health care (MESH) /continuity. b) Concept /measurement /instruments /tools

/questionnaires. Utilizando el término booleano AND se combinaron los dos grupos de palabras claves y dentro de cada grupo se utilizaron los términos OR o NOT según correspondía.

De los 768 artículos identificados inicialmente, se seleccionaron 72 que incluían definición y/o clasificación de continuidad, aportaban atributos o contenían instrumentos para medirla desde la perspectiva usuaria. Posteriormente se analizaron para determinar los atributos descritos como importantes en cada estudio, extrayendo los pertinentes a continuidad entre niveles asistenciales.

Selección de preguntas y confección del cuestionario

Mediante la recopilación de instrumentos se obtuvo un conjunto de preguntas, que fueron analizadas según la dimensión a la que se refieren, evaluándose si medían la continuidad entre niveles asistenciales y desde la perspectiva usuaria. Dado que no había preguntas que cumplieran ambas características se seleccionaron las preguntas que sin cumplirlas podían adaptarse.

Se evaluó si todos los atributos descritos en la literatura e identificadas como importantes para lograr los objetivos del cuestionario se encontraban representados en las preguntas seleccionadas. En los atributos no representados, se diseñaron nuevas preguntas.

Pretest (Face Validity)

El contenido del cuestionario se validó con un grupo de 7 expertos, en continuidad (3), en elaboración de cuestionarios (2) y/o gestores de servicios sanitarios (4). Quienes, previa lectura y análisis individual del instrumento, en dos reuniones presenciales discutieron y valoraron la formulación de las preguntas, si estaban representadas todas las dimensiones de continuidad y a que atributo correspondía cada ítem.

Una vez consensuado el cuestionario con los expertos, se realizó un pretest con un grupo de 6 personas que representan diferentes perfiles de los usuarios del Sistema de Salud en cuanto a edad (30 a 78 años), sexo (4 mujeres 2 hombres), nivel educacional (primaria completa a universitario) y patología (4 crónicas, 2 agudas). Se realizaron entrevistas cognitivas dónde se aplicó el cuestionario y se evaluó claridad, aceptabilidad y familiaridad de las preguntas, así como ritmo y duración de la encuesta. Se evaluó cada pregunta en cuanto a dificultad, lenguaje y se solicitó que explicaran que entendían en las preguntas que parecían tener dificultad de comprensión. Mediante una pregunta abierta al final de la aplicación del instrumento se recogió la opinión general de los entrevistados sobre el cuestionario. Se recogieron las opiniones, sugerencias de cambios y dificultades, las que fueron analizadas en conjunto por el equipo investigador para introducir los cambios necesarios y obtener la versión final del cuestionario.

Prueba Piloto (validez y fiabilidad)

Un encuestador aplicó el cuestionario a 20 pacientes, para valorar su viabilidad en condiciones reales y evaluar su validez y fiabilidad inicial.

Para ello se seleccionaron pacientes asignados a dos escenarios diferentes dependiendo de la titularidad de la provisión. El primero corresponde al área básica de salud (ABS) de Palamós y su hospital de referencia, gestionados por una Organización Sanitaria

Integrada(OSI), mientras que el otro grupo pertenecía ABS de Ciutat Vella, con un Centro de Atención Primaria (CAP) y un Hospital gestionados por diferentes instituciones. Dado que no existe un patrón de oro para medir la continuidad asistencial, la validez de constructo se evaluó mediante la comparación de grupos extremos, entre los resultados obtenidos en las preguntas de escala de ABS opuestas, la hipótesis es que los centros gestionados por una OSI desarrollan una mayor continuidad asistencial que aquellos no integrados.

Los criterios de selección de la muestra fueron: pacientes mayores de 18 años, que en los 3 meses previos a la entrevista hubiesen asistido al médico de cabecera y al menos a: el especialista, o urgencias del hospital, o urgencias del CAP o hubiesen estado hospitalizados por una misma patología. La lista inicial se dividió en tres grupos de edad (18-35, 36-55 y más de 56 años). Para cada grupo se seleccionó aleatoriamente a los pacientes que participarían en el piloto. Se excluyeron quienes habían sido referidos a otros centros para su atención o quienes sólo utilizaron un nivel de atención. Desde el hospital o CAP se solicitó a los pacientes su cooperación para el estudio piloto informándoles los objetivos del mismo. Posteriormente, previo a la entrevista, se obtuvo por escrito su consentimiento. En un plazo de tres semanas, se realizaron las entrevistas en su domicilio o trabajo, siendo anónimas para garantizar la confidencialidad de los datos entregados.

Se evaluó el efecto techo (proporción de individuos que alcanzan la puntuación máxima) y el efecto suelo (proporción de individuos con la puntuación mínima)¹³, así como los valores perdidos en cada ítem. La fiabilidad se midió mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. Para comparar los valores medios en las dimensiones de continuidad asistencial según titularidad de centro se utilizó U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Stata 9.0. (Stata Corp, 2005, Collage Station, TX, USA)

RESULTADOS

Definición de dimensiones y atributos

Para los tres tipos de continuidad (información, relación y gestión) y 6 dimensiones descritas por Reid, se identificaron 28 atributos para medir la continuidad comprensivamente^{2;5-7;14-16}. Se analizaron evaluándose qué conceptos se esperaba medir con cada uno y cómo aportaban al objetivo establecido. Seleccionándose para las 6 dimensiones 19 atributos: transferencia de información clínica (3 atributos), transferencia de información no clínica (2); vínculo entre paciente y proveedor (4), estabilidad (3) coherencia del cuidado (5) y accesibilidad entre niveles (2) (tabla 1).

Elaboración del Cuestionario

A partir de los instrumentos identificados^{5;6;16-23} se adaptaron 84 preguntas que abarcaban 15 de los 19 atributos de los tres tipos de continuidad a evaluar: información, relación y gestión. Para medir los atributos restantes (conocimiento de las necesidades del paciente, número de proveedores por patología, duración de la relación y correcta secuencia de atención) se diseñaron nuevas preguntas. Debido a las dificultades encontradas para formular preguntas de continuidad de relación entre niveles asistenciales, que fueran comprensibles para la población general, se acordó analizar

este tipo de continuidad con preguntas independientes para cada nivel (Atención Primaria y Especializada).

El instrumento se dividió en dos partes complementarias que pueden funcionar de forma independiente, dónde cada una abarca todos los tipos y dimensiones de continuidad. El primer apartado reconstruye la trayectoria y continuidad asistencial para un episodio concreto durante los últimos tres meses, mediante preguntas abiertas y cerradas. El segundo apartado se refiere a la percepción y opinión general de los usuarios sobre la continuidad medida mediante preguntas cerradas con respuestas en escala tipo Lickert que va de 1 a 4 (siempre a nunca) más no sabe/ no responde. La tabla 2 ilustra ejemplos de preguntas según el atributo al que corresponde. El cuestionario fue diseñado para ser aplicado en una entrevista presencial por un encuestador capacitado.

Resultados pretest (Face Validity)

Como resultado del análisis por parte del comité de expertos, se eliminó la dimensión de conocimiento acumulado (conocimiento de necesidades y conocimiento de creencias, valores y contexto social de las personas), por no existir consenso en la literatura sobre su aporte al objetivo de este instrumento, y encontrar que era difícil la interpretación de los datos. Con lo cual el cuestionario evalúa finalmente 5 dimensiones y 17 atributos de continuidad entre niveles asistenciales.

En las entrevistas cognitivas se identificó ausencia de suficientes alternativas en algunos ítems de la primera parte del instrumento, así como problemas de comprensión en tres preguntas que se reconstruyeron con un lenguaje apropiado. Se comprobó que el instrumento tenía un buen ritmo en la sucesión de los temas. Los entrevistados consideraron que el instrumento era de fácil comprensión y que el lenguaje era adecuado. Además valoraron positivamente los esfuerzos realizados por conocer y mejorar la coordinación entre el médico de cabecera y el especialista.

Resultados Piloto.

El tiempo empleado en responder el cuestionario varió entre 15 a 87 minutos. El porcentaje de respuesta global fue del 51%, mayor en Palamós (55%) que en Ciutat Vella (47,6) siendo los principales motivos para no participar la falta de tiempo y que la entrevista no se realizara en el consultorio. Los grupos con menos respuesta fueron los hombres mayores en Ciutat Vella (22%) y las mujeres jóvenes en Palamós (28%). El 85% de la muestra eran españoles, con una edad media de 55,14 años. Un 50% no había completado la educación secundaria. Las características sociodemográficas por subgrupos son semejantes (tabla 3), existiendo diferencias en la urgencia de la enfermedad por la que consultaron el último trimestre, 90% de patologías crónicas en Ciutat Vella, y 60% en Palamós.

En las dimensiones de continuidad de relación y en la valoración global, el promedio de las puntuaciones de las escalas se inclinan hacia valores mejores de continuidad: vínculo de relación(48,75), estabilidad(10,85) y valoración global(101,25). En las dimensiones de continuidad de información y gestión los totales se aproximan hacia los valores medios: transferencia de información(10,25), coherencia del cuidado(14,25) y accesibilidad entre niveles(17,15). No se observa efecto suelo y el efecto techo es elevado en la continuidad de relación: 50% en estabilidad y 20% en vínculo paciente proveedor. Los valores perdidos alcanzaron el 18% en coherencia del cuidado, para el resto de dimensiones no

superaron el 5%. El coeficiente alfa de Cronbach fue moderado para las dimensiones de transferencia de información (0.5), estabilidad (0.44) y accesibilidad (0.45), mientras que para el resto y para el total fue superior a 0,7 (tabla 4).

En general los usuarios de establecimientos gestionados por una OSI presentaron puntuaciones mayores en todas las dimensiones con excepción de estabilidad, aunque ninguna diferencia fue estadísticamente significativa (tabla 5)

DISCUSIÓN

Como resultado del trabajo realizado se obtuvo un cuestionario para evaluar comprehensivamente la continuidad entre niveles asistenciales, siendo el primero desarrollado con estas características. Mide 17 atributos esenciales de la continuidad en el contexto de cualquier sistema de salud que provea un continuo de la atención, mediante una entrevista presencial a usuarios del sistema de salud.

