

{Autora} Marta Beatriz Aller Hernández

{Directoras} Dra. María Luisa Vázquez Navarrete Dra. Ingrid Vargas Lorenzo

{Tutor} Dr. Miguel Martin Mateo

Facultat de Medicina Departament de Pediatria, d'Obstetricia i Ginecologia i de Medicina Preventiva Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomédica



Tesis doctoral

La	continuidad	entre	niveles	asistenciales	en	diferentes
ento	ornos sanitario	OS				

Autora:

Marta Beatriz Aller Hernández

Directoras:

Dra. María Luisa Vázquez Navarrete y Dra. Ingrid Vargas Lorenzo

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios (GRPSS) Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS) Consorcio de Salud y Social de Catalunya (CSC)

Tutor:

Dr. Miguel Martín Mateo

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis ha sido la aventura más extraordinaria en la que me he embarcado durante mi carrera académico-profesional. Se trata de un viaje que ha durado más de cuatro años, durante los cuales he experimentado un profundo crecimiento, tanto a nivel personal como profesional. Todos los que verdaderamente me conocen saben lo importante que es para mí poderme dedicar a la investigación y conocen el significado que tiene para mí dar por concluido este proyecto, que ha acabado siendo más personal que profesional. Deseaba que llegara el momento de escribir mis agradecimientos personales a todos aquellos que han hecho posible, desde las diferentes esferas de mi vida, que finalizara este gran proyecto que ha sido la tesis doctoral.

En primer lugar, para mí ha sido un privilegio contar con la oportunidad de llevar a cabo este proceso bajo la dirección de las doctoras María Luisa Vázquez e Ingrid Vargas. Me siento muy afortunada por haber podido contar con su experiencia, orientación y apoyo, así como muy agradecida por la confianza que han depositado en mí en todo momento. Quisiera agradecer también a Miguel Martín por su paciencia, confianza y guía durante la realización de la tesis.

Quiero también expresar mis más profundos y sinceros agradecimientos a mis padres, Juan José y Fuensanta, quienes han hecho posible que yo sea quien soy, esté donde estoy y haga lo que he hecho, entre ello esta tesis. Su soporte siempre ha sido incondicional y su confianza en mí inconmensurable. Asimismo, no puedo olvidar agradecer el apoyo moral, logístico y económico que me han brindado estos últimos años, sin los que sin duda no habría podido finalizar la tesis.

Quiero agradecer a mi hija Inês, tan bonita e inspiradora, el darme la motivación necesaria para superar cualquier obstáculo y en concreto, el darme la energía necesaria para acabar esta tesis. También quiero agradecer a su papá, mi amado Dieguinho, por apoyarme en todas las decisiones importantes en esta última etapa de mi vida. Asimismo, quiero agradecer el apoyo que me ha dado el resto de mi familia, especialmente a mi hermana Patricia, quien diseñó la portada de la tesis, pero también a mi tía Neus, a mi sobrino Lluc y a mis amadísimos abuelos.

También quiero agradecer su compañía y paciencia a mis amigos, a quienes llevo años martirizando con esta tesis. Gracias, mil gracias, por estar a mi lado y hacer de mi mundo un lugar mucho más bonito y agradable en el que todo tiene cabida.

También quiero agradecer al resto del equipo con el que tengo el placer de trabajar cada día. A Nuria Martínez agradecerle todo su apoyo y amor; muchísimas gracias por ayudarme en la edición de la tesis. A Sina Waibel por su eterna sonrisa y sus ayuditas con el inglés, a Irene García por su paciencia conmigo en la estadística y a Alba Llop, recién incorporada al equipo, por traer aire fresco, tan necesario y revitalizante.

Finalmente, agradecer al resto de las personas que han hecho posible este estudio. A los coautores de los artículos que conforman esta tesis doctoral y a las 1.500 personas entrevistadas que compartieron con nosotros su tiempo y experiencias, sin los cuales nada de esto habría sido posible.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	11
LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	11
El concepto de continuidad asistencial	12
Marcos para el análisis de la continuidad asistencial	13
APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	18
Instrumentos de medida	18
Estado actual en el análisis de la continuidad asistencial	21
CONTEXTO DEL ESTUDIO: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	26
Sistema Nacional de Salud en España	26
Sistema Nacional de Salud en Catalunya	28
JUSTIFICACIÓN	31
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	33
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	33
HIPÓTESIS DE ESTUDIO	33
OBJETIVOS	34
MÉTODOS	35
DISEÑO Y ÁREAS DE ESTUDIO	35
POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	36
RECOGIDA DE DATOS	36
Instrumento: cuestionario CCAENA	36
Control de calidad de los datos	37
TRABAJO DE CAMPO	37
VARIABLES DE ESTUDIO	38
Variables dependientes	38
Variables independientes	40
ANÁLISIS DE LOS DATOS	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
RESULTADOS	43
ARTÍCULO 1	
ARTÍCULO 2	
ARTÍCULO 3	65
DISCUSIÓN	83

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL	84
FACTORES DE CONTEXTO E INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN LA CONTINUIDA	ΔD
ASISTENCIAL	86
a) Área sanitaria	86
b) Factores individuales	87
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	91
CONCLUSIONES	93
EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL	93
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	94
RECOMENDACIONES	97
BIBLIOGRAFÍA	101
OTRAS PUBLICACIONES DE LA DOCTORANDA SOBRE EL TEMA	117
ARTÍCULOS	117
CARTA AL DIRECTOR	117
COMUNICACIONES A CONGRESOS	117
INSTRUMENTOS	118
ANEXOS	119
1. CUESTIONARIO CCAENA- VERSIÓN EN ESPAÑOL	119
2. CUESTIONARIO CCAENA- VERSIÓN EN CATALÁN	131
3. CUESTIONARIO CCAENA- TRADUCCIÓN AL INGLÉS	1.40

PRESENTACIÓN

Esta tesis doctoral se presenta como compendio de publicaciones originales.

La tesis se enmarca en la línea de investigación sobre integración asistencial del Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC). Así mismo, el estudio forma parte de un proyecto de investigación titulado "La continuidad asistencial en diferentes entornos sanitarios", parcialmente financiado a través del Fondo de Investigación Sanitaria 08/90154.

El trabajo de investigación tuvo como punto de partida las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cómo experimentan la continuidad asistencial entre niveles de atención los usuarios de los servicios de salud públicos de Catalunya?
- 2. ¿Cuál es el grado de continuidad asistencial entre niveles de atención percibido por los usuarios de los servicios de salud públicos de Catalunya?
- 3. ¿Influye la organización en la provisión de los servicios de salud en las experiencias y percepción de continuidad asistencial entre niveles de atención de los usuarios de los servicios?
- 4. ¿Influyen las características sociodemográficas y el estado de salud de los usuarios en sus experiencias de continuidad asistencial durante la transición entre la atención primaria y la especializada y en su percepción general de continuidad?

En la introducción se presenta el marco de análisis que se adaptó en el estudio, una revisión de los diferentes enfoques para la medición de la continuidad asistencial, los resultados de investigaciones previas y una breve descripción del sistema de salud en España y Catalunya, el contexto de estudio. A continuación, se presentan la justificación del estudio, las preguntas de investigación, sus objetivos e hipótesis de investigación. El capítulo de métodos incluye una descripción del diseño y de las áreas de estudio, la población de estudio y muestra, el proceso de recogida de datos, las variables de estudio y el análisis de los datos, finalizando con las consideraciones éticas del estudio. Los resultados se presentan a través de los siguientes artículos originales:

1. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomés Ll, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. Gac Sanit. 2013;27:207-13.

- 2. Aller M.B, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomés Ll, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. Int J Quality Health Care. DOI: 10.1093/intqhc/mzt010.
- 3. Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. Int J Environ Res Public Health. 2013; 10:1474-88.

Cierra la tesis un capítulo de discusión, otro de conclusiones y uno final de recomendaciones. Finalmente, se presenta un listado de publicaciones de la doctoranda relacionados con el tema y los anexos.

RESUMEN

Introducción

El actual contexto sanitario está caracterizado por rápidos avances tecnológicos y cambios en la organización de los servicios de salud, que hacen que cada vez más pacientes sean atendidos por un número elevado de profesionales y proveedores, lo que supone un reto para la continuidad asistencial. La continuidad asistencial se define como *el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo* y es el resultado percibido por el usuario de la coordinación entre profesionales, servicios y organizaciones en las que es atendido. Se identifican tres tipos de continuidad: de información, gestión y relación.

Son escasos los estudios que han analizado los tres tipos de continuidad asistencial desde la perspectiva de la población usuaria. Los estudios realizados se han centrado en pacientes con un tipo de patología concreta y se han concentrado principalmente en un tipo de continuidad, la de relación y en un solo nivel asistencial, la atención primaria. Como consecuencia, son pocas las investigaciones que analizan los factores, tanto individuales como organizativos, que influyen en la continuidad asistencial de manera comprehensiva y sus resultados no son concluyentes.

Objetivo general

Analizar la continuidad asistencial experimentada y percibida por los usuarios en diferentes entornos sanitarios del sistema público de salud de Catalunya con el fin de contribuir a su mejora.

Métodos

Estudio transversal, basado en una encuesta, a una muestra de usuarios de los servicios de salud mayores de 18 años que durante los tres meses previos a la entrevista recibieron por un mismo motivo atención primaria y especializada. Las áreas de estudio fueron tres áreas de referencia del sistema de salud de catalán: Baix Empordà, Girona ciudad y Ciutat Vella. La muestra estuvo compuesta por 1.500 usuarios seleccionados aleatoriamente. Los datos se recogieron mediante la aplicación del cuestionario CCAENA©, que consta de dos apartados: uno sobre las experiencias de continuidad asistencial de los usuarios en la transición entre niveles asistenciales y otro sobre la percepción general de los usuarios de la continuidad asistencial entre niveles de atención mediante un conjunto de escalas de Likert. Los datos se recogieron entre los meses de enero y mayo de 2010 mediante entrevistas presenciales.

Se han analizado las variables de resultado relativas a las experiencias de los tres tipos de continuidad en la transición entre la atención primaria y la especializada en consulta externa y cuatro índices sintéticos que recogen la percepción general de los usuarios de la continuidad

asistencial; 1) continuidad de información, 2) continuidad gestión, 3) continuidad de relación con los profesionales de la atención primaria y 4) continuidad de relación con los profesionales de la atención especializada. Las variables independientes fueron el área sanitaria y las características sociodemográficas de los usuarios (edad, sexo, nivel de educación y estatus de inmigración) y el estado de salud autopercibido y morbilidad. Para identificar los elementos de (dis)continuidad experimentados por los usuarios y determinar los niveles de continuidad percibida se realizó un análisis descriptivo, se calcularon porcentajes y estimaron sus intervalos de confianza del 95%. Para explorar si el área sanitaria y los factores individuales de los usuarios se asocian con las experiencias y la percepción de continuidad se estimaron una serie de modelos de regresión logística. Los análisis se realizaron con los programas Data Analysis and Statistical Software (STATA) y Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Resultados

Las experiencias y percepciones de continuidad asistencial de los usuarios fueron diferentes según el tipo de continuidad analizado. En cuanto a la continuidad de información, un porcentaje elevado de los usuarios, el 82%, reportó que los médicos de la atención especializada conocían el motivo de la consulta, así como las pruebas realizadas en la atención primaria; de manera similar el 81 y el 85% reportó que el médico de la atención primaria conocía las indicaciones y el tratamiento prescrito los médicos de la atención especializada, respectivamente. En la escala, un porcentaje destacable de usuarios (71%) reportó niveles elevados de transferencia de información entre niveles asistenciales. Respecto a la continuidad de la gestión clínica, se han analizado dos dimensiones; la consistencia de la atención y la accesibilidad entre niveles. En cuanto a la consistencia de la atención, el 88% de los usuarios reportó que los médicos de la atención primaria resolvieron sus dudas sobre la visita a la atención especializada. El porcentaje de usuarios que expresó que la atención que reciben está coordinada entre la atención especializada y primaria y viceversa fue del 69 y el 72%, respectivamente. Un 72% de las consultas a la atención especializada fueron por derivación de atención primaria y el 36% de los usuarios atendidos en la atención primaria tras una visita en la atención especializada reportaron una contraderivación. En la escala, el 91% de los usuarios percibió niveles elevados de consistencia de la atención en la transición entre niveles. En relación a la accesibilidad entre niveles, cerca de la mitad de los encuestados (48%) reportaron tiempos de espera para acceder a la atención especializada comprendidos entre las dos y las cuatro semanas, mientras que el 16% reportaron tiempos superiores a las ocho semanas. En el caso de la atención primaria, el tiempo de espera fue inferior a tres días en el 37% de los casos y a siete días en el 82% de los casos. Finalmente, respecto a la continuidad de relación, se han analizado dos dimensiones: la estabilidad del equipo profesional y el vínculo pacienteproveedor. En cuanto a la estabilidad, el 80 y el 85% de los usuarios fueron atendidos en el último año por un único médico de la atención primaria o especializada, respectivamente. Respecto al vínculo con los profesionales, el 94 y 84% de los pacientes percibió niveles elevados de continuidad de relación con los médicos de la atención primaria y especializada, respectivamente.

Se exploró la influencia del área de estudio y los factores individuales de los usuarios en las experiencias y percepción de continuidad asistencial de los usuarios. El principal factor que se asoció a la continuidad fue el área sanitaria, percibiendo de manera general una mejor continuidad aquellos usuarios que recibieron la atención primaria y especializada en un área en la que ambos niveles asistenciales eran gestionadas por la misma organización. En relación a los factores individuales, al aumentar la edad aumentó la probabilidad de percibir elevados niveles de continuidad de información, gestión y de relación así como la probabilidad de experimentar algunos elementos de continuidad de la gestión y relación. Se observó una mayor probabilidad en los hombres que en las mujeres de experimentar que el médico de la atención primaria conoce las indicaciones dadas en la atención especializada, de acceder a la atención especializada como consecuencia de una derivación y de percibir un vínculo con los profesionales de la atención especializada. Los usuarios con un menor nivel educativo mostraron una mayor probabilidad de experimentar y percibir una adecuada transferencia de información y mayor probabilidad de acceder a los diferentes niveles asistenciales como consecuencia de una derivación que los de mayor nivel educativo. Los usuarios nacidos fuera de España tuvieron una mayor probabilidad de reportar ser atendidos en la atención especializada como consecuencia de una derivación desde la atención primaria, una menor probabilidad de percibir un vínculo con los médicos de la atención primaria que los nativos y una mayor probabilidad de percibir un vínculo con los médicos de la atención especializada. Finalmente, los usuarios que utilizaron los servicios de salud como consecuencia de una enfermedad de duración superior a un año reportaron con mayor probabilidad experimentar una adecuada transferencia de información de la atención especializada a la atención primaria, y los usuarios que reportaron un peor estado de salud o más de una enfermedad tuvieron una menor probabilidad de percibir un vínculo con los profesionales de la atención especializada.

Conclusiones

Los usuarios atendidos en el sistema de salud público catalán experimentan y perciben elevados niveles de continuidad asistencial en la transición entre la atención primaria y la especializada. Sin embargo, el análisis de las experiencias de los usuarios en la transición entre la atención primaria y especializada ha permitido identificar elementos específicos de discontinuidad, apuntando a un margen de mejora en la provisión de los servicios: falta de información sobre la atención recibida en el otro nivel asistencial, niveles bajos de derivación y contraderivación y problemas en la accesibilidad a la atención primaria y especializada. Los resultados del estudio apoyan la hipótesis de que los usuarios atendidos en áreas sanitarias en las que los diferentes niveles asistenciales son gestionados por la misma organización experimentan y perciben mayores niveles de continuidad - particularmente en relación a los tipos de continuidad que abordan la colaboración entre niveles asistenciales; la continuidad de información y de gestión. Finalmente, el estudio muestra que factores individuales de los usuarios, como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus de inmigrante o el estado de salud, se asocian con las experiencias y percepción de continuidad asistencial de los usuarios, lo cual podría estar indicando posibles desigualdades en la atención que se proporciona a los diferentes subgrupos de usuarios así como la existencia de necesidades específicas no cubiertas.

ABSTRACT

Introduction

The current healthcare context is characterised by rapid advances in technology and changes in the organization of healthcare services. As a consequence, patients are seen by a high number of health professionals and providers, which challenges the achievement of continuity of care. Continuity of care is defined as *the degree to which patients experience care over time as coherent and linked*, and is the result of the care coordination between health professionals, services and organizations as perceived by the health care users. Three different continuity types have been identified: informational, managerial and relational.

Studies that analyse the three types of continuity of care from the health user's perspective are scarce. Conducted studies focused on patients with one specific type of pathology and concentrated the analyses on one type of continuity, i.e. relational continuity, and only one care level, i.e. primary care. As a consequence, only a few studies analyse factors, individual or organizational, that influence continuity of care in a comprehensive way, and their results are inconclusive.

General objective

To analyse continuity of care experienced and perceived by users in different health care contexts of the public health care system in Catalonia to contribute to its improvement.

Methods

Cross-sectional study based on a survey with a sample of health care users aged 18 or over who received primary and secondary care for the same condition in the three months prior to the survey. The study areas were three reference areas of the Catalonian health care system: Baix Empordà, Girona ciudad y Ciutat Vella. The sample consisted of 1,500 health care users selected randomly. The data was collected by applying the CCAENA questionnaire©, which is divided into two sections: the first identifies the experiences of continuity of care by users in the transition between care levels and the second analyses the users' general perception about continuity of care across care levels using a set of Likert scales. Data was collected from January to March 2010 by face-to-face interviews.

Variables relatives to he experiences of the three types of continuity in the transition between primary and secondary outpatient care were analysed, as well as four synthetic indexes that collected users' general perception of continuity of care; 1) informational continuity, 2) managerial continuity, 3) relational continuity with the primary care physicians and 4) relational continuity with the secondary care physicians. The independent variables were the healthcare

area and the users' socio-demographic characteristics (age, sex, education level and immigrant status) and the perceived state of health and morbidity. In order to identify the (dis)continuity elements experienced by the users and to determine the perceived levels of continuity, a descriptive analysis was conducted, percentages calculated and their 95% confidence intervals estimated. A series of logistic regression models were generated in order to explore if the health care area and the users' individual factors were associated with the experiences and the perception of continuity. The analysis was conducted using the software Data Analysis and Statistical Software (STATA) and Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Results

The users' experiences and perception of continuity of care were different according to the type of continuity analyzed. Regarding informational continuity, an elevated percentage of users, 82%, reported that the secondary care physicians were aware of the reason for their visit, as well as the tests carried out at the primary care level. Likewise, 81 and 85% of the users reported that the primary care physician was aware of the instructions received and the treatment prescribed, respectively, by the secondary care physicians. In the Likert scale, a remarkable percentage of users (71%) reported high levels of information transfer across care levels. Concerning managerial continuity, two dimensions were analyzed: consistency of care and accessibility across care levels. Regarding to consistency of care, 88% of users reported that the primary care physician resolved their doubts about the secondary care visit. The percentage of users who expressed that the care received was coordinated between secondary and primary care and vice versa was 69 and 72%, respectively. 72% of users reported that outpatient secondary care consultations that followed a primary care visit were due to a referral from that care level, and 36% of users reported that the primary care consultation that followed a secondary care visit were due to a referral from the secondary care level. In the scale, 91% of the users perceived elevated levels of consistency of care in the transition between levels. With regard to accessibility between care levels, nearly half of the interviewees (48%) reported waiting times that comprised between two and four weeks for secondary care, whereas 16% reported waiting times over eight weeks. In respect to primary care, waiting time was lower than three days in 37% of the cases and lower than seven days in 82% of the cases. Finally, regarding relational continuity, two dimensions were analyzed: consistency of personnel and the established patientprovider relationship. With respect to the consistency of personnel, 80% of the users were seen by the same primary care physician and 85% by the same secondary care physician within the last year. Regarding the relationship with the professionals, 94 and 84% of the users perceived elevated levels of relational continuity with the primary and secondary care physicians, respectively.

The influence of the study area and the users' individual factors on the users' experiences and perceptions of continuity of care was explored. The main factor that was associated with continuity was the *healthcare area*, where better continuity was generally perceived by those users who received care in an area where both levels were managed by a single entity. Regarding the individual factors, with the rise of the user's *age* the likelihood of perceiving

elevated levels of informational, managerial and relational continuity increased as well as the likelihood of experiencing some elements of managerial and relational continuity. A higher likelihood of men, compared to women, experiencing that the primary care physician was aware of the indications given by the secondary care level, that they were seen in secondary care as a consequence of a referral from primary care and perceiving an established relationship with the secondary care physician, was observed. Users with lower education levels were less likely to experience and perceive an adequate information transfer and were more likely to be seen in different care levels as a consequence of a referral that users with higher education levels. Users born outside Spain were more likely to report being attended to in secondary care as a consequence of a referral from primary care and to perceive and established relationship with secondary care physicians, but were less likely to perceive an established relationship with primary care physicians than natives. Finally, users that received care as a consequence of suffering from a condition over a year reported more like likely that they experienced adequate information transfer from secondary to primary care; whereas users with poor self-perceived state of health or more than one condition were less likely to perceive an established relationship with the secondary care physician.

Conclusions

Users attended to in the Catalan public health care system experienced and perceived elevated levels of continuity of care in the transition between primary and secondary care. Nevertheless, the analysis of the users' experiences allowed for identifying specific elements of discontinuity, indicating room for improvement in the provision of services: lack of information about the care received in the other care level, low levels of referral and back-referral and problems in the accessibility to secondary and primary care. Study results support the hypothesis that users attended to in healthcare areas where the different care levels are managed by the same entity experience and perceive higher levels of continuity – particularly in relation to the continuity types that address the collaboration between care levels; i.e. informational and managerial continuity. Finally, the study shows that the user' individual factors, such as age, sex, education level, immigrant status or health status, are associated to the users' experiences and perceptions of continuity of care, which could indicate possible inequalities in care provided to the different subgroups of users as well as the existence of specific unmet needs.

INTRODUCCIÓN

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Los rápidos avances medico-tecnológicos, el aumento de la especialización, el cambio en el patrón de las patologías más prevalentes, con un incremento de las enfermedades crónicas, junto al envejecimiento de la población, implica un aumento del número de profesionales y servicios en que es atendido el paciente, dificultando la coordinación de su atención [1,2]. La evidencia y teoría disponible sugiere que la coordinación asistencial es uno de los aspectos de la práctica organizativa que tiene un efecto más directo y significativo en los resultados de salud, costes y en la satisfacción de los pacientes [2-5]. En concreto, la coordinación asistencial tiene el potencial de evitar duplicación de pruebas e infraestructuras, derivaciones inapropiadas a la atención especializada, y un uso excesivo de los servicios de urgencias (eficiencia de la provisión de la atención), de evitar errores médicos, prescripción de medicaciones incompatibles o duplicadas, inconsistencias en planes de atención y diagnósticos erróneos (calidad asistencial), además de tener un efecto directo sobre el acceso a los servicios y la continuidad asistencial [2-6].

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión [7]. La coordinación asistencial es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos [8], y se centra en la interacción entre proveedores. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada [9]. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo [10,11].

De acuerdo a Vargas et al.[12] se definen tres tipos de coordinación asistencial; la coordinación de la gestión, de información y la administrativa. La coordinación de la gestión clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención que participan. En otras palabras, se refiere a la coordinación entre los profesionales y servicios que intervienen en la atención al paciente. La coordinación de información se refiere a la transferencia y utilización de la información clínica del paciente que resulta necesaria para coordinar las actividades entre proveedores. Para ello se requiere, además de la transferencia de información clínica de los pacientes, su adecuado análisis y utilización [10,13]. Finalmente, la coordinación administrativa hace referencia a las actividades necesarias para que tenga lugar el acceso del paciente al continuo de servicios, de acuerdo con sus necesidades. Se relaciona con los circuitos administrativos por los que transita el paciente para obtener la atención, y la regulación de los

flujos asistenciales (consultas, pruebas diagnósticas, urgencias, hospitalizaciones) entre los distintos niveles asistenciales.

La coordinación asistencial es especialmente necesaria entre los profesionales y los servicios que atienden a un paciente dentro de una organización, como por ejemplo entre hospitales y entre organizaciones, cuando un paciente es transferido de una organización a otra, o cuando profesionales de una organización necesitan información de otra, como los resultados de pruebas médicas [5]. La experiencia de los pacientes sobre la coordinación de la atención que recibe por parte de los diferentes profesionales, servicios y organizaciones a lo largo del tiempo es la que define la continuidad asistencial [10,14,15].

El concepto de continuidad asistencial

No existe un consenso en la literatura sobre la definición de la continuidad asistencial [16-20]. Frecuentemente se ha confundido la continuidad con la coordinación e integración asistencial, términos que se han utilizado indistintamente [7,17,21]. Los límites entre estos conceptos son a menudo poco claros, lo que dificulta su comprensión y análisis. Los atributos de la continuidad que lo diferencian de otros conceptos relacionados son la perspectiva del paciente y el elemento de temporalidad [10,21,22].

El concepto de continuidad ha evolucionado a lo largo del tiempo [17], y a grandes rasgos pueden observarse dos grupos de conceptualizaciones [17,20]. El primer grupo define la continuidad asistencial como "una relación asistencial continua a lo largo del tiempo". Las primeras definiciones aparecidas en la literatura pertenecían a este tipo, fueron frecuentes desde los años ochenta hasta los noventa y se han continuado utilizando en el ámbito de la atención primaria [10,17] (Tabla 1).

Tabla 1. Continuidad asistencial como "una relación asistencial continua a lo largo del tiempo"

REFERENCIA	DEFINICIÓN
Dietrich [23]	Relación continua con un profesional de la atención primaria
Ejlertsson [24]	Ser atendido por un mismo profesional en todas las consultas
Wasson [25]	Relación continuada entre el paciente y el profesional sanitario
Coyle [26]	Relación terapéutica estable entre un paciente y un profesional de atención sanitaria
Spooner [27]	Grado en el cual un mismo profesional es consultado durante una secuencia de visitas
Flock 1997 [28]	Atención continuada por un médico o un equipo de médicos a lo largo del tiempo

Un segundo grupo son las que definen la continuidad asistencial como un fenómeno multidimensional centrado en la experiencia de los usuarios de la interacción entre los múltiples proveedores por los que es atendido. Estas definiciones son frecuentes entre la mitad de los años sesenta y setenta, así como a partir de los años noventa [17]. Son múltiples las dimensiones abordadas por los diferentes autores (Tabla 2), aunque la atención a lo largo del tiempo, la regularidad de la atención y la experiencia de coordinación de la atención por parte del paciente son los aspectos más frecuentemente aludidos. La experiencia de coordinación asistencial se expresa en términos de la provisión de una atención sin interrupciones y en relación a los aspectos de conexión, cooperación y consistencia de la atención.

Es de destacar que la perspectiva del usuario es un elemento central de pocas definiciones [10,11,29], lo que muestra la confusión existente entre los conceptos de continuidad, coordinación e integración asistencial.

Tabla 2. Continuidad asistencial como un fenómeno multidimensional

REFERENCIA	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN A LOS QUE HACE REFERENCIA
Starfield [18]	Medio por el que los diferentes aspectos de la atención que requiere un episodio clínico se unen, tanto respecto al seguimiento de una enfermedad aguda como de la atención continuada de un episodio crónico	Conexión de la atenciónSeguimiento del pacienteAtención a lo largo del tiempo
Shegda [30]	Proceso coordinado de las actividades que implican que tanto el cliente como los profesionales sanitarios trabajen juntos para facilitar la transición de la atención sanitaria de una a otra institución, agencia o de un individuo a otro	 Coordinación de la atención Atención sin interrupciones Cooperación entre profesionales Colaboración con el paciente
Meijer [31]	Implica la continuidad del profesional o la coordinación entre médicos y entre organizaciones a lo largo del tiempo	Atención a lo largo del tiempoCoordinación de la atención
Sahlberg-Blom [32]	El paciente recibe la atención y el tratamiento adecuado de manera regular y los diferentes episodios están conectados de manera que la acciones en la atención acorren de manera consistente y la cultura de la atención es la misma	Regularidad en la atenciónConexión de los serviciosConsistencia en la atención
Preston [33]	Recibir la atención de un profesional particular a través del proceso de atención y de manera consistente y coordinada conjuntamente por parte de los diferentes profesionales	Atención a lo largo del tiempoCoordinación de la atenciónConsistencia de la atención
Reid y Haggerty [10,11]	Grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo	 Consistencia en la atención Conexión de la atención Atención mantenida en el tiempo Percepción del usuario
Freeman [29]	La experiencia del paciente de que la atención está coordinada y se recibe sin interrupciones	Coordinación de la atenciónAtención a lo largo del tiempoPercepción del usuario
Wierdsma [34]	Grado en el cual los diferentes episodios de tratamiento están vinculados en un todo fluido e ininterrumpido, de acuerdo a las necesidades de los pacientes	 Conexión de la atención Atención a lo largo del tiempo Atención acorde a las necesidades de los pacientes
AAFP [35]	Proceso por el cual el paciente y el médico están implicados de manera cooperativa en la gestión de la atención sanitaria con el objetivo de alcanzar una atención médica de alta calidad y coste-efectiva	Cooperación entre profesionalesColaboración con el paciente

En el presente estudio se adopta la definición propuesta por *Reid y Haggerty* [10,11], que definen la continuidad asistencial como *el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo*.

