

Original

Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA

María José Letelier^a, Marta Beatriz Aller^{a,*}, Diana Henao^a, Inma Sánchez-Pérez^b, Ingrid Vargas Lorenzo^a, Jordi Coderch de Lassaletta^b, Josep Ramon Llopart^c, Manel Ferran^d, Lluís Colomé^e y María Luisa Vázquez Navarrete^a

^a Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España

^b Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats de Salut, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Palamós, España

^c Àrea de Direcció de Planificació i Desenvolupament Organitzatiu, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Barcelona, España

^d Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^e Àrea de Planificació Estratègica, Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA), Reus, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de diciembre de 2009

Aceptado el 26 de marzo de 2010

On-line el 23 de julio de 2010

Palabras clave:

Continuidad de la atención al paciente

Cuestionario

Prestación de atención de salud

Servicios de salud

Atención integral de salud

RESUMEN

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento que permita evaluar la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva de los usuarios, para ser aplicado en cualquier sistema de salud que provea un continuo de servicios.

Métodos: 1) Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial, a partir de la revisión de la bibliografía; 2) validación del cuestionario mediante discusión con un grupo de expertos, dos pretests y una prueba piloto en una muestra de 200 usuarios. Se analizaron la comprensibilidad y la validez de contenido del cuestionario, la carga para el entrevistador y la fiabilidad y la validez de constructo de la escala.

Resultados: El cuestionario aborda los tres tipos de continuidad asistencial (gestión, información y relación) y está dividido en dos apartados complementarios. El primero reconstruye la trayectoria y continuidad para un episodio concreto durante los últimos tres meses. El segundo apartado mide la percepción general de los usuarios sobre la continuidad. Hubo acuerdo entre los expertos en que todas las dimensiones de la continuidad estaban representadas, y los encuestados lo consideraron de fácil comprensión. El tiempo medio de aplicación fue de 33,9 min. El valor alfa de Cronbach fue aceptable ($> 0,7$) en todas las subescalas excepto en una, que fue eliminada. Los análisis de correspondencias múltiples mostraron asociación entre aquellos ítems teóricamente relacionados.

Conclusiones: Se ha diseñado un cuestionario (CCAENA) útil, válido y fiable para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de manera integral y desde la perspectiva de los usuarios. Su aplicación en una muestra mayor aportará información adicional acerca de sus propiedades psicométricas.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Design and validation of a questionnaire to measure continuity between care levels from the user's perspective

ABSTRACT

Keywords:

Continuity of care

Questionnaire

Health care delivery

Health services

Comprehensive health care

Objectives: To design and validate an instrument that measures continuity between levels of care from the user's perspective to be applied in any healthcare system providing a continuum of care.

Methods: 1) A questionnaire for the measurement of continuity of care was designed, based on a literature review, and 2) the questionnaire was validated using an expert group, two pretests and a pilot test to a sample of 200 healthcare users. We assessed the questionnaire's comprehensibility, content validity and interviewer burden, as well as the reliability and construct validity of the scale.

Results: The instrument encompasses three types of continuity (management, information and relational) and is divided in two complementary parts. The first part addresses the patients' care pathways and the continuity of care for a particular episode that occurred in the last 3 months. The second part measures patients' perception of the continuity between levels of care. The experts agreed that all dimensions of continuity were represented and the interviewees found the questionnaire easy to understand. The mean time required to apply the instrument was 33.9 min. Cronbach's alpha was acceptable (> 0.7) in all subscales except one, which was then removed. The multiple correspondence analyses showed associations among theoretically related items.

Conclusions: The questionnaire (CCAENA) seems to be an useful, valid and reliable instrument to assess comprehensively continuity between levels of care from the user's perspective. Further information about the questionnaire's psychometric properties will be obtained by applying it to a larger population.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maller@consorci.org (M.B. Aller).

Introducción

La evaluación integral de la continuidad asistencial es un proceso complejo, entre otras razones por tratarse de un concepto multidimensional^{1,2}, sobre cuya definición no hay consenso². Adoptamos la definición de continuidad asistencial