La mayoría de los estudios de continuidad existentes son de carácter cuantitativo^{5;16;18}. Sólo algunos estudios utilizan metodología cualitativa^{24;25} analizando qué aspectos de la continuidad son más relevantes para los usuarios o como paso previo a la construcción de un cuestionario^{5;14;26}. Las principales iniciativas de instrumentos cuantitativos se han llevado a cabo en el Reino Unido a través del proyecto SDO⁸, centrándose los estudios se una patología específica, y en USA con el desarrollo del PCAT¹⁶, que evalúa los atributos de la atención primaria, a diferencia de este instrumento que mide la continuidad entre niveles asistenciales, independientemente de la patología por qué se consulta.

Este instrumento incluye los tres tipos de continuidad descritos por Reid², aunque no hay evidencia que establezca si la continuidad de relación, que se limita a un nivel asistencial, es relevante en la evaluación entre niveles asistenciales. Diferentes autores^{1;2} indican que la presencia de continuidad de relación permite conectar mejor la atención del paciente a lo largo del tiempo, y mejora la cooperación del paciente, aunque reconocen que es más valorada en atención primaria y salud mental¹. Dado que no existe una posición clara en la literatura se decidió mantener las preguntas sobre continuidad de relación y a través de un estudio piloto evaluar si aportan elementos adicionales a los resultados obtenidos en los otros dos tipos de continuidad (información y gestión).

En el análisis de los atributos, se eliminaron en continuidad de información aquellos que se refieren a la visión del proveedor y no del usuario, como uso de la información transferida² y transferencia de información médica entre profesionales⁸. En continuidad de relación, se suprimieron aquellos que el usuario no tenía elementos para evaluar o no se refieren a continuidad, por ejemplo conocimientos del profesional¹⁴. El mayor número de reducciones se produjo en la continuidad de gestión ya que la mayoría de los autores incluyen atributos para evaluar tanto la coordinación, es decir desde la perspectiva del proveedor, como la continuidad, o sea, desde la perspectiva del paciente^{5;8;16}; así se eliminó, por ejemplo, la existencia de protocolos clínicos². La disparidad en la cantidad atributos incluidos por dimensión dependió de la complejidad del concepto a evaluar y los matices que era necesario incluir para comprenderlo integralmente.

Se decidió elaborar el instrumento en dos partes debido a que la continuidad asistencial es un concepto abstracto^{2;14}, de difícil comprensión, que puede interpretarse de formas diferentes. En la primera parte del instrumento se reconstruye el episodio concreto²⁷, para

identificar la existencia de continuidad y los problemas detectados por los pacientes. La segunda parte está diseñada como una escala de opinión²⁷, para determinar el grado global de continuidad percibido y por dimensión.

La gran diferencia en los tiempos empleados en responder el cuestionario, se debió a que algunas personas complementaban cada respuesta con información o anécdotas adicionales. Quienes sólo respondieron la encuesta lo hicieron en 15 a 25 minutos. Dado que la literatura recomienda que un encuesta cara a cara no dure más de 60-90 minutos²⁸ se considera óptimo el tiempo utilizado.

Durante el desarrollo del estudio piloto se observó que la tasa de respuesta de la muestra inicial fue de un 49%. Uno de los principales motivos de no respuesta fue la desconfianza, ya que la entrevista no se realizaba en el establecimiento. Esto puede producir un sesgo de no respuesta, alterando los resultados del estudio²⁹. La literatura establece que se produce un mayor recelo a la hora de permitir la entrada en el domicilio de una persona extraña, lo que se evitaría mediante una entrevista telefónica³⁰ o aplicando el cuestionario en dependencias del establecimiento. La encuesta telefónica tiene el problema de la variabilidad en el tiempo necesario para aplicar este instrumento, pudiendo ser difícil mantener la concentración del encuestado telefónicamente durante más de 40 minutos²⁸, otra desventaja es que las personas tienden a cooperar menos con estas entrevistas³¹. En el caso de realizar entrevistas en el establecimiento se debe evaluar la magnitud del sesgo por respuestas socialmente deseables³².

La aceptabilidad del instrumento fue buena, ya que la proporción de valores perdidos fue menos del 10% en la mayoría de los ítems. En continuidad de gestión los encuestados no sabían si el médico de cabecera estaba de acuerdo con el especialista, o si ellos se comunicaban entre sí, siendo esa la principal razón del alto porcentaje de no respuesta, por lo cual podría ser recomendable separar las alternativas no sabe y no responde.

En continuidad de relación se observó un alto porcentaje de efecto techo, para evitarlo se recomienda utilizar una escala más amplia (1 a 9) que permita un mayor rango de respuestas, y una categoría intermedia neutral²⁸.

La principal limitación del estudio, es el piloto por su reducida muestra, lo que no permite realizar un análisis acabado de fiabilidad y validez del instrumento, por lo cual los resultados presentados deben ser tomados con cautela. A pesar de esto y debido a que no existe un golden estándar para medir la continuidad asistencial entre niveles asistenciales, la validación inicial del instrumento parece comprobar parcialmente la validez de constructo debido a que el ABS gestionado por una OSI tuvo mejores valores promedio en la mayoría de las dimensiones.

En conclusión, este estudio nos proporciona un instrumento que permite medir la continuidad entre niveles asistenciales, en población mayor de 18 años. No obstante, es necesario realizar un estudio piloto con una muestra adecuada para valorar las propiedades psicométricas del instrumento (fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio).

Correspondencia y solicitud del instrumento a María Luisa Vázquez mlvazquez@chc.cat

AGRADECIMIENTOS

Al consorcio Hospitalario de Cataluña por la beca otorgada para la realización de este estudio, al Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE) y al Institut Català de la Salut, por su colaboración en la selección y contacto con los pacientes participantes del piloto. A Jordi Coderch (SSIBE), Jordi Valls (CHC), Lluís Colomé (SAGESSA), Silvana Berra (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya), Maribel Pasarin (Agència de Salut Pública de Barcelona), Josep M^a Argimón (Servei Català de la Salut –CatSalut) y Soledad Romea (Institut Català de la Salut), por su colaboración y dedicación como panel de expertos. A Sebastián Godoy por su ayuda en los análisis estadísticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2002; 327(7425):1219-21.
2. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
3. Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el Análisis. Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra. Tesis de doctorado. Barcelona: 2004.
4. Terraza R, Vargas I, Vazquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-95.
5. Guilliford M., Naithani S, and Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
6. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):395-401.
7. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, 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*. 2008; 6(2):116-23.
8. Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B, Car, J, Haggerty, J., and Tarrant, C. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
9. Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Family Practice*. 2007; 17:16-20.
10. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003; 1(3):134-43.

11. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health*. 1980; 70(2):122-7.
12. Wenger NS, Young RT. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55 Suppl 2:S285-S292.
13. Valderas MJ., Ferrer M, Alonso J. [Health-related quality of life instruments and other patient-reported outcomes.]. *Med Clin (Barc)* . 2005; 125 Suppl 1:56-60.
14. Baker, R., Freeman, G. K., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Low J., Turner D., Hutton E., and Bryan S. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2006.
15. Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B, Car, J, Haggerty, J., and Tarrant, C. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
16. Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Family Practice*. 2001; 50(2):161-75.
17. Carter M, R, and M, Bower P, Gask L, Greco M et al. Improving your practice with patient surveys. <http://www.npcrdc.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=111>. 1998 [citado 20 Apr. 2008];
18. Gigantesco A, Morosini R, Bazzoni A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(1):73-8.
19. Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res*. 2002; 37(4):1031-54.
20. King M, Jones L, and Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi method approach to enlightened management. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
21. Krugman SD, Racine A, Dabrow S, Sanguino S, Meyer W, Seid M et al. Measuring primary care of children in pediatric resident continuity practices: a Continuity Research Network study. *Pediatrics*. 2007; 120(2):e262-e271.
22. NHS. General Practice Questionnaire. <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublishedSurvey/GPpatientsurvey2007/index.htm>. 2000 [citado 5 Apr. 2008];
23. Starfield BH. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson,SA; 2001.
24. Castro R, Vazquez ML, Henao D, Vargas I. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con EPOC. Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra . 2008.

25. Pujol RE, Gene BJ, Sans CM, Sampietro-Colom L, Pasarin Rua MI, Iglesias-Perez B et al. [Primary health care product defined by health professionals and users]. *Gac Sanit.* 2006; 20(3):209-19.
26. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ.* 1997; 315(7116):1138-41.
27. Pardinás F. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. trigésimoprimer ed. Mexico: 1989.
28. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de Investigación : Clínica y Epidemiológica. Segunda edición ed. 2000.
29. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México.* 2000; 42(5):438-46.
30. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit [periódico en la Internet].* 2004; 18(6):440-50.
31. De Leeuw ED, Van der Zouwen J. Data quality in telephone and face to face surveys: a comparative meta-analysis. http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/52/92.pdf. 1988 [citado 15 June 2008];[283-99].
32. De las Cuevas Castresana C, González de Rivera JL. Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de Psiquiatría.* 1992; 8(9):362-6.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Dimensiones y subdimensiones/ atributos de continuidad asistencial.