Marcos para el análisis de la continuidad asistencial

A lo largo de los últimos años se han desarrollado diversos marcos para el análisis de la continuidad asistencial [10,16,34,36]. Los principales son los desarrollados por Reid y Haggerty, en Canadá [10,11] y el desarrollado en el *National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation* (NIHR SDO) por Freeman et al, en el Reino Unido [13,29,36]. Ambos modelos se originaron a partir de una revisión exhaustiva de la literatura y

del análisis de los instrumentos desarrollados para su evaluación, parten de una concepción multidimensional de la continuidad y están centrados en la perspectiva del usuario. Otros marcos desarrollados son el modelo de continuidad interpersonal, de carácter jerárquico, de Saultz [16], en Estados Unidos y el desarrollado por Wierdsma et al [34], en Holanda, enfocado en el análisis de la atención a la salud mental (Tabla 3).

Tabla 3. Marcos para el análisis de la continuidad asistencial

MARCO	AÑO	ÁMBITO	DEFINICIÓN DE CONTINUIDAD	TIPOS DE CONTINUIDAD
Reid et al [10,11]	2002	General	Grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo	Continuidad de informaciónContinuidad de gestión clínicaContinuidad de relación
Freeman et al [13,29,36].	2001 2002 2007	General	La experiencia de una progresión de la atención coordinada y fluida desde el punto de vista del paciente	- Continuidad de la información - Continuidad del equipo profesional y entre niveles - Flexibilidad - Atención mantenida a lo largo del tiempo - Continuidad de relación, personal y terapéutica - Continuidad de información - Continuidad de gestión - Continuidad de relación
Saultz [16]	2003	General	Abarca desde la disponibilidad de la información sobre el pasado del paciente hasta la relación interpersonal de carácter complejo que se establece entre el médico y el paciente, caracterizado por la confianza y un sentimiento responsabilidad	 Continuidad de información Estabilidad del profesional o equipo profesional Continuidad interpersonal
Wierdsma et al [34]	2009	Atención a la salud mental	Grado en el cual los diferentes episodios de tratamiento están vinculados en un todo fluido e ininterrumpido, de acuerdo a las necesidades de los pacientes	 Continuidad de información Continuidad de gestión Continuidad de relación Flexibilidad

Reid et al. [10] desarrollaron un marco conceptual a partir de la revisión de la literatura y mediante la discusión con expertos como Barbara Starfield (de la Universidad Johns Hopkins) y George Freeman (del Imperial College de Londres), quien desarrolló de forma paralela el marco conceptual del NIHR SDO. El marco desarrollado por Reid et al. propone dividir la continuidad asistencial en tres tipos, la continuidad de información, gestión clínica y relación [10,11]. Asimismo, considera la existencia de dos elementos para que la continuidad asistencial sea posible [10]: 1) que la atención sea percibida por los usuarios como continua y 2) que la atención se mantenga en el tiempo. Ambos aspectos permiten diferenciar la continuidad asistencial de otros conceptos de la atención con los frecuentemente se confunde, como la coordinación asistencial o la integración de la atención [7,10].

El marco conceptual desarrollado por Freeman ha sido objeto de varias actualizaciones; la primera publicación se realizó en 2001 [36], y las subsiguientes revisiones se realizaron en los años 2002 [13] y 2007 [29]. Freeman define la continuidad asistencial como la experiencia del

usuario de que la atención que recibe está coordinada y se recibe sin interrupciones [29]. Inicialmente propusieron cinco tipos de continuidad, que denominaron elementos de la continuidad: de *información*, que supone la transferencia de información del paciente; *de equipo y entre niveles*, que definen como la comunicación efectiva entre profesionales y servicios; *flexibilidad*, que definen como una atención que se ajusta a las necesidades cambiantes de los pacientes; *atención mantenida a lo largo del tiempo*, que implica recibir atención del mínimo número posible de profesionales; y, finalmente, *de relación o personal*, que es la provisión de la atención por parte de uno o más profesionales con los que el profesional puede establecer y mantener una relación terapéutica [13,29]. Esta clasificación ha sido revisada y su última versión converge con la propuesta realizada por Reid et al [10], es decir, se conceptualizan tres tipos de continuidad: la *continuidad de relación* (que incorporó la atención mantenida en el tiempo), *de gestión* (que incorporó la flexibilidad, la continuidad de equipo profesional y entre niveles) y *de información* [29,37].

No es de extrañar que ambos marcos conceptuales hayan confluido, puesto que los equipos han colaborado en la gestación de ambos marcos y se han retroalimentado a partir de sus respectivas publicaciones [29,37,38]. En líneas generales, ambos modelos comparten una visión multidimensional de la continuidad asistencial y parten de la base de que los usuarios deben percibir la existencia simultánea de los diferentes tipos de continuidad para que la valoración global de ésta sea positiva. Asimismo, ambos modelos consideran que la continuidad puede ser analizada centrándose en un único episodio clínico o bien considerando los diferentes episodios que haya experimentado un usuario en un periodo de tiempo [10,29]. La principal diferencia entre ambos marcos conceptuales es la evolución a lo largo del tiempo que ha experimentado el marco conceptual del NIHR SDO, el cual se ha ido retroalimentado de los diferentes estudios realizados en el seno de la organización [38-44]. Como consecuencia de este desarrollo prolongado en el tiempo, el marco inicialmente desarrollado por Freeman tiene actualmente una mayor profundidad conceptual que el desarrollado por el equipo canadiense. Algunos de sus avances conceptuales son el análisis de la interrelación existente entre algunas dimensiones y tipos de continuidad asistencial [29], la exploración de sus factores asociados desde una perspectiva cualitativa [37], y la incorporación de las perspectivas de familiares y cuidadores en la comprensión de la continuidad asistencial [37].

En el presente estudio se parte del marco conceptual desarrollado por Reid et al [10], adaptado y operativizado por Letelier et al [45], quienes a partir de una revisión bibliográfica identificaron los diferentes atributos de las dimensiones de continuidad. Asimismo, se han tenido en cuenta los avances conceptuales aportados en el marco del NIHR SDO [29,37] para aumentar la profundidad de los análisis del estudio y la interpretación de los datos.

El marco de análisis de Reid (2002)

Reid et [10] definen tres tipos de continuidad: de información, de gestión clínica y de relación, que a su vez se subdividen en una serie de dimensiones de continuidad, que se detallan a continuación.

Continuidad de información

La continuidad de información es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales e implica la conexión de elementos separados de la atención a lo largo del tiempo [10]. La información es lo que vincula la atención de un proveedor con otro, y de un servicio de salud con otro, y la manera en que los proveedores reciben esta información es crítica para relacionar eventos pasados con los presentes y adaptar la atención y cumplir de esta manera las necesidades de los usuarios [10].

Las dimensiones de la continuidad de información son la transferencia de la información clínica y el conocimiento acumulado [10]. La *transferencia de información clínica* se define como la percepción del usuario de que hay transferencia de información de un proveedor a otro; y el *conocimiento acumulado* como la percepción del usuario acerca del conocimiento de los profesionales sobre sus valores, preferencias, contexto personal, mecanismos de apoyo y necesidades en salud [10].

Continuidad de la gestión clínica

La continuidad de la gestión clínica es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones, y es especialmente importante cuando el problema de salud es de naturaleza crónica o recurrente [10].

Las dimensiones de la continuidad de la gestión clínica son la consistencia de la atención y la flexibilidad. La *consistencia de la atención* se define como la percepción del usuario de que existe coherencia en los objetivos y tratamientos indicados por los diferentes profesionales de los distintos niveles de atención [10]. El concepto de *flexibilidad* alude a la percepción de los usuarios de que se producen los cambios necesarios en los planes de tratamiento de acuerdo a sus necesidades y eventos que pueda presentar, sus ciclos de su vida y la evolución de su enfermedad [10].

Continuidad de la relación

La continuidad de relación es la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores El contacto continuado con un proveedor conecta la atención a lo largo del tiempo, fortaleciendo la continuidad de información y los sentimientos de confianza, comprensión mutua y el sentido de responsabilidad del proveedor hacia el usuario [10].

Las dimensiones de la continuidad de relación son la estabilidad del equipo profesional y el vínculo paciente-proveedor [10]. La *estabilidad del profesional* implica la percepción de usuario de que es atendido por los mismos profesionales, incluso en el caso de que existan pocas expectativas de establecer una relación a largo plazo, como ocurre en la atención de episodios agudos [10]. El *vínculo paciente-profesional* hace referencia a la relación que se establece entre

paciente y profesionales, desde la perspectiva de los primeros y depende, entre otros factores, de la duración y del tipo de cuidado involucrado (episodio agudo o enfermedad crónica de larga duración)[10]. Se considera que una relación es fuerte cuando los usuarios acuden a sus proveedores para la mayoría de sus necesidades y cuando existe un sentimiento de pertenencia [10].

Adaptación del marco conceptual de Reid et al

Letelier et al [45], tras una revisión sistemática de la literatura, operativizaron el marco conceptual de Reid et al, identificando los principales atributos que componen las dimensiones de la continuidad asistencial. En la tabla 4 pueden consultarse los atributos identificados.

Los principales cambios introducidos en el marco original fue la eliminación de la dimensión referente a la flexibilidad y la incorporación de la accesibilidad entre niveles. La flexibilidad fue eliminada porque tras la revisión de la literatura y la discusión con expertos no se identificó ningún atributo de la flexibilidad que pudiera generalizarse a población usuaria de los servicios de salud [46]. En segundo lugar, se incorporó la accesibilidad entre niveles asistenciales como una dimensión de la continuidad de gestión clínica tras la revisión de estudios cualitativos, los cuales han destacado la importancia de la accesibilidad entre niveles para los usuarios, quienes lo vinculan frecuentemente con la continuidad asistencial [29,37,39,47] y que lo consideran aspectos de la atención estrechamente entrelazados [48].

Tabla 4. Adaptación del marco conceptual de Reid et al [10], según Letelier et al [45]

TIPOS NOMBRE	DEFINICIÓN (REID ET AL)	DIMENSIONES	ATRIBUTOS (LETELIER ET AL)
Continuidad de información	La percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus	Transferencia de información clínica	 Conocimiento de los profesionales de la historia clínica Entrega de información adecuada y oportuna al paciente Percepción de que los profesionales utilizan mecanismos de transferencia de la información
circunstancias actuales		Conocimiento acumulado	 Conocimiento de las necesidades clínicas en salud del paciente Conocimiento de las creencias, valores y contexto social
Continuidad de gestión clínica	La percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones	Coherencia del cuidado	 Percepción de coordinación/ colaboración entre proveedores Percepción de comunicación entre niveles asistenciales El paciente sigue una correcta secuencia de la atención No se duplican pruebas diagnósticas El paciente recibe un seguimiento adecuado por parte de los profesionales
		Accesibilidad entre niveles	 Oportunidad en el acceso cuando se necesita Tiempo de espera adecuado
Continuidad de relación	La percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del	Vínculo paciente- proveedor	 Confianza entre profesionales y usuarios Sensación de responsabilidad clínica Comunicación efectiva

tiempo con uno o más proveedores	Estabilidad de profesional	 Regularidad en la relación Número de proveedores por patología Duración de la relación 	
-------------------------------------	-------------------------------	--	--

Fuente: adaptado de Reid et al [10] y Letelier et al [45]

APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La evaluación de la continuidad puede llevarse a cabo analizando las perspectivas de pacientes o de sus cuidadores y utilizando tanto métodos cualitativos (entrevistas en profundidad) como cuantatitativos (encuestas) [49].

Desde las *aproximaciones cualitativas* es posible conocer en profundidad las experiencias de los usuarios en los servicios de salud, conocer sus preferencias, la importancia y el significado que otorgan a las diferentes dimensiones de la continuidad [47]. Las técnicas utilizadas más frecuentemente son la *entrevista individual* [33,47,48,50-61] y los *grupos focales* [33,62-67]. Estos estudios han estudiado principalmente la percepción de los usuarios de la continuidad de relación [47,68] y frecuentemente se ha incluido el análisis de la percepción de la continuidad entre niveles asistenciales [47]. Finalmente, cabe destacar que la mayoría de estos estudios se han realizado explorando las perspectivas de pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, cáncer y enfermedad mental [47].

Las *aproximaciones cuantitativas* suelen centrarse en analizar la continuidad asistencial percibida por los usuarios en los servicios de salud, explorar los factores que se asocian a la percepción de continuidad e identificar los resultados de la atención a los que se asocia la continuidad. Estos estudios suelen tener *diseños transversales* que emplean la encuesta como método de obtención de los datos y la mayor parte se han centrado en analizar un tipo de continuidad, la de relación y en un solo nivel asistencial, la atención primaria [69-81]. De igual modo, muchos de los estudios se han centrado en la percepción de continuidad de pacientes con un tipo de patología específico [80,82-88] [89,90] o pluripatológica [91]. Son escasos los estudios que se han dirigido a analizar simultáneamente los tres tipos de continuidad asistencial y en población con patologías diversas [91-94]. Esta falta de estudios se debe en parte a que la medición de la continuidad asistencial en su carácter multidimensional requiere la existencia de instrumentos complejos que capturen la continuidad asistencial en sus tres tipos, y no es hasta hace poco tiempo que se han diseñado instrumentos de este tipo [45,95,96].

Instrumentos de medida

Revisiones recientes se han dirigido a identificar los diferentes instrumentos descritos en la literatura para medir la continuidad asistencial [95,97-99]. Estos estudios concluyen que la mayor parte de los instrumentos existentes recogen el punto de vista de pacientes con una enfermedad o grupo de enfermedades, como el cáncer cáncer [85,100-102], la diabetes mellitus [103-105], la enfermedad mental [106-108], la enfermedad coronaria [109] o bien en población

con alguna enfermedad crónica [93,110], mientras que pocos se dirigen a población usuaria de los servicios en general (tabla 5). Estos por lo general se centran en pacientes que han sido dados de alta de una hospitalización [111,112] o que han sido recientemente atendidos en la atención primaria [28]. Así mismo, son pocos los instrumentos que analizan de manera sistemática los tres tipos de continuidad asistencial, centrándose principalmente en aspectos de la continuidad de relación, aunque la gran mayoría de ellos incluye algún aspecto de la continuidad asistencial entre diferentes niveles de atención.

Tabla 5: Instrumentos que evalúan la continuidad asistencial desde el punto de vista del paciente

POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
Cáncer	King et al. (2008) [113]
	CSI Survey (Cancer Services Integration Survey) [100]
	CCCQ (Cancer Care Coordination Questionnaire) [101]
	MCQ (Medical Care Questionnaire) [102]
Diabetes mellitus	DCCS (Diabetes Continuity of Care Scale) [103]
	ECC-DM (Experienced continuity of care for diabetes mellitus) [104]
	DCCQ (Diabetes Continuity of Care Questionnaire) [105]
Enfermedad mental	CONNECT [106]
	ACSS-MH (Alberta Continutiy of Services Scale – Mental Health)[107,108]
Enfermedad cardíaca	HCCQ (Health Continuity of Care Questionnaire) [109]
Enfermedad crónica	CPCQ (Client Perceptions of Coordination Questionnaire)[110]
	CCI (Care Continuity Instrument)[111]
	Gulliford et al [93]
Usuarios de los	CPCI (Components of Primary Care Index)[28]
servicios en general	PCCQ (Patient Continuity of Care Questionnaire) [112]
	CQICC (Consumer Quality Index Continuum of Care) [96]
	CCAENA (Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención) [45]
	NCQ (Nijmegen Continuity Questionnaire) [17]
	Haggerty et al (2012) [114]

Fuente: adaptado y ampliado de Uijen 2012 [95]

Recientemente tres cuestionarios dirigidos a los usuarios de los servicios de salud en general y que analiza las percepciones de los tres tipos de continuidad han sido publicados: el *Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA) [45], el *Nijmegen Continuity Questionnaire* (NCQ) [17] y el desarrollado por *Haggerty et* al [114]. Algunas diferencias importantes emergen de la comparación de estas herramientas; en primer lugar, solamente el cuestionario CCAENA permite identificar los elementos específicos de (dis)continuidad experimentados en la transición entre niveles; en segundo lugar, mientras que el cuestionario CCAENA está centrado en la percepción del usuario sobre la interacción entre proveedores de diferentes niveles asistenciales, los otros dos cuestionarios también incluyen la percepción de interacción entre profesionales del mismo nivel asistencial. En tercer lugar, mientras que el cuestionario CCAENA está diseñado para ser administrado por un entrevistador entrenado, los otros dos están diseñados para ser autoadministrados directamente por los entrevistados. Entre sus similitudes se incluyen que los tres están basados en marcos conceptuales similares, que están diseñados tras haber realizado una extensa revisión bibliográfica y que han sido validados en muestras de gran tamaño.

La continuidad asistencial también ha sido abordada en diversos cuestionarios destinados a recoger información sobre la calidad asistencial en la atención primaria, recabando fundamentalmente información respecto a la continuidad de relación con los profesionales de este nivel [99], aunque también alguna información referente a la continuidad entre niveles asistenciales. Entre ellos destacan el cuestionario PCAT (*Primary Care Assessment Tools*) [115], el PCAS (*The Primary Care Assessment Survey*) [116], el ACES (*The Ambulatory Care Experiences Survey*) [81] y el GPAS (*The General Practice Assessment Survey*) [117]. A pesar de que estos cuestionarios recogen poca información sobre la continuidad de información y gestión clínica, éstos han sido frecuentemente utilizados en el marco de análisis de la continuidad asistencial [92,118,119,119,120].

El cuestionario CCAENA

En el año 2010 se elaboró el cuestionario CCAENA [45], el cual adapta el marco conceptual de Reid et al [10] para la medición de la continuidad asistencial entre niveles de atención. Este cuestionario permite superar las deficiencias detectadas en los instrumentos previos, siendo el primero que evalúa de manera integral la continuidad de información, gestión clínica y relación, centrándose en la transición entre niveles asistenciales y evaluándola a partir del análisis de las experiencias concretas de continuidad de los usuarios y a partir de su percepción general de continuidad asistencial [45].

El cuestionario CCAENA se desarrolló en base a una extensa revisión bibliográfica y ha sido validado mediante la participación de un panel de expertos, dos pre-tests, una prueba piloto con una muestra de 200 usuarios [45] y un análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de 1.500 usuarios [121]. El proceso de validación mostró que el cuestionario CCAENA es un instrumento válido y fiable para la medición de la continuidad asistencial [45,121].

El cuestionario está divido en dos apartados [45]:

- El primero reconstruye la trayectoria y las *experiencias* de continuidad asistencial para un episodio clínico concreto durante los últimos tres meses, y se recaba la información mediante preguntas abiertas y cerradas. En este apartado se recoge la experiencia de los usuarios con la utilización de los servicios de salud y permite identificar elementos de la continuidad y discontinuidad percibidos en la transición entre niveles asistenciales.
- El segundo apartado mide la *percepción general* de los usuarios sobre la continuidad asistencial mediante cuatro escalas de Likert: transferencia de la información clínica (continuidad de información), coherencia de la atención (continuidad de gestión clínica), vínculo paciente-médico de atención primaria y vínculo paciente-médico de la atención especializada (continuidad de relación).

El cuestionario está dirigido a la población usuaria de los servicios de salud, que han sido atendidos en los últimos tres meses en dos niveles asistenciales (atención primaria y atención

especializada) por un mismo motivo. Se dispone de dos versiones validadas del instrumento, una en castellano y otra en catalán, así como una traducción al inglés (Anexos 1, 2 y 3).

Estado actual en el análisis de la continuidad asistencial

Los estudios que analizan la continuidad asistencial desde una perspectiva cuantitativa suelen centrarse en a) analizar el impacto de la continuidad asistencial, es decir los resultados de la atención que se atribuyen a la continuidad asistencial o b) en caracterizarla en diferentes contextos, identificando los principales factores (principalmente relativos a la morbilidad) que influyen en la continuidad asistencial percibida por los usuarios.

El impacto de la continuidad en la atención

En una reciente revisión de la literatura, van Walraven et al [122] concluyeron que son pocos los estudios dirigidos a establecer una relación entre la continuidad asistencial y los resultados de la atención que cumplan con los criterios metodológicos básicos necesarios para evitar resultados sesgados. Los autores de la revisión concluyen asimismo que existe una buena evidencia de que la continuidad de relación se relaciona con una disminución del índice de hospitalizaciones y de visitas a urgencias y con una mayor satisfacción de los usuarios [122].

La continuidad de información se ha asociado, por su parte, a unos mayores niveles de satisfacción [10,123]. Sin embargo, van Walraven et a. [122], tras analizar los estudios disponibles concluyeron que la relación entre la continuidad de información y gestión clínica y los resultados de salud es incierta como consecuencia de la falta de estudios de calidad dirigidos a su evaluación.

Factores que influyen en la continuidad asistencial

Dos tipos de factores parecen influir en las experiencias y percepción de continuidad asistencial de los usuarios: los factores individuales y los factores contextuales o de la organización en la que los usuarios reciben la atención.

Factores individuales

No se han explorado en profundidad los factores individuales que se asocian con la percepción de continuidad asistencial. Los datos disponibles provienen de estudios en los que los factores individuales, tales como las características sociodemográficas o de morbilidad, han sido utilizados como factores de ajuste para comparar la percepción de continuidad de diferentes grupos de usuarios (según dónde recibieron la atención, según si participaron o no en una determinada intervención, según el estado de salud, etc). Por ello, frecuentemente los estudios disponibles no se centran en analizar en detalle las diferencias observadas entre grupos de población más allá de las observadas según morbilidad [91,93,124]. Además, la información disponible proviene de estudios que han analizado la continuidad mediante diversas aproximaciones metodológicas y en poblaciones muy diferentes, por lo que es difícil extraer

conclusiones sobre la influencia de los diferentes factores individuales sobre la percepción de la continuidad asistencial. A continuación se resume la evidencia existente sobre los factores individuales que parecen influir sobre la continuidad asistencial.

<u>Edad</u>: En general, los estudios existentes parecen señalar una tendencia entre la población de mayor edad a percibir mayores niveles de continuidad de gestión clínica y relación [118,124-126], aunque algunos estudios apuntan a la falta de relación entre la edad y la continuidad [39,127,128]. Es escasa la evidencia sobre la influencia de la edad en la percepción de continuidad de información [44] (tabla 6).

Tabla 6: Resultados de estudios previos sobre la relación entre la edad y la continuidad asistencial

CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
Transferencia de información clínica - no diferencias [44]	Consistencia de la atención - ↑ edad; ↑ percepción coordinación entre niveles [124,126] - ↑ edad; ↓ percepción inconsistencias en la atención [125] - no diferencias percepción consistencia de la atención [39]. Accesibilidad entre niveles - no diferencias percepción adecuación tiempo de espera para acceder a la atención especializada [127]	Estabilidad del equipo profesional - ↑ edad; ↑ estabilidad de los profesionales de la atención primaria [75,118] - no diferencias percepción estabilidad de los profesionales de la atención primaria [39]. Vínculo con los profesionales - ↑ edad; ↑ percepción de vínculo con los profesionales de la atención primaria [120,129] - no diferencias en percepción de vínculo con profesionales de la atención especializada [128].

Fuente: elaboración propia

<u>Sexo</u>: No se observan resultados concluyentes en los diferentes estudios que han analizado la percepción de continuidad de gestión clínica y relación según el sexo [88,89,119,124-126] aunque se observa una mayor tendencia entre las mujeres de percibir una mayor estabilidad de los profesionales que les atienden (Gulliford et al. 2007b;Jatrana et al. 2011). Esta variable no parece tener un efecto relevante en la percepción de continuidad de información [44,89,124]. Ver tabla 7.

Tabla 7: Resultados de estudios previos sobre la relación entre el sexo y la continuidad asistencial

CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
Transferencia de información clínica - no diferencias [44,89,124]	Consistencia de la atención - hombres; ↑ percepción consistencia de la atención [119,124,126]	Estabilidad del equipo profesional - mujeres: ↑ percepción de estabilidad con los profesionales de la atención primaria [88,118]
	 no diferencias percepción de consistencia de la atención [39,89,125] Accesibilidad entre niveles 	Vínculo con los profesionales - no diferencias percepción vínculo con profesionales de la atención primaria [120]
	 hombres; ↑ percepción de adecuación del tiempo de espera para acceder a la atención 	 no diferencias percepción vínculo con profesionales de la atención especializada [128]

especializada [119,127].	 hombres: ↑ percepción vínculo
	con los profesionales de la atención
	especializada [119].

Fuente: elaboración propia

<u>Nivel socioeconómico</u>: Diversos estudios han analizado el efecto del nivel socioeconómico en la percepción de continuidad asistencial, sin llegar a obtenerse resultados consistentes al respecto. En estos estudios, el nivel socioeconómico se ha aproximado mediante el nivel educativo [118,119,119,124,126-128] y/o el nivel de ingresos [89,118,127,128] (tabla 8).

Tabla 8: Resultados de estudios previos sobre la relación entre el nivel socioeconómico y la continuidad asistencial

continuidad asistencial		
CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
Transferencia de información clínica - no diferencias [89] - ↓ nivel educativo; ↑ percepción de transferencia de información de la atención especializada a la primaria [124]	Consistencia de la atención - no diferencias en percepción de comunicación entre proveedores [89] - ↓ nivel educativo: ↑ percepción coordinación entre proveedores [126] - no diferencias en percepción coordinación entre proveedores [124]. Accesibilidad entre niveles - ↓ nivel educativo: ↑ percepción accesibilidad atención primaria [119] - no diferencias en percepción adecuación tiempo de espera a la atención especializada [127].	Estabilidad del equipo profesional - ↓ nivel de ingresos: ↑ percepción estabilidad de los profesionales de la atención primaria [118]. Vínculo con los profesionales - ↓ nivel educativo: ↑ percepción vínculo con los profesionales de la atención especializada [119] - no diferencias en percepción vínculo con los profesionales de la atención primaria [128]

Fuente: elaboración propia

<u>Primer idioma</u>: La influencia del idioma de origen es una variable explorada sobretodo respecto a la continuidad de gestión [88,119,124] y de relación [88,119]. Los resultados de los estudios no son concluyentes en cuanto a su impacto en la continuidad de gestión clínica, mientras que el primer idioma parece ser un factor que influye en el vínculo con los profesionales de la atención primaria (tabla 9).

Tabla 9: Resultados de estudios previos sobre la relación entre el primer idioma y la continuidad asistencial

CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
No estudios previos	Consistencia de la atención - primer idioma inglés (EEUU): ↑ percepción consistencia atención [119] - no diferencias en percepción consistencia atención [88,124] Accesibilidad entre niveles - primer idioma inglés (EEUU): ↑ percepción accesibilidad a la atención primaria [119]	Vínculo con los profesionales - primer idioma inglés (RU): ↑ vínculo con profesionales de la atención primaria [88] - primer idioma español o inglés (EEUU): ↑ percepción vínculo con la atención especializada [119] - no diferencias entre primer idioma español o inglés (EEUU) en percepción vínculo con la atención especializada [119]

Fuente: elaboración propia

Estatus de inmigración: La influencia del estatus de inmigrante sobre la percepción de continuidad ha sido escasamente estudiada. Ningún estudio ha analizado su efecto sobre la continuidad de información y el único en evaluarlo sobre la continuidad de gestión clínica halló que los inmigrantes con más de 10 años de estancia en Canadá tienen mayor probabilidad de reportar esperas más breves para acceder a la atención especializada que la población nativa [127]. Respecto a la continuidad de relación, estudios previos han observando una peor relación de los inmigrantes con los profesionales en términos de percepción de comunicación [130] y responsabilidad clínica [131,132](tabla 10).

Tabla 10: La relación entre el estatus de inmigración y los tres tipos de continuidad asistencial según los estudios existentes

seguii ios estudios ez	AISTOILES	
CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
No estudios previos	Accesibilidad entre niveles - inmigrantes con más de 10 años de estancia: ↑ percepción esperas más breves para acceder a la atención especializada que nativos [127].	Vínculo con los profesionales - inmigrantes: ↓ percepción comunicación con los profesionales de la atención primaria [130] - inmigrantes: ↓ percepción responsabilidad clínica de profesionales de la atención primaria [131,132].

Fuente: elaboración propia

Estado de salud y morbilidad: Los resultados de los estudios que han analizado la influencia del estado de salud y morbilidad sobre la percepción de continuidad no son concluyentes, observándose resultados diferentes en función del estudio [91,93,118,124,126,129] (tabla 11).

Tabla 11: Resultados de estudios previos sobre la relación entre el estatus de inmigración y la continuidad asistencial

Continuidad asistenciai		
CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN	CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CONTINUIDAD DE RELACIÓN
Transferencia de información clínica - ↑ número	Consistencia de la atención - no diferencia según estado de salud autopercibido en percepción coordinación entre profesionales [124]	Estabilidad del equipo profesional - no diferencias según número enfermedades crónicas en percepción estabilidad atención primaria [93]
enfermedades crónicas: ↑ percepción	- ↑ número enfermedades crónicas: ↑ percepción de coordinación entre profesionales [93]	 - ↑ número de enfermedades: ↑ percepción estabilidad profesionales atención primaria [118]
problemas transferencia información [93] - no diferencias según estado de salud autopercibido [124]	- ↑ número enfermedades crónicas: ↑ percepción de recibir informaciones contradictorias [93] - ↑ estado de salud autopercibido: ↑ consistencia de la atención [126] [91] - ↑ número de enfermedades: ↓	Vínculo con los profesionales - no diferencias según morbilidad en percepción vínculo atención primaria [93,120,129] - ↑ estado de salud autopercibido: ↑ probabilidad percibir vínculo con profesionales
[121]	consistencia de la atención [126] [91]	de la atención especializada

Fuente: elaboración propia

En conclusión y de acuerdo a los estudios existentes, parece existir una tendencia entre la población de mayor edad a percibir mayores niveles de continuidad de gestión y relación [75,118,120,124-126,129], así como entre las mujeres de percibir una mayor estabilidad de los profesionales que les atienden [88,118]. También parece existir una mayor probabilidad entre

los usuarios cuyo primer idioma es diferente al del país donde se recibe la atención [88] y entre los inmigrantes de percibir una peor continuidad de relación en términos de comunicación [130] y responsabilidad clínica percibida [131,132]. Sin embargo, no es concluyente la evidencia sobre el efecto que estas variables tienen sobre los otros tipos de continuidad. Asimismo, no concluyente sobre el efecto existe evidencia que el nivel socioeconómico [89,118,119,119,124,126-128] o el estado de salud [91,93,118,124,126,129] tienen sobre la percepción de continuidad asistencial.

Factores organizativos

A pesar de que la continuidad asistencial es responsabilidad de los servicios de salud, la influencia de los factores organizativos sobre la continuidad asistencial es un aspecto muy poco explorado en la literatura [92]. Se ha observado una mayor probabilidad de percibir la atención como consistente cuando hay una buena estabilidad de los profesionales que atienden al usuario [92,124], cuando los usuarios perciben un vínculo con los profesionales de la atención especializada [119] y cuando el acceso a la atención especializada es el resultado de una derivación del médico de la atención primaria [124]. Asimismo, la percepción de estabilidad del equipo profesional se ha relacionado con una mayor probabilidad de percibir que los profesionales se comunican entre sí [89], una adecuada transferencia de información entre niveles [89] y mayores niveles de confianza en los profesionales [129]. Adicionalmente, cuando los usuarios perciben la existencia de un vínculo con los profesionales de la atención especializada valoran más positivamente la accesibilidad a la atención especializada [119]. Asimismo, estudios previos han concluido que los usuarios que acceden a la atención especializada como resultado de una derivación desde la atención primaria están más satisfechos con la atención recibida [133], tienen una mayor probabilidad de percibir que la atención entre ambos niveles está coordinada [124] y que la accesibilidad a la atención especializada es adecuada [127]. Finalmente, un estudio previo ha vinculado una mejor percepción de coordinación entre los profesionales con el acceso telefónico a las organizaciones y con la presencia de acuerdos formales o informales con otras organizaciones, como protocolos compartidos o mecanismos para facilitar las derivaciones de los usuarios entre niveles o compartir la información clínica de los pacientes [92].

CONTEXTO DEL ESTUDIO: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Sistema Nacional de Salud en España

El sistema sanitario español está regulado por la Constitución Española de 1978 [134] y Ley General de Sanidad (LGS)[135], que establecen el derecho a la protección de la salud como uno de los principios rectores de la política social y económica. La estructura del sistema se estableció durante la transición democrática, periodo en el que el sistema de seguridad social se transformó en un sistema nacional de salud, cuyas principales características fueron definidas en la LGS [135]. De dicha Ley se deduce que los objetivos del Sistema Nacional de Salud español son:

- Garantizar la asistencia en salud a los ciudadanos
- Orientar prioritariamente los medios y actuaciones del sistema de salud a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades
- Dirigir la política de salud a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales

El Sistema Nacional de Salud español se caracterizaba en el momento de realización del estudio por estar financiado a través de los impuestos generales, ofrecer cobertura universal a los ciudadanos, tener una propiedad de la provisión esencialmente pública, una cartera de servicios amplia y ser gratuito en el punto de dispensación (con la excepción de los medicamentos recetados a menores de 65 años, que debían participar en el pago con una aportación del 40% de su precio)[135]. Estas características se han visto modificadas en el Real-Decreto 16/2012, de 20 de abril [136], por el cual se establece la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud con el fin de recibir asistencial sanitaria pública [136].

Las competencias en materia de salud están traspasadas a las comunidades autónomas desde finales de 2002 con el objetivo de aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en relación a la equidad, la calidad y su participación [137]. Esta descentralización ha originado 17 consejerías de salud que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio. El gobierno central conserva la autoridad sobre determinado ámbitos estratégicos, como la legislación farmacéutica, y también continúa siendo el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional [138]. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS), que está constituido por el ministerio de Sanidad y por los 17 consejeros en materia de salud de las comunidades autónomas.

Organización de la atención

El modelo de atención que propugna el Sistema Nacional de Salud es un modelo basado en la atención primaria y el resto de dispositivos asistenciales tienen una función de apoyo para la resolución de problemas graves o para cuando existen necesidades especiales que no pueden ser resueltas en el nivel primario [135]. En consecuencia, existen sólo dos niveles asistenciales: la atención primaria y la atención especializada [135] (Tabla 12).

- La atención primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas [139]. Es función de la atención primaria la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los equipos de la atención primaria tienen una población definida a la cual han de subministrar atención, y en la que ejercen el rol de gestión y coordinación de la atención con la atención especializada [139,140].
- La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel [139]. La atención especializada se presta en función de las características del paciente y su proceso, en consultas externas, en hospital de día y en régimen de internamiento hospitalario. El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital percibido que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario [135,139].

Tabla 12: Organización de la atención según niveles asistenciales

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y el trabajo social.	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste
Acceso	A demanda, programada o urgente	Por indicación de los facultativos de la atención primaria o vía urgencias hospitalarias.
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	De manera ambulatoria y a domicilio	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Adaptado de la publicación "Sistema Nacional de Salud 2010" [139]

Sistema Nacional de Salud en Catalunya

En Catalunya, la primera comunidad autónoma en asumir las competencias en salud en el año 1981 [141], las reformas del sector salud se iniciaron y desarrollaron de forma coherente y paralela a las introducidas en el conjunto de la Administración pública del resto de España. Cuando se inició este proceso, la Seguridad Social del Estado era la titular del 100% de la atención primaria, y el 28% de las camas hospitalarias [142]. Para rentabilizar los recursos existentes -históricamente ha existido una red de proveedores de titularidad muy diversa que comprende desde administraciones locales a entidades religiosas- las políticas de salud se enfocaron en integrar los diferentes recursos disponibles en el sistema de salud público.

El modelo sanitario catalán se caracteriza por la separación de las funciones de dirección del sistema, compra de servicios y provisión. El Departament de Salut es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema, es decir, de la planificación, ordenación, autorización e inspección, así como del control. El Servei Català de la Salut (CatSalut), ente público, se encarga de la compra de servicios a los proveedores concertados. La provisión corresponde a un conjunto de entidades de los diferentes niveles de atención que conforman el sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya, el SISCAT [143].

Provisión de la atención

La provisión de los servicios se realiza en centros de atención primaria, hospitales de agudos de tres tipos fundamentales —hospital general básico, hospital de referencia y hospital de alta tecnología—, centros sociosanitarios y centros de salud mental, y su gestión corre a cargo de un conjunto de proveedores de titularidad diversa: por una parte, el ICS, que depende directamente del Departament de Salut y se financia por vía presupuestaria, y por la otra, el resto de los proveedores, que son empresas públicas y consorcios, sociedades municipales, fundaciones benéficas y centros privados sin ánimo de lucro y con él [144].

Esta multiplicidad de entidades involucradas en la provisión de servicios de salud junto con la aprobación de la *Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya* [145], que posibilita la cesión de la gestión de los nuevos equipos de atención primaria a proveedores ajenos al *Institut Català de la* Salut (ICS), son la causa de que en el escenario sanitario catalán coexista una gran variedad de fórmulas de gestión, las cuales dan lugar a diferentes entornos sanitarios con diverso grado de integración en la gestión. En un extremo se encuentran los entornos más fragmentados, en los que diferentes organizaciones gestionan los diferentes niveles asistenciales, mientras que en el otro extremo se hallan los entornos integrados, en los que una misma organización es responsable de la gestión de los distintos niveles que componen el continuo asistencial. Un ejemplo de entorno fragmentado en la gestión es el existente en el distrito de Ciutat Vella en Barcelona, en la que dos organizaciones diferentes gestionan la atención primaria (ICS y PAMEM) y otra diferente gestiona la atención especializada (Parc de Salut Mar). La ciudad de Girona y la comarca de Baix Empordà suponen dos ejemplos de entornos con integración en la

gestión, en los que la atención primaria y especializada gestionadas por la misma entidad: ICS y *Serveis de Salut de Baix Empordà* (SSIBE), respectivamente. Hasta el momento ningún estudio se ha dirigido a evaluar el impacto que los diferentes modelos de gestión tienen en la continuidad asistencial, a pesar de que uno de los argumentos que apoyan los entornos con integración en la gestión es que mejoran la eficiencia global en la provisión y la continuidad de la atención mediante un objetivo intermedio, la mejora en la coordinación de la atención o integración clínica [146].

JUSTIFICACIÓN

La continuidad asistencial supone un reto para los servicios de salud como consecuencia de los rápidos avances medico-tecnológicos y el aumento de la especialización, junto con el cambio en el patrón de las enfermedades más prevalentes en la población y su envejecimiento, lo que implica un incremento del número de profesionales y servicios en que es atendido el paciente [1,2]. Mientras que la continuidad de relación se ha asociado con unos mejores resultados de salud y con una mayor satisfacción de los usuarios [122], la relación entre la continuidad de información y gestión y los resultados de salud es incierta como consecuencia de la falta de estudios de calidad dirigidos a su evaluación. A pesar de lo cual se considera que la continuidad es fundamental para alcanzar la atención de alta calidad [15,147,148].

La evaluación de la continuidad asistencial, tal y como es definida por Reid et al [10], puede abordarse a través del análisis de las experiencias y percepciones de continuidad de información, gestión y relación de los usuarios de los servicios de salud [7,10,14,99]. Sin embargo, son escasos los estudios que han analizado la continuidad asistencial de una manera integral, es decir, que analicen los tres tipos de continuidad desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, independientemente de su patología. Esta falta de estudios se debe en parte a que la medición de la continuidad asistencial en su carácter multidimensional requiere la existencia de instrumentos complejos que capturen la continuidad asistencial en sus tres tipos, y no es hasta hace poco tiempo que se han diseñado instrumentos para este fin [17,45,95,96]. El cuestionario CCAENA, el primer instrumento desarrollado de este tipo, permite analizar no solamente la percepción general de continuidad asistencial, sino también las experiencias concretas de continuidad de los usuarios en un periodo de tiempo determinado [45,149].

Los análisis de la continuidad asistencial realizados hasta el momento se han concentrado en un tipo de continuidad, la de relación y en un solo nivel asistencial, la atención primaria [69-81]. Asimismo, muchos de los estudios se han centrado en la percepción de continuidad de pacientes con un tipo de patología específico [80,82-88] o en poblaciones específicas, como la pediátrica [89,90]. Son escasos los esfuerzos que se han dirigido a analizar simultáneamente los tres tipos de continuidad asistencial entre niveles y en poblaciones usuaria general [150]. El análisis de las experiencias y percepciones de continuidad de los usuarios respecto a la atención recibida en los servicios de salud supone una estrategia importante para identificar los aspectos de los servicios de salud que requieren ser mejorados.

Como consecuencia, los factores relacionados a la continuidad, tanto individuales como de tipo organizativo, suponen un ámbito poco explorado. Los resultados de los diferentes estudios no son concluyentes sobre la influencia de las características sociodemográficas y de morbilidad en las percepciones de continuidad, principalmente debido a que los diferentes estudios analizan la continuidad mediante diferentes estrategias y se dirigen a diferentes poblaciones. Sin embargo, la existencia de diferencias debido a factores individuales podría estar indicando desigualdades

en la atención que se proporciona a los diferentes subgrupos de usuarios y, por lo tanto, la existencia de necesidades específicas no cubiertas por los servicios de salud en estos grupos.

La evidencia es aún más limitada en relación a los factores relativos a los servicios de salud que influyen en la continuidad asistencial. Los estudios disponibles se centran en explorar la interrelación entre algunos aspectos de la continuidad [89,92,119,124,129] o en analizar el impacto que factores organizativos como el horario de atención, el número de médicos en el servicio de salud o el origen de la referencia a la atención especializada sobre la percepción general de continuidad [92]. Sin embargo, a pesar de que la literatura apunta a que la gestión conjunta de los diferentes niveles asistenciales como una estrategia apropiada para favorecer la coordinación y, en consecuencia, la continuidad asistencial [49,146], ningún estudio hasta el momento se ha dirigido a evaluar comparativamente la continuidad asistencial en entornos sanitarios con diferentes modelos de gestión de la atención primaria y especializada.

En resumen, hasta el momento son escasas las evaluaciones integrales de la continuidad asistencial y los estudios que han analizado la influencia de los factores individuales y organizativos en la continuidad no son concluyentes. La presente investigación supone el primer esfuerzo para analizar de manera integral la continuidad de información, gestión y relación en la transición entre niveles asistenciales y en población general. La inclusión en el estudio de usuarios con un amplio rango de características sociodemográficas y con una gran variedad de patologías diferentes permite analizar su relación con las experiencias y percepción de continuidad. El seleccionar tres áreas sanitarias con diferentes modelos de gestión permite explorar por primera vez su impacto en la continuidad asistencial.

Finalmente, es probable que la reducción del presupuesto en sanidad y otras reformas llevadas a cabo en los últimos meses por parte de los gobiernos español y catalán en el sistema de salud tengan un impacto en la continuidad asistencial, dado que se han introducido nuevas barreras a la utilización de los servicios y se restringe el acceso de determinados colectivos a los servicios de salud, entre otros. El presente estudio será útil para evaluar el impacto de las reformas sobre la continuidad asistencial proporcionando una línea de base sobre la que comparar los resultados de futuros estudios.

Esta investigación se enmarca en la línea de de investigación sobre integración asistencial del Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC). Así mismo, el estudio forma parte de un proyecto de investigación titulado "La continuidad asistencial en diferentes entornos sanitarios", parcialmente financiado a través del Fondo de Investigación Sanitaria 08/90154.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo experimentan la continuidad asistencial entre niveles de atención los usuarios de los servicios de salud públicos de Catalunya?
- ¿Cuál es el grado de continuidad asistencial entre niveles de atención percibido por los usuarios de los servicios de salud públicos de Catalunya?
- ¿Influye la organización en la provisión de los servicios de salud en las experiencias y percepción de la continuidad asistencial entre niveles de atención de los usuarios de los servicios?
- ¿Influyen las características sociodemográficas y el estado de salud de los usuarios en sus experiencias de continuidad asistencial durante la transición entre la atención primaria y especializada y en su percepción general de continuidad?

HIPÓTESIS DE ESTUDIO

- Existen diferencias en las experiencias y en la percepción general de continuidad de información, gestión y relación según las características sociodemográficas de los usuarios
- Existen diferencias en las experiencias y en la percepción general de continuidad de información, gestión y relación en función del estado de salud de los usuarios
- Los usuarios que reciben la atención primaria y especializada gestionada por una misma organización experimentan y perciben una mejor continuidad de información, gestión y relación que los usuarios que reciben la atención en múltiples organizaciones de gestión independientes

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la continuidad asistencial experimentada y percibida por los usuarios en diferentes entornos sanitarios del sistema público de salud de Catalunya con el fin de contribuir a su mejora

Objetivos específicos

- 1) Identificar los elementos de continuidad y discontinuidad experimentados por los usuarios en la transición entre la atención primaria y la atención especializada (en consulta externa)
- 2) Determinar los niveles de continuidad asistencial que perciben los usuarios en la transición entre la atención primaria y la atención especializada
- 3) Explorar la influencia del área sanitaria en las experiencias y en la percepción de continuidad en la transición entre la atención primaria y la atención especializada
- 4) Identificar las características sociodemográficas y de morbilidad que se asocian con las experiencias y la percepción de continuidad en la transición entre la atención primaria y la atención especializada

MÉTODOS

DISEÑO Y ÁREAS DE ESTUDIO

Se ha realizado un estudio transversal, basado en una encuesta a usuarios de los servicios de salud pertenecientes a tres áreas de referencia del sistema de salud de Catalunya: Baix Empordà, Girona ciudad y Ciutat Vella (distrito de Barcelona).

Se planteó como criterio para la selección de las áreas que representaran la variabilidad de los modelos de gestión de la atención primaria y especializada existente en Catalunya. En Baix Empordà y Girona la atención primaria y especializada están gestionadas por una misma entidad pública, sujeta al derecho privado en el primer caso y a derecho público en el segundo. En el distrito de Ciutat Vella, la atención primaria y especializada está gestionada por diferentes entidades públicas y representa un entorno fragmentado. Las principales características de las áreas de estudio están descritas en la tabla 13.

Tabla 13: Características de las áreas de estudio

	BAIX EMPORDÀ ^a	GIRONA CIUDAD	CIUTAT VELLA
Población ^b	74,144	83,312	99,093
Atención primaria			
Número de centros	4 ^c	4	5
Entidades que gestionan la atención primaria	SSIBE	ICS	ICS (4 centros) PAMEM (1 centro)
Atención especializada			
Número de hospitales	1	1	1
Entidades que gestionan la atención especializada	SSIBE	ICS	Parc de Salut MAR

Abreviaturas: ICS: Institut Català de la Salut; SSIBE: Serveis Integrats del Baix Empordà

- (a) El área de estudio se corresponde con el área de referencia de atención de la organización sanitaria Serveis de Salut Integrats de Baix Empordà (SSIBE)
- (b) Población ≥ 18 años, de acuerdo al Registro Central de Asegurados (2010)
- (c) Consta de 28 consultorios locales adicionales

Las organizaciones en las tres áreas de estudio han introducido diversos mecanismos para la coordinación entre la atención primaria y la especializada, que incluyen instrumentos de normalización de los procesos asistenciales, como guías de práctica clínica y protocolos y mecanismos de retroalimentación, como sesiones de trabajo conjuntas de los profesionales de los dos niveles asistenciales. En cuanto a los sistemas de información, en Baix Empordà los pacientes cuentan con una única historia clínica compartida en los diferentes niveles asistenciales. En las otras áreas el paciente cuenta con una historia clínica distinta en cada nivel asistencial. En el caso de Girona y Ciutat Vella (ICS y Parc de Salut Mar), estas historias

clínicas tienen la posibilidad de consultarse desde el otro nivel asistencial, mientras que en el caso de PAMEM y Parc de Salut MAR esta posibilidad no existía en el momento del estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio estaba constituida por población mayor de 18 años residente en las áreas de estudio y que durante los tres meses previos a la entrevista hubieran sido atendidos por un mismo motivo en la atención primaria y especializada (consulta externa, urgencias hospitalarias y/o hospitalización).

El tamaño de muestra se calculó para analizar el modelo multivariable de asociación entre variables con un nivel de confianza del 95%, cumpliendo el teorema de Moivre de frecuencia esperada mayor de cinco y para que los estadísticos de ajuste y de verosimilitud pudieran explicarse como una ji cuadrado. Se consideraron los análisis multivariables de regresión logística realizados para determinar los factores asociados a la percepción de continuidad asistencial como los análisis principales sobre los que calcular el tamaño de muestra. En base a lo anterior, el tamaño de muestra estimado fue aproximadamente de 400 cuestionarios por área de estudio. La muestra final fue de 1.500 usuarios, los cuales se distribuyeron de acuerdo con el tamaño de la población que consta en el registro central de asegurados.

La selección de los usuarios a entrevistar se realizó mediante una selección aleatoria simple, a partir de los registros facilitados por los centros de atención primaria y hospitales de las áreas de salud seleccionadas. Para evitar la pérdida de efectivos entre la muestra teórica y la real, se dispuso de una lista de substitutos como estrategia de reemplazo en el caso de que no cumplieran con los criterios de inclusión, negativas a responder, defunciones, no localización, etc., con las mismas características de edad, sexo y con el mismo centro de atención primaria de referencia. En caso de no localizar al usuario seleccionado se realizó un mínimo de tres contactos telefónicos en días y momentos diferentes antes de proceder a su substitución. Fueron excluidos los pacientes referidos a otros territorios para su atención, que sólo hubieran utilizado un nivel de atención, que hubieran visitado los dos niveles asistenciales por diferentes motivos o que no hubieran sido atendidos por un profesional médico. Así mismo, se excluyeron a los pacientes que no podían comunicarse efectivamente en catalán o español.

RECOGIDA DE DATOS

Instrumento: cuestionario CCAENA

Se aplicó el cuestionario CCAENA (Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención). Se trata de un cuestionario diseñado y validado para evaluar, de manera integral y de acuerdo al marco conceptual adaptado de Reid et al [45], la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario de los servicios de salud.

El cuestionario consta de dos apartados:

- 1) El primer apartado reconstruye la trayectoria y experiencias en aspectos relacionados con la continuidad asistencial en la transición entre niveles para un episodio concreto durante los últimos tres meses, mediante preguntas abiertas y cerradas.
- 2) El segundo apartado recoge la percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial, sin emplear un episodio de referencia, mediante un conjunto de escalas de Likert, constituidas por ítems con cuatro categorías de respuesta posible.

Se dispone de dos versiones del instrumento, una en castellano y otra en catalán (Anexos 1 y 2).

Control de calidad de los datos

Se aseguró la calidad de los datos mediante la aplicación de cuatro estrategias de calidad (tabla 14). En primer lugar, se realizó una sesión de formación de los entrevistadores dirigida a proporcionar los conocimientos necesarios para realizar las entrevistas adecuadamente. Durante la sesión se presentó el estudio y sus objetivos, los criterios de inclusión y de substitución de los entrevistados, los derechos del encuestado, la selección del lugar y el momento de aplicación del cuestionario, instrucciones para la utilización del cuestionario y la transcripción de las respuestas, y la actitud de los entrevistadores. Adicionalmente, se les proporcionó un manual del entrevistador con todas las instrucciones detalladas. Asimismo, se realizó de manera aleatoria una supervisión telefónica del 16% de las entrevistas. Finalmente, se realizó una revisión de la totalidad de los cuestionarios antes y después de la codificación con el fin de detectar inconsistencias en los apartados a cumplimentar y en las respuestas, así errores en su codificación. Cuando surgieron dudas durante las diferentes etapas de la revisión de los cuestionarios se contactó con el encuestador y/o encuestado para resolverlas.

Tabla 14: Estrategias de control de calidad

- U		
ESTRATEGIA	EXPLICACIÓN	
Formación de los entrevistadores	Todos los entrevistadores recibieron la misma formación según las pautas proporcionadas en el manual de la encuesta	
Supervisión telefónica	Se supervisaron telefónicamente el 16% de las entrevistas realizadas	
Revisión de los cuestionarios	Se revisaron el 100% cuestionarios. Se detectaron inconsistencias en los apartados y preguntas del cuestionario. Se volvió a contactar con los usuarios en aquellos casos en los que se consideró preciso.	
Revisión de los cuestionarios codificados	Se realizó una segunda revisión del 100% de los cuestionarios para contrastar la codificación	

TRABAJO DE CAMPO

Los datos se recogieron mediante la aplicación de un cuestionario estructurado en entrevistas presenciales realizadas por entrevistadores entrenados, desde enero hasta mayo de 2010. Los pacientes fueron contactados en primer lugar por correo, invitándoles a participar en el estudio. Posteriormente se les contactó por teléfono y se comprobó si cumplían los criterios de inclusión. En caso de cumplir los criterios y aceptar participar, se le citó en un lugar escogido por el

paciente para realizar la entrevista (centro de atención primaria (93,7%), domicilios (6,1%) o en otras localizaciones (0,2%)).

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables dependientes

Se han explorado dos tipos de variables de resultado, las referentes a las experiencias de continuidad de los usuarios y las de percepción general de continuidad.

Experiencias de continuidad asistencial

Se definieron variables referentes a las experiencias de continuidad de información, gestión y relación en la transición entre la atención primaria y la especializada en consulta externa (tabla 15).

Tabla 15: Variables que recogen las experiencias de continuidad asistencial

TIPO Y DIMENSIÓN DE CONTINUIDAD	VARIABLE	VALORES DE LA VARIABLE
Continuidad de información –	El médico de la AE conoce el motivo de derivación	Sí No
transferencia de información clínica	El médico de la AE conoce las pruebas realizadas al usuario en la AP	Sí No
	El médico de la AP conoce las indicaciones proporcionadas por el médico de la AE al usuario	Sí No
	El médico de la AP conoce el tratamiento prescrito al usuario por el médico de la AE	Sí No
Continuidad de	Tiempo de espera para acceder a la AP	Días
gestión clínica –	Tiempo de espera para acceder a la AE	Días
accesibilidad entre niveles de atención	Percepción del tiempo de espera para acceder a la AP	Adecuado Largo
	Percepción del tiempo de espera para acceder a la AE	Excesivo Adecuado Largo Excesivo
Continuidad de gestión clínica –	Derivación de la AP como vía de acceso a la AE	Sí No
consistencia de la atención	Contraderivación como vía de acceso a la AP tras una visita en la AE	Sí No
	El profesional de la AP resolvió las dudas del usuario respecto a la visita en la AE	Sí No
	Percepción de coordinación asistencial en la transición de la AP a la AE	Coordinada Parcialmente coordinada No coordinada
	Percepción de coordinación asistencial en la transición de la AE a la AP	Coordinada Parcialmente coordinada No coordinada
Continuidad de relación – estabilidad	Número de médicos de la AP que han atendido al usuario por un mismo problema de salud	1 médico > 1médico

del equipo profesional	Número de médicos de la AE que han atendido al	1 médico
	usuario por un mismo problema de salud ^a	> 1médico

Abreviaturas: AE: Atención especializada; AP: atención primaria

(a) Hace referencia a consultas externas por parte de una única especialidad médica

Percepción de continuidad asistencial

La percepción de continuidad se analiza mediante índices sintéticos, calculados a partir de los ítems que componen cada una de las escalas de Likert para los distintos tipos de continuidad. Los ítems tiene cuatro opciones de respuesta, que varían de acuerdo con la escala: 1) siempre, muchas veces, pocas veces y nunca, en las escalas de continuidad de información y gestión; 2) totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, en las escalas de continuidad de relación.

Los ítems que constituyen cada una de las escalas de continuidad pueden consultarse en la tabla 16.

Tabla 16: Escalas de percepción de los tres tipos de continuidad asistencial

TIPO Y DIMENSIÓN DE CONTINUIDAD	ITEMS	VALORES POSIBLES
Continuidad de información – transferencia de información clínica	Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	Siempre Muchas veces
	Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta conmigo la visita	Pocas veces Nunca
	Mi médico de cabecera conoce las indicaciones que el especialista me ha dado antes de que yo se las explique	_
	El especialista conoce las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado antes de que yo se las explique	
Continuidad de gestión clínica – consistencia de la atención	Mi médico de cabecera está de acuerdo con las indicaciones del especialista	_
	El especialista está de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera	_
	Ceo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada	
Continuidad de relación – vínculo	Confío en la capacidad profesional del médico de cabecera	Totalmente de acuerdo De acuerdo
paciente-profesional de	Creo que el médico de cabecera se interesa por mí	En desacuerdo
la AP	Me siento cómodo preguntándole a mi médico de cabecera mis dudas o mis problemas de salud	Totalmente en desacuerdo
	Mi médico de cabecera entiende lo que le digo sobre mi salud	_
	La información que me da mi médico de cabecera se entiende fácilmente	_
	La información que me da mi médico de cabecera es suficiente	_
	Recomendaría mi médico de cabecera a mis amigos o familiares	_
Continuidad de relación – vínculo paciente-profesional de	Confio en la capacidad profesional de los especialistas que me tratan	_
	Creo que los especialistas se interesan por mí	

la AE	Me siento cómodo preguntándole mis dudas a los especialistas	
	Los especialistas entienden lo que le digo sobre mi salud	
	La información que me dan los especialistas se entiende fácilmente	
	La información que me dan los especialistas es suficiente	
	Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares	

Abreviaturas: AE: Atención especializada; AP: atención primaria

Para estimar los índices de continuidad, los ítems fueron puntuados de 0 a 3 (de siempre/ totalmente de acuerdo a nunca / totalmente en desacuerdo). Se aplicó el método de imputación simple basado en la puntuación media del ítem para tratar con los ítems con valores perdidos, el cual se considera un método adecuado dada la alta proporción de casos completos [151]. El siguiente paso consistió en sumar los valores de los ítems y dividirlos por su máxima puntuación posible. Para calcular un índice sintético global de la continuidad asistencial, los índices previos se sumaron, dando el mismo peso a cada tipo de continuidad, y se dividieron por su máxima puntuación posible.

Para simplificar los análisis y la presentación de los datos, cada índice de continuidad se ha transformado en una variable categórica con cuatro posibles valores (muy altos, altos, bajos y muy bajos niveles de continuidad percibida) y en una variable dicotómica (valores altos y muy bajos de continuidad percibida).

Variables independientes

Las variables independientes o explicativas fueron el área sanitaria y las variables individuales: características sociodemográficas (sexo, edad, estatus de inmigrante y nivel educativo) y estado de salud y morbilidad (estado de salud autopercibido, número de enfermedades y duración de la enfermedad motivo de consulta). Las categorías de las variables pueden consultarse en la tabla 17.