Tipo de Continuidad	Dimensión	Subdimensión/ atributo	Definición
Continuidad de la información	Transferencia de la información clínica	Conocimiento de historia clínica	El paciente percibe que los profesional conocen su historia clínica previa, tanto en atención primaria de salud como en atención especializada
		Entrega de información adecuada y oportuna al paciente	El paciente percibe que se le informa de sus patologías detectadas en diferentes niveles
		Utilización de mecanismos de transferencia	El paciente percibe que los profesionales de diferentes niveles de atención se transfieren la información
	Transferencia de la información general o personal (Conocimiento acumulado)	Conocimiento de las necesidades del paciente	El paciente percibe que el profesional conoce sus necesidades
		Conocimiento de las creencias, valores y contexto social	El paciente percibe que el profesional conoce su contexto social, creencias y valores y los toma en cuenta al momento de indicar el tratamiento
Continuidad de Relación	Vínculo Paciente proveedor	Confianza entre proveedor y usuarios:	El paciente tiene la percepción que es importante para el proveedor, y tiene fe el tratamiento definido
		Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo	El paciente percibe que los profesional se sienten responsable de su salud y el mismo siente que debe cooperar con el tratamiento
		Comunicación efectiva:	El paciente entiende lo que el médico le dice y tiene la percepción que el profesional comprende lo que el quiere decirle.
		Sentimiento de pertenencia	El paciente tiene la sensación de pertenecer a un equipo médico
	Estabilidad	Regularidad :	El paciente reconoce un equipo definido como referencia
		Nº de proveedores por patología	Cantidad de prestadores por patología
		Duración de la relación	Tiempo que el paciente lleva con el mismo proveedor en el actual proceso
Continuidad de gestión	Coherencia del cuidado	Coordinación entre proveedores	El paciente percibe que los tratamiento son realizadas coordinadamente entre los diferentes profesionales y proveedores
		Comunicación entre los servicios	El paciente percibe que existe una comunicación entre los diferentes proveedores
		Correcta secuencia de la atención	El paciente percibe que existe una coherencia en la atención entre los diferentes profesionales
		Duplicación de documentos y/o exámenes	El paciente percibe que no existe una duplicación de los exámenes
		Seguimiento	El paciente percibe que su proceso es seguido entre los niveles de atención
	Accesibilidad entre niveles	Oportunidad en el acceso:	El paciente es capaz de realizar una cita cuando lo necesita
		Tiempo de espera adecuado	El paciente percibe que el tiempo que debe esperar para obtener una consulta con su médico habitual es adecuado.

Fuente: elaboración propia

Tabla 2 Ejemplos de preguntas según tipo, dimensión y subdimensión de continuidad

Primera parte del cuestionario: Reconstrucción del caso				
Tipo	Dimensión	Subdimensión/ atributo	Tipo de pregunta	Ejemplo de pregunta
Continuidad de información	Transferencia de la información clínica	Conocimiento de historia clínica	Cerrada	¿Tiene la impresión que su médico de cabecera tenía información sobre su vista al especialista?
		Entrega de información adecuada y oportuna al paciente	Cerrada	¿Su médico de cabecera le dió explicaciones sobre el tratamiento indicado por el especialista?
Continuidad de Relación	Vínculo Paciente proveedor	Comunicación efectiva	Cerrada	¿Su médico de cabecera resolvió sus dudas sobre su consulta al especialista /consulta externa?
		Sentimiento de pertenencia	Abierta	¿Quién(es) es/son los responsables de llevarlo (tratarlo) en esta enfermedad? (nombrar la enfermedad)
	Estabilidad	N° de proveedores por patología	Abierta	Para esta enfermedad, ¿Cuántos médicos del ambulatorio lo han visitado?(no especialistas)
		Duración de la relación	Abierta	¿ Cuánto tiempo hace que usted está viendo a el/los responsable(s) del cuidado de su _____ ? (nombrar la enfermedad)
Continuidad de Gestión	Coherencia del cuidado	Comunicación entre los servicios	Cerrada	¿El especialista le entregó un informe para su médico de cabecera?
		Seguimiento	Cerrada	¿El especialista le envió a control con el médico de cabecera?
	Accesibilidad entre niveles	Oportunidad en el acceso:	Abierta	¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita al especialista?
		Tiempo de espera adecuado	Cerrada	El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron fue...
Segunda parte del cuestionario: evaluación general de la continuidad asistencial				
Tipo	Dimensión	Subdimensión/ atributo	Tipo de pregunta	Ejemplo de pregunta
Continuidad de información	Transferencia de la información clínica	Conocimiento de historia clínica	Escala	¿Cree usted que los profesionales que le atienden conocen su historial clínico previo?
		Entrega de información adecuada y oportuna al paciente	Escala	¿Después de ir al especialista su médico de cabecera comenta con usted la visita?
Continuidad de Relación	Vínculo Paciente proveedor	Confianza entre proveedor y usuarios	Escala	Confía en la capacidad profesional de su médico de cabecera
		Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo	Escala	Cree usted que su médico de cabecera se interesa por usted
	Estabilidad	Regularidad	Escala	Suele acudir al mismo lugar cuando tiene una enfermedad o necesita consejo sobre su enfermedad
		Duración de la relación	Escala	Cuando pide visita para su médico de cabecera, le ve siempre el mismo médico
Continuidad de Gestión	Coherencia del cuidado	Duplicación de documentos y/o exámenes	Escala	El especialista le repite las pruebas que le ha realizado el médico de cabecera (analítica, Rx, etc.)
		Coordinación entre proveedores	Escala	Cree usted que la atención que recibe por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada
	Accesibilidad entre niveles	Oportunidad en el acceso:	Escala	Desde que el especialista le indica una visita con el médico de cabecera, debe hacer algún trámite fuera del centro para lograrla.
		Tiempo de espera adecuado	Escala	Desde que su médico de cabecera le indica un control con el especialista tiene que esperar poco tiempo para la visita

Fuente: elaboración propia

Solicitud del instrumento dirigirla a María Luisa Vázquez a mlvazquez@chc.cat

Tabla 3 Características de la muestra piloto según tipo de gestión de los centros de salud(%)

Variables sociodemográficas	Total (n=20)	Titularidad de la provisión	
		OSI ^a (n=10)	No OSI ^a (n=10)
Sexo			
Hombres <i>n (%)</i>	10(50%)	5 (50%)	5 (50%)
Mujeres <i>n (%)</i>	10(50%)	5 (50%)	5 (50%)
Edad (años)			
Grupo 1 (18-35 años) <i>m (DE)</i>	32,0 (1,00)	32,3 (1,15)	31.5 (0,71)
Grupo 2 (36- 55 años) <i>m (DE)</i>	44,5 (6,34)	44,3 (5,86)	44,7 (8,14)
Grupo 3 (56 – 99 años) <i>m (DE)</i>	66,7 (9,86)	64,3 (6,02)	68,6 (12,5)
Nacionalidad			
Español <i>n (%)</i>	17 (85%)	8 (80%)	9 (90%)
Otra Nacionalidad <i>n (%)</i>	3 (15%)	2 (20%)	1 (10%)
Nivel de Instrucción			
Sin estudio hasta educación primaria completa <i>n (%)</i>	10 (50%)	5 (50%)	5 (50%)
Educación secundaria completa <i>n (%)</i>	5 (25%)	3 (30%)	2 (20%)
Educación superior (Universitaria y/o Técnica) <i>n (%)</i>	5 (25%)	2 (20%)	3 (30%)
Motivo de la consulta			
Enfermedad crónica <i>n (%)</i>	15 (75%)	6 (60%)	9 (90%)
Enfermedad Aguda <i>n (%)</i>	5 (25%)	4 (40%)	1 (10%)
Profesión			
Manual (albañil, electricista, etc.) <i>n (%)</i>	11 (55,0%)	6 (60%)	5 (50%)
No Manual (Administrativo, recepcionista, etc.) <i>n (%)</i>	4 (0,20%)	2 (20%)	2 (20%)
Profesional (Arquitecto, ingeniero, etc.) <i>n (%)</i>	3 (0,15%)	1(10%)	2(20%)
Otro (Ama de casa, estudiante, etc.) <i>n (%)</i>	2 (0,10%)	1(10%)	1(10%)
Seguro privado^c			
Si <i>n (%)</i>	2 (10%)	1 (10%)	1(10%)

^a Organización Sanitaria Integrada

^b Medido mediante una pregunta abierta y posteriormente codificada.

^c Seguro privado además del seguro público de acuerdo al modelo de salud Catalán

Tabla 4 Distribución de las puntuaciones y coeficientes de fiabilidad del cuestionario según dimensión, calculados con la muestra total (n = 20)

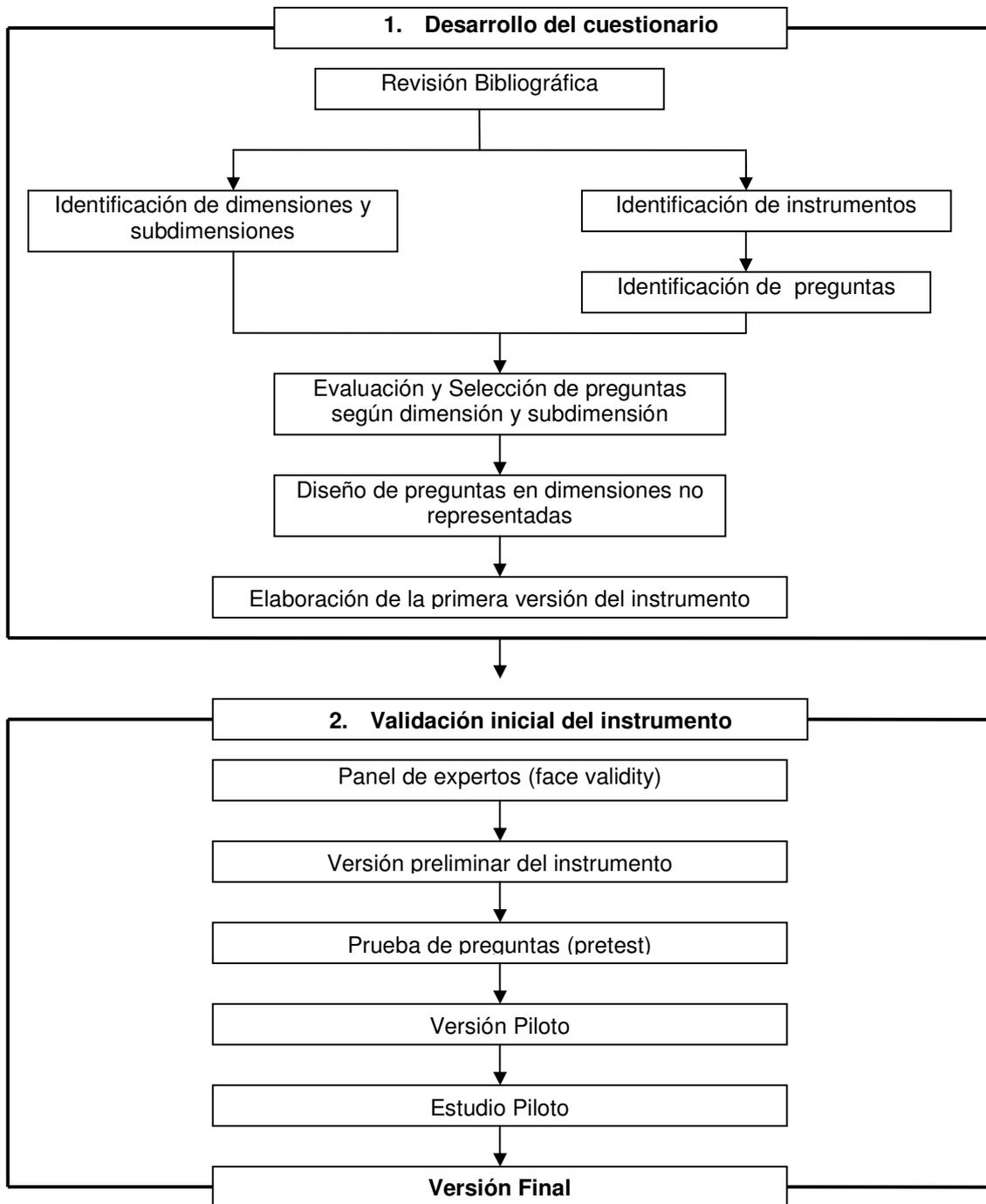
Dimensión	Rango	Media	DE	valores perdidos %	Efecto suelo %	Efecto techo %	Alfa de Cronbach
Continuidad de Información							
Transferencia de información Clínica o médica	4-16	10,25	2,92	3,8%	0%	5%	0,50
Continuidad de Relación							
Vinculo paciente proveedor	14-56	48,75	8,51	2,1%	0%	20%	0,84
Estabilidad	3 – 12	10,85	1,57	1,7%	0%	50%	0,44
Continuidad de Gestión							
Coherencia del Cuidado	6-24	14,25	5,80	18,3%	0%	15%	0,72
Accesibilidad entre niveles	7-28	17,15	3,45	2,9%	0%	0%	0,45
TOTAL	34-136	101,25	15,82	5%	0%	0%	0,86