Tabla 17: Variables independientes y categorías

VARIABLE	CATEGORÍAS
Área de estudio	Baix Empordà
	Girona
	Ciutat Vella (Barcelona)
Edad	18-35 años
	36-50 años
	51-65 años
	> 65 años
Sexo	Mujer
	Hombre
Nivel de educación completado	Ninguno
	Primario
	Secundario
	Universitario
	

Estatus de inmigración	Inmigrante
	Nativo
Número de enfermedades	1 enfermedad
	> 1 enfermedad
Estado de salud autopercibido	Muy bueno
	Bueno
	Regular
	Malo
	Muy malo
Número de enfermedades	1 enfermedad
	> 1 enfermedad
Duración de la enfermedad motivo	< 1 año
de consulta	≥ 1 año

Abreviaturas: AE: Atención especializada; AP: atención primaria

(a) Hace referencia a una única especialidad médica y en consulta externa

Al realizar el análisis adicional sobre la influencia del estatus de inmigrante en las experiencias y percepción de continuidad la variable se modificó utilizando las siguientes categorías: inmigrantes con menos de cinco años de residencia en España, con entre cinco y diez años y con más de diez años.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para identificar los elementos de continuidad y discontinuidad experimentados por los usuarios en la transición entre niveles de atención y determinar los niveles de continuidad asistencial percibida se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de los resultados, calculando porcentajes y estimado sus intervalos de confianza, empleando una base de datos ponderada para ajustar por el peso relativo de la población de estudio. El nivel de confianza de todos los análisis se fijó en el 95%.

Para estudiar las características sociodemográficas, de morbilidad y el estado de salud autopercibido que se asocian con las experiencias y la percepción de continuidad en la transición entre la atención primaria y la atención especializada, así como para explorar la influencia del área sanitaria en la continuidad asistencial se han estimado una serie de modelos de regresión logística. Se realizaron ajustes robustos de la covarianza para ajustar las observaciones correlacionadas debido al efecto cluster por el área sanitaria [152]. El ajuste de los modelos se evaluó mediante las pruebas de bondad de ajuste de Hosmer-Lemershow [153]; todos los modelos arrojaron valores mayores de 0,05, lo cual señala que los modelos estimados ajustan los datos a un nivel aceptable.

El área sanitaria y las variables sociodemográficas fueron incluidas en todos los modelos de regresión. En el caso del estado de salud y morbilidad, se ajustó en todos los modelos por estado de salud autopercibido y adicionalmente por la duración de la enfermedad cuando se analizaron las experiencias de continuidad y por el número de enfermedades cuando se analizaron las

percepciones de continuidad. Se calcularon los porcentajes y odds ratio (OR) ajustados para experimentar elementos de continuidad o percibir altos niveles de continuidad.

Los análisis estadísticos se realizaron usando el *Data Analysis and Statistical Software* (STATA), versión 11 y el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 11.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético para la Investigación Clínicia Parc Salut Mar (2009/3414/I). El estudio se realizó de acuerdo con la legislación Europea y Española vigente en el momento del estudio. Antes de realizar la entrevista se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, se les comunicó el derecho a rechazar su participación o retirarse de la encuesta y se les aseguró la privacidad y la confidencialidad de los datos de acuerdo a la legislación vigente.

RESULTADOS

ARTÍCULO 1

Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system

Autores

<u>Aller MB</u>, Vargas I, Waibel S, Coderch de Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomés L, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML.

Referencia completa

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomés Ll, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. Gac Sanit. 2013;27:207-13.

Resumen

Objetivo: Analizar los elementos de (dis)continuidad de relación, información y gestión reportados por los usuarios en la transición entre la atención primaria y especializada y explorar sus factores asociados.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta a una muestra aleatoria de 1500 usuarios atendidos en la atención primaria y especializada por un mismo motivo. Las áreas de estudio fueron tres áreas sanitarias del sistema de salud público catalán. Los datos fueron recogidos en 2010 utilizando el cuestionario CCAENA©, dirigido a recoger las experiencias de (dis)continuidad de los usuarios. Se han realizado análisis descriptivos y estimado modelos de regresión logística.

Resultados: Los usuarios reportaron mayoritariamente experimentar elementos de continuidad en la transición entre la atención primaria y especializada. Sin embargo, también se identificaron elementos de discontinuidad: el 20 y 15% de los usuarios fueron atendidos por el mismo motivo y en el último año por más de un médico de la atención primaria y especializada, respectivamente. Una quinta parte de los usuarios reportaron falta de transferencia de la información. Finalmente, el 72% de las consultas a la atención especializada fueron consecuencia de una derivación de la atención primaria, mientras que solo el 36% reportó una contrarreferencia a la atención primaria. Los factores asociados identificados fueron el área

sanitaria, la edad, el sexo, el estado de salud percibido y la duración de la enfermedad que motivó las consultas.

Conclusiones: Por lo general, los pacientes experimentan continuidad en la transición entre la atención primaria y especializada, sin embargo, también se han identificado algunos elementos de discontinuidad, los cuales están parcialmente explicados por el área sanitaria y factores individuales de los usuarios. Los elementos de discontinuidad deben ser abordados por los servicios de salud para adaptar la atención a las necesidades de los usuarios.

ARTÍCULO 2

A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors

Autores

<u>Aller MB</u>, Vargas I, Waibel S, Coderch de Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomés L, Ferran M, Vázquez ML.

Referencia completa

Aller M.B, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomés Ll, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. Int J Quality Health Care. DOI: 10.1093/intqhc/mzt010.

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de continuidad entre niveles asistenciales percibido por los usuarios de los servicios, así como explorar sus factores asociados.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta a una muestra aleatoria de 1500 usuarios atendidos en la atención primaria y especializada por un mismo motivo. Las áreas de estudio fueron tres áreas sanitarias del sistema de salud público catalán. Los datos fueron recogidos en 2010 utilizando el cuestionario CCAENA©, que mide la continuidad de relación, información y gestión mediante una serie de escalas de Likert. Se han realizado análisis descriptivos y estimado modelos de regresión logística.

Resultados: El 94 y el 94% de los usuarios percibió un vínculo con los profesionales de la atención primaria y especializada, respectivamente (continuidad de relación), el 71% de los usuarios percibió elevados niveles de transferencia de la información (continuidad de información) y el 91% de elevados niveles de consistencia de la atención (continuidad de gestión). Los usuarios atendidos en áreas sanitarias en las que la atención primaria y especializada estaba gestionada por una única organización y los usuarios de mayor edad tendieron a percibir mayores niveles de continuidad asistencial. Los usuarios inmigrantes tendieron a percibir niveles más bajos de continuidad de relación con los profesionales de la atención primaria; aquellos con un nivel educativo superior tendieron a percibir niveles inferiores de continuidad de información y aquellos con un peor estado de salud tuvieron una menor probabilidad de percibir elevados niveles de continuidad de gestión y de relación con los profesionales de la atención especializada.

Conclusiones: Los resultados del estudio señalan a la percepción de elevados niveles de continuidad por parte de los usuarios, especialmente respecto a la continuidad de relación y gestión. La aproximación comprehensiva adoptada ha probado ser útil par entender el fenómeno de la continuidad dado que tanto las percepciones como los factores asociados varían según w¡el tipo de continuidad abordado.

ARTÍCULO 3

A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system

Autores

Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML.

Referencia completa

Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. Int J Environ Res Public Health. 2013; 10:1474-88.

Resumen

Objetivo: Comparar las percepciones de los inmigrantes y nativos respecto a la continuidad de relación, información y gestión y explorar la influencia de la duración de la estancia en las percepciones de continuidad de los usuarios inmigrantes.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta a una muestra aleatoria de 1500 usuarios atendidos en la atención primaria y especializada por un mismo motivo, de los cuales el 22% (331) son inmigrantes. Las áreas de estudio fueron tres áreas sanitarias del sistema de salud público catalán. Los datos fueron recogidos en 2010 utilizando el cuestionario CCAENA©, que mide la continuidad de relación, información y gestión mediante una serie de escalas de Likert. Se han realizado análisis descriptivos y estimado modelos de regresión logística.

Resultados: De manera similar a lo que sucede con los nativos, los usuarios inmigrantes perciben elevados niveles de continuidad de la gestión (88%) y de relación con los profesionales de la atención primaria y especializada (87 y 82%), y niveles inferiores de continuidad de información (59%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la continuidad de gestión e información entre inmigrantes y nativos. Sin embargo, los inmigrantes mostraron una mayor probabilidad de percibir bajos niveles de continuidad de relación con los profesionales de la atención primaria en términos de confianza, comunicación y responsabilidad clínica. En sentido contrario, los inmigrantes mostraron mayor probabilidad de percibir elevados niveles de continuidad de relación con los profesionales de la atención especializada en términos de comunicación efectiva y responsabilidad clínica.

Discusión: La percepción similar de la continuidad de gestión e información parece señalar un trato similar a los pacientes, independientemente de si son nativos o inmigrantes. Sin embargo,

las diferencias en la continuidad de relación indican la necesidad de mejorar las habilidades de los profesionales de la atención primaria en el trato a los usuarios inmigrantes.

DISCUSIÓN

El presente estudio se ha dirigido a explorar dos aspectos complementarios de la continuidad en la transición entre niveles asistenciales: por un lado, las experiencias de los usuarios en los servicios de salud relacionadas con los elementos de la continuidad, y por otro lado, su percepción general de la continuidad asistencial. El estudio representa la primera aproximación al análisis integral de la continuidad asistencial, analizando los tres tipos de continuidad en población general usuaria de los servicios de atención primaria y especializada, la cual incluye a pacientes con un amplio rango de enfermedades. Asimismo, por primera vez se ha explorado la relación existente entre el área donde se recibe la atención y factores individuales de los usuarios con las experiencias y percepciones de continuidad, explorando con especial detalle la influencia del estatus de inmigrante en las percepciones de continuidad.

Los principales resultados y aportaciones del estudio son, *en primer lugar*, que los usuarios atendidos en los servicios públicos de salud de Catalunya experimentan y perciben una buena continuidad en la transición entre niveles asistenciales, especialmente respecto a la continuidad de la gestión y de relación. No obstante, se han identificado limitaciones en la continuidad de información, con un elevado porcentaje de pacientes que experimenta y percibe elementos de discontinuidad de información en la transición entre niveles asistenciales.

En segundo lugar, se ha observado una asociación consistente de las experiencias y percepción de continuidad asistencial con el entorno sanitario donde se recibe la atención. En concreto, los resultados del estudio apoyan la hipótesis de que los usuarios atendidos en entornos sanitarios donde los diferentes niveles asistenciales son gestionados por la misma organización experimentan y perciben mayores niveles de continuidad - particularmente en relación con los dos tipos de continuidad que abordan la colaboración entre niveles asistenciales; la continuidad de información y de gestión. Este resultado ha sido posteriormente observado por un estudio realizado en Canadá [154]. Sin embargo, otros aspectos aparte de la integración de la gestión de los niveles primario y especializado podrían estar colaborando a explicar este resultado, como la implementación de diferentes mecanismos para la coordinación entre niveles.

Finalmente, el estudio muestra que factores individuales de los usuarios, como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus de inmigrante o el estado de salud se asocian con las experiencias y percepción de continuidad asistencial de los usuarios. La influencia de alguno de estos factores en la continuidad, en especial en la de información y gestión, se ha evidenciado por primera vez en este estudio.

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Discontinuidades en la transferencia de información clínica

A pesar de que la mayoría de los entrevistados experimentó una adecuada transferencia de información entre niveles, lo resultados evidencian un porcentaje destacable que señaló elementos de discontinuidad de la información en la transición entre niveles asistenciales. De manera consistente, un elevado porcentaje de pacientes percibió bajos o muy bajos niveles de transferencia de información entre profesionales. Esto es especialmente relevante dado que la falta de comunicación entre proveedores ha sido identificada como una de las causas más frecuentes de percibir bajos niveles de calidad asistencial [155,156].

Los resultados obtenidos son llamativos dado que los profesionales de las tres áreas de estudio disponen de mecanismos para la transferencia de información clínica. Las diferentes áreas cuentan con una historia clínica compartida y común para todos los profesionales de la organización, o bien con la posibilidad de consultar electrónicamente la historia clínica del otro nivel. La excepción la constituyen las organizaciones del área de Ciutat Vella, desde las cuales los profesionales no pueden consultar la historia clínica de la otra organización y que en el momento del estudio se comunicaban a través de informes transportados por los usuarios. Otros mecanismos existentes para la transferencia de información son los formularios de derivación o los informes estructurados de alta hospitalaria. Dado que en general existen mecanismos para transferir la información entre niveles, los resultados podrían deberse a que los profesionales no recogen la información clínica de los pacientes, la cual deja de estar disponible para el profesional del otro nivel, o bien que a pesar de estar disponible, esta no se consulta por diferentes motivos, como un posible exceso de carga laboral [157-159]. Adicionalmente, el operar con diferentes plataformas para consultar la información del paciente ha sido identificado como una barrera a su utilización [47,157]. Finalmente, es importante señalar que la percepción de continuidad de información no depende exclusivamente de la coordinación en las organizaciones, sino que aspectos como las expectativas de los usuarios o los resultados clínicos alcanzados pueden estar influenciando en las valoraciones de los usuarios [160].

Es de destacar, sin embargo, que la percepción de transferencia de información es superior a la observada en estudios previos realizados en población general atendida en diferentes sistemas de salud, como en los de Estados Unidos [124], Reino Unido [93] u Holanda [91]. Estas diferencias pueden ser debidas a los diferentes sistemas de salud existentes en estos países o a diferentes modelos de gestión de la atención primaria y especializada, aunque también podría ser consecuencia de diferencias en la implementación de mecanismos de coordinación con impacto en la transferencia de información clínica, como la historia clínica compartida [5,12,161]. La utilización de diferentes estrategias de operativización y análisis de la continuidad asistencial también podría estar contribuyendo a explicar las diferencias observadas.

Elevados niveles de consistencia en la atención

La mayor parte de los usuarios experimentaron una atención consistente, con aproximadamente el 90% de los encuestados que reportaron que el médico de la atención primaria resolvió las dudas que le surgieron sobre la visita en la atención especializada y tres cuartas partes que expresaron que la atención que recibieron estuvo coordinada. Este último porcentaje es similar al observado en estudios realizados en otros países como Estados Unidos [124,125] o Reino Unido [93], en los que se determinó que entre el 25 y el 30% de los usuarios perciben que la atención que reciben no está coordinada y superior al observado en un estudio realizado en Canadá, en el que hasta un 40% de los usuarios percibieron una descoordinación en la atención que reciben [92]. Además de diferencias en la operativización de la continuidad y en la organización de los sistemas de salud, estos resultados pueden ser debidos a diferentes modelos de gestión de los niveles asistenciales y a la diferente implementación de los mecanismos de coordinación con impacto en la consistencia de la atención, como guías de práctica clínica o grupos multidisciplinares [5,12,161].

Diversas causas podrían colaborar a explicar el hecho de que cerca de una cuarta parte de los encuestados perciba que la atención que recibe no está coordinada, entre ellas la percepción de transferencia de información, la vía de acceso a los profesionales y los resultados de la atención recibida. En primer lugar, los problemas de transferencia de información percibidos por los usuarios podrían tener un impacto en su percepción de coordinación entre proveedores [15.94]. aspecto reforzado por el hecho de que uno de los principales motivos alegados en las preguntas abiertas para justificar que la atención estaba o no coordinada era que los profesionales conocían/desconocían su historia clínica. En segundo lugar, un importante porcentaje de usuarios reportó no acceder a la atención especializada como consecuencia de una derivación de la atención primaria, lo que podría estar influyendo en la percepción de coordinación entre proveedores. De hecho, el acceso como consecuencia de una derivación desde la atención primaria se ha asociado en estudios previos a una mejor percepción de coordinación entre ambos niveles [124], mejor percepción de accesibilidad a la atención especializada en cuanto al tiempo de espera [127] y a una mayor satisfacción con la atención recibida [133]. En tercer y último lugar, es importante destacar que otros elementos de la calidad asistencial parecen influir en la percepción de continuidad asistencial, aparte de la coordinación entre proveedores [94]. Así, entre los motivos que los usuarios señalaron para considerar que la atención está coordinada es porque están satisfechos con los resultados de la atención recibida.

Elevados niveles de continuidad de relación, en especial con la atención primaria

Cerca del 80% de los encuestados expresaron ser atendidos por un único médico de la atención primaria y especializada en el último año y para una misma enfermedad. Este porcentaje fue ligeramente superior en el caso de las consultas a la atención especializada, posiblemente como consecuencia de un menor número de visitas a este nivel asistencial, tal y como indican las encuestas de utilización de servicios sanitarios [162], aunque también podría ser consecuencia

de una mayor rotación del personal de la atención primaria. Este resultado apunta a una mejor percepción de estabilidad de los profesionales en el entorno sanitario catalán que en otros sistemas sanitarios como el canadiense [92] o el del Reino Unido [163], donde entre el 77 y el 72% de los usuarios reportaron ser visitados por el mismo profesional de la atención primaria. Por otro lado, se ha observado un porcentaje bajo de usuarios que identifican al médico de la atención primaria como único y principal responsable de la gestión de su enfermedad, porcentaje similar al observado en la encuesta previa [94]. Esto podría estar parcialmente explicado porque por lo general los usuarios atribuyen una mayor competencia técnica a los profesionales de la atención especializada [47] así como el bajo nivel de contraderivaciones observado desde la atención especializada a la atención primaria.

La mayoría de los usuarios percibieron elevados niveles de continuidad de relación con los profesionales de la atención primaria y especializada en cuanto al vínculo médico-paciente. Este resultado es consistente con otros estudios que muestran que los pacientes generalmente perciben una buena relación con los profesionales que les atienden [91,124,164]. Es de destacar, sin embargo, que la percepción del vínculo fue mayor con los profesionales de la atención primaria. Este resultado es consistente con el hecho de que la relación con los profesionales de la atención primaria tiene una mayor duración y los pacientes les contactan más frecuentemente que a la atención especializada, lo que facilita el establecimiento de vínculos más fuertes [164], mientras que la relación con los médicos de la atención especializada tiende a ser de carácter más temporal [165]. Además, los usuarios perciben de diferente manera la adecuación de la información que los profesionales les proporcionan, valorando como más efectiva e inteligible la información que les proporcionan los profesionales de la atención primaria.

FACTORES DE CONTEXTO E INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

a) Área sanitaria

Mejor continuidad asistencial en áreas en las que una organización gestiona conjuntamente la atención primaria y especializada

El principal factor que influye tanto en las experiencias como en la percepción de continuidad asistencial es el área de estudio, percibiendo una mejor continuidad aquellos usuarios que fueron atendidos en organizaciones en los que la atención primaria y especializada son gestionadas por la misma entidad. En concreto, los usuarios de Girona ciudad y Baix Empordà, donde el ICS y SSIBE, respectivamente, gestionan ambos niveles asistenciales, tuvieron mayor probabilidad de experimentar una transferencia de información y consistencia en la atención que los usuarios atendidos en Ciutat Vella, donde diferentes organizaciones gestionan la atención primaria y la especializada. De manera consistente, los usuarios atendidos en Girona ciudad y Baix Empordà tuvieron mayor probabilidad de percibir elevados niveles de continuidad de información y gestión que los atendidos en Ciutat Vella.

Este resultado parece apoyar teorías previas que sugieren que los pacientes tienen una mayor probabilidad de experimentar discontinuidades en la atención cuando la reciben de diferentes organizaciones [166]. De hecho, este es el primer estudio en observar una influencia del área, es decir, el contexto sanitario donde se recibe la atención, en la percepción de los usuarios de continuidad de información y gestión, resultados similares a los obtenidos recientemente en Canadá [38], cuyo resultado principal fue observar una relación entre el nivel de integración en la gestión de las organizaciones y la percepción de los usuarios continuidad de información y gestión. Cabe destacar que no se ha observado una relación entre la continuidad asistencial y el hecho de que la organización que gestiona la atención primaria y especializada sea una entidad pública sujeta a derecho privado o público. Probablemente las diferencias observadas entre las áreas que están gestionadas por la misma entidad sean debidas a diferentes niveles de coordinación asistencial entre los niveles alcanzados debido a una desigual implementación de los diversos instrumentos de coordinación.

Las experiencias de estabilidad del equipo profesional también estuvieron influenciadas por el área sanitaria; mientras que los usuarios de Girona y Baix Empordà tuvieron mayor probabilidad de reportar ser atendidos por el mismo profesional de la atención primaria en el último año que los usuarios de Ciutat Vella, los de Girona y Ciutat Vella mostraron mayor probabilidad de reportar ser atendidos por el mismo profesional de la atención especializada (por el mismo motivo y en una misma especialidad). La percepción del vínculo con los profesionales también se asoció con el área de estudio, mostrando una mayor probabilidad de percibir un vínculo con los médicos de la atención primaria los usuarios atendidos en Girona y Baix Empordà que en Ciutat Vella; mientras que los usuarios atendidos en Baix Empordà y Ciutat Vella mostraron una mayor probabilidad de percibir un vínculo con los profesionales de la atención especializada que los atendidos en Girona. El hecho de que las áreas en las que se ha observado una mayor estabilidad de los médicos de la atención especializada no se corresponda con las áreas en las que se percibe un mayor vínculo parece indicar que otros factores diferentes a la estabilidad de los profesionales pueden estar explicando la percepción del vínculo con los profesionales, como la accesibilidad [119] o la satisfacción con la atención, aunque el carácter urbano-rural o el tamaño de los centros donde los pacientes son atendidos podría estar influenciando también en estos resultados.

b) Factores individuales

La edad influye en las experiencias y percepción de continuidad asistencial

Por lo general, la edad tuvo un efecto significativo en las experiencias y en la percepción de los tres tipos de continuidad, un resultado que es consistente con algunos de los estudios previos [120,124-126,129]. Las mejores experiencias y percepción de continuidad de los grupos de pacientes más ancianos podría ser en parte debido a las diferentes expectativas de estos, los cuales podrían apreciar más la atención que reciben que los pacientes jóvenes [167] que tienden a ser más críticos con la atención que reciben, lo que les lleva a valorar más negativamente los diferentes tipos de continuidad asistencial [168]. Sin embargo, también puede ser debido a que

los pacientes ancianos reciben una atención más coordinada por parte de los proveedores porque tienen un peor estado de salud o bien porque es más frecuente que la población más anciana tenga una o más enfermedades crónicas, que cuentan con estrategias de coordinación específicamente diseñadas para su manejo coordinado por parte de los diferentes profesionales.

El sexo influye en las experiencias de continuidad de información y gestión, y en la percepción del vínculo con los médicos de la atención especializada

Al explorar el efecto de la variable sexo sobre las experiencias y percepción de continuidad de información y gestión no se observaron diferencias entre hombres y mujeres, de manera similar a los resultados obtenidos en estudios previos [44,88,89,124,124,125]. Las excepciones son la mayor probabilidad observada en los hombres de experimentar que el médico de la atención primaria conoce las indicaciones dadas en la atención especializada y de acceder a la atención especializada como consecuencia de una derivación. Sería necesaria una exploración más profunda para esclarecer las causas que explican esta diferencia.

En cuanto a la continuidad de relación, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la probabilidad de experimentar una estabilidad del equipo profesional, siendo este resultado diferente al obtenido en estudios previos, los cuales concluyeron que las mujeres tienden a experimentar una mayor estabilidad del equipo profesional de la atención primaria que los hombres [88,118]. En cuanto a la percepción del vínculo, los resultados del estudio son consistentes con las investigaciones previas, que no han hallado diferencias entre hombres y mujeres en la percepción del vínculo con los profesionales de la atención primaria [120] y observaron que los hombres perciben un mejor vínculo con los profesionales de la atención especializada que las mujeres [119].

El nivel educativo se relaciona inversamente con la experiencia y percepción de continuidad de información

Los usuarios con un menor nivel educativo tuvieron una mayor probabilidad de experimentar y percibir una adecuada transferencia de información y mayor probabilidad de acceder a los diferentes niveles asistenciales como consecuencia de una derivación (continuidad de la gestión). Sin embargo, no se observaron diferencias consistentes según el nivel educativo en las experiencias y percepción de continuidad de relación.

Un estudio realizado en Estados Unidos observó la misma asociación entre la continuidad de información y gestión y el nivel educativo [124]. Estudios previos sugieren que los usuarios con mayor nivel educativo juzgan la calidad de manera más crítica [169,170] y piden más información a los profesionales [171] que los que tienen un nivel educativo inferior. Es de esperar, por lo tanto, que los pacientes con mayor nivel educativo identifiquen más frecuentemente problemas en la transferencia de información entre niveles, lo que apoya los resultados del estudio.

Los inmigrantes perciben niveles diferentes de continuidad de relación

Los hallazgos del estudio indican que no hay diferencias entre inmigrantes (personas nacidas fuera de España) y nativos en la probabilidad de percibir una adecuada transferencia de información clínica, así como tampoco de percibir que la atención entre niveles es consistente. Como ningún estudio ha analizado comparativamente estos aspectos de la atención, los resultados no pueden compararse con los de otras investigaciones. Sin embargo, diversos estudios han explorado el efecto del primer idioma de los usuarios sobre la continuidad de gestión [88,119,124], concluyendo resumidamente que el primer idioma no tiene una influencia significativa en la percepción de consistencia de la atención.

El acceso a la atención especializada como consecuencia de una derivación fue más probable entre la población inmigrante que en la nativa. Posibles explicaciones son que la población nativa conoce y utiliza vías alternativas para acceder a la atención especializada que no utilizan los inmigrantes, aunque también los profesionales podrían estar percibiendo una mayor necesidad de coordinación cuando trata a población inmigrante y por eso utilizan con mayor frecuencia los mecanismos de derivación. Asimismo, la sobrecarga de trabajo atribuida a los inmigrantes [174] podría estar incitando a los profesionales a referir a esta población a la atención especializada con mayor frecuencia, por lo que se debería explorar si estas derivaciones son adecuadas.

En cuanto a la continuidad de relación, no se han observado diferencias en las experiencias de estabilidad del equipo profesional de la atención primaria y especializada. Sin embargo, se han observado diferencias significativas entre la población nativa y la población inmigrante en la percepción del vínculo con los profesionales de la atención primaria y especializada. En cuanto al vínculo con la atención primaria, se ha observado una mayor probabilidad entre los inmigrantes de percibir bajos niveles de continuidad de relación, de manera consistente a los resultados obtenidos en otros estudios, que han analizado algunos de los atributos de este tipo de continuidad, como la percepción de comunicación con el usuario o de responsabilidad clínica [131,132]. Algunas de las características de los inmigrantes podrían estar influyendo, como por ejemplo diferentes expectativas sobre la naturaleza de la relación con los profesionales o diferentes estilos de comunicación [132,175]. Sin embargo, aspectos relacionados con los profesionales de salud y con las organizaciones también podrían estar explicando las diferencias observadas [174-177], como por ejemplo prejuicios o dificultad para comprender la visión de los inmigrantes, así como la disponibilidad insuficiente de tiempo en la consulta para explorar las necesidades particulares de los inmigrantes [174,175].

En cuanto al vínculo con los profesionales de la atención especializada, los inmigrantes mostraron una mayor probabilidad de percibir un vínculo con estos profesionales que los nativos. De nuevo, diferentes expectativas podrían estar explicando parcialmente este resultado; sin embargo, también es posible que otros factores estén explicando estas diferencias, como por ejemplo, que los profesionales de la atención especializada hagan esfuerzos adicionales o dispongan de más tiempo en las consultas para comunicarse.

El estado de salud se relaciona con algunos elementos de continuidad y con el vínculo con los profesionales de la atención especializada

De manera similar a un estudio previo [124], no se observaron diferencias en las experiencias ni en la percepción de transferencia de información clínica según el estado de salud reportado por los usuarios. Tampoco se observaron diferencias en la probabilidad que la visita a la atención primaria sea consecuencia de la contraderivación de algún profesional de la atención especializada ni en la percepción de consistencia de la atención. Este último resultado contrasta con los encontrados en otras investigaciones, las cuales concluyeron que los pacientes con peor estado de salud autopercibido y mayor morbilidad perciben una peor consistencia de la atención [91,126]. La desigual implementación de programas específicos para la gestión de pacientes crónicos o pluripatológicos podría explicar las diferencias observadas, aunque también podrían ser consecuencia de una manera diferente de abordar el análisis de la morbilidad y de la continuidad asistencial.

Los usuarios que utilizaron los servicios de salud como consecuencia de una enfermedad de duración superior a un año reportaron con mayor probabilidad experimentar una transferencia de información de la atención especializada a la primaria. Esta diferencia puede ser consecuencia de que estos usuarios consultan más frecuentemente a sus médicos, lo que podría favorecer la percepción de que tienen toda la información sobre su enfermedad, aunque la existencia de programas específicos para la gestión de pacientes crónicos podría explicar una mayor transferencia de información entre los profesionales. Un análisis más profundo que incorpore la perspectiva de los profesionales de salud y un análisis de los mecanismos de coordinación disponibles arrojarán luz para la interpretación de estos resultados.

Finalmente, la morbilidad no pareció influir en la percepción de estabilidad de los profesionales de la atención primaria y especializada, así como tampoco en el vínculo que se establece con los profesionales de la atención primaria, lo que apoya los hallazgos de estudios previos [93,120,129]. Sin embargo, los usuarios que reportaron un peor estado de salud o tener más de una enfermedad tuvieron una menor probabilidad de reportar un vínculo con los profesionales de la atención especializada, posiblemente como consecuencia de un menor número de visitas a este nivel.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Sobre la muestra

Un elevado porcentaje de usuarios, el 77,5% de los contactados, rechazaron participar en la investigación. Por lo tanto, no es posible descartar un sesgo de no respuesta ni la infrarrepresentación de algunos grupos de estudio. La literatura señala que los bajos niveles de participación en una encuesta no determinan por sí mismos el riesgo de este tipo de sesgos, sino que es necesario que la no respuesta entre los diferentes grupos de población esté asociado al aspecto a estudiar [172]. En el caso del presente estudio, la falta de evidencia concluyente que relacione los diferentes factores individuales con las experiencias y percepción de continuidad no permite evaluar este riesgo. Sin embargo, se llevó a cabo una estrategia de reemplazo dirigido a disminuir un posible sesgo, reemplazando a los usuarios que rechazaron participar por otros de la misma edad, sexo y con el mismo centro de atención primaria de referencia, lo que puede haber ayudado a reducir el riesgo de este sesgo. Al no disponer de más datos sociodemográficos de los usuarios contactados, los rechazos no pudieron reemplazarse teniendo en cuenta otras características similares, como nivel de estudios o país de origen. La comparación del sexo y edad de la población encuestada y la población de estudio, resultante de cruzar las bases de datos de los centros de atención primaria y hospitales, no mostró diferencias significativas entre ambas poblaciones.

Sobre los criterios de inclusión

Se han explorado las diferencias en la percepción y experiencias de continuidad de la población inmigrante respecto a la nativa. Un criterio de inclusión del estudio fue poder comprender y expresarse adecuadamente en español o catalán. Por lo tanto, es posible que haya una sobrerrepresentación de personas originarias de países de habla hispana en la muestra de inmigrantes. La imposibilidad de caracterizar la población de estudio no permite conocer la magnitud de dicha sobrerrepresentación. Si comparamos la muestra con la población residente en Catalunya, se observa que mientras la población originaria de un país de habla hispana representa el 53,3% de la población inmigrante en el estudio, en Catalunya la población originaria de Latinoamérica es el 32,5% de la población (17.4% en Baix Empordà, 38.3% en Girona ciudad y 21.9% en el distrito barcelonés de Ciutat Vella) [173]. Como consecuencia, es plausible suponer que los resultados estén infravalorando posibles diferencias entre la población inmigrante y nativa, en especial respecto a la continuidad de relación, donde los estudios disponibles concluyen que los usuarios cuyo primer idioma es diferente al mayoritario experimentan una peor relación con los profesionales que les atienden [88,119].

Sobre la medición y el análisis de la continuidad asistencial

Para la recolección de los datos se ha empleado el cuestionario CCAENA, que es un instrumento especialmente diseñado para caracterizar las experiencias y percepciones de

continuidad asistencial entre niveles, validado previamente en el contexto catalán y que operativiza el marco conceptual desarrollado por Reid et al [45]. Sin embargo, hay una serie de limitaciones que es necesario tener en cuenta; en primer lugar, hay dos dimensiones de la continuidad asistencial, el conocimiento acumulado y la flexibilidad, que no están representado en el cuestionario porque no se lograron operativizar tras una exhaustiva revisión bibliográfica y la discusión del grupo de expertos [45]. En segundo lugar, el análisis de las percepciones de continuidad asistencial se ha realizado con variables dicotómicas que representan altos y bajos niveles de continuidad, lo que comporta una simplificación de los datos y una posible pérdida de información. Se optó por la dicotomización de las variables porque facilitan la presentación e interpretación de los datos y porque el porcentaje obtenido para la cuarta categoría (muy bajos niveles de continuidad) fue muy bajo, por lo que no se disponía de suficientes casos para ajustar adecuadamente esta categoría en los modelos de regresión. En tercer lugar, la escasez de estudios dirigidos a comprender de una manera amplia el fenómeno de la continuidad dificulta contrastar los resultados obtenidos en el estudio con los de otras investigaciones. Además, el hecho de que se dispongan de pocos análisis sobre los factores asociados a la continuidad implica que es posible que no se hayan identificado todas las variables relevantes en la explicación de la continuidad.

Finalmente, cabe destacar que no es posible alcanzar conclusiones causales de relación entre las variables estudiadas, a pesar de que no se trata de una limitación del estudio sino de una característica intrínseca de los estudios con diseño transversal.

CONCLUSIONES

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Los pacientes atendidos en el sistema de salud público catalán experimentan y perciben una continuidad en la atención que reciben en la transición entre niveles asistenciales, especialmente en cuanto a la continuidad de gestión y relación. Sin embargo, existe un margen de mejora en la provisión de la atención al identificarse la existencia de algunos elementos específicos de discontinuidad en la transición entre la atención primaria y especializada.

Continuidad de información

• La mayoría de los usuarios experimenta y percibe una adecuada transferencia de información clínica entre niveles asistenciales. Sin embargo, un destacable porcentaje de usuarios experimentan discontinuidades en la transferencia de información clínica entre niveles asistenciales, es decir, consideran que los profesionales desconocen parte de la atención reciben en el otro nivel asistencial, como pruebas diagnósticas e indicaciones. En coherencia, más de una cuarta parte de los encuestados percibe bajos o muy bajos niveles de continuidad de la información clínica entre los profesionales de la atención primaria y especializada. Estos porcentajes son superiores a los que cabría esperar dado que las áreas de estudio poseen mecanismos para favorecer la transferencia de información, principalmente mediante la utilización de un único sistema informático por parte de todos los profesionales de la organización o la posibilidad de consultar electrónicamente la información recogida en el otro nivel.

Continuidad de gestión clínica

- Por lo general los pacientes perciben elevados niveles de consistencia en la atención. Sin embargo, del análisis de las experiencias de los usuarios surgen algunos elementos susceptibles de mejora, como los porcentajes de derivación desde la atención primaria y los de contraderivación desde la atención especializada. Asimismo, cabe destacar que cerca de una cuarta parte de los usuarios percibe que los diferentes profesionales que le atienden no están coordinados.
- Los usuarios perciben una adecuada accesibilidad a la atención primaria desde la atención especializada, a pesar de que los tiempos de espera fueron altos para algunos usuarios. Como era de esperar, los usuarios reportaron largos tiempos de espera a la atención especializada.

Continuidad de relación

- Los pacientes perciben elevados niveles de estabilidad de los profesionales que atienden a los usuarios. Por otro lado, se ha observado un porcentaje bajo de usuarios que identifican al médico de la atención primaria como único y principal responsable de la gestión de su enfermedad.
- Los pacientes perciben la existencia de un vínculo con los profesionales que les atienden, siendo mayor el vínculo que perciben con los profesionales de la atención primaria que con los de la atención especializada.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Las experiencias y percepción de continuidad asistencial en la transición entre niveles varían en función del área sanitaria, es decir, del contexto sanitario donde se recibe la atención, y en función de las características sociodemográficas y el estado de salud y morbilidad de los usuarios.

Influencia del área sanitaria en las experiencias y percepción de continuidad

• Se ha observado de manera consistente una influencia del área donde se recibe la atención en las experiencias y percepción de los usuarios de los tres tipos de continuidad asistencial: los usuarios que son atendidos en una área sanitaria en el que la atención primaria y especializada están gestionadas por la misma entidad experimentan y perciben una mejor continuidad de información y gestión, así como una mayor estabilidad de los profesionales que les atienden. Sin embargo, no se ha observado de manera consistente una relación entre la continuidad asistencial y el hecho de que la organización que gestione la atención primaria y especializada sea una entidad pública sujeta a derecho privado o público.

Influencia de los factores individuales en las experiencias y percepción de continuidad

- Una mayor edad se asoció con una mayor probabilidad de experimentar y percibir elevados niveles de continuidad de información, gestión y de relación. Algunas experiencias de continuidad también se vieron influidas por la edad de los usuarios.
- Los hombres mostraron una mayor probabilidad de experimentar algunos elementos de continuidad de información y gestión, como una transferencia de información de la atención especializada a la primaria o ser atendidos en la atención especializada como consecuencia de una derivación de la atención primaria. De manera similar, los hombres

tuvieron mayor probabilidad de percibir un vínculo con los profesionales de la atención especializada que las mujeres.

- El nivel educativo influyó en la probabilidad de experimentar y percibir una adecuada transferencia de información y en la probabilidad de acceder a los diferentes niveles asistenciales como consecuencia de una derivación. Concretamente, se observó una menor probabilidad de experimentar y percibir la continuidad entre los usuarios con mayor nivel educativo.
- El estatus de inmigrante no influyó en la probabilidad de experimentar una estabilidad de los profesionales o en experimentar y percibir continuidad de información ni de gestión, a excepción del acceso a la atención especializada, que fue reportada más probablemente por la población inmigrante como consecuencia de una derivación desde la atención primaria. Sin embargo, el estatus de inmigrante influyó en la probabilidad de percibir un vínculo con los médicos; por un lado, los inmigrantes reportaron un peor vínculo con los médicos de la atención primaria que los nativos en términos de confianza, comunicación efectiva y responsabilidad clínica; por el otro lado, mostraron una mayor probabilidad de percibir un vínculo con los médicos de la atención especializada en términos de comunicación efectiva y responsabilidad clínica.
- La duración de la enfermedad por la que los usuarios consultan los servicios influye en la posibilidad de experimentar una adecuada transferencia de información de la atención especializada a la atención primaria. Un peor estado de salud autopercibido y el tener más de una enfermedad se asoció con una menor probabilidad de reportar un vínculo con los profesionales de la atención especializada.
- Las diferencias observadas entre grupos de usuarios en las experiencias y percepciones de continuidad asistencial podrían estar indicando la existencia de desigualdades en la atención que se proporciona a los usuarios y la existencia de necesidades específicas no cubiertas.

RECOMENDACIONES

Del análisis de las experiencias y percepciones de continuidad asistencial de los usuarios de los servicios de salud públicos catalanes y del análisis de sus factores asociados se desprenden las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones para los servicios de salud

- El estudio muestra unos valores de continuidad de la información inferiores a los que cabría esperar dada la implementación en las áreas sanitarias de mecanismos específicos para la transferencia de información. Por ello, sería conveniente que las organizaciones fortalecieran la utilización de los instrumentos de coordinación de la información dirigidos a mejorar la transferencia de la información entre profesionales, como los sistemas de información, actualmente disponibles en las organizaciones.
- Los usuarios que son atendidos en un área sanitaria en el que la atención primaria y especializada están gestionadas por distintas organizaciones experimentan y perciben una peor continuidad de información y gestión. Sería recomendable, por lo tanto, que las organizaciones que proveen atención en entornos sin integración de la gestión implementen instrumentos comunes de coordinación con el fin de mejorar la percepción de continuidad de información y gestión de los usuarios atendidos en estos contextos.
- El estudio indica la existencia de problemas de accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a la atención especializada pero también a la primaria, los cuales deberían ser abordados por los servicios.
- El estudio señala la existencia de diferencias según las características de los individuos en las experiencias y percepción de continuidad entre niveles asistenciales, lo que indica la necesidad por parte de las organizaciones de abordar las posibles desigualdades en la atención que se proporciona a los usuarios, así como las necesidades específicas no cubiertas de los diferentes colectivos.

Recomendaciones para la investigación

- Las organizaciones deberían identificar y analizar en profundidad las causas por las que a pesar de que disponen de instrumentos que han probado ser útiles para coordinarse, los usuarios continúan percibiendo discontinuidades en la transferencia de información y gestión entre niveles asistenciales.
 - Sería conveniente completar la información proporcionada por este estudio con datos provenientes de la percepción de profesionales y gestores, así como datos

de la coordinación de la gestión en dichas organizaciones, lo que arrojaría luz sobre los problemas específicos de coordinación existentes en los diferentes entornos que dificilmente son apreciables por los usuarios.

- Un análisis comparativo entre los resultados de este estudio y datos sobre la coordinación de la información en dichas organizaciones sería útil para comprender la relación entre ambos fenómenos.
- Futuras investigaciones deberían profundizar en las causas por las que diferentes grupos de usuarios experimentan y perciben diferentes grados de continuidad, con el objetivo de identificar o descartar posibles desigualdades en la atención que se proporciona a los usuarios y necesidades específicas no cubiertas.
 - Realizar análisis comparativos de los niveles de coordinación asistencial que reciben los diversos grupos en los que se han observado diferencias en la percepción de continuidad para determinar si dichas diferencias son consecuencia de una atención diferente por parte de los servicios de salud.
 - O Sería conveniente explorar, mediante aproximaciones cualitativas, las percepciones de usuarios, profesionales y gestores con el fin de identificar los diferentes elementos organizativos que dificultan a los diferentes colectivos percibir una adecuada continuidad, así como identificar sus necesidades específicas de continuidad asistencial.
- Sería conveniente disponer de estudios adicionales dirigidos a profundizar los resultados obtenidos en la presente investigación. Estudios futuros deberían enfocarse en los siguientes aspectos:
 - o Profundizar en el conocimiento sobre los factores de la organización de los servicios de salud que favorecen una mejor continuidad asistencial, lo que permitiría proponer estrategias específicas de mejora en las organizaciones sanitarias. En concreto, sería conveniente determinar los mecanismos específicos de la coordinación entre niveles que se asocian con una mejor percepción y experiencias de continuidad asistencial por parte de los usuarios.
 - Explorar las barreras específicas a la continuidad asistencial que existen en los entornos sanitarios en los que más de una organización gestiona los diferentes niveles asistenciales.
- Estudios futuros deberían incorporar la perspectiva multidimensional de la continuidad, dado que permite explorar el fenómeno de la continuidad asistencial desde una perspectiva integradora

- Sería adecuado disponer de un marco conceptual de la continuidad asistencial que contara con una mayor profundidad y operatividad, incluyendo los diferentes niveles de factores asociados a la continuidad, tanto organizativos como individuales, así como abordando la interrelación entre los diferentes tipos de continuidad y su relación con otros fenómenos relacionados como la coordinación y la integración asistencial.
- Sería de interés repetir en el futuro la encuesta con la finalidad de evaluar el impacto de las reformas que se están llevando a cabo en el sistema de salud en la continuidad de información, gestión y relación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care. Dan Med Bull 2011; 58: B4245.
- 2 World Health Organization. *Key policy issues in long-term care*. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 3 Gröne O, Garcia-Barbero M. *Trends in Integrated Care: Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- 4 MacAdam M. Framework of Integrated Care for the elderly: a systematic review. Ontario: Canadian Policy Research Network Inc., 2008.
- 5 Øvretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: The Health Foundation, 2011.
- 6 World Health Organization. *The World Health Report: health systems financing. The path to universal coverage.* Geneva: World Health Organization, 2010.
- 7 Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20: 485-95.
- 8 Starfield B. Coordinación de la atención en salud. *In: Atención primaria*. Barcelona: Masson.
- 9 Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 545-8.
- 10 Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- 11 Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219-21.
- 12 Vargas I, Vázquez ML, Henao D, de Campos C. *Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*. (in press). Washington: Pan American Health Organization (PAHO), 2013.

- 13 Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, Haggerty J, Tarrant C. *Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care: a multi-method investigation of relevant mechanisms and contexts.* London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2002.
- 14 Uijen AA, Schers HJ, van Weel C. Continuity of care preferably measured from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol* 2010; 63: 998-9.
- 15 Freeman G, Hughes J. *Continuity of care and the patient experience*. London: The King's Fund, 2010.
- 16 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1: 134-43.
- 17 Uijen AA, Schellevis FG, van den Bosch WJ, Mokkink HG, van Weel C, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 1391-9.
- 18 Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health* 1980; 70: 117-9.
- 19 Donaldson MS. Continuity of care: a reconceptualization. *Med Care Res Rev* 2001; 58: 255-90.
- 20 Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11: 248-50.
- 21 Holland DE, Harris MR. Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Serv Q* 2007; 26: 3-19.
- van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci* 2006; 8: 185-95.
- 23 Dietrich AJ, Olson AL. Political and cultural factors in achieving continuity with a primary health care provider at an Indian Health Service hospital. *Public Health Rep* 1981; 96: 398-403.
- 24 Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. *Med Care* 1984; 22: 231-9.

- Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA* 1984; 252: 2413-7.
- 26 Coyle N, Monzillo E, Loscalzo M, Farkas C, Massie MJ, Foley KM. A model of continuity of care for cancer patients with pain and neuro-oncologic complications. *Cancer Nurs* 1985; 8: 111-9.
- 27 Spooner SA. Incorporating temporal and clinical reasoning in a new measure of continuity of care. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1994; 716-21.
- 28 Flocke SA. Measuring attributes of Primary Care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997; 45: 64-74.
- 29 Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, Haggerty J, Tarrant C. *Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now?* London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2007.
- 30 Shegda LM, McCorkle R. Continuing care in the community. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5: 279-86.
- 31 Meijer WJ, Vermeij DJ. A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care. *Int J Qual Health Care* 1997; 9: 23-33.
- 32 Sahlberg-Blom E, Ternestedt BM, Johansson JE. The last month of life: continuity, care site and place of death. *Palliat Med* 1998; 12: 287-96.
- 33 Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Qual Health Care* 1999; 8: 16-21.
- 34 Wierdsma A, Mulder C, de Vries S, Sytema S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *J Health Serv Res Policy* 2009; 14: 52-7.
- 35 American Academy of Family Physicians. Definition of Continuity of Care. http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/continuityofcaredefinition.html
- 36 Freeman GK, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards SC. *Continuity of care:* report of a scoping exercise for the NCCSDO. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2001.

- 37 Parker G, Corden A, Heaton J. *Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care*. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organization, 2010.
- 38 Heaton J, Corden A, Parker G. 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *Int J Integr Care* 2012; 12: e12.
- 39 Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2007.
- 40 Baker R, Freeman G, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J. *Continuity of care:* patients' and carer's views and choices in their use of primary care services. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2001.
- 41 Burns T, Catty J, Clement S, Harvey K, Rees Jones I, McLaren S. *Experiences of continuity of care and health and social outcomes: the ECHO Study*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2007.
- 42 Hardy B, Hudson AO, Hewison J. *Partnership and complexity in continuity of care: a study of vertical and horizontal integration across organisational and professional boundaries*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2005.
- 43 Hill KM, House AO, Hewison J. *Continuity of care in stroke and its relation to outcomes*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2008.
- 44 King D, Jones L, Nazareth I. *Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), 2006.
- 45 Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, Llopart JR, Ferran M, Colomés L, Vázquez M.L. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit* 2010; 24: 339-46.

- 46 Letelier MJ. Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios [Tesina del Master]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2008.
- 47 Waibel S, Gusmão R, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Continuity of care in integrated healthcare networks in Catalonia from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Expect* 2011; under review.
- 48 Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 11.
- 49 Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26: 360-7.
- 50 Boulton M, Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman GK. How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 749-55.
- 51 Campbell SM, Gately C, Gask L. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illn* 2007; 3: 46-65.
- 52 Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy* 2009; 14: 82-7.
- 53 Green CA, Polen MR, Janoff SL, Castleton DK, Wisdom JP, Vuckovic N, Perrin NA, Paulson RI, Oken SL. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 32: 9-22.
- 54 Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res* 2002; 37: 1031-54.
- 55 Jones IR, Ahmed N, Catty J, McLaren S, Rose D, Wykes T, Burns T. Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Soc Sci Med* 2009; 69: 632-9.
- McCormack B, Mitchell EA, Cook G, Reed J, Childs S. Older persons' experiences of whole systems: the impact of health and social care organizational structures. *J Nurs Manag* 2008; 16: 105-14.

- 57 Michiels E, Deschepper R, van der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander SR, Deliens L. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med* 2007; 21: 409-15.
- 58 Pandhi N, Bowers B, Chen FP. A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Fam Med* 2007; 39: 266-73.
- 59 Pooley CG, Gerrard C, Hollis S, Morton S, Astbury J. 'Oh it's a wonderful practice... you can talk to them': a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health Soc Care Community* 2001; 9: 318-26.
- 60 Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *J Adv Nurs* 2004; 46: 13-22.
- 61 Woodward CA, Abelson J, Tedford S, Hutchison B. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med* 2004; 58: 177-92.
- 62 Infante FA, Proudfoot JG, Powell DG, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, Harris MF. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 2004; 181: 70-3.
- 63 Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330: 1122.
- 64 Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 22.
- 65 Nair KM, Dolovich LR, Ciliska DK, Lee HN. The perception of continuity of care from the perspective of patients with diabetes. *Fam Med* 2005; 37: 118-24.
- Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What Do People Think Is Important about Primary Healthcare? *Healthc Policy* 2008; 3: 89-104.
- Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009; 9: 1142.
- 68 Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 390-7.

- 69 Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 459-62.
- 70 Mainous AG, Goodwin MA, Stange KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med* 2004; 3: 452-4.
- 71 Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001; 33: 22-7.
- 72 Baker R, Mainous AG, III, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 27-32.
- 73 Love MM, Mainous AG, III, Talbert JC, Hager GL. Continuity of care and the physician-patient relationship: the importance of continuity for adult patients with asthma. *J Fam Pract* 2000; 49: 998-1004.
- 74 Pereira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward continuity of care. *Arch Intern Med* 2003; 163: 909-12.
- 75 Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002; 19: 496-9.
- 76 Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 226-33.
- 77 Waldenström U. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery* 1998; 14: 207-13.
- 78 Morgan ME, Pasquarella M, Jolman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *J Am Board Fam Med* 2004; 17: 341-6.
- 79 Lave JR, Lave LB, Leinhardt S, Nagin D. Characteristics of individuals who identify a regular source of medical care. *Am J Public Health* 1979; 69: 261-7.
- 80 Knight JC, Dowden JJ, Worrall GJ, Gadag VG, Murphy MM. Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Popul Health Manag* 2009; 12: 81-6.

- 81 Safran DG, Karp M, Coltin K, Chang H, Li A, Ogren J, Rogers W. Measuring Patients' Experiences with Individual Primary Care Physicians: Results of a Statewide Demonstration Project. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 13-21.
- 82 Worrall G, Knight J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes. *Can Fam Physician* 2011; 57: e16-e20.
- 83 Overland J, Yue DK, Mira M. Continuity of care in diabetes: to whom does it matter? *Diabetes Res Clin Pract* 2001; 52: 55-61.
- 84 Canady JW, Means ME, Wayne I, Thomson SA, Richman LC. Continuity of care: university of Iowa cleft lip/palate Interdisciplinary Team. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34: 443-6.
- 85 King M, Jones L, Richardson A, Murad S, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Coelho H, Andreou P, Tookman A, Mason C, Nazareth I. The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *Br J Cancer* 2008; 98: 529-36.
- 86 Bass RD, Windle C. A preliminary attempt to measure continuity of care in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1973; 9: 53-62.
- 87 Bindman J, Johnson S, Wright S, Szmukler G, Bebbington P, Kuipers E, Thornicroft G. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 169-74.
- 88 Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007; 24: 245-51.
- 89 Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. Continuity of care is associated with well-coordinated care. *Ambul Pediatr* 2003; 3: 82-6.
- 90 Krugman SD, Racine A, Dabrow S, Sanguino S, Meyer W, Seid M, Serwint JR. Measuring primary care of children in pediatric resident continuity practices: a continuity research network study. *Pediatrics* 2007; 120: e262-e271.
- 91 Burgers JS, Voerman GE, Grol R, Faber MJ, Schneider EC. Quality and coordination of care for patients with multiple conditions: results from an international survey of patient experience. *Eval Health Prof* 2010; 33: 343-64.
- 92 Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6: 116-23.

- 93 Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *J Health Serv Res Policy* 2010; 16: 67-74.
- 94 Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Ferran M, Colomés L, Vázquez ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud catalán. *Rev Esp Salud Publica* 2010; 84: 371-87.
- 95 Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, van den Bosch WJ, van de Laar FA, Terwee CB, Schers HJ. Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review. *PLoS One* 2012; 7: e42256.
- 96 Berendsen AJ, Groenier KH, de Jong GM, Meyboom-de JB, van der Veen WJ, Dekker J, de Waal MW, Schuling J. Assessment of patient's experiences across the interface between primary and secondary care: Consumer Quality Index Continuum of care. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 123-7.
- 97 Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care* 2009; 9: e01.
- 98 McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustom J, Malcom E. *Care Coordination Atlas Version 3*. Rockville,MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
- 99 Lévesque J, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Bealieu M, Pinneault R, Santor D, Beaulieu C. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Fam Pract* 2012; 13: doi: 10.1186/1471-2296-13-20.
- 100 Dobrow MJ, Paszat I, Golder B, Brown AD, Holowaty E. Measuring integration of cancer services to support performance improvement: the CSI Survey. *Healthc Policy* 2009; 5: 35-53.
- 101 Young JM, Walsh J, Solomon MJ, Shaw J. Measuring cancer care coordination: development and validation of a questionnaire for patients. *BMC Cancer* 2011; 11: 298.
- 102 Harley C, Adams J, Booth L, Selby P, Brown J, Velikova G. Patient experiences of continuity of cancer care: development of a new Medical Care Questionnaire (NCQ) for oncology outpatients. *Value Health* 2009; 12: 1180-6.
- 103 Dolovich LR, Nair KM, Ciliska DK, Lee HN, Birch S, Gafni A, Hunt.D.I. The Diabetes Continuity of Care Scale: the development and initial evaluation of a questionnaire that

- measuers continuity of care from the patients perspective. *Health Soc Care Community* 2004; 12: 475-87.
- 104 Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Measuring continuity of care in diabetes mellitus: an experience-based measure. *Ann Fam Med* 2006; 4: 548-55.
- 105 Wei X, Barnsley J, Zakus D, Cockerill R, Glazier R, Sun X. Assessing continuity of care in a community diabetes program: initial questionnaire development and validation. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 925-31.
- 106 Ware NC, Dickey B, Turunberg T, McHorney CA. CONNECT: a measure of continuity of care in mental health services. *Ment Health Serv Res* 2003; 5: 209-21.
- 107 Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *J Behav Health Serv Res* 2004; 31: 279-96.
- 108 Joyce AS, Adair CE, Wild TC, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, Pasmeny G. Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Ment Health J* 2010; 46: 192-208.
- 109 Hadjistavropoulos HD, Biem HJ, Kowalyk KM. Measurement of continuity of care in cardiac patients: reliability and validity of an in-person questionnaire. *Can J Cardiol* 2004; 20: 883-91.
- 110 McGuiness C, Sibthorpe B. Development and initial validation of a measure of coordination of health care. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 309-18.
- 111 Bull MJ, Lao D, Maruyama GM. Measuring continuity of elders' posthospital care. *J Nurs Meas* 2000; 8: 41-60.
- 112 Hadjistavropoulos H, Biem H, Sharpe D, Bourgault-Fagnou M, Janzen J. Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 314-23.
- 113 King D, Jones L, Rogers M, McCarthy O, Williams R, Nazareth I. *Continuity of care in patients with cancer: development of an intervention*. London, 2008.
- 114 Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Breton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med* 2012; 10: 443-51.

- 115 Shi LY, Starfield B, Xu JH. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50: 161-75.
- 116 Safran DG, Kosinski M, Tarlow AR, Rogers HW, Taira DH, Lieberman N, Ware JE. The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Med Care* 1998; 36: 728-39.
- 117 Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): test of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000; 17: 372-9.
- 118 Jatrana S, Crampon P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from the SoFIE-Primary Care. *N Z Med J* 2011; 124: 16-26.
- 119 Rodriguez HP, von Glahn T, Chang H, Rogers WH, Safran DG. Measuring patients' experiences with individual specialist physicians and their practices. *Am J Med Qual* 2009; 24: 35-44.
- 120 Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 798-800.
- 121 Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomes L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International Journal of Integrated Care* 2013; (Submitted).
- van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 947-56.
- 123 Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-90.
- 124 O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 170-7.
- 125 Kautz CM, Gittell JH, Weinberg DB, Lusenhop RW, Wright J. Patients benefits from participating in an integrated delivery system: impact on coordination of care. *Health Care Manag Rev* 2007; 32: 284-94.
- 126 Taira D, Osheroff W. Patient perceptions of inter-provider coordination of care. *Hawaii Med J* 2008; 67: 121-5.

- 127 Carriere G, Sanmartin C. Waiting time for medical specialist consultations in Canada, 2007. *Health Rep* 2010; 21: 7-14.
- 128 Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, Scutchfield FD. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 163.
- 129 Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 2005; 22: 15-9.
- 130 Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns* 2008; 72: 155-62.
- 131 Dallo FJ, Borrell LN, Williams SL. Nativity status and patient perceptions of the patient-physician encounter: results from the Commonwealth Fund 2001 survey on disparities in quality of health care. *Med Care* 2008; 46: 185-91.
- 132 Meeuwesen L, Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med* 2006; 63: 2407-17.
- 133 Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiatior, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 5.
- 134 Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, no.311.1,
- 135 Ley 14/1968, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, no.102,
- 136 Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, no.98, (24-4-2012).
- 137 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, no.128,
- 138 García-Armesto S, Abadía-Taira M, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health System review. *Health Syst Transit* 2010; 12: 1-295.
- 139 Ministerio de Sanidad y Política Social. *Sistema de Información Sanitaria del SNS*. 2010.

- 140 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España:2007-2012 Proyecto AP-21*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (Insalud e Inserso). Boletín Oficial del Estado, no.176,
- 142 Servei Català de la Salut. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009. Evolució històrica i perspectives de futur. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2009.
- 143 Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, no.5776,
- 144 Servei Català de la Salut. El sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques de de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010.
- 145 Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitaria de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, no.1324,
- 146 Vázquez ML, Vargas I. *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos.* Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.
- 147 Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Poteliakhoff E. *Continuity of care for older hospital patients. A call for action.* London: The King's Fund, 2012.
- 148 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press, 2000.
- 149 Aller MB, Vargas I, Vazquez ML. Available tools to comprehensively assess continuity of care from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 578-9.
- 150 Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomés L, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit* 2012; 27: 207-13.
- Haukoos JS, Newgard CD. Advanced statistics: missing data in clinical research--part 1: an introduction and conceptual framework. *Acad Emerg Med* 2007; 14: 662-8.