Tabla 5 Distribución de las puntuaciones según dimensión y tipo de gestión de los establecimientos.

Tipo de Continuidad y Dimensión	OSI ^a		No OSI ^a		p
	Mediana	Rango Intercuartil	Mediana	Rango Intercuartil	
Continuidad de Información					
Transferencia de información Clínica o médica	11	9-12	10	7-13	0,67
Continuidad de Relación					
Vínculo paciente proveedor	52	50-55	48	42- 54	0,12
Estabilidad	11	9-12	12	11-12	0,46
Continuidad de Gestión					
Coherencia del Cuidado	14,5	12-19	12	10-16	0,56
Accesibilidad entre niveles	18	16-19	15	14-19	0,30
TOTAL	106	103-111	99	82-114	0,36

^a OSI: Organización Sanitaria Integrada

Figura 1 Esquema del proceso de desarrollo del cuestionario



V. ACTIVIDADES A DESARROLLADAS POR LA ESTUDIANTE

	Programado en el protocolo	Desarrollado en la tesina	Observaciones
a) Revisión de la bibliografía sobre continuidad y sus dimensiones	Si	Si	Búsqueda y análisis de artículos sobre continuidad. Selección de dimensiones y subdimensiones a utilizar
b) Elaboración del cuestionario para analizar la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios	Si	Si	Recolección de preguntas de los instrumentos existentes. Diseño de nuevas preguntas. Prueba de preguntas. Elaboración del cuestionario Elaboración de consentimiento informado
c) Validación cuestionario en fase pretest	Si	Si	Panel de expertos. Pretest con pacientes
d) Realización de un estudio piloto para validar el cuestionario	Si	Si	Selección de la muestra. Recolección de los datos. Digitación de los resultados.
e) Análisis estadísticos de validación de los datos	Si	Si	Control de calidad de los datos. Creación de variables. Aplicación de pruebas estadísticas)
f) Redacción del artículo	Si	Si	

VI. ANEXOS

ANEXO 1	Dimensiones de continuidad según tipo de continuidad asistencial.....	40
ANEXO 2	Subdimensiones según tipo de continuidad.....	41
ANEXO 3	Comparación de las diferentes preguntas utilizadas en para medir la continuidad asistencial según tipo y dimensión.....	44
ANEXO 4	Pool de preguntas para medir la continuidad asistencial según tipo, dimensión y subdimensión.....	48
ANEXO 5	Cuestionario para medir continuidad asistencial desde la perspectiva usuaria.....	54
ANEXO 6	Resumen de preguntas incluidas en el cuestionario por subdimensión.....	67
ANEXO 7	Consentimientos informados según ABS.....	68
ANEXO 8	Causas de consulta a dos niveles asistenciales durante los tres meses previos a la entrevista pos parte de la muestra del piloto	70

ANEXO 1 : Dimensiones de continuidad según tipo de continuidad asistencial

Tabla 1 Descripción de las dimensiones a estudiar según tipo de relación

Tipo	Dimensión	Descripción
Continuidad de Información	Transferencia y utilización de información Clínica o médica	Percepción del paciente que el proveedor tuvo acceso y utiliza la información sobre la atención prestada con anterioridad, independientemente del nivel de atención en que se realizó.
	Conocimiento acumulado	Percepción por parte del paciente que los proveedores de los diferentes niveles de atención, conocen sus preferencias, valores, contexto social y mecanismos de soporte.
Continuidad de Relación	Vínculo entre paciente-proveedor	Generación de expectativas sobre la responsabilidad y confianza entre paciente y proveedor.
	Estabilidad del proveedor y consistencia del personal	Ver al mismo proveedor sistemáticamente aún cuando no hay muchas posibilidades de establecer una relación a largo plazo (ej. patologías agudas).
Continuidad de Gestión	Consistencia de la atención	Percepción del paciente que existe una coherencia en los objetivos y tratamientos realizados por diferentes profesionales de los distintos niveles de atención.
	Flexibilidad	Percepción por parte del paciente que su atención se adapta a los cambios en sus necesidades y circunstancias.

ANEXO 2 : Subdimensiones Según Dimensiones y Tipo De Continuidad

Tabla 2: Resumen de subdimensiones, de la continuidad de información, en diferentes estudios sobre continuidad de la atención

Dimensión	Freeman ⁽¹⁾	Baker ⁽²⁾	Guilliford ⁽³⁾	Reid ⁽⁴⁾	Shi ⁽⁵⁾
Transferencia médica de la información	Transferencia entre profesionales	Conocimiento de la historia previa	Conocimiento de su historia médica previa	Transferencia de información entre los profesionales	Conocimiento de la historia clínica previa
				Uso de la información transferida	
	Transferencia de la información al paciente		Capacidad de informar al paciente sobre su enfermedad y permitir que se involucre en las decisiones sobre su tratamiento		
Conocimiento acumulado				Conocimiento de los valores, preferencias y contexto social del paciente	Conocimiento del contexto social del paciente

Tabla 3: Resumen de subdimensiones, de la continuidad de relación, en diferentes estudios sobre continuidad de la atención

Dimensión	Freeman ⁽¹⁾	Baker ⁽²⁾	Guilliford ⁽³⁾	Reid ⁽⁴⁾	Shi ⁽⁵⁾
Vínculo Paciente proveedor		Confianza	Confianza en el tratamiento y en el profesional	Confianza , Entendimiento mutuo	Confianza
		Conocimiento del profesional	Involucramiento en el tratamiento	Afiliación	Afiliación
			comunicación entre el paciente y el profesional (tiempo dedicado a escucharlo)	Comunicación efectiva	Comunicación efectiva
				Sensación de responsabilidad hacia el paciente	
Estabilidad	Numero de profesionales encargados de proveer la atención		Identificación de un medico o enfermera habitual	Consistencia en el cuidado	

Tabla 4: Resumen de subdimensiones, de la continuidad de gestión, en diferentes estudios sobre continuidad de la atención

Dimensión	Freeman⁽¹⁾	Baker⁽²⁾	Guilliford⁽³⁾	Reid⁽⁴⁾	Shi⁽⁵⁾
Consistencia del cuidado	Efectiva comunicación entre los diferentes profesionales	Expertiz profesional	Todos los profesionales están informados del grado de enf.	Oportunidad del tratamiento	Coordinación de los servicios
	Coordinación en el cuidado		Comunicación efectiva entre los profesionales encargados de su cuidado	Existencia de protocolos que son consistentemente seguidos	Curso del cuidado adecuado
			Coordinación entre los diferentes servicios	Coherencia en el tratamiento e indicaciones al pasar de un profesional a otro	
Flexibilidad:	Ajuste a las necesidades del paciente	Oportunidad en el acceso	Oportunidad en el acceso	acceso	Amplitud de la Disponibilidad de atención
			Tiempo de espera apropiado	Ajuste del tratamiento acorde a la evolución de las necesidades del paciente	Accesibilidad

Bibliografía

- (1) Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
- (2) Baker R, Freeman GK, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J., et al. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2006.
- (3) Guilliford M., Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
- (4) Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- (5) Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Family Practice 2001;50(2)161-75.

ANEXO 3 : Comparación De Las Diferentes Preguntas Utilizadas En Para Medir La Continuidad Asistencial Según Tipo Y Dimensión

Tabla 5: Preguntas utilizadas para medir continuidad de información

Dimensión	Sub dimensión	Baker ⁽¹⁾	Guilliford ⁽²⁾	Carter ⁽³⁾	NHS ⁽⁴⁾	Shi ⁽⁵⁾
Transferencia de la información clínica	Conocimiento de historia clínica	Cuando ha debido ver a un profesional diferente este conocía su historia clínica	Su medico o enfermera conocen su historia médica		A usted le parece que su doctor está conciente de su historia médica	Conoce su médico su historia médica completa?
						Conoce su médico todas las medicinas que usted está tomando?
			Todos conocen su historia médica			
			Todos conocen su tratamiento contra la diabetes			Si su medico no esta disponible para atenderle, y usted debe ver algún otro profesional, podría su doctor obtener la información sobre esa visita?
	Entrega de información adecuada y oportuna al paciente		Cuan bien, su doctor o enfermera habitual, le han explicado los procedimientos médicos y pruebas realizados por su diabetes	Cuan bien el doctor le ha explicado sus problemas y los tratamientos que necesita	el doctor le explica las razones para cualquier tratamiento o acción de manera que usted lo entienda?	Sus preguntas son respondidas de manera tal que usted las entienda
			Cuántas veces usted ha hablado sobre su diabetes con su equipo tratante?			
Transferencia de la información general o personal (Conocimiento acumulado)	Conocimiento de las necesidades del paciente					
	Conocimiento del contexto social, creencias y valores.	Ha sentido usted que las personas a las que consultan saben sobre usted y sus problemas				Su médico lo conoce bien?
						Conoce su médico con quien usted vive?
					Conoce su médico cual es su trabajo u ocupación	
Utilización de mecanismos de transferencia						Cuando usted va a su médico debe llevar alguno de sus registros médicos o exámenes?

Tabla 6 Preguntas utilizadas para medir la continuidad de relación

Dimensión	Sub dimensión	Baker ⁽¹⁾	Guilliford ⁽²⁾	Carter ⁽³⁾	NHS ⁽⁴⁾	Shi ⁽⁵⁾
Vínculo Paciente proveedor	Confianza entre proveedor y usuarios:		Su medico o enfermera toma las mejores decisiones con relación a mi diabetes		Confía y tiene fe usted en su médico	Se siente cómodo contándole a su médico sus preocupaciones o sus problemas
						Cambiaría a su médico si fuera simple hacerlo?
						Recomendaría usted a su doctor a sus amigos o conocidos?
	Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo		Su médico o enfermera se interesa en mi	El médico lo cuida y se interesa por usted		Hay un doctor o lugar que es más responsable de tu salud?
	Comunicación efectiva:		Su medico o enfermera habitual escucha lo que usted tiene que decir		El doctor le escucha cuidadosamente lo que usted le tiene que decir	Cree usted que su doctor o enfermera le entiende lo que pregunta o dice?
					Son sus preguntas respondidas de forma que usted las entienda	
	Sentimiento de pertenencia					
Estabilidad	Regularidad :	Cuan a menudo usted visita a su medico general.	Cuántas veces usted ha visto a su medico habitual en el hospital	En general cuan a menudo ve usted a su medico habitual		Cuando usted necesita un chequeo regular va a su médico antes de ir a otro?
				Cuántas veces ha visto a su doctor desde su diabetes		Cuando usted tiene un problema nuevo, va usted a su médico de cabecera antes de ir a otro.
						Hay un doctor o lugar al que usualmente vas su estas enfermo o necesitas asesoramiento sobre tu salud?
						Cuando va al doctor ve usted al mismo médico o enfermera?
	N° de proveedores por patología	Número de pacientes involucrados en el cuidado				

Tabla 7 Preguntas utilizadas para medir la continuidad de gestión

Dimensión	Sub dimensión	Baker ⁽¹⁾	Guilliford ⁽²⁾	Carter ⁽³⁾	NHS ⁽⁴⁾	Shi ⁽⁵⁾	
Coherencia del cuidado	Coordinación entre proveedores	Su cuidado esta bien coordinado	En general, cuan bien coordinado esta su diabetes.		Algunas veces un miembro el equipo puede decir una cosa y otro miembro dice algo diferente ¿le ha sucedido esto?		
	Comunicación entre los servicios	Cuando ha debido ver a otro profesional, lo sabe su médico habitual	Todos le dan la misma información y asesoramiento			Sabe su médico que usted ha realizado la visita al especialista?	
	Correcta secuencia de la atención	Existe coherencia en la información entregada	Todos están de acuerdo y comparten su tratamiento diabético				
	Duplicación de documentos y/o exámenes						
Accesibilidad entre niveles Coherencia del cuidado	Oportunidad en el acceso:	Su prioridad para los problemas que ha tenido los últimos meses es ser atendido rápidamente	Si usted necesita hablar con su medico o enfermera habitual sobre su diabetes, cuan fácil es para usted hablar con su medico o enfermera habitual	Pensando en las veces que usted quiere ver a un medico EN particular, cuan rápido usted puede lograr verlo		Si usted tiene preguntas, puede usted llamar al médico que lo conoce mejor?	
			Si usted necesita una consulta urgente, como hace para lograr hablar con su médico o enfermera.			Cuando el establecimiento esta abierto y usted se encuentra enfermo, puede alguien verlo el mismo día? ⁽⁶⁾	
			Si usted necesita hablar con su medico o enfermera habitual sobre su diabetes, cuan fácil es para usted hablar con su medico o enfermera habitual			Cuando el establecimiento esta cerrado puede alguien verlo el mismo día?	
						Cuan el establecimiento está cerrado hay algún teléfono al que usted pueda llamar cuando se siente enfermo	
	Tiempo de espera adecuado	Ha debido usted esperar para ver al profesional que deseaba	Como calificaría usted la cantidad de tiempo que ha tenido que esperar antes de hablar con el doctor o enfermera		Pensando en los momentos que usted está dispuestos a cualquier doctor, cuan rápido usted logra verlo?	Como se siente sobre la cantidad de tiempo que usted tiene que esperar para consultar su medico	
					Pensando en las veces que usted quiere ver a un medico particular, cuan rápido usted puede lograr verlo		
Seguimiento			Si usted tiene un problema con su diabetes, cuan bien su equipo responde				

Reference List

- (1) Baker R, Freeman GK, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J., et al. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2006.
- (2) Guilliford M., Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
- (3) Carter M, R, and M, Bower P, Gask L, Greco M, et al. Improving your practice with patient surveys. 1998.
- (4) NHS. General Practice Questionnaire. 2000. Internet Communication
- (5) Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Family Practice 2001;50(2) 161-75.

Anexo 4 : Pool De Preguntas Para Medir La Continuidad Asistencial Según Tipo, Dimensión Y Subdimensión

Tabla 8 Pool de preguntas para medir la continuidad asistencial según tipo, dimensión y subdimensión

Tipo de Continuidad	Dimensión	<u>Subdimensión</u>	Preguntas
<i>Continuidad de la información</i>	<i>Transferencia de la información clínica</i>	<i>Conocimiento de historia clínica</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cree usted que los médicos del centro de salud que lo han atendido conocían su historia clínica completa(1-4) 2. Cree usted que los médicos de la atención especializada que lo han atendido conocían su historia clínica completa(1-4) 3. Cuando usted asiste a urgencia, los médicos que lo han atendido conocían su historia clínica 4. Cree usted que todos los profesionales del centro de salud que lo atienden conocen los medicamentos que usted debe tomar(5) 5. Cree usted que todos los profesionales de la atención especializada que lo atienden conocen los medicamentos que usted debe tomar(5) 6. Cuando usted ha debido ir a su médico de cabecera tuvo que repetir las indicaciones que le ha dado el especialista(2) 7. Cuando usted ha debido ir al especialista tuvo que repetir las indicaciones que le ha dado su médico de cabecera(2) 8. Cuando usted ha debido ir a urgencia tuvo que repetir las indicaciones que le han dado su médico de cabecera(2) 9. Cuando usted ha debido ir a su médico de cabecera tuvo que repetir las indicaciones que le han dado en urgencias(2)
		<i>Entrega de información adecuada y oportuna al paciente</i>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Su médico de cabecera ha respondido a sus preguntas sobre su enfermedad de manera tal que usted comprenda (5) 11. En caso que usted tenga una pregunta sobre los medicamentos que le ha indicado el especialista, su médico de cabecera la ha respondido de manera tal que usted comprenda (5) 12. En caso que usted tenga una pregunta sobre las instrucciones que le ha dado el especialista, su médico de cabecera la ha respondido de manera tal que usted comprenda (5) 13. Su médico de cabecera le ha explicado los procedimientos a realizar en la atención especializada.(4)

		Utilización de mecanismos de transferencia	14. Su médico de cabecera ha tenido acceso a su historia clínica y exámenes recientes. (6)
			15. Su médico especialista ha tenido acceso a su historia clínica y exámenes recientes. (6)
			16. Cuando acude usted a su médico de cabecera debe llevar consigo documentos relativos a sus antecedentes médicos
			17. Cuando acude usted al especialista debe llevar consigo documentos relativos a sus antecedentes médicos
	Transferencia de la información general o personal (Conocimiento acumulado)	Conocimiento de las necesidades del paciente	18. Cree usted que el equipo médico que cuida de usted conoce cuales son sus necesidades con relación a su enfermedad
		Conocimiento de las creencias, valores y contexto social.	19. Cree usted que el equipo médico que lo atiende lo conoce bien (tanto en el CAP como en Atención Especializada) (5)
			20. El equipo médico que le atiende sabe con quien vive (5)
			21. En los diferentes niveles asistenciales que le han atendido conocen su trabajo u ocupación (5)
Continuidad de Relación	Vínculo Paciente proveedor	Confianza entre proveedor y usuarios:	22. Confía en la capacidad profesional del equipo médico que lo está tratando
			23. Se siente cómodo contándole a su médico sus preocupaciones o sus problemas de salud (5)
			24. Recomendaría usted a su medico de cabecera a un amigo o familiar (4,5)
			25. Recomendaría usted a su medico especialista a un amigo o familiar (4,5)
			26. Cambiaría a su médico de cabecera si pudiera hacerlo (5)
			27. Cambiaría a su médico especialista si pudiera hacerlo (5)
			28. Usted se siente cómodo al preguntar sus dudas a su equipo médico (médico de cabecera y especialista) (4)
			29. Prefiere usted ver siempre al mismo médico sólo si el es el capacitado (6)
		30. Siente usted confianza en los profesionales que han cuidado de su salud (6)	
		Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo	31. Hay un equipo tratante que es responsable de su salud (5)
32. Cree usted que el equipo tratante se interesa por usted (2)			