- 152 StataCorp. *Stata User's Guide Release 11*. College Station: Stata Press Publication, 2009.
- 153 Hosmer DL, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2000.
- 154 Breton M, Haggerty J, Roberge D, Freeman GK. Management continuity in local health networks. *Int J Integr Care* 2012; 12: e14.
- 155 Harper S. Continuity of care. *Am J Nurs* 1985; 58: 871-2.
- 156 Øvretveit J. *Does improving quality save money?* London: The Health Foundation, 2009.
- 157 Carrier E, Yee T, Holzwart RA. *Coordination between emergency and primary care physicians*. Washington D.C.: National Institute for Health Care Reform, 2011.
- 158 O'Malley AS, Grossman JM, Cohen GR, Kemper NM, Hoangmai H. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J Gen Intern Med* 2009; 25: 177-85.
- 159 Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23: 280-6.
- 160 Drain M, Clark AC. Measuring experience from the patient's perspective: implications for national initiatives. *JHQ Online* 2004; W4-6-W4-16.
- 161 Curry N, Ham C. *Clinical and service integration. The route to improved outcomes.* London: The King's Fund, 2010.
- 162 Instituto de Información Sanitaria. Barómetro sanitario 2008. http://www.msps es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home htm 2008
- Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, Parker R, Campbell J, Lyratzopoulos G, Roland M. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract* 2012; 62: e567-e575.
- 164 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med* 2004; 2: 445-51.

- 165 Saltman RB, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat?*Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006.
- 166 Haggerty J, Reid R, McGrail K, McKendry R. *Here, there and all over the place:* defining and measuring continuous of health care. Centre for Health Services and Policy Research, 2001.
- 167 Jenkinson Ce. *Assessment and Evaluation of Health and Medical Care*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- Danielsen K, Garratt AM, Bjertnaes OA, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health* 2007; 35: 70-7.
- Larsson BW. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J Clin Nurs* 1999; 8: 693-700.
- 170 Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 513-59.
- 171 Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socioeconomic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005; 56: 139-46.
- 172 Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 643-53.
- 173 IDESCAT. Evolución de la población total y extranjera. 2000-2012 Cataluña. http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es 2011
- 174 Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int J Public Health* 2011; 56: 549-57.
- 175 Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Riera RP, Sarvary A, Soares JJ, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011; 11: 187.
- 176 Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1156-63.

177 Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 10.

OTRAS PUBLICACIONES DE LA DOCTORANDA SOBRE EL TEMA

ARTÍCULOS

- Aller MB, García-Subirats I, Vargas I, Coderch J, Colomés L, Llopart JR, Ferran M, Sánchez-Pérez I, Vázquez ML. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the ccaena questionnaire. Int J Integrated Care (sometido).
- Waibel S, Henao D, <u>Aller MB</u>, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. Int J Qual Health Care 2012 Feb;24(1):39-48.
- Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Ferran M,
 Colomés L, Vázquez ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Catalunya. Rev Esp Salud Publica 2010;84(4):371-87.
- Letelier MJ, <u>Aller MB</u>, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, Llopart JR, Ferran M, Colomés L, Vázquez M.L. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gac Sanit 2010;24(4):339-46.

CARTA AL DIRECTOR

- <u>Aller MB</u>, Vargas I, Vazquez ML. Available tools to comprehensively assess continuity of care from the patients' perspective. J Clin Epidemiol 2012;65(5):578-9.

COMUNICACIONES A CONGRESOS

- Aller MB, Vázquez ML, Sánchez-Pérez I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL, Vargas I. Elementos de discontinuidad experimentados por los usuarios de los servicios sanitarios. Gac Sanit. 2011; 25(Esp.Congr.2): 295.
- <u>Aller MB</u>, Vázquez ML, Sánchez-Pérez I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL, Vargas I.¿Cómo perciben la continuidad asistencial los pacientes del sistema sanitario catalán? Gac Sanit. 2011; 25(Esp.Congr.2): 298-299.

- <u>Aller MB</u>, Vázquez ML, Waibel S, Sánchez-Pérez I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL, Vargas I.How do patients of the Catalonian healthcare system percive continuity of care?. Eur J Public Health. 2011; 21(suppl.1): 111.
- <u>Aller MB</u>, Vargas I, Waibel S, Sánchez-Pérez I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL, Vázquez ML. Which are (dis)continuity elements experienced by the Catalonian healthcare users? Eur J Public Health. 2011; 21(suppl.1): 111.
- Aller MB, Vázquez ML, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL. Perception of continuity of care between care levels from the user's perspective in Catalonia. Eur J Public Health. 2010; 20(suppl.1): 56.
- Aller MB, Vázquez ML, Henao D, Sánchez-Pérez I, Letelier MJ, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M. Design and validation of a questionnaire for the measurement of continuity between care levels from the user's perspective. Eur J Public Health. 2010; 20(suppl.1): 14.
- Aller MB, Vázquez ML, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomés LL. La continuidad asistencial entre niveles según la perspectiva de los usuarios en Catalunya. Gac Sanit. 2010 (Esp.Congr.2):154.
- Aller MB, Vázquez ML, Henao D, Sánchez-Pérez I, Letelier MJ, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M. Validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. Gac Sanit. 2010 (Esp.Congr.2):156-157.

INSTRUMENTOS

- Vázquez ML, <u>Aller MB</u>, Coderch, J, Pérez-Sánchez I, Ferran M, Colomés Ll, Llopart, JR. Cuestionario CCAENA. Barcelona, 2010. Disponible en: http://www.consorci.org/publicacions/cataleg-de-publicacions/instruments/questionari-ccaena
- Aller MB, Vázquez ML, Vargas I, Vargas H, Coderch J, Calero S, Llopart JR, Colomés Ll, Farré J, Cots F, Abizanda M. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Documento de trabajo. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponible en: http://www.consorci.org/publicacions/cataleg-depublicacions/instruments

ANEXOS

1. CUESTIONARIO CCAENA- VERSIÓN EN ESPAÑOL

La versión catalana del cuestionario está disponible en la siguiente página web:

http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/publicacions/Cuestionario%20CCAENA%20Castellano.pdf



CUESTIONARIO CCAENA- CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

A. DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

1. Localidad:							
2. Encuestador/a:							
3. Fecha de la enti	revista:	//					
Hora de comienzo):						
Hora de término:				4. Duración (minutos)			
5. CAP del entrevi	istado:						
6. Lugar de la ent	revista						
1 Domicilio	2 CAP	4 Al	Al aire libre 5 Lugar de trabajo				
6 Otro. Especificar							

INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO

Estamos haciendo un estudio con el objetivo de conocer las fortalezas y debilidades del funcionamiento de los servicios sanitarios. Como parte de esta investigación, se está realizando una encuesta para conocer la opinión de la población, sobre los diferentes servicios de salud que utiliza.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá conocer los problemas de los servicios y realizar cambios con la finalidad de mejorar la atención en el ambulatorio / CAP y en los hospitales.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la antes mencionada, por lo que podemos asegurar la confidencialidad de los datos.

(Articulo 37, 38 y 39 de la ley 23/1998 de 30 de diciembre)

Le agradecemos su colaboración.

Copyright 2010 ©. M.Luisa Vázquez Navarrete y Marta B. Aller Hernández (Consorci de Salut i Social de Catalunya); Jordi Coderch de Lassaletta y Immaculada Pérez Sánchez (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, AIE); Manuel Ferran Mercadé (Institut Català de la Salut); Lluís Colomés Figuera (SAGESSA, Assistència Sanitària i Social, SA); Josep Ramon Llopart López (Badalona Serveis Assistencials, SA). Barcelona, 2010. Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los autores y titulares de la obra.

Cuestionario	No.
Cucsuonano	1 N .

B. ANTECEDENTES CLÍNICO-SANITARIOS

*	Δ	continuación	le	haré	บทจ	nregunta	cohre	cu calu	Ч
	∕ъ	Commuacion	IC	mai c	una	pregunta	SOULC	ou saiu	u

7. En los últimos tres meses, ¿por también al especialista u hospital?	qué motivo de salud o e	enfermedad ha consultac	lo al médico de cabe	cera y
*A continuación le haré unas pregu	ntas referidas a <i>NO</i>	MBRAR EL MOTIVO DE	CONSULTA (PREGU	NTA 7)
8. ¿Desde cuándo tiene	? NOMBRAR EL MOT	TIVO DE CONSULTA (PRI	EGUNTA 7)	
meses ó años				
9. ¿Cuál fue el primer lugar donde	consultó por	?		
	2 Visita al especialista		=	ado
5 Urgencias CAP/Ambulatorio 68 Otro Especificar:		7 Revisión médica	98 NR 99 NS	
10. ¿Dónde le informaron que tenía				
1 Ambulatorio / CAP		3 Urgencias del Hospital		ado
5 Urgencias CAP/Ambulatorio			8 Sin diagnosticar	
98 NR 99 NS				
11. ¿Quién(es) es/son los responsab		e)?		
1 Médico de cabecera 2 F 4 Otro. Especificar:	Especialista 	3 Ambos	98 NR 99) NS
12. ¿Cuánto tiempo hace que usted	l está viendo a el/los res	sponsable(s) del cuidado	de su?	
Médico de cabecera:meses	óaños Es	specialista:meses ó _	años	
13. Por motivo de su, en e			médico de cabecera?	NO SE
INCLUYEN LAS VISITAS A URGEN			. 16	
1 Sí → pase a la pregunta 16 2 No				
SÓLO PARA AQUELLAS PER	~			RA .
14. Por motivo de su, en e	el último año, ¿cuántos	médicos del ambulatorio	o le han visitado? _	
15. ¿Por qué le visitó otro médico?				
-		ico 3 Mi médico esta	aba de vacaciones	
4 Pedí un cambio de médico	8 NR	99 NS		
5 Otros. Especificar:				
	PARA TODOS LOS E	NCUESTADOS		
16. Por motivo de su, ¿en el externa)? LEER LAS POSIBLES RES TRATARLE EN URGENCIAS NI EN L MÉDICA: AQUELLA EN LA QUE LE 1 Sí → pase a la pregunta 19 2 N 3 No me ha visitado ningún especi	PUESTAS. NO SE INCLU OS INGRESOS. HACE R HAYAN REALIZADO M No 98 NR→ pase a la pre	UYEN LOS MÉDICOS QU. EFERENCIA A UNA ÚNIO ÁS VISITAS. egunta 19 99 NS→ pase a l	E HAYAN PODIDO CA ESPECIALIDAD	sulta
SÓLO PARA AQUELLAS I	PERSONAS QUE LES H	IA VISITADO MÁS DE U	N ESPECIALISTA	
17. Por motivo de su, en el externa?	l último año ¿cuántos n	nédicos especialistas le h	an tratado en consul	ta
18. ¿Por qué le visitó otro médico?				
1 El médico estaba de baja 4 Pedí un cambio de médico 5 Otros. Especificar:	2 Me cambiaron de méd98 NR	ico 3 El médico estal 99 NS	ba de vacaciones	

C. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

* A continuación le haré una serie de preguntas sobre la atención que ha recibido en los últimos 3 meses para ______NOMBRAR EL MOTIVO DE CONSULTA (PREGUNTA 7)

Nivel de atención	Lugar de consulta	19. ¿Dónde ha consultado por en los últimos tres meses?	20. ¿Cuántas veces ha ido?
Atención primaria	Ambulatorio / CAP		
Atomoión	Especialista (Consulta Externa)		
Atención especializada	Urgencias del hospital		
	Ingreso hospitalario		

21. ¿En qué orden ha consultado? (INDICAR EL ORDEN DE TODOS LOS SERVICIOS UTILIZADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR EL MISMO MOTIVO DE CONSULTA. UN SERVICIO PUEDE TENER MÁS DE UNA POSICIÓN, PERO NO SE PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA CASILLA EN LA MISMA COLUMNA).

Nivel de atención		Orden de consulta								
Nivei de atelicion	Lugar de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	
Atención primaria	Ambulatorio / CAP									
Atención especializada	Especialista (Consulta Externa)									
	Urgencias del hospital									
	Ingreso hospitalario									

Esquema de las visitas

ESTE CUADRO ES UNA GUÍA DE AYUDA PARA EL ENCUESTADOR

			Orden de consulta								
Nivel de atención	Lugar de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atención primaria	Ambulatorio / CAP	X		X	X			X			X
Atención	Especialista (Consulta Externa)		X								
especializada	Urgencias del hospital					X				X	
	Ingreso hospitalario						X		X		
¿Hay salto de nivel	?	-	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Apartado que hay q	ue rellenar	-	4	1	-	5	-	3	6	-	2

Cuestionario	No.
Cucsuonano	1N .

Pasar por los apartados por los cuales el usuario haya realizado un salto de nivel asistencial

Si ha sido visitado por un médico de cabecera después de visitar al especialista	→ pasar por el apartado 1
Si ha sido visitado por un médico de cabecera después de ir a urgencias del hospital	→ pasar por el apartado 2
Si ha sido visitado por un médico de cabecera después de haber sido dado de alta del hospita l	→ pasar por el apartado 3
Si ha sido visitado por atención especializada después de visitar al médico de cabecera	→ pasar por el apartado 4
Si ha sido visitado en urgencias hospitalarias después de visitar al médico de cabecera	→ pasar por el apartado 5
Si ha sido visitado en un hospital después de visitar al médico de cabecera	→ pasar por el apartado 6
Si na sido ingresado/a en un nospitai despues de visitar ai inedico de cabecera	pasar por er apartado o
1. MÉDICO DE CABECERA después de visitar al ESPECIALISTA	Orden de consulta
 Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su después de su consulta al especialista. 	ı médico de cabecera,
22. ¿El especialista le envió a control con el médico de cabecera?	
1 Sí \rightarrow pase a la pregunta 24 2 No 98 NR 99 NS	
23. ¿Por qué se visitó con el médico de cabecera?	
1 Para buscar recetas 2 El médico de cabecera me dijo que volviera a vi	sitarme con él
	ntraba mal de salud
6 Otros. Especificar:	milaba mar de barda
24. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?	
25. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita al especia	
25. ¿Cuantos dias tardo en ver a su medico de cabecera despues de la visita ai especia	Días
26. ¿Cuántos días tardó desde que solicitó la visita hasta que vio al médico de cabece	
	Días
27. ¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le aten	
1 Adecuado 2 Largo 3 Excesivo 98 NR	99 NS
28. ¿El especialista le entregó un informe para su médico de cabecera?	
1 Sí 2 No 98 NR 99 NS	
29. ¿Su médico de cabecera conocía las indicaciones que le había dado el especialista controles, etc.) LEER OPCIONES DE RESPUESTA	? (medicamentos,
1 Sí 2 No 3 No me dieron indicaciones 9	8 NR 99 NS
30. ¿Su médico de cabecera conocía el tratamiento que el especialista le había manda	do? LEER OPCIONES DE
RESPUESTA 1 Sí 2 No 3 No me dieron tratamiento → pase a la pregunta 35 98	3 NR 99 NS
31. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento que le puso el es	specialista?
1 Sí 2 No 98 NR 99 NS	•
32. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento que le puso el espec	ialista?
1 Sí 2 No 98 NR 99 NS	
33. ¿Le hizo algún cambio en el tratamiento que le puso el especialista? 1 Sí 2 No→ pase a la pregunta 35 98 NR→ pase a la pregunta 35	99 NS → pase a la pregunta 35
34. ¿Qué le cambió?	
1 Retiró el tratamiento 2 Cambió la pauta del tratamiento 3 Cambió la dosis de	el tratamiento
35. ¿El médico de cabecera resolvió sus dudas sobre la consulta al especialista? LEER	
•	8 NR 99 NS
. •	
36A. ¿Cree que la atención entre el especialista y su médico de cabecera estuvo bien 1 Sí 2 No 3 En parte 98 NR 99	coordinada <i>:</i> 9 NS
36B. ¿Por qué?	

Cuestionario N°:		
------------------	--	--

2. MÉDICO DE CABECERA después de ir a URGENCIAS DEL HOSPITAL

Orden de consulta

* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su médico de cabecera, después de su consulta en urgencias del hospital.

27 .El módico do un		•	al mádica da asbasans?	<u> </u>			
•	~		el médico de cabecera?				
1 Sí → pase a la	pregunta 39	2 No	98 NR	99 NS			
38. ¿Por qué se visité	ó con el médico o	de cabecera?					
1 Para buscar rec	cetas	2 El r	nédico de cabecera me dijo qu	e volviera a visitarme con	él		
3 Para explicarle	e la visita con el espe		a tramitar la baja/ el alta				
•	icar:						
39. ¿Desde dónde le j							
1 CAP/Ambulate	orio 2 Hosp	ital	3 Sanitat respon	4 Otro. Especificar:			
40. ¿Cuántos días tar	rdó en ver a su i	médico de cab	ecera después de la visit	ta a urgencias del ho	spital?		
· ·			-	_)ías		
41 Cyántas días ta	ndé deade arre a	olioitá la visita	hasta sua via al mádia				
41. ¿Cuantos dias tai	rao aesae que so	oncito la visita	hasta que vio al médico				
				L	Días		
42. ¿Qué le pareció e	el tiempo transci	urrido desde q	que solicitó la cita hasta	que le atendieron?			
1 Adecuado		2 Largo	3 Excesivo	98 NR	99 NS		
13 ·Fl módico do un	ganaias la antra	gó un informo	para su médico de cabo	000009			
=	gencias le enti e	_	_				
1 Sí		2 No	98 NR	99 NS			
44. ¿Su médico de cabecera conocía las indicaciones que le habían dado en urgencias? (medicamentos,							
controles, etc.) LEER (OPCIONES DE RES	SPUESTA					
1 Sí	2 No	3 No me dieror	n indicaciones	98 NR 99	NS		
45 • Su módico do co	hagana ganagia		que el médico de urger	noina la había manda	do9 I FED		
•		ei trataimento	que el medico de urgei	ncias le nabla manda	uo: LEEK		
OPCIONES DE RESE							
1 Sí	2 No	3 No me dieror	n tratamiento → pase a la pregu	unta 50 98 NR	99 NS		
46. ¿Su médico de ca	becera le dio ex	plicaciones so	bre el tratamiento que l	le puso el médico de 1	urgencias?		
1 Sí		2 No	98 NR	99 NS			
47 .El módico do col	haaawa aatuuya d	a a avranda aan	al tratamianta ava la ni	usa al mádica da una	omaio a 9		
-	becera estuvo u		el tratamiento que le pr	_	encias:		
1 Sí		2 No	98 NR	99 NS			
48. ¿Le hizo algún ca	ambio en el trata	amiento que le	e puso el médico de urge	encias?			
1 Sí	2 No→ pase a la	pregunta 50	98 NR→ pase a la pregun	ta 50 99 NS → pa	se a la pregunta 50		
49. ¿Qué le cambió?							
1 Retiró el tratar	nianta	2 Cambiá la ma	uta del tratamiento 3 Cam	bió la dosis del tratamiento			
		•					
4 Añadió otro tra	atamiento	5 Lo cambió po	or otro similar 6 Otro	s. Especificar:	•••••		
50. ¿El médico de ca	becera resolvió	sus dudas sob	re la consulta al médico	de urgencias? LEER	OPCIONES DE		
RESPUESTA							
1 Sí	2 No	3 No tenía duda	as 4 No le pregunté	é 98 NR	99 NS		
51A. : Cree que la ato	ención entre el 1	médico de uro	encias y su médico de ca	abecera estuvo bien o	coordinada?		
1 Sí	2 No	3 En parte	98 NR	99 NS			
	2 110	J En parte	>0 TH)) III			
51B. ¿Por qué?							

3. MÉDICO DE CABECERA después de haber sido dado de ALTA DEL HOSPITAL Orden de consulta

52. En el hospital, cuando le dieron e	l alta, ¿le dijeron que t	enía que ir al médico d	e cabecera?
1 Sí → pase a la pregunta 54	2 No	98 NR	99 NS

^{*} Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su médico de cabecera, después del alta hospitalaria.

Cuestionario	No.
Cuesuonano	IN .

53. ¿Por qué se visite	ó con el médico	de cabecera?				
1 Para buscar re	cetas	2 El 1	nédico de cabecera	me dijo que volv	iera a visitarme con é	1
-	e la visita con el espo icar:		a tramitar la baja/ e	l alta 5 M	Me encontraba mal de	salud
54. ¿Desde dónde le	programaron la	visita al médi	co de cabecera	?		
1 CAP/Ambulat			3 Sanitat respo		Otro. Especificar	
55. ¿Cuántos días ta	rdó en ver a su	médico de cab	ecera desnués d	lel alta hosnit	alaria?	
55. ¿Cuantos unas ta	ruo en ver a su	incurco de cab	ccera despues (ici aita nospit		ías
56. ¿Cuántos días ta	rdó dosdo ano s	olioitó la vicita	hosto que vie	al mádico do d		
50. ¿Cuantos dias ta	ruo desde que s	oncito la visita	nasta que vio a	ai medico de c		ías
57. ¿Qué le pareció e	el tiempo transc	urrido desde o	_l ue solicitó la ci	ta hasta que l	le atendieron?	
1 Adecuado	2 Larg	o 3 Exc	cesivo	98 NR	99 1	NS
58. ¿El médico del h	ospital le entreg	ó un informe	de su hospitaliz	ación?		
1 Sí		2 No		98 NR	99 1	NS
59. ¿Su médico de ca	abecera conocía	las indicacion	es que le había	n dado en el h	ospital? (medica	amentos,
controles, etc.) LEER			•	- 1		,
1 Sí	2 No	3 No me dieror	indicaciones	98 NR	99 N	NS
60. ¿Su médico de ca	ibecera conocía	el tratamiento	que le habían	mandado en	el hospital? LEER	OPCIONES DE
1 Sí	2 No	3 No me dieror	tratamiento → pas	e a la pregunta 65	98 NR	99 NS
61. ¿Su médico de ca	becera le dio ex	xplicaciones so	bre el tratamie	nto que le ma	ndaron en el ho	spital?
1 Sí		2 No	98 N	_	99 NS	Promit
62. ¿El médico de ca	haaana astuwa d					a19
1 Sí	becera estuvo u	2 No	98 N	_	99 NS	a1 :
	1. 1				99 113	
63. ¿Le hizo algún ca		-		-		
1 Sí	2 No→ pase a la	pregunta 65 98	NR→ pase a la pre	gunta 65 99 N	$S \rightarrow$ pase a la pregun	ta 65
64. ¿Qué le cambió?						
1 Retiró el tratar		bió la pauta del tra		mbió la dosis del		
	ratamiento 5 Lo ca			-		
65. ¿El médico de ca	becera resolvió	sus dudas sob	re el ingreso ho	spitalario? <i>LE</i>	EER OPCIONES DE	RESPUESTA
1 Sí	2 No	3 No tenía duda	as 4 No	le pregunté	98 NR	99 NS
66A. ¿Cree que la at	ención entre los	médicos del h	ospital y su mé	dico de cabec	era estuvo bien	coordinada?
1 Sí	2 No	3 En parte	98 N	R	99 NS	
66B. ¿Por qué?						
_						
4. ATENCIÓN ESPI	ECIALIZADA (después de ir a	I MÉDICO DE	CABECERA	A Orden d	e consulta
Las preguntas que l al médico de cabecera	e realizaré a co					
		o vioito 1	ognopialist-0			
67. ¿El médico de ca 1 Sí → pase a la		2 No	98 NR	99 NS		
68. ¿Por qué se visite	ń con el esnecial	ista?				
	nada por el especiali		enviaron desde el h	nospital 3 (Otros. Especificar:	
				iospiui 3 (onos. Especificar	
69. ¿Desde dónde le	• •	-				
1 CAP/Ambulat	orio	2 Ho	spıtal	3 (Otro. Especificar:	

Cuestionario	No.
Cuestionario	IN.

70. ¿Cuánto tiempo Días: ó	tardó en ver a Semanas:	al especialista después de solicit	tar la visita?	
71. ¿Qué le pareció o	el tiempo tran 2 Largo	scurrido desde que solicitó la c 3 Excesivo 98 M	=	dieron?
72. ¿El especialista o DE RESPUESTA	que le atendió	sabía el motivo por el cual le e	nvió el médico de cal	becera? LEER OPCIONES
1 Sí	2 No	3 No me envió el médico de cabec	cera 98 NR	99 NS
73. ¿El especialista y	a tenía inforn	nación sobre sus otras enferme	edades? LEER OPCION	ES DE RESPUESTA
1 Sí	2 No	3 No tengo otras enfermedades	98 NR	99 NS
74. ¿El especialista y OPCIONES DE RESPUES		resultados de las pruebas que l	le habían realizado e	n primaria? <i>LEER</i>
1 Sí	2 No	3 No me habían realizado pruebas	98 NR	99 NS
75. ¿El especialista y	a sabía los mo	edicamentos que estaba toman	do? LEER OPCIONES D	E RESPUESTA
1 Sí	2 No	3 No tomaba medicamentos	98 NR	99 NS
76A. ¿Cree que la at	ención entre e	el especialista y el médico de ca	abecera estuvo bien c	oordinada?
1 Sí	2 No	3 En parte	98 NR	99 NS
76B. ¿Por qué?				
5. URGENCIAS HO	SPITALARIA	AS después de ir al MÉDICO I	DE CABECERA	Orden de consulta
* Las preguntas que l	e realizaré a c	continuación se refieren a la ato	ención recibida en u	gencias hospitalarias
78. ¿Por qué no fue j	primero al am	n urgencias te atienden mejor 3 No		cificar:
79A. ¿Cree usted qu	e los médicos	de urgencias que lo atendieron lo 98 NR→ pase a la pregu	conocían su historia	al clínico?
79B. ¿Por qué?				==
		o de urgencias las indicaciones	que le había dado su	ı médico de cabecera?
1 Sí	t roies,) Leek 2 N	R OPCIONES DE RESPUESTA So 3 No me habían dado in	dicaciones 99	3 NR 99 NS
1 51	2 1	3 Ivo inc nabian dado in	urcaciones 90	97 NS
6. INGRESO AL HO	OSPITAL des	spués de ir al MÉDICO DE CA	BECERA	Orden de consulta
* Las preguntas que l	e realizaré a c	continuación se refieren a la ato	ención recibida dura	nte su hospitalización
81A. ¿Cree usted qu	e los médicos 2 No	que le atendieron en el hospita 98 NR→ pase a la pregunta 82B	al conocían su histori 99 NS→ pase a la pi	
81B. ¿Por qué?				
		o del hospital las indicaciones o	que le había dado su	—— —— —— —— médico de cabecera?

Cuestionario	No.
Cuestionario	IN:

D. PERCEPCIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

PARA TODOS LOS ENCUESTADOS

* Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, <u>en general</u>, con relación a la atención recibida para todas las enfermedades por las que ha sido atendido/a.

CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN: Transferencia de la información clínica

* Puntúe las siguientes afirmaciones empleando para ello las siguientes categorías: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NP	NR	NS
83. Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial							
clínico previo							
84. Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta							
conmigo la visita							
85. Mi médico de cabecera conoce las indicaciones que el especialista							
me ha dado antes de que yo se las explique							
86. El especialista conoce las indicaciones que el médico de cabecera							
me ha dado antes de que yo se las explique							

CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN: Coherencia del cuidado

* Puntúe las siguientes afirmaciones empleando para ello las siguientes categorías: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca

			ļ
 ·	·		

CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN: Accesibilidad entre niveles

* Puntúe las siguientes afirmaciones empleando para ello las siguientes categorías: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca

	Siempre	Muchas	Pocas	Nunca	NP	NR	NS
		veces	veces				
94. Desde el ambulatorio / CAP me programan las visitas con el							
especialista							
95. Cuando pido hora al médico de cabecera tengo que esperar mucho							
tiempo para la visita							
96. Desde el centro donde me ha atendido el especialista me							
programan la visita de seguimiento con el médico de cabecera							
97. Cuando pido hora al especialista tengo que esperar mucho tiempo							
para la visita							

CONTINUIDAD DE RELACIÓN: vínculo paciente-proveedor

Cuestionario	N	·:			
--------------	---	----	--	--	--

* Puntúe las siguientes afirmaciones empleando para ello las siguientes categorías: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo

Médico de cabecera	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	NP	NR	NS
98. Confío en la capacidad profesional de mi médico							
de cabecera							
99. Creo que mi médico de cabecera se interesa por mí							
100. Me siento cómodo preguntándole a mi médico de							
cabecera mis dudas o mis problemas de salud							
101. Mi médico de cabecera entiende lo que le digo sobre mi salud							
102. La información que me da mi médico de cabecera se entiende fácilmente							
103A. La información que me da mi médico de cabecera es suficiente							
103B. ¿Por qué?104. Cuando pido visita para el médico de cabecera,							
me visita el mismo médico							
105A. Recomendaría mi médico de cabecera a mis amigos o familiares							
105B. ¿Por qué?							

Especialistas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	NP	NR	NS
106. Confío en la capacidad profesional de los							
especialistas que me tratan							
107. Creo que los especialistas se interesan por mí							
108. Me siento cómodo preguntándole mis dudas a los especialistas							
109. Los especialistas entienden lo que les digo sobre mi salud							
110. La información que me dan los especialistas se entiende fácilmente							
111A. La información que me dan los especialistas es suficiente							
111B. ¿Por qué?							
112. Me ve el mismo especialista cuando pido visita por un mismo problema de salud							
113A. Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares							
113B. ¿Por qué?							

E. DATOS DE MORBILIDAD GENERAL Y SOCIODEMOGRÁFICOS

PARA TODOS LOS ENCUESTADOS

114. ¿Cómo diría us	ted que es su salu	d en general?						
1 Muy buena	2 Buena	3 Regular	4 Mala	5 Muy mala				
115. ¿Qué enfermedades tiene?								
116. ¿Dónde va cuando tiene una enfermedad o necesita consejo sobre su salud? MULTIRESPUESTA								
1 CAP/Ambul	atorio	2 Urgencias del ho	spital 3 Asisto	encia privada 4 Especialista				
•		-	nedicinas complementar					
7 Amigos o fa			r:					
117. Sexo 1 Mu	jer 2 Homb	pre						
118. Fecha de nacim	iento			//				
119. ¿Dónde nació u	sted?							
1 España → pa	ise a la pregunta 122	2 Otro. Es	pecificar país:	<u> </u>				
120. ¿Cuál es su nacionalidad? MULTIRESPUESTA								
121. ¿Desde cuándo	vive en España?	Meses:	ó Años:					
122. ¿Cuál es su pro	fesión? MULTIRE	ESPUESTA						
-								
123. ¿En qué trabaja	a actualmente? M	ULTIRESPUESTA	1					
V								
124. ¿Cuál es su nive	el máximo de estu	ıdios finalizados?						
1 No sabe leer								
2 Primarios incompletos (sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria)								
3 <u>Primarios co</u>	ompletos: cinco curs	os aprobados EGB						
•		•		ental, EGB(segunda etapa) o ESO				
		•	P, bachillerato plan nue					
6 FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio								
7 <u>FP de grado superior</u> : maestría industrial FPII, ciclos formativos de grado superior								
 8 <u>Universitarios de grado medio</u>: diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo 9 <u>Universitarios de grado superior</u>: Licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo (Máster) 								
10 <u>Universitarios de tercer ciclo</u> : doctorados								
	ecificar:		••••					
98 NR	99 NS							
125A. ¿Tiene algún	seguro de salud p	rivado?						
1 Sí 2 No	\rightarrow Pase a las obse	ervaciones 98 NR	→ Pase a las observacio	nes 99 NS→ Pase a las observaciones				
125B. ¿Cuál?								
¿Hay algo que u	sted desee agreş	gar? OBSERVAC	IONES DEL ENCUES	STADO				

2. CUESTIONARIO CCAENA- VERSIÓN EN CATALÁN

La versión catalana del cuestionario está disponible en la siguiente página web:

http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/publicacions/Questionari%20CCAENA%20Catala.pdf



QÜESTIONARI CCAENA - CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL ENTRE NIVELLS D'ATENCIÓ

A. DADES DE L'APLICACIÓ DEL QÜESTIONARI

1. Localitat:							
2. Enquestador/a:							
3. Data de l'entre	vista:	//					
Hora d'inici:							
Hora de finalitzac	ió:	4. Durada (minuts)					
5. CAP de l'entre	vistat:						
6. Lloc de l'entrevista							
1 Domicili	2 CAP	3 Cafeteria, bar	4 A l	l'aire lliure	5 Lloc de treball		
6 Altre. Especificar							

INFORMACIÓ PER A L'ENQUESTAT

Estem fent un estudi amb l'objectiu de conèixer les fortaleses i debilitats del funcionament dels serveis sanitaris. Com a part d'aquesta investigació, s'està realitzant una enquesta per conèixer l'opinió de la població sobre els diferents serveis de salut que utilitza.

La informació que vostè ens proporcioni és molt important ja que permetrà conèixer els problemes dels serveis i realitzar canvis amb la finalitat de millorar l'atenció a l'ambulatori / CAP i hospitals.

Les persones que utilitzin aquesta informació estan obligades per llei al secret estadístic, és a dir, a no divulgar-la i a no utilitzar-la per a cap altra finalitat que no sigui l'esmentada, per la qual cosa podem assegurar la confidencialitat de les dades.

(Article 37, 38 i 39 de la llei 23/1998 de 30 de desembre)

Agraïm la seva col·laboració.

Copyright 2010 ©. M.Luisa Vázquez Navarrete i Marta B. Aller Hernández (Consorci de Salut i Social de Catalunya); Jordi Coderch de Lassaletta i Immaculada Pérez Sánchez (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, AIE); Manuel Ferran Mercadé (Institut Català de la Salut); Lluís Colomés Figuera (SAGESSA, Assistència Sanitària i Social, SA); Josep Ramon Llopart López (Badalona Serveis Assistencials, SA). Barcelona, 2010. S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, sempre que se citi expressament als autors i titulars de l'obra.

Qüestionari N°:

B. ANTECEDENTS CLÍNIC-SANITARIS

B. ANTECEDENTS CLINIC-SANTTAKIS					
* A continuació li faré una pregunta s	obre la seva salut				
7. En els últims tres mesos, per quin motiu de salut o malaltia ha consultat el metge de capçalera, i també l'especialista o hospital?					
* A continuació li faré unes preguntes	en relació a <i>NOMBRAR</i>	EL MOTIU DE CO	NSULTA (PREGUNTA 7)		
8. Des de quan té? <i>NOM</i>		ULTA (PREGUNTA	7)		
mesos		oziii (inzociviii	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
9. Quin va ser el primer lloc on va co		9			
1 Ambulatori / CAP	2 Visita a l'especialista 3 Urg		4. Oven ve ester ingresset		
5 Urgències CAP /Ambulatori	•	-	4 Quan va estar ingressat 98 NR 99 NS		
8 Un altre Especificar:	-	visio incurca	70 NK		
10. On li van informar que tenia					
1 Ambulatori / CAP	2 Visita a l'especialista 3 Urg	gències de l'hospital	4 Quan va estar ingressat		
5 Urgències CAP /Ambulatori	6 Consulta privada 7 Re	-	8 Sense diagnosticar		
98 NR 99 NS	9 Un altre Especificar:		Ū		
11. Qui(ns) és/són els responsables de po	rtar-lo (tractar-lo)	?			
1 Metge de capçalera 2 Espe	ecialista 3 Ambdós	98 NR	99 NS		
4 Un altre. Especificar:					
12. Quant temps fa que vostè està veient al/els responsable(s) de l'atenció de la seva?					
Metge de capçalera:mesos óanys Especialista:mesos óanys					
13. Per motiu de, l'últim any LES VISITES A URGÈNCIES DEL CAL		eix metge de capça	lera? NO S'INCLOUEN		
1 Sí \rightarrow passi a la pregunta 16 2 No	98 NR→ passi a la pregunta 16	99 NS→ passi a la	pregunta 16		
NOMÉS PER AQUELLES PERS	ONES QUE HAGIN VISITAT	T MÉS D'UN METO	GE DE CAPÇALERA		
14. Per motiu de, al darrer any, quants metges de l'ambulatori l'han visitat?					
15. Per què el va visitar un altre metg	ze?				
1 El meu metge estava de baixa	2 Em van canviar de metge	3 El meu metge es	tava de vacances		
4 Vaig demanar un canvi de metge	98 NR	99 NS			
5 Un altre. Especificar:					
	PER A TOTS ELS ENQUES	STATS			
16. Per motiu de, l'últim any l'	ha tractat sempre el mateix	metge especialista	(consulta externa)?		
LLEGIR LES POSSIBLES RESPOSTES. NO S'INCLOUEN ELS METGES QUE L'HAGIN POGUT TRACTAR A URGÈNCIES NI ALS INGRESSOS. FA REFERÈNCIA A UNA ÚNICA ESPECIALITAT MÈDICA: AQUELLA EN QUÈ L'HAGIN REALITZAT MÉS VISITES					
1 Sí \rightarrow passi a la pregunta 19 2 No		-	pregunta 19		
3 No me ha visitado ningún especialis	-				
_	PERSONES QUE HAGIN VIS				
17. Per motiu de, l'últim any,	quants metges especialistes l'ha	an tractat a la consu	ılta externa?		
18. Per què el va visitar un altre meta	ge?				
1 El metge estava de baixa	2 Em van canviar de metge	3 El metge estava	de vacances		
4 Vaig demanar un canvi de metge	98 NR	99 NS			

5 Altres. Especificar:

Qüestionari	N°:	

C. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS DE SALUT

* A continuació li faré una sèrie de preguntes sobre l'atenció que ha rebut en els últims 3 mesos per _____ NOMBRAR EL MOTIU DE CONSULTA (PREGUNTA 7)

Nivell d'atenció	Lloc de consulta	19. On ha consultat per els últims tres mesos?	20. Quantes vegades hi ha anat?
Atenció primària	Ambulatori / CAP		
Atenció	Especialista (Consulta Externa)		
	Urgències de l'hospital		
especialitzada	Ingrés hospitalari		

21. En quin ordre ha consultat? INDICAR L'ORDRE DE TOTS ELS SERVEIS UTILITZATS DURANT ELS ÚLTIMS TRES MESOS PEL MATEIX MOTIU DE CONSULTA. UN SERVEI POT TENIR MÉS D'UNA POSICIÓ. PERÒ NO ES POT SELECCIONAR MÉS D'UNA CASELLA A LA MATEIXA COLUMNA

Nivell d'atenció Lloc de consulta				(Ordre de	e consult	a		
Mivell a atelicio	Lioc de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8
Atenció primària	Ambulatori / CAP								
Atenció	Especialista (Consulta Externa)								
especialitzada	Urgències de l'hospital								
especiantzada	Ingrés hospitalari								

Esquema de les visites

AOUEST OUADRE ÉS UNA GUIA D'AJUDA PER A L'ENOUESTADOR

Nivell d'atenció Lloc de consulta		Ordre de consulta									
Niveli d'atelicio	Lioc de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atenció primària	Ambulatori / CAP	X		X	X			X			X
Atenció	Especialista (Consulta Externa)		X								
especialitzada	Urgències de l'hospital					X				X	
	Ingrés hospitalari						X		X		
¿Hi ha un salt de n	ivell?	-	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Apartat que s'ha d'	emplenar	-	4	1	-	5	-	3	6	-	2

Qüestionari	N°:		

r assar pels apartats pels quais	i usuari nagi reantzat	un san de mven a	SSISTELLCIAL	
Si ha estat visitat per un metge de capçalera despr	rés de visitar a l'especialis	sta	→ passar per l'apartat 1	
Si ha estat visitat per un metge de capçalera despr	rés d'anar a urgències de	l'hospital	→ passar per l'apartat 2	
Si ha estat visitat per un metge de capçalera despr	•	-	→ passar per l'apartat 3	
Si ha estat visitat per atenció especialitzada despr		•	→ passar per l'apartat 4	
Si ha estat visitat en urgències hospitalàries despi	•		→ passar per l'apartat 5	
Si ha estat ingressat/da a un hospital després de v	visitar ai metge de capçai	era	→ passar per l'apartat 6	
1. METGE DE CAPÇALERA després de vis			Ordre de consulta	_
* Les preguntes que li faré a continuació es re	efereixen a l'atenció reb	ouda del seu metg	e de capçalera després	
de la seva consulta a l'especialista.	1 1 1 1 1			
22. L'especialista el va enviar a control amb) NG	
1 Sí → passi a la pregunta 24	2 No	98 NR 99	9 NS	
23. Per què es va visitar amb el metge de cap	3			
1 Per buscar receptes	2 El metge de capçalera em	•		
3 Per explicar-li la visita amb l'especialista6 Un altre. Especificar:	4 Per tramitar la baixa/l'alta	5 Em troba	ava malament de salut	
24. Des de on li van programar la visita al m 1 CAP/Ambulatori 2 Hospital	3 Sanitat respon	4 Un altra Espacificar		
	•	-		•••
25. Quants dies va trigar en veure el seu met	ge de capçaiera despre	s de la visita a l'es	Dies	
26. Quants dies va trigar des de que va sol·lic	citar la visita fins que v	a veure el metge d	de capçalera?	
	•	S	Dies	
27. Com li va semblar el temps transcorregu	t des de que va sol·licit	ar la cita fins que	el van atendre?	
1 Adequat 2 Llarg	3 Excessiu	98 NR	99 NS	
28. L'especialista li va lliurar un informe per	r al seu metge de capçal	lera?		
1 Sí 2 No	98 NR	99 NS		
29. El seu metge de capçalera coneixia les inc	dicacions que li havia d	onat l'especialista	? (medicaments,	
controls, etc.) LLEGIR OPCIONS DE RESPOSTA				
1 Sí 2 No	3 No em van dona	r explicacions 98	3 NR 99 NS	
30. El seu metge de capçalera coneixia el trac <i>RESPOSTA</i>	ctament que l'especialis	sta li havia manat	? LLEGIR OPCIONS DE	
	ar tractament→ passi a la preg	unta 35 98 NR	99 NS	
31. El seu metge de capçalera li va donar explica	cions sobre el tractament 98 NR	que li va posar l'es	pecialista?	
32. El metge de capçalera estava d'acord am			lista?	
1 Sí 2 No	98 NR	99 NS	usta.	
33. Li va fer algun canvi en el tractament qu	e li va posar l'especialis	sta?		
1 Sí 2 No→ passi a la pregunta 3	35 98 NR→ passi a la	a pregunta 35 99	NS → passi a la pregunta 35	5
34. Què li va canviar?				
1 Va retirar el tractament 2 Va canvia	r la pauta del tractament	3 Va canviar la dosi de	el tractament	
4 Va afegir un altre tractament 5 El va canv	viar per un altre similar	6 Un altre. Especificar	:	•••
35. El metge de capçalera va resoldre els seus RESPOSTA	s dubtes sobre la consu	lta a l'especialista	? LLEGIR OPCIONS DE	
	nia dubtes 4 No li v	vaig preguntar 98	3 NR 99 NS	
36A. Creu que l'atenció entre l'especialista i	el seu metge de capcale	era va estar ben c	oordinada?	
1 Sí 2 No 3 En par		99 NS		
36B. Per què?				
1				_

Qüestionari	N°:		

2. METGE DE CAPÇALERA després d'anar a URGÈNCIES DE L'HOSPITAL Ordre de consulta _

* Les preguntes que li faré a continuació	es refereixen a l'atenció rebuda	del seu metge de capçal	era després
de la seva consulta a urgències de l'hospi	tal.		

37. El metge d'urgències el va enviar a	a control amb el metge de capçale	era?	
1 Sí → passi a la pregunta 39	2 No 98	NR 99 NS	
38. Per què es va visitar amb el metge	- 3		
1 Per recollir receptes	2 El metge de capçalera em va d	•	
3 Per explicar-li la visita amb l'especia 6 Altres. Especificar:		5 Em trobava malament d	e salut
39. Des d'on li van programar la visit			
1 CAP/Ambulatori 2 Hospita	2 1,	4 Altre. Especificar:	
40. Quants dies va trigar en veure el s			
40. Quants dies va trigar en veure ers	eu meige de capçaiera després de		es
41. Quants dies va trigar des de que va	a sol·licitar la visita fins que va ve		
41. Quants dies va trigar des de que vo	a sor nettar la visita illis que va ve		es
42. Què li va semblar el temps transco	orregut des de que va sol·licitar la		
1 Adequat 2 Llarg	3 Excessiu	98 NR	99 NS
43. El metge d'urgències li va lliurar u	ın informe per al seu metge de ca	ncalera?	
1 Sí 2 No	98 NR	99 NS	
44. El seu metge de capçalera coneixia	a les indicacions que l'hi havien de	onat a urgències? (medica	aments.
controls, etc.) LLEGIR OPCIONS DE RESPO	-	ome a angeneres (meane	
1 Sí 2 No	3 No em van donar indicacions	98 NR	99 NS
45. El seu metge de capçalera coneixia	a el tractament que el metge d'urg	gències li havia manat? <i>L</i> i	LEGIR
OPCIONS DE RESPOSTA			
1 Sí 2 No	3 No em van donar tractament→ passi a la	pregunta 50 98 NR 99 NS	
46. El seu metge de capçalera li va doi	nar explicacions sobre el tractamo	ent que li va posar el met	ge
d'urgències?	2 N 00 NB	00 NG	
	2 No 98 NR	99 NS	•
47. El metge de capçalera va estar d'a	2 No 98 NR	posar el metge d'urgènci 99 NS	es?
48. Li va fer algun canvi en el tractam		9	t- 50
1 Sí 2 No→ passi a la p	regunta 50 98 NR→ passi a la pregunta	a 50 99 NS → passi a la preg	gunta 50
49. Què li va canviar? 1 Va retirar el tractament 2 V	To convice le poute del tractement 2 Ve	canviar la dosi del tractament	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	altre. Especificar:	
50. El metge de capçalera va resoldre	*		
DE RESPOSTA	cis seus uubtes sobi e ia consuita i	ar metge a argeneies. Les	EGIK OI CIONS
1 Sí 2 No	3 No tenia dubtes 4 No li vaig j	preguntar 98 NR	99 NS
51A. Creu que l'atenció entre el metgo	e d'urgències i el seu metge de caj	pçalera va estar ben coor	dinada?
1 Sí 2 No	3 En part 98 NR	99 NS	
51B. Per què?			

3. METGE DE CAPÇALERA després d'haver estat donat D'ALTA DE L'HOSPITAL Ordre de consulta ___

52. A l'hospital, quan li van donar l'	alta, li van dir que havi	a d'anar al metge de ca	ıpçalera?
1 Sí → passi a la pregunta 54	2 No	98 NR	99 NS

^{*} Les preguntes que li faré a continuació es refereixen a l'atenció rebuda del seu metge de capçalera, després de l'alta hospitalària.

Qüestionari	N	[°:			
-------------	---	-----	--	--	--

53. Per què es va visitar amb el metge de capçalera?	
1 Per recollir receptes 2 El metge de capçalera em va dir qu	
3 Per explicar-li la visita amb l'especialista 4 Per tramitar la baixa/ l'alta 6 Altres. Especificar:	5 Em trobava malament de salut
54. Des de on li van programar la visita al metge de capçalera?	
1 CAP/Ambulatori 2 Hospital 3 Sanitat respon	4 Altre. Especificar
55. Quants dies va trigar en veure el seu metge de capçalera després de l'a	lta hospitalària? Dies
56. Quants dies va trigar des de que va sol·licitar la visita fins que va veur	e el metge de capçalera? Dies
57. Què li va semblar el temps transcorregut des de que va sol·licitar la cit	a fins que el van atendre?
1 Adequat 2 Llarg 3 Excessiu 98 NR	-
58. El metge de l'hospital li va lliurar un informe de la seva hospitalització	5?
1 Sí 2 No 98 NR	99 NS
59. El seu metge de capçalera coneixia les indicacions que li havien donat a controls, etc.) <i>LLEGIR OPCIONS DE RESPOSTA</i>	a l'hospital? (medicaments,
1 Sí 2 No 3 No em van donar indicacions	98 NR 99 NS
60. El seu metge de capçalera coneixia el tractament que li havien manat a <i>RESPOSTA</i>	l'hospital? LLEGIR OPCIONS DE
1 Sí 2 No 3 No em van donar tractament → passi a la pre	gunta 65 98 NR 99 NS
61. El seu metge de capçalera li va donar explicacions sobre el tractament	que li van manar a l'hospital?
1 Sí 2 No 98 NR	99 NS
62. El metge de capçalera estava d'acord amb el tractament que li van ma 1 Sí 2 No 98 NR	nar a l'hospital? 99 NS
63. Li va fer algun canvi en el tractament que li van manar a l'hospital?	
1 Sí 2 No→ passi a la pregunta 65 98 NR→ passi a la pregunta 65	99 NS → passi a la pregunta 65
64. Què li va canviar? 1 Va retirar el tractament 2 Va canviar la pauta del tractament 3 Va can	viar la dosi del tractament
•	re. Especificar:
65. El metge de capçalera va resoldre els seus dubtes sobre l'ingrés hospita	•
1 Sí 2 No 3 No tenia dubtes 4 No li vaig preg	
66A. Creu que l'atenció entre l'hospital i el seu metge de capçalera va esta	r ben coordinada?
1 Sí 2 No 3 En part 98 NR	99 NS
66B. Per què?	
	ALTERAL O. I. I. I.
4. ATENCIÓ ESPECIALITZADA després d'anar al METGE DE CAPÇA	
ELes preguntes que li faré a continuació es refereixen a l'atenció rebuda de metge de capçalera	e l'especialista, després d'anar al
67. El metge de capçalera el va enviar a visita amb l'especialista?	
1 Sí \rightarrow passi a la pregunta 69 2 No 98 NR 99 NS	
68. Per què es va visitar amb l'especialista?	- 10
	s. Especificar:
69. Des de on li van programar la visita a l'especialista? 1. CAP/Ambulatori 2. Haspital 3. Altre	Especificar

Qüestionari	N	o:			
-------------	---	----	--	--	--

Dies: ó		'especialista després de sol·licitar la vis	sita?	
	Setmanes:	_ ó Mesos:		
71. Què li va sembla 1 Adequat	ar el temps transc 2 Llarg	corregut des de que va sol·licitar la cita 3 Excessiu 98 NR	fins que el van atendre? 99 NS	
72. L'especialista qu	ie el va atendre s	abia el motiu pel qual el va enviar el m		
OPCIONS DE RESPOSTA 1 Sí	A 2 No	3 No em va enviar el metge de capçalera	98 NR 99 NS	
		ó sobre les seves altres malalties? LLEGI		
1 Sí	2 No	3 No tine altres malalties	98 NR 99 NS	
74. L'especialista ja <i>RESPOSTA</i>	coneixia els resu	ıltats de les proves que li havien realitz	at a primària? LLEGIR OPCION	VS DE
1 Sí	2 No	3 No m'havien realitzat proves 98 NR	99 NS	
75. L'especialista ja 1 Sí	sabia els medica 2 No	aments que estava prenent? LLEGIR OPC. 3 No prenia medicaments 98 NR	IONS DE RESPOSTA 99 NS	
76A. Creu que l'ater	nció entre l'espec	cialista i el metge de capçalera va estar	ben coordinada?	
1 Sí	2 No	3 En part 98 NR	99 NS	
76B. Per què?				
				_
5. URGÈNCIES HO) SPITALÀRIAS	després d'anar al METGE DE CAPQ	CALERA Ordre de consulta	ı
		ació es refereixen a l'atenció rebuda a u		
		a urgències de l'hospital?		
1 Vostè mateix/4 Un servei d'en		amiliar o acompanyant 3 El metge/ssa de $(061, 112) \rightarrow passi a la pregunta 79A$ 5 Una a	l'ambulatori → passi a la pregunta 79.	۸
78. Per què no va an			utra persona. Especificar:	
78. Per què no va an 1 Estava tancat 4 Em van dir qu	nar primer a l'am	abulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m'	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu	nar primer a l'am	abulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m'	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu	nar primer a l'am	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que	nar primer a l'am ue si empitjorava que : e els metges d'urg	anés a urgències de la van atendre coneixien el se la variation de la van atendre coneixien el se la van atendre coneixien e	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic?	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què?	ue si empitjorava que se els metges d'urg 2 No icar al metge d'u	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què?	ue si empitjorava que se els metges d'urg 2 No icar al metge d'u	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr	nar primer a l'am ue si empitjorava que si e els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur	anés a urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pecions de RESPOSTA	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ————————————————————————————————————	
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr	ue si empitjorava que si els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No	anés a urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pecions de RESPOSTA	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ———————————————————————————————————	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO	ue si empitjorava que si ente els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No	anés a urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do PCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO Les preguntes que l 81A. Creu vostè que	nar primer a l'am ue si empitjorava que si e els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No OSPITAL després li faré a continua	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do PCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions s d'anar al METGE DE CAPÇALERA	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ———————————————————————————————————	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO Les preguntes que l 81A. Creu vostè que 1 Sí	nar primer a l'am ue si empitjorava que si e els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No OSPITAL després li faré a continua	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions as d'anar al METGE DE CAPÇALERA ació es refereixen a l'atenció rebuda du el van atendre a l'hospital coneixien el se	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ———————————————————————————————————	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO * Les preguntes que l 81A. Creu vostè que	nar primer a l'am ue si empitjorava que a e els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No OSPITAL després li faré a continua e els metges que e	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions as d'anar al METGE DE CAPÇALERA ació es refereixen a l'atenció rebuda du el van atendre a l'hospital coneixien el se	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ———————————————————————————————————	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO * Les preguntes que l 81A. Creu vostè que 1 Sí	nar primer a l'am ue si empitjorava que a e els metges d'urg 2 No icar al metge d'ur rols,) LLEGIR OF 2 No OSPITAL després li faré a continua e els metges que e	anbulatori? 2 A urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions as d'anar al METGE DE CAPÇALERA ació es refereixen a l'atenció rebuda du el van atendre a l'hospital coneixien el se	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80 ———————————————————————————————————	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO * Les preguntes que l 81A. Creu vostè que 1 Sí 81B. Per què?	icar al metge d'ur 2 No DSPITAL després li faré a continua e els metges que e 2 No	anés a urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions a d'anar al METGE DE CAPÇALERA ació es refereixen a l'atenció rebuda du el van atendre a l'hospital coneixien el se y NR→ passi a la pregunta 82 98 NR→ passi a la pregunta 82 99 NS→ de l'hospital les indicacions que li havia	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80	a?
1 Estava tancat 4 Em van dir qu 79A. Creu vostè que 1 Sí 79B. Per què? 80. Va haver d'expli (medicaments, contr 1 Sí 6. INGRÉS A L'HO * Les preguntes que l 81A. Creu vostè que 1 Sí 81B. Per què?	icar al metge d'ur 2 No DSPITAL després li faré a continua e els metges que e 2 No	anés a urgències t'atenen millor 3 No m' anés a urgències 5 Altre gències que el van atendre coneixien el 98 NR→ passi a la pregunta 80 argències les indicacions que li havia do pCIONS DE RESPOSTA 3 No m'havien donat indicacions a d'anar al METGE DE CAPÇALERA ació es refereixen a l'atenció rebuda du el van atendre a l'hospital coneixien el se y NR→ passi a la pregunta 82 98 NR→ passi a la pregunta 82 99 NS→ de l'hospital les indicacions que li havia	agrada anar a l'ambulatori s. Especificar seu historial clínic? 99 NS→ passi a la pregunta 80	a?

Qüestionari	N	o:			
-------------	---	----	--	--	--

D. PERCEPCIÓ DE LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

PER A TOTS ELS ENQUESTATS

* Les preguntes que li faré a continuació són sobre la seva opinió, <u>en general</u>, amb relació a l'atenció rebuda per totes les malalties per les quals ha estat tractat/da.