		Comunicación efectiva:	33. los integrantes de su equipo médico escucha lo que usted tiene que decir(2,3)	
			34. Le fue fácil entender la información sobre su enfermedad que le entregó su médico de cabecera (7)	
			35. Le fue fácil entender la información sobre su enfermedad que le entregó su médico especialista (7)	
			36. Su médico de cabecera responde a sus dudas satisfactoriamente(4)	
			37. Su médico especialista responde a sus dudas satisfactoriamente(4)	
			38. su médico de cabecera le dio suficiente información sobre su tratamiento(4)	
			39. Se siente satisfecho con la comunicación que recibió de su equipo tratante(6)	
		Estabilidad	Regularidad :	40. Tiene usted un equipo que lo trate habitualmente (5)
				41. Cuando usted necesita un chequeo regular va a su médico antes de ir a otro(5)
				42. Hay un doctor o lugar al que usualmente va si esta enfermo o necesita asesoramiento sobre su salud(5)
				43. Cuando usted va al CAP ve usted al mismo médico o enfermera cada vez (5)
				44. Cuando usted va al Hospital ve usted al mismo especialista o enfermera cada vez(5)
				45. Cuantas veces usted ha visto a su medico de cabecera en el CAP (2)
				46. Cuantas veces usted ha visto a su medico especialista en el hospital(2)
		N° de proveedores por patología	47. En general cuan a menudo ve usted a su medico de cabecera(1)	
			48. En general cuan a menudo ve usted a su medico especialista(1)	
			49. Cuantos médicos del CAP lo han atendido en su actual enfermedad	
		Duración de la relación	50. Cuantos especialistas de una misma especialidad lo han atendido en su actual enfermedad	
			51. Hace cuanto que usted está viendo a su actual equipo médico	
Continuidad de gestión	Coherencia del cuidado	Coordinación entre proveedores	52. Algunas veces su médico de cabecera le dice una cosa y el especialista le dice algo diferente ¿le ha sucedido esto?(3)	
			53. En general, cuan bien coordinada esta su enfermedad.(2)	
			54. Cree usted que existe una coherencia entre los servicios entregados en el CAP y en la AE(8)	
			55. Su derivación desde el CAP al especialista estuvo bien coordinada	
			56. El alta desde la atención especializada al CAP estuvo bien coordinada(6)	
			57. Su derivación para realizarse los exámenes estuvo bien coordinado	

		Comunicación entre los servicios	58. Todos le dan la misma información y asesoramiento(2)	
			59. Todos están de acuerdo y comparten su tratamiento (2)	
			60. Siente usted que su médico de cabecera y el médico de especialidad se comunican entre ellos para hablar de su enfermedad (4)	
		Correcta secuencia de la atención	61.	
			Duplicación de documentos y/o exámenes	62. Alguno de los exámenes realizados en el CAP los ha debido repetir cuando usted va al hospital(8)
				63. Alguno de los tratamientos realizados en el CAP los ha debido repetir cuando usted va al hospital(8)
		Seguimiento	64. Ha debido repetir exámenes por pérdida de ellos en alguno de los niveles	
			65. Siente usted que su médico de cabecera, hace seguimiento de sus consultas a otros profesionales(4)	
			66. Tras ir al especialista o a un servicio especial, su médico de cabecera habló con usted sobre lo que había ocurrido en esa visita(9)	
	67. Después de ir al especialista su médico de cabecera le hacen seguimiento de las recomendaciones que le han dado en el hospital			
	68. Después haber sido ingresado al hospital, su médico de cabecera le hacen seguimiento de las recomendaciones que le han dado en el hospital			
	Accesibilidad entre niveles	Oportunidad en el acceso:	69. Es usted rutinariamente solicitado para controlar su enfermedad	
			70. Le resulta fácil conseguir una visita programada con su médico de cabecera para las visitas de seguimiento (4;9)	
			71. Le resulta fácil conseguir una visita programada con su médico especialista para las visitas de seguimiento (4;9)	
			72. Si usted necesita hablar con su médico de cabecera sobre su enfermedad, tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para conseguirlo (2;9)	
			73. Si usted necesita hablar con su médico especialista sobre su enfermedad, tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para conseguirlo (2;9)	
			74. Su médico de cabecera puede programar sus consultas con otros niveles (4)	
75. Ha tenido usted problemas para acceder al Hospital por lo lejos que le queda				
Tiempo de espera adecuado		76. Cree usted que pierde tiempo innecesariamente esperando por su tratamiento en el CAP(6)		
	77. Cree usted que pierde tiempo innecesariamente esperando por su tratamiento en el Hospital(6)			

			78. Cuanto tiempo ha debido usted esperar desde su hora de citación hasta que ha hablado con su médico de cabecera
			79. Como calificaría usted la cantidad de tiempo que ha tenido que esperar antes de hablar con su médico de cabecera(2)
			80. Cuanto tiempo ha debido usted esperar desde su hora de citación hasta que ha hablado con su médico especialista
			81. Como calificaría usted la cantidad de tiempo que ha tenido que esperar antes de hablar con su médico especialista(2)
			82. Como se siente sobre la cantidad de tiempo que usted tiene que esperar para consultar su medico de cabecera(3)
			83. Como se siente sobre la cantidad de tiempo que usted tiene que esperar para consultar su medico especialista(3)
			84. Cómo calificaría usted la cantidad de tiempo que ha debido esperar desde que su médico de cabecera le indico consulta con su especialista hasta que obtuvo la hora

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carter M, R, and M, Bower P, Gask L, Greco M, et al. Improving your practice with patient surveys. 1998.
- (2) Guilliford M., Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
- (3) NHS. General Practice Questionnaire. 2000. : Internet Communication
- (4) Krugman SD, Racine A, Dabrow S, Sanguino S, Meyer W, Seid M, et al. Measuring primary care of children in pediatric resident continuity practices: a Continuity Research Network study. Pediatrics 2007;120(2)262-71.
- (5) Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Family Practice 2001;50(2) 161-75.
- (6) King M, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi method approach to enlightened management. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
- (7) Gigantesco A, Morosini R, Bazzoni A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. Int J Qual Health Care 2003;15(1):73-8.
- (8) Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. Health Serv Res 2002 ;37(4):1031-54.
- (9) Starfield BH. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson,SA; 2001.

I. Antecedentes sobre la enfermedad actual

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre su salud

1.	¿Cómo diría usted que es su salud en general?							
	1 () Muy buena 2 () Buena 3 () Regular 4 () Mala 5 () Muy mala							
2.	¿Que enfermedad(es) padece?	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						

3.	En los últimos tres meses, además del médico de cabecera ¿por qué enfermedad ha consultado, al especialista u hospital?	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>						

4.	¿Desde cuando padece _____?-(nombrar la enfermedad)							
	Mes _____ Año _____							
5.	¿Cual fue el primer lugar al que consultó por su _____? (nombrar la enfermedad)							
	1 () Ambulatorio / CAP 2 () Especialista 3 () Urgencia del Hospital 4 () Ingresado en el hospital 5 () Urgencia CAP 9 () No Sabe / No recuerda 7 () Otro Cual? :.....							
6.	¿Dónde le informaron que tenía _____?(nombrar la enfermedad)							
	1 () Ambulatorio / CAP 2 () Especialista 3 () Urgencia del Hospital 4 () ingresado en el hospital 5 () Urgencia CAP 9 () No Sabe / No recuerda 7 () Otro Cual? :.....							
7.	¿Quien(es) es/son los responsables de llevarlo (tratarlo) en esta enfermedad? (nombrar la enfermedad)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>						

8.	¿ Cuanto tiempo hace que usted está viendo a el/los responsable(s) del cuidado de su _____ ? (nombrar la enfermedad)							
	_____ meses o _____ años							
9.	Para esta enfermedad, ¿en el último año lo ha visitado el mismo médico de cabecera?							
	1 () Sí → Pase a la pregunta 12 99 () no sabe / no responde 2 () no							
10.	Para esta enfermedad, ¿Cuántos médicos del ambulatorio lo han visitado?(no especialistas)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>						

11.	¿Por qué le visitó otro médico?	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>						

12.	¿En el último año lo ha tratado el mismo médico especialista / consulta externa?							
	1 () Sí → Pase a la pregunta 14 99 () no sabe / no responde 2 () no							
13.	¿Cuántos médicos especialista en consulta externas lo han tratado?	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>						

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre la atención que ha recibido en los últimos 3 meses

	14. Dónde ha consultado por esta enfermedad en los últimos tres meses	15. Cuantas veces ha ido
Ambulatorio / CAP		
Especialista / Consulta Externa		
Urgencia del hospital		
Urgencia Ambulatorio		
Ingreso al hospital		
Otro lugar		

16. ¿En que orden ha consultado? (indicar el orden de todos los que ha asistido durante los últimos tres meses, pudiendo un lugar tener más de una posición, pero no una posición más de un lugar)

Lugar de consulta	Orden de consulta					
	1	2	3	4	5	6
Ambulatorio / CAP						
Especialista / Consulta Externa						
Urgencia del hospital						
Urgencia Atención Primaria						
Ingreso al hospital						
Otro lugar						

Nota para el encuestador: A continuación se responderá en primer lugar el apartado correspondiente al segundo lugar de consulta, posteriormente el resto.

MÉDICO DE CABECERA después de ir al especialista

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida por su médico de cabecera en el Ambulatorio / CAP, después de su consulta al especialista.

17. ¿ El especialista le envió a control con el médico de cabecera? 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR	
18. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?	<input type="text"/>
19. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita al especialista?	<input type="text"/>
20. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera desde que solicitó la visita?	<input type="text"/>
21. El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron fue 1 () Adecuado 2 () Largo 3 () Excesivo	<input type="text"/>
22. El especialista le entregó un informe para su médico de cabecera 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR	
23. ¿Su médico de cabecera comentó con usted su visita al especialista? 1 () Sí 2 () algunas cosas 3 () no 99 () NS/NR	

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

<p>24. ¿Tiene la impresión que su médico de cabecera tenía información sobre su vista al especialista?</p> <p>1 () Sí → Pase a la pregunta 26 4 () Algunas cosas 2 () No 99 () NS/NR → Pase a la pregunta 26 3 () En parte</p>
<p>25. ¿Qué información no tenía?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>26. ¿Su médico de cabecera sabía los medicamentos que el especialista le había indicado?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>27. ¿Tuvo que explicarle a su médico de cabecera las indicaciones que le había dado el especialista? Por ejemplo sobre medicamentos, controles, etc.</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>28. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento indicado por el especialista?</p> <p>1 () Sí 2 () no 3 () No tenía tratamiento 99 () NS/NR</p>
<p>29. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento indicado por el especialista?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>30. ¿Le hizo algún cambio?</p> <p>1 () Sí 99 () NS/NR → Pasar a pregunta 32 2 () no → Pasar a pregunta 32</p>
<p>31. ¿Qué le cambió?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>32. ¿Su médico de cabecera resolvió sus dudas sobre su consulta al especialista /consulta externa?</p> <p>1 () Sí 2 () no 3 () no tenía dudas 4 () no supo responder 5 () no le pregunté 99 () NS/NR</p>
<p>33. ¿Cree que la atención entre la atención especializada y su médico de cabecera estuvo bien coordinada?</p> <p>1 () Sí 2 () a veces 3 () no 99 () NS/NR</p>
<p>34. ¿Por qué?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>

MÉDICO DE CABECERA después de ir a urgencias

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida por su médico de cabecera en el Ambulatorio / CAP, después de su consulta al especialista.

<p>35. ¿ El médico de urgencias le envió a control con el médico de cabecera?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>36. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>37. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita al especialista?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>38. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera desde que solicitó la visita?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

39. El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron lo considera
1 () Adecuado 2 () Largo 3 () Excesivo
40. El médico de urgencias le entregó un informe para su médico de cabecera
1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR
41. ¿Su médico de cabecera comentó con usted su visita al urgencias?
1 () Sí 2 () algunas cosas 3 () no 99 () NS/NR
42. ¿Tiene la impresión que su médico de cabecera tenía información sobre su vista a urgencias?
1 () Sí \rightarrow Pase a la pregunta 44 2 () No 3 () En parte 4 () Algunas cosas 99 () NS/NR \rightarrow Pase a la pregunta 44
43. ¿Qué información no tenía?
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
44. ¿Su médico de cabecera sabía los medicamentos que el médico de urgencias le había indicado?
1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR
45. ¿Tuvo que explicarle a su médico de cabecera las indicaciones que le había dado el médico de urgencias? Por ejemplo sobre medicamentos, controles, etc.
1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR
46. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento indicado por el médico de urgencias?
1 () Sí 2 () no 3 () No tenía tratamiento 99 () NS/NR
47. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento indicado por el médico de urgencias?
1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR
48. ¿Le hizo algún cambio?
1 () Sí 99 () NS/NR \rightarrow Pasar a pregunta 32 2 () no \rightarrow Pasar a pregunta 32
49. ¿Qué le cambió?
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
50. ¿Su médico de cabecera resolvió sus dudas sobre su consulta al médico de urgencias?
1 () Sí 2 () no 3 () no tenía dudas 4 () no supo responder 5 () no le pregunté 99 () NS/NR
51. ¿Cree que la atención entre el médico de urgencias y su médico de cabecera estuvo bien coordinada?
1 () Sí 2 () a veces 3 () no 99 () NS/NR
52. ¿Por qué?
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

MÉDICO DE CABECERA después de haber sido dado de alta del hospital

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida por su médico de cabecera en el Ambulatorio / CAP, después su hospitalización

<p>53. Cuando le dieron el alta del hospital ¿lo enviaron al médico de cabecera?(¿le dijeron que tenía que ir al médico de cabecera?)</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>54. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?</p> <p>_____</p>
<p>55. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después del alta del hospital?</p> <p>_____</p>
<p>56. Cuántos días tardó desde que solicitó la visita hasta que vio al médico de cabecera</p> <p>_____</p>
<p>57. ¿El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron fue?</p> <p>1 () Adecuado 2 () Largo 3 () Excesivo</p>
<p>58. ¿Su médico de cabecera comentó con usted su hospitalización?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>59. ¿Tiene la impresión que su médico de cabecera tenía información sobre su ingreso al hospital?</p> <p>1 () Sí 2 () Algunas cosas 3 () En parte 4 () No 99 () NS/NR</p> <p>→ Pase a la pregunta 43 → Pase a la pregunta 43</p>
<p>60. ¿Qué información no tenía?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>61. En el hospital le entregaron un informe de su atención para el médico de cabecera</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>62. ¿Su médico de cabecera conocía que medicamentos debía tomar?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>63. ¿Tuvo que explicarle a su médico de cabecera las indicaciones (sobre medicamentos, controles, etc.) que le habían dado en el hospital?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>64. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento indicado por el médico en el hospital?</p> <p>1 () Sí 2 () no 3 () No tenía tratamiento 99 () NS/NR</p>
<p>65. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento indicado en el hospital?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p>
<p>66. ¿Le hizo algún cambio?</p> <p>1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR</p> <p>→ Pasar a pregunta 50 → Pasar a pregunta 50</p>
<p>67. ¿Qué le cambió?</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

68. ¿Su médico de cabecera resolvió sus dudas sobre el tratamiento indicado por el médico del hospital?	1 () Sí 2 () no	3 () No tenía dudas	4 () No le pregunté	99 () NS/NR
69. ¿Cree que la atención entre el hospital y el médico de cabecera estuvo bien coordinada?	1 () Sí	2 () a veces	3 () no	99 () NS/NR
70. ¿Por qué?	_____			<input type="text"/>

ATENCIÓN ESPECIALIZADA después de ir al médico de cabecera

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida por el especialista, después de la atención en el ambulatorio/CAP

71. ¿El médico de cabecera le envió a visita con el especialista?	1 () Sí	2 () no	99 () NS/NR	
72. ¿Desde dónde le programaron la visita al especialista?	_____ <input type="text"/>			
73. ¿Cuántos días tardó en ver a al especialista después que solicitó la visita?	_____ <input type="text"/>			
74. El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron fue	1 () Adecuado	2 () Largo	3 () Excesivo	
75. ¿El especialista que lo atendió sabía el motivo por el cual lo envió el médico de cabecera?	1 () Sí	2 () no	99 () NS/NR	
76. ¿El especialista tenía la información de sus otras enfermedades?	1 () Sí	→ Pasar a pregunta 60	99 () NS/NR → Pasar a pregunta 60	
77. ¿Qué cosas no sabía?	_____ <input type="text"/>			
78. ¿El especialista conocía los resultados de las pruebas que le habían realizado en primaria?	1 () Sí	2 () no	3 () No me había realizado pruebas 99 () NS/NR	
79. ¿El especialista conocía los medicamentos que debía tomar?	1 () Sí	2 () no	3 () No tomaba medicamentos 99 () NS/NR	
80. La atención entre el especialista y el médico de cabecera estuvo bien coordinada	1 () Sí, Sin duda	2 () es probable	3 () es probable que no	4 () no en absoluto 99 () NS/NR
81. ¿Por qué?	_____ <input type="text"/>			

URGENCIAS HOSPITALARIAS

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida en urgencia hospitalaria

82. ¿Quién tomó la decisión de ir a Urgencia?

- 1 () Usted mismo/a (la persona entrevistada)
- 2 () Un familiar o acompañante
- 3 () El médico/a del ambulatorio
- 4 () Otro médico/a o profesional sanitario
- 5 () Un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)
- 6. Otra persona. Especificar: _____

→ Pasar a pregunta 84

83. ¿por qué no fue al ambulatorio primero?

84. ¿Cree usted que los médicos de urgencia que lo ha atendieron conocían su historial clínico previo?

- 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR → Pasar a pregunta 71

85. Por qué

86. ¿Cuándo usted fue a urgencias tuvo que contar las indicaciones que le había dado su médico de cabecera? Por ejemplo medicamentos, controles, dieta, etc.

- 1 () Sí 2 () algunas cosas 3 () muy poco 4 () no 99 () NS/NR

INGRESO AL HOSPITAL

Orden de consulta

Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida durante su hospitalización

87. ¿Cree usted que los médicos del hospital que le atendieron conocían su historial clínico?

- 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR → Pasar a pregunta 74

88. ¿Por qué?

89. ¿Cuando usted estuvo hospitalizado tuvo que repetir las indicaciones (medicamentos, controles, dieta, etc.) que le había dado su médico de cabecera?

- 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, en general, con relación a la atención recibida para esta y otras enfermedades por las que ha sido tratada.

II. Continuidad de Información: Transferencia de la información

90. ¿Cree usted que los profesionales que le atienden conocen su historial clínico previo?	1 () Sí, Siempre	2 () algunas veces	3 () casi nunca	4 () no, nunca	99 () NS/NR
91. ¿Después de ir al especialista su médico de cabecera comenta con usted la visita?	1 () Sí, Siempre	2 () algunas veces	3 () casi nunca	4 () no, nunca	99 () NS/NR
92. ¿Cuando usted consulta al médico de cabecera tiene que informar las indicaciones que los especialistas le han dado?	1 () Sí, Siempre	2 () algunas veces	3 () casi nunca	4 () no, nunca	99 () NS/NR
93. ¿Cuando usted consulta al especialista tiene que contar las indicaciones que le ha dado el médico de cabecera?	1 () Sí, Siempre	2 () algunas veces	3 () casi nunca	4 () no, nunca	99 () NS/NR

III. Continuidad de Relación: Vínculo Paciente proveedor

	1 Sí, Siempre	2 A veces	3 Casi nunca	4 No, nunca	99 No sabe no responde
94. Confía en la capacidad profesional de su médico de cabecera					
95. Cree usted que su médico de cabecera se interesa por usted					
96. Se siente cómodo preguntándole a su médico de cabecera sus dudas o sus problemas de salud					
97. Su médico de cabecera entiende lo que usted le dice sobre su salud					
98. Entiende fácilmente la información que le da su médico de cabecera sobre su enfermedad					
99. La información que le da su médico de cabecera es suficiente					
100. Por qué _____					
101. Recomienda a su médico de cabecera a un amigo o familiar					
Por qué _____					

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Questionario N°

	1 Sí, Siempre	2 A veces	3 Casi nunca	4 No, nunca	99 No sabe no responde
102. Confía en la capacidad profesional del especialista que lo trata					
103. Cree usted que el especialista se interesa por usted					
104. Se siente cómodo preguntándole sus dudas al especialista					
105. El especialista entiende lo que usted le dice sobre su enfermedad					
106. Entiende fácilmente la información que le da el especialista sobre su enfermedad					
107. La información que le da el especialista es suficiente					
108. Por qué _____					<input type="text"/>
109. Recomienda a su médico especialista a un amigo o familiar					
110. Por qué _____					<input type="text"/>

IV. Continuidad de Relación: Estabilidad del equipo profesional

A continuación le haré una serie de preguntas sobre la estabilidad de los médicos que le atienden, tanto en el ambulatorio / CAP como en la consulta externa del hospital, con el especialista.