CONTINUÏTAT DE LA INFORMACIÓ: T ransferència de la informació clínica

* Puntuï les següents afirmacions, empleant les següents categories: sempre, moltes vegades, poques vegades i mai

	Sempre	Moltes vegades	Poques vegades	Mai	NA	NR	NS
83. Crec que els professionals que m'atenen coneixen el meu historial clínic previ							
84 . Després d'anar a l'especialista el meu metge de capçalera comenta amb mi la visita							
85. El meu metge de capçalera coneix les indicacions que l'especialista m'ha donat abans de que jo li expliqui							
86 . L'especialista coneix les indicacions que el metge de capçalera m'ha donat abans de que jo li expliqui							

CONTINUÏTAT DE LA GESTIÓ: Coherència de l'atenció

* Puntuï les següents afirmacions, empleant les següents categories: sempre, moltes vegades, poques vegades i mai

	Sempre	Moltes vegades	Poques vegades	Mai	NA	NR	NS
87. El meu metge de capçalera està d'acord amb les indicacions de l'especialista							
88. El meu metge de capçalera i el meu especialista es comuniquen entre ells							
89. L'especialista està d'acord amb les indicacions del metge de capçalera							
90A. L'especialista repeteix les proves que ja m'ha realitzat el meu metge de capçalera (analítica, Rx, etc.)							
90B. Per què?							
					ı		
91. L'especialista em fa la primera recepta del tractament que em mana							
mana 92.L'especialista m'envia al metge de capçalera per a les visites de							
mana 92.L'especialista m'envia al metge de capçalera per a les visites de seguiment 93A. Crec que l'atenció que rebo per part del metge de capçalera i							
mana 92.L'especialista m'envia al metge de capçalera per a les visites de seguiment 93A. Crec que l'atenció que rebo per part del metge de capçalera i l'especialista està coordinada							

CONTINUÏTAT DE LA GESTIÓ: Accessibilitat entre nivells

* Puntuï les següents afirmacions, empleant les següents categories: sempre, moltes vegades, poques vegades i mai

	Sempre	Moltes vegades	Poques vegades	Mai	NA	NR	NS
94. Des de l'ambulatori / CAP em programen les visites amb l'especialista							
95. Quan demano hora al metge de capçalera he d'esperar molt temps per a la visita							
96. Des del centre on m'ha atès l'especialista em programen la visita de seguiment amb el metge de capçalera							
97. Quan demano hora a l'especialista he d'esperar molt temps per a la visita							

Qüestionari N	J°:

CONTINUÏTAT DE RELACIÓ: Vincle pacient proveïdor

* Puntuï les següents afirmacions, utilitzant les següents categories: totalment d'acord, d'acord, en desacord i totalment en desacord

Metge de capçalera	Totalment d'acord	D'acord	En desacord	Totalment en desacord	NA	NR	NS
98. Confio en la capacitat professional del meu metge							
de capçalera							
99. Crec que el meu metge de capçalera s'interessa per							
mi							
100. Em sento còmode preguntant al meu metge de							
capçalera els meus dubtes o els meus problemes de							
salut							
101. El meu metge de capçalera entén el que li dic							
sobre la meva salut							
102. La informació que em dona el meu metge de							
capçalera s'entén fàcilment							
103A. La informació que em dona el meu metge de							
capçalera és suficient							
103B. Per què?						-	
104. Quan demano visita per al meu metge de	1				T		
capçalera, em visita el mateix metge							
105A. Recomanaria el meu metge de capçalera als							
meus amics o familiars							
105B. Per què?						-	
						-	
						-	

Especialistes	Totalment d'acord	D'acord	En desacord	Totalment en desacord	NA	NR	NS
106. Confio en la capacitat professional dels							
especialistes que em tracten							
107. Crec que els especialistes s'interessen per mi							
108. Em sento còmode preguntant els meus dubtes als especialistes							
109. Els especialistes entenen el que els hi dic sobre la meva salut							
110. La informació que em donen els especialistes s'entén fàcilment							
111A. La informació que em donen els especialistes és suficient							
111B. Per què?						-	
112. Em veu el mateix especialista quan demano visita per un mateix problema de salut							
113A. Recomanaria els meus especialistes als meus amics o familiars							
113B. Per què?						_	
						-	

Qüestionari	Nº:	

E. DADES DE MORBIDITAT GENERAL I SOCIODEMOGRÀFICS

PER A TOTS ELS ENQUESTATS

114. Com diria vostè que és la seva sal	ut en general?		
1 Molt bona 2 Bona	3 Regular	4 Dolenta	5 Molt dolenta
115. Quines malalties té?			
116. On va quan té una malaltia o nece	essita consell sobre la seva	salut? MULTIRESPO	OSTA
	2 Urgències de l'hospital	3 Assistència privac	da 4 Especialista
	Especialista en medicines co		
	3 Un altre. Especificar :		••••
117. Sexe 1 Dona 2 Home			
118. Data de naixement		<u> </u>	_//
119. On va néixer vostè?			
1 Espanya → passi a la pregunta 122	2 Altre. Especificar país:		
120. Quina és la seva nacionalitat? MU	LTIRESPOSTA		
121. Des de quan viu a Espanya?	Mesos:	_ ó Anys:	
122. Quina és la seva professió? MULT	IRESPOSTA		
122 En què troballe actualment? MIII	TIDECDACTA		
123. En què treballa actualment? MUL	LIIKESPOSIA		
124 Onin ée el con missell mèrim d'este	dia finalitaata?		
124. Quin és el seu nivell màxim d'estu 1 No sap llegir ni escriure	idis imanizats?		
2 <u>Primaris incomplets</u> sap llegir i e	scriure sense haver acabat l'ed	ucació primària	
3 Primaris complets: cinc cursos ap		dedelo primaria	
4 Primera etapa d'educació secund		at elemental EGB (2a eta	apa) o ESO
5 Ensenyança de batxillerat: batxil	_		1
6 FP de grau mig: oficialia industri	al, FPI, cicles formatius de gra	au mig.	
7 FP de grau superior: mestria indu	strial FPII, cicles formatius de	e grau superior	
8 <u>Universitaris de grau mig</u> : diplon		=	
9 <u>Universitaris de grau superior</u> : Li	•	niversitaris de segon cic	le (Màster)
10 <u>Universitaris de tercer cicle</u> : doct			
11 <u>Altres</u> . Especificar: 98 NR 99 NS	••••••		
	miyodo?		
125a. Té alguna assegurança de salut p 1 Sí 2 No → passi a les observaci		servacions 99 NS→ pa	assi a les observacions
125B. Quina?			
Hi ha alguna cosa més que vostè	desitgi afegir? OBSERVA	ACIONS DE L'ENQUI	ESTAT

3. CUESTIONARIO CCAENA- TRADUCCIÓN AL INGLÉS

La traducción al inglés del cuestionario está disponible en la siguiente página web:

 $\frac{http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/CCAENA\%20Questionnaire.pdf}{}$



Questionnaire N°:	

CCAENA QUESTIONNAIRE – CONTINUITY OF CARE BETWEEN CARE LEVELS

A. INTERVIEW INFORMATION

1. Locality:						
2. Interviewer:						
3. Date of interview:	//					
Start time:						
End time:	4. Duration (minutes)					
5. Patient's Primary care centre:						
6. Interview location						
1 Home 2 Primary care centre 3 Café, bar 4 Outdoors 5	Workplace					
Other: Specify						

INFORMATION FOR THE INTERVIEWEE

We are currently doing a study to identify the strengths and weaknesses of our health care services. A survey is being performed as part of this research to find out what patients think of the different health services they use.

The information which you will provide is very important, as it helps us to identify problems with the services and to make changes with view to improving the care offered in the primary care centres and in hospitals.

The people who make use of this information are obliged to comply with the law on statistical confidentiality, meaning that they cannot divulge it to other parties or use it for any purpose other than that described above, so we can ensure that the data will remain confidential.

(Articles 37, 38 and 39 of Law 23/1998, 30th December)

Thank you for participating in this study.

Copyright 2010 ©. M.Luisa Vázquez Navarrete and Marta B. Aller Hernández (Consorci de Salut i Social de Catalunya); Jordi Coderch de Lassaletta and Inma Pérez Sánchez (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, AIE); Manuel Ferran Mercadé (Institut Català de la Salut); Lluís Colomés Figuera (SAGESSA, Assistència Sanitària i Social, SA); Josep Ramon Llopart López (Badalona Serveis Assistencials, SA). Barcelona, 2010. Full or partial reproduction of this text is permitted, provided the authors and titleholders are expressly cited.

B. MEDICAL HISTORY

* Now I'm going to ask you a question about your health 7. In the last three months, for what health problems or illnesses have you consulted your GP and also the specialist or hospital? *Now I'm going to ask you some questions about CITE REASON FOR CONSULTATION (QUESTION 7) 8. How long have you had ? CITE REASON FOR CONSULTATION (QUESTION 7) months or years 9. Which was the first place you consulted regarding 1 Primary care centre 2 Specialist visit (as outpatient) 3 Hospital A&E 4 When admitted to hospital 5 Emergency department at primary care centre 6 Private healthcare centre 7 Medical check-up 99 Does not know 98 Does not reply 8 Other. Specify: 10. Where were you informed that you had 1 Primary care centre 2 Specialist visit (as outpatient) 4 When admitted to hospital 3 Hospital A&E 5 Emergency department at primary care centre 6 Private healthcare centre 7 Medical check-up 98 Does not reply 99 Does not know 9 Other. Specify 8 Undiagnosed 11. Who is/are the person(s) responsible for treating your 1 GP 2 Specialist 3 Both 98 Does not reply 99 Does not know Other. Specify: 12. How long have you been seeing the doctor(s) responsible for treating your GP: ______months or _____years Specialist: ______months or _____years 13. Due to your _____, in the last year, have you always visited the same GP? VISITS TO A&E AT THE PRIMARY CARE CENTRE ARE NOT INCLUDED 1 Yes \rightarrow go to question 16 2 No 8 Does not reply→ go to question 16 99 Does not know → go to question 16 ONLY FOR PATIENTS WHO HAVE VISITED MORE THAN ONE GP 14. As a result of your , how many doctors from the primary health centre have you seen in the last year? 15. Why did you see another GP? 1 My doctor was off work 2 My doctor was changed 3 My doctor was away on holiday 4 I requested a change of doctor 98 Does not reply 99 Does not know 5 Other. Specify: FOR ALL PATIENTS INTERVIEWED 16. As a result of your , in the last year, have you always been treated by the same specialist doctor (as an outpatient)? READ ALL POSSIBLE ANSWERS. DOCTORS WHO TREATED THE PATIENT IN A&E OR WHEN ADMITTED TO HOSPITAL ARE NOT INCLUDED. REFERS TO ONE SOLE MEDICAL SPECIALITY: THE ONE WHICH THEY HAVE VISITED MOST OFTEN. 1 Yes \rightarrow go to question 19 2 No 3 I have not visited any specialists as an outpatient \rightarrow go to question 19 98 Does not reply→ go to question 19 99 Does not know→ go to question 19 ONLY FOR PATIENTS WHO HAVE VISITED MORE THAN ONE SPECIALIST 17. As a result of your , how many specialist doctors have treated you as an outpatient in the last year? 18. Why did you see another doctor? 1 My doctor was off work 2 My doctor was changed 3 My doctor was away on holiday

98 Does not reply

99 Does not know

4 I requested a change of doctor

5 Other. Specify:

Questionnaire 1	N°:
-----------------	-----

C. USE OF HEALTHCARE SERVICES

* Now I'm going to ask you a series of questions on the care you've received in the last 3 months for CITE REASON FOR CONSULTATION (QUESTION 7)

Care level	Location of consultation	19. Where have you consulted doctors regarding in the last three months?	20. How many times have you been seen there?
Primary care	Primary care centre		
	Specialist outpatient		
Secondary care	Hospital A&E		
-	Hospital inpatient		

21. In what order did you consult them? INDICATE THE ORDER IN WHICH ALL THE SERVICES WERE USED IN THE LAST THREE MONTHS FOR THE SAME CONDITION. A SERVICE CAN BE SELECTED MORE THAN ONCE, BUT ONLY ONE BOX MAY BE SELECTED IN EACH COLUMN.

Care level		Order of consultation							
Care level	Location of consultation	1	2	3	4	5	6	7	8
Primary care	Primary care centre								
	Specialist outpatient								
Secondary care	Hospital A&E								
	Hospital inpatient								

Diagram of visits

THIS TABLE IS SHOWN AS A GUIDE FOR THE INTERVIEWER

	Logotion of congultation	Order of consultation									
Care level	Location of consultation		2	3	4	5	6	7	8	9	10
Primary care	Primary care centre	X		X	X			X			X
	Specialist outpatient		X								
Secondary care	Hospital A&E					X				X	
	Hospital inpatient						X		X		
Is there a change in level? (Y/N)		-	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	N	Y
Section to be filled in		-	4	1	-	5	-	3	6	-	2

Questionnaire	N°:		

Go through the sections for which the patient has undergone a change in care level

If they visited a GP after visiting the specialist	→ go through section 1
If they visited a GP after visiting hospital A&E	→ go through section 2
If they visited a GP after being discharged from hospital	→ go through section 3
If they visited specialist health care after visiting their GP	→ go through section 4
If they visited hospital A&E after visiting their GP	→ go through section 5
If they were admitted to hospital after visiting their GP	→ go through section 6

1. GP after visiting the SPECIALIST

Order of consultation

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your GP after consulting the specialist

specialis	t			•	•	
22. Did	the specialist	send you to y	our GP?			
	1 Yes \rightarrow go to qu	uestion 24	2 No	98 Does not reply	99 Does not know	
23. Wh	y did you visit	your GP?				
	1 To get prescrip	-		2 My GP had told me	to come back again	
	3 To inform him/	her of the visit w	ith the specialist	4 To get signed off wo	ork/ declared fit for work	
	5 I felt unwell			6 Other. Specify:		
24. Wh	ere was your a	appointment	to see the GP a	rranged?		
	1 Primary care			ealth information hotline	4 Other. Specify:	
25. Hoy	w many days n	passed betwee	en visiting the s	pecialist and seeing yo	our GP?	
	J many m			F		Days
26. Hov	w many days d	lid it take fro	m requesting a	n appointment until y	on saw vour GP?	
20, 110	v many days d	na it tane ii o	in requesting a	appointment until y	ou sum your or .	Days
27 Wh	at is your view	v on that ame	ount of waiting	tima?		
1 Adequ	•		_		Does not know	
				1 3		
28. Diu	1 Yes	2 No	-	be handed in to your eply 99 Does not know	Gr:	
20. 337				* *	49 (1: 4: 1 1	4 >
	SSIBLE ANSWER	S			st? (medication, check	•
	1 Yes	2 No	3 I wasn't giv	en any instructions 98	Does not reply 99	Does not know
30. Wa	s your GP awa	are of the trea	atment prescrik	oed by the specialist? I	READ OUT POSSIBLE ANS	WERS
	1 Yes	2 No	3 I wasn't pre	scribed any treatments > go	to question 35 98 Doe	s not reply
	99 Does not know	W				
31. Did	your GP give	you any expl	anations about	the treatment prescri	bed by the specialist?	
	1 Yes	2 No	98 Does not r	eply 99 Does not	know	
32. Wa	s vour GP in a	greement wi	th the treatmen	it prescribed by the sp	ecialist?	
	1 Yes	2 No	98 Does not r			
33. Did	vour GP mak	e anv change		ent prescribed by the	specialist?	
00. 514	1 Yes	•		Does not reply → go to questi	•	ot know → go to
	question 35	2 1.0 7 go to .	question se so I	sees neeropry 2 go to queen	,, 200 0 II	ov mio w 2 go to
34. Wh	at changes did	l he/she make	?			
	1 Withdrew the t			e instructions for the treatme	nt 3 Changed the dosag	e of the treatment
	4 Added another	treatment	5 Changed it	for a similar one	6 Other. Specify:	
35. Did	your GP reso	lve any doub	ts regarding yo	ur visit to the speciali	st? READ OUT POSSIBLE	ANSWERS
	1 Yes	2 No 3 I h	ad no doubts	4 I didn't ask 98	Does not reply 99	Does not know
36A. D	o vou think vo	our care was v	vell coordinate	d in the transition from	m the specialist to you	r GP?
	1 Yes		rtially	98 Does not reply 99	•	
36B. W			-	1 2		
20D. W	J •					

	Questionnaire N°:
2. GP after visiting hospital A&E	Order of consultation
* The questions I'm going to ask you now refer to the A&E at the hospital	e care you received from your GP after having visited
37. Did the doctor at A&E send you for a check-up	· ·
1 Yes \rightarrow go to question 39 2 No	98 Does not reply 99 Does not know
 38. Why did you visit your GP? 1 To get prescriptions 3 To inform him/her of the visit with the A&E doctor 5 I felt unwell 	2 My GP told me to come back again4 To get signed off work/ declared fit for work6 Other. Specify:
39. Where was your appointment to see the GP arra 1 Primary care centre 2 Hospital 3 Healt	h information hotline 4 Other. Specify:
40. How many days passed between visiting the hosp	pital A&E and seeing your GP? Days
41. How many days did it take from requesting an a	ppointment until you saw your GP? Days
42. What is your view on that amount of waiting tim 1 Adequate 2 Long	ne from requesting an appointment until being seen? 3 Excessive 98 Does not reply 99 Does not know
43. Did the A&E doctor give you a report for your (GP?
1 Yes 2 No	98 Does not reply 99 Does not know
44. Was your GP aware of the instructions given to possible Answers	you in A&E? (medication, check-ups, etc.) READ OUT
1 Yes 2 No 3 I wasn't given a	nny instructions 98 Does not reply 99 Does not know
45. Was your GP aware of the treatment prescribed READ OUT POSSIBLE ANSWERS 1 Yes 2 No 3 I wasn't prescribed 28 Does not reply 99 Does not know	by the A&E doctor? bed any treatments → go to question 35
46. Did your GP give you any explanations about th	e treatment prescribed by the A&E doctor?
1 Yes 2 No	98 Does not reply 99 Does not know
47. Was your GP in agreement with the treatment p	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
1 Yes 2 No	98 Does not reply 99 Does not know
48. Did your GP make any changes to the treatment 1 Yes 2 No→ go to question 50 98 Does question 50	· ·
49. What changes did he/she make?	
1 Withdrew the treatment 2 Changed the ins 4 Added another treatment 5 Changed it for a	structions for the treatment a similar one 3 Changed the dosage of the treatment 6 Other. Specify:
	visit to the A&E doctor? READ OUT POSSIBLE ANSWERS
1 Yes 2 No 3 I had no doubts	
51A. Do you think your care was well coordinated in	n the transition from the A&E doctor to your GP?
1 Yes 2 No 3 Partially	98 Does not reply 99 Does not know
51B. Why?	

3. GP after being DISCHARGED FROM HOSPITAL

Order of consultation

^{*} The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your GP after having been discharged from hospital

			Questionnaire N°:
52. When you were discharged fr	om hospital, were y	ou told that you had to visit y	your GP?
1 Yes \rightarrow go to question 54 2 1	No	98 Does not reply	99 Does not know
53. Why did you visit your GP?			
1 To get prescriptions		2 My GP told me to come back agai	n
3 To inform him/her of the visit of Other. Specify:	•	4 To get signed off work/ declared f	it for work 5 I felt unwell
54. Where was your appointment	to see the GP arra	nged?	
1 Primary care centre 2 H	Iospital 3 Healtl	h information hotline 4 Othe	er. Specify:
55. How many days passed betwe	en being discharge	d from hospital and seeing yo	our GP?
, , ,			Days
56. How many days did it take fro	om requesting an a	ppointment until you saw you	ır GP?
			Days
57. What is your view on that am 1 Adequate 2 Long	ount of waiting tim 3 Excessive		tment until being seen? es not know
58. Did the doctor at the hospital	give you report abo	out your hospitalization?	
1 Yes 2 No	98 Does not reply	99 Does not know	
59. Was your GP aware of the ins <i>READ OUT POSSIBLE ANSWERS</i>	structions given to y	you at the hospital? (medicati	on, check-ups, etc.)
1 Yes 2 No 3 I	wasn't given any instruc	tions 98 Does not repl	y 99 Does not know
60. Was your GP aware of the tre	eatment prescribed	at the hospital? READ OUT POS	SSIBLE ANSWERS
1 Yes 2 No 3 I	wasn't prescribed any tre	eatments → go to question 65 98 Do	oes not reply 99 Does not know
61. Did your GP give you any exp	lanations about the	e treatment prescribed at the	hospital?
1 Yes 2 No 98	Does not reply 99 Does	not know	
62. Was your GP in agreement w	ith the treatment p	rescribed at the hospital?	
1 Yes 2 No 98	Does not reply 99 Does	not know	
63. Did your GP make any chang	es to the treatment	prescribed at the hospital?	

63. Did	1 Yes	2 No acto	question 65	08 Does not rouls	and to question 65	99 Does not know → go to question 65
			•	96 Does not reply	go to question 65	99 Does not know 7 go to question 63
	t changes did			1.1	C 41 4 4	2.61 14 1 64 4 4
	1 Withdrew the tr			ged the instruction		3 Changed the dosage of the treatment
	4 Added another			ged it for a similar		6 Other. Specify:
5. Did	your GP resol	ve any doub	_		llization? READ (OUT POSSIBLE ANSWERS
	1 Yes	2 No	3 I had	no doubts	4 I didn't ask	98 Does not reply 99 Does not know
6A. Do	you think yo	ur care was v	well coord	inated in the t	ansition from th	e hospital to your GP?
	1 Yes	2 No	3 Partia	ally	98 Does not reply	99 Does not know
CDEC			u cn			
	CIALIST CAR		Ŭ			Order of consultation _
The qu			Ŭ	er to the care y	ou received fror	Order of consultation _ n the specialist after having seen
The quour GP		ing to ask yo	ou now ref		ou received fron	
The quour GP	estions I'm go	ing to ask yo	ou now ref			
The quour GP	estions I'm go your GP send	you to visit to estion 69 2 N	ou now ref	list?		n the specialist after having seen
The quour GP 57. Did 58. Why	your GP send 1 Yes → go to qu y did you visit	you to visit to estion 69 2 N	the special	list? 98 Does not rep		n the specialist after having seen
The quour GP 67. Did	your GP send 1 Yes → go to qu y did you visit 1 Appointment w	you to visit to estion 69 2 N the specialise as arranged by the	the special to the special to the special to the special st	list? 98 Does not rep	y 99 Does	n the specialist after having seen

			Q	uestionnaire Nº:
		requesting an appointme	nt until you saw the spo	ecialist?
	Weeks:			
71. What is your vie	w on the amour 2 Long	at of waiting time from req 3 Excessive 9		at until being seen? 9 Does not know
72. Was the specialis	st who saw you	aware of the reason why y	our GP sent you? READ	OUT POSSIBLE ANSWERS
1 Yes	2 No	3 I wasn't sent by my GP	98 Does not reply	99 Does not know
73. Did the specialist	t already have i	nformation about your oth	ner illnesses? READ OUT	POSSIBLE ANSWERS
1 Yes	2 No	3 I don't have any other illnes		99 Does not know
		results of the tests which w	vere performed on you	in primary care? READ
OUT POSSIBLE ANSWER				
1 Yes	2 No	3 I didn't have any tests done	98 Does not reply	99 Does not know
75. Was the specialis	st already awar	e of any medicines you we	re taking? READ OUT PO	SSIBLE ANSWERS
1 Yes	2 No	3 I wasn't taking any medicine	es 98 Does not reply	99 Does not know
76A. Do you think y	our care was w	ell coordinated in the trans	sition from the specialis	st to your GP?
1 Yes	2 No	3 Partially	98 Does not reply	99 Does not know
76B. Why?				
5 HOCDITAL A 0 E	a 6 4 a	C.D.		
5. HOSPITAL A&E				Indox of concultation
k TEI 4° 19	ε			Order of consultation
	going to ask you	now refer to the care you		
77. Who made the d	going to ask you ecision to go to	now refer to the care you the hospital A&E?	received from A&E at	the hospital
77. Who made the d	going to ask you ecision to go to	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care	received from A&E at centre → go to question 79A	the hospital
77. Who made the days of 1 I made it mysel 3 A family memb	going to ask you ecision to go to If er or companion	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services	received from A&E at centre → go to question 79A	the hospital
77. Who made the dense of 1 I made it mysel 3 A family member 78. Why didn't you see 1	going to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first?	received from A&E at centre → go to question 79A s → go to question 79A 5	Other. Specify:
77. Who made the d 1 I made it mysel 3 A family memb 78. Why didn't you 1 It was closed	coing to ask you ecision to go to life er or companion go to the prima 2 The	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim	Other. Specify:
77. Who made the decision of t	coing to ask you ecision to go to off er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 addition got worse 5	received from A&E at centre → go to question 79A s → go to question 79A I don't like going to the clini Other. Specify:	Other. Specify:
77. Who made the decided a 1 I made it mysel 3 A family member 78. Why didn't you a 1 It was closed 4 I was told to a 194. Do you think the	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify	Other. Specify:
77. Who made the decided at I made it mysel 3 A family member 78. Why didn't you at I it was closed 4 I was told to a	coing to ask you ecision to go to off er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 addition got worse 5	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family member 78. Why didn't you so 1 It was closed 4 I was told to so 1 Yes question 80	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify	Other. Specify:
77. Who made the decided a 1 I made it mysel 3 A family member 78. Why didn't you a 1 It was closed 4 I was told to a 1 Yes	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family member 3 A family member 78. Why didn't you so 1 It was closed 4 I was told to so 1 Yes question 80	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family memb 78. Why didn't you so 1 It was closed 4 I was told to so 79A. Do you think the 1 Yes question 80 79B. Why?	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply>	received from A&E at centre → go to question 79A s → go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify:	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family member 3 A family member 78. Why didn't you at 1 It was closed 4 I was told to a 1 Yes question 80 79B. Why?	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were	received from A&E at centre → go to question 79A s → go to question 79A I don't like going to the clim Other. Specify:	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family memb 78. Why didn't you so 1 It was closed 4 I was told to so 79A. Do you think the 1 Yes question 80 79B. Why?	coing to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No	now refer to the care you the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply>	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A s \rightarrow go to question 79A I don't like going to the clini Other. Specify: e aware of your medical go to question 80 9	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family member 3 A family member 78. Why didn't you selected 4 I was closed 4 I was told to selected 4 I was told to selected 1 Yes question 80 79B. Why?	ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No explain the inst SSIBLE ANSWERS	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply>	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A s \rightarrow go to question 79A I don't like going to the clini Other. Specify: e aware of your medical go to question 80 9	Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it mysels 3 A family member 78. Why didn't you so 1 It was closed 4 I was told to so 1 Yes question 80 79A. Do you think the 1 Yes question 80 79B. Why?	going to ask you ecision to go to lif er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No explain the inst SSIBLE ANSWERS 2 No	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 adition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply>	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A s \rightarrow go to question 79A I don't like going to the clini Other. Specify: e aware of your medical go to question 80 9	the hospital Other. Specify:
77. Who made the decision 1 I made it myselds 3 A family memb 78. Why didn't you 1 It was closed 4 I was told to 2 1 Yes question 80 79A. Do you think the squestion 80 79B. Why? 80. Did you have to 6 ups,) READ OUT PO 1 Yes	going to ask you ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my cor hat the doctors 2 No explain the inst SSIBLE ANSWERS 2 No HOSPITAL af	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 dition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply-> ructions which your GP ga 3 I wasn't given any	received from A&E at centre \rightarrow go to question 79A $s \rightarrow$ go to question 79A I don't like going to the clinic Other. Specify:	the hospital Other. Specify:
77. Who made the decision of t	ecision to go to If er or companion go to the prima 2 The go to A&E if my core hat the doctors 2 No explain the instractions 2 No HOSPITAL af	the hospital A&E? 2 A doctor at the Primary care 4 Emergency medical services ry care centre first? care is better in A&E 3 adition got worse 5 who saw you in A&E were 98 Does not reply>	received from A&E at centre go to question 79A s go to question 80 go to question 80 go to question 80 go to question 80 go to question 99 ave you to the A&E doc instructions go Does no Order of consured cons	the hospital Other. Specify:

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* The questions I'm going to ask you now refer to the care you received from your during your hospitalization

* Standard In the instruction set you for question \$2 and the policy set you for question \$2 and the poli

Questionnaire	N°:		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 	

D. PERCEPTION OF CONTINUITY OF CARE

FOR ALL PATIENTS INTERVIEWED

* The questions I'm going to ask you now are about your general opinion of the care you have received for all the illnesses for which you have been treated

INFORMATIONAL CONTINUITY: Transfer of medical information

* Rate the following statements according to these categories: always, often, rarely and never

	Always	Often	Rarely	Never	Not applicable	Does not reply	Does not know
83. I believe that the professionals attending to me know my							
previous medical history							
84. After seeing the specialist, my GP discusses the visit with me							
85. My GP is aware of the instructions given to me by the							
specialist before I explain them to him/her							
86. The specialist is aware of the instructions given to me by my							
GP before I explain them to him/her							

MANAGERIAL CONTINUITY: Care coherence

* Rate the following statements according to these categories: always, often, rarely and never

	Always	Often	Rarely	Never	Not applicable	Does not reply	Does not know
87. My GP is in agreement with the specialist's instructions							
88. My GP and my specialist communicate with each other							
89. The specialist is usually in agreement with my GP's							
instructions							
90A. The specialist repeats the tests which my GP has already							
done (blood tests, x-rays, etc.)							
90B. Why?						-	
91. The specialist makes out the first prescription for the treatment						- - -	
						- -	
91. The specialist makes out the first prescription for the treatment he/she prescribes me						-	
91. The specialist makes out the first prescription for the treatment he/she prescribes me 92. The specialist sends me to my GP for follow-ups 93A. I believe that the care I receive from my GP and the							

MANAGERIAL CONTINUITY: Accessibility between levels

* Rate the following statements according to these categories: always, often, rarely and never

	Always	Often	Rarely	Never	Not applicable	Does not reply	Does not know
94. My appointments with the specialist are arranged at the							
primary care centre							
95. When I request an appointment with my GP, I have to wait a							
long time to see him/her							
96. The centre where I am seen by the specialist schedules my							
follow-up visits with my GP							
97. When I request an appointment with the specialist, I have to							
wait a long time to see him/her							

RELATIONAL CONTINUITY: patient-provider relationship

* Rate the following statements according to these categories: totally agree, agree, disagree and totally disagree

GP	Totally agree	Agree	Disagree	Totally disagree	Not applicable	Does not reply	Does not know
98. I have confidence in the professional ability of my GP							
99. I believe that my GP cares about me							
100. I feel comfortable consulting my GP about my doubts or health problems							
101. My GP understands what I tell him/her about my health							
102. The information my GP gives me is easy to understand							
103A. The information my GP gives me is sufficient							
103B. Why?						_	- — - — — —
104. When I request an appointment with the GP, I always see the same doctor							
105A. I would recommend my GP to my family and friends							
105B. Why?							

Specialists	Totally agree	Agree	Disagree	Totally disagree	Not applicable	Does not reply	Does not know
106. I have confidence in the professional ability of the specialists treating me							
107. I believe that the specialists care about me							
108. I feel comfortable consulting the specialists about my doubts							
109. The specialists understand what I tell them about my health							
110. The information the specialists give me is easy to understand							
111A. The information the specialists give me is sufficient							
111B. Why?						_	
112. When I request an appointment for the same health problem I am always seen by the same specialist							
113A. I would recommend my specialists to my family and friends							
113B. Why?						_	
						-	

Questionnaire No:	
-------------------	--

E. GENERAL MORBIDITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC DATA

FOR ALL PATIENTS INTERVIEWED

114. How would you describe your gener	ral health?
1 Very good 2 Good 3	Fair 4 Poor 5 Very poor
115. What illnesses do you have? OPEN	ENDED
	
	
116. Where do you go when you are ill o	r need advice about your health?
1 Primary care centre	2 Hospital A&E 3 Private healthcare
4 Specialist	5 A&E at health centre/Clinic 6 Specialist in complementary medicine
7 Friends or family	8 Other. Specify:
117. Sex 1 Female 2	Male
118. Date of birth	//
119. Where were you born?	
1 Spain \rightarrow go to question 122	2 Other. Specify country:
120. What is your nationality? OPEN EN	
	<u> </u>
121. How long have you lived in Spain?	Months: or Years:
122. What is your profession? OPEN EN	DED
123. What is your current job? OPEN EA	NDED
	<u> </u>
124. What is your academic level? OPEN	N ENDED
·	
125A. Do you have any private health in	surance?
	98 Does not reply → Go to comments 99 Does not know → Go to comments
125B. What insurance do you have?	
Would you like to make any furth	er comments? PATIENT'S COMMENTS