	1 Sí, Siempre	2 A veces	3 Casi nunca	4 No, nunca	99 No sabe no responde
111. Cuando pide visita para su médico de cabecera, le ve siempre el mismo médico					
112. Cuando va a la consulta externa del Hospital, por un mismo problema, ve usted al mismo especialista					
113. Suele acudir al mismo lugar cuando tiene una enfermedad o necesita consejo sobre su enfermedad					
114. ¿Dónde Va? _____					<input type="text"/>

V. Continuidad de Gestión: Coherencia del cuidado

A continuación le haré una serie de preguntas sobre la coherencia de su atención entre los diferentes profesionales que le atienden, tanto en el ambulatorio / CAP como en el hospital.

	1 Sí, Siempre	2 A veces	3 Casi nunca	4 nunca	99 No sabe no responde
115. Su médico de cabecera suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista					
116. El especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera					
117. Su médico de cabecera y su especialista se comunican entre ellos					
118. El especialista le repite los pruebas que le ha realizado el médico de cabecera (analítica, Rx, etc.)					
119. Por qué _____					<input type="text"/>
120. El especialista le envía al médico de cabecera para las visitas de seguimiento					
121. Cree usted que la atención que recibe por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada					
122. ¿Por qué? _____					<input type="text"/>

ENCUESTA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Cuestionario N° _____

VI. Continuidad de Gestión: Accesibilidad entre niveles

A continuación le haré una serie de preguntas sobre la facilidad para obtener una cita en los diferentes niveles de atención.

	1 Sí, Siempre	2 A veces	3 Casi nunca	4 nunca	99 No sabe no responde
123. Desde que su médico de cabecera le indica un control con el especialista tiene que esperar poco tiempo para la visita					
124. Desde que el especialista le indica seguimiento con el médico de cabecera tiene que esperar poco tiempo para la visita					
125. Desde el ambulatorio / CAP le programan sus visitas con el especialista					
126. Desde el Hospital le programan sus visitas de seguimiento con el médico de cabecera					
127. Desde que el médico de cabecera le indica una visita con el especialista, debe hacer algún trámite fuera del centro para lograrla.					
128. Desde que el especialista le indica una visita con el médico de cabecera, debe hacer algún trámite fuera del centro para lograrla.					
129. El especialista le hace la primera receta del tratamiento (medicamento) que le indicó					

VII. Datos de Identificación

130. Sexo F1 () M2 ()	
131. Edad: _____ (años cumplidos)	
132. Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____	
133. ¿Dónde nació usted? _____	<input type="text"/>
134. ¿Desde cuando vive en España? _____ años	
135. ¿Cual es su nacionalidad? _____	<input type="text"/>
136. ¿En que trabaja actualmente? _____ _____	<input type="text"/>
137. ¿Cuál es su profesión? _____	<input type="text"/>
138. ¿Cual es su nivel máximo de estudios finalizados? 1() No sabe leer ni escribir 2() Primarios incompletos sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria 3() Primarios completos: cinco cursos aprobados EGB 4() Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental EGB o ESO 5() Enseñanza de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo PREU o COU 6() FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio. 7() FP de grado superior: maestría industrial FPII, ciclos formativos de grado superior 8() Universitarios de grado medio: diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo 9() Universitarios de grado superior: Licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo 10() Universitarios de tercer ciclo: doctorados 11() Otros. _____ 99() No sabe	
139. ¿Tiene usted algún seguro de salud privado? 1 () Sí 2 () no 99 () NS/NR	
140. Cual? _____	

¿Hay algo más que usted desee agregar?

Observaciones _____ _____ _____

ANEXO 6: Resumen de preguntas incluidas en el cuestionario por subdimensión

Tabla 9 Resumen de preguntas incluidas en el cuestionario por subdimensión

Tipo de Continuidad	Dimensión	Sub dimensión	pregunta
<i>Continuidad de la información</i>	Transferencia de la información clínica	<i>Conocimiento de historia clínica</i>	23 24 25 26 27 75 76 77 78 79 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93
		<i>Entrega de información adecuada y oportuna al paciente</i>	6 28 32 46 50 58 68
		<i>Utilización de mecanismos de transferencia</i>	22 40 61
<i>Continuidad de Relación</i>	Vínculo proveedor Paciente	<i>Confianza entre proveedor y usuarios:</i>	94 96 101 102 104 109
		<i>Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo</i>	95 103
		<i>Comunicación efectiva:</i>	86 97 98 99 100 105 106 107
		<i>Sentimiento de pertenencia</i>	7
	Estabilidad	<i>Regularidad :</i>	113
		<i>Nº de proveedores por patología</i>	9 10 12 13 111 112
		<i>Duración de la relación</i>	8
<i>Continuidad de gestión</i>	Coherencia del cuidado	<i>Coordinación entre proveedores</i>	18 33 34 51 52 54 69 70 72 80 81 121
		<i>Comunicación entre los servicios</i>	22 40 61 117
		<i>Correcta secuencia de la atención</i>	28 29 30 3147 48 49 65 66 67 115 116 129
		<i>Duplicación de documentos y/o exámenes</i>	118 119
		<i>Seguimiento</i>	17 53 71 120
	Accesibilidad entre niveles	<i>Oportunidad en el acceso:</i>	82 83 125 126 127 128
		<i>Tiempo de espera adecuado</i>	19 20 21 37 38 39 55 56 57 73 74 123 124

ANEXO 7 : Consentimientos Informados Según ABS



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Le estamos invitando a participar en una investigación denominada “**Evaluación de la continuidad asistencial entre los niveles de atención desde la perspectiva de los usuarios**” que en el que participan el Serveis de Salut Integrats Baix Empordà en colaboración con el Consorci Hospitalari de Catalunya y otras organizaciones sanitarias de Cataluña.

El objetivo del estudio es conocer desde su punto de vista, la adecuación de la información que tienen los profesionales que le han atendido, el grado de coordinación que existe entre ellos, así como, su relación con los profesionales que le atienden. El análisis de esta información nos permitirá identificar necesidades y formular recomendaciones que permitan mejorar el funcionamiento de los servicios de salud en los aspectos relacionados con la continuidad de la atención. Con este fin nos interesa recoger sus opiniones, percepciones y experiencias

Si acepta participar se le hará una entrevista con un cuestionario de forma presencial e individual. La entrevista será realizada por María José Letelier Ruiz, profesional sanitario debidamente identificada, tendrá una duración aproximada de 20 minutos a media hora. La participación es voluntaria y no remunerada.

La información que Ud. nos proporcione será usada de forma absolutamente confidencial y sólo en el marco de este estudio. Usted podrá retirarse del estudio de forma voluntaria en cualquier momento si así lo desea sin que esto repercuta en su atención médica o tenga que dar explicación alguna.

Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a:

Dra. M Luisa Vázquez Navarrete
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
Consorci Hospitalari de Catalunya
TEL: 932531820

Dr. Jordi Coderch
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà
TEL: 972609226

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para ser entrevistado/a.

Nombre _____

Firma _____

Fecha: _____

Nombre encuestador _____

Firma _____

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Le estamos invitando a participar en una investigación denominada “**Evaluación de la continuidad asistencial entre los niveles de atención desde la perspectiva de los usuarios**” que en el que participan el Institut Català de la Salut en colaboración con el Consorci Hospitalari de Catalunya y otras organizaciones sanitarias de Cataluña.

El objetivo del estudio es conocer desde su punto de vista, la adecuación de la información que tienen los profesionales que le han atendido, el grado de coordinación que existe entre ellos, así como, su relación con los profesionales que le atienden. El análisis de esta información nos permitirá identificar necesidades y formular recomendaciones que permitan mejorar el funcionamiento de los servicios de salud en los aspectos relacionados con la continuidad de la atención. Con este fin nos interesa recoger sus opiniones, percepciones y experiencias

Si acepta participar se le hará una entrevista con un cuestionario de forma presencial e individual. La entrevista será realizada por María José Letelier Ruiz, profesional sanitario debidamente identificado, tendrá una duración aproximada de 20 minutos a media hora. La participación es voluntaria y no remunerada.

La información que Ud. nos proporcione será usada de forma absolutamente confidencial y sólo en el marco de este estudio. Usted podrá retirarse del estudio de forma voluntaria en cualquier momento si así lo desea sin que esto repercuta en su atención médica o tenga que dar explicación alguna.

Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a:

Dra. M Luisa Vázquez Navarrete
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
Consorci Hospitalari de Catalunya
TEL: 932531820

Dra. Soledad Romea
Institut Català de Salut
TEL: 932594310

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para ser entrevistado/a.

Nombre _____

Firma _____

Fecha: _____

Nombre encuestador _____

Firma _____

ANEXO 8 : Causas de consulta a dos niveles asistenciales durante los tres meses previos a la entrevista por parte de la muestra del piloto (n=20)

Tabla 10 Causas de consulta a dos niveles asistenciales durante los tres meses previos a la entrevista por parte de la muestra del piloto (n=20)

Causa de consulta de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Fractura extremidad inferior	1	5%
Diverticulitis	1	5%
Afección cardiaca	1	5%
Vesícula	1	5%
Próstata hiperplásica	1	5%
Virus Q	1	5%
Sección tendón del pulgar	1	5%
Parto	1	5%
Alergia	2	10%
Asma	2	10%
Artrosis	2	10%
Bronquitis	1	5%
Cálculos renales	1	5%
Quiste sebáceo	1	5%
Hernia al hiato	1	5%
Depresión	1	5%
Gastritis	1	5%
Total	20	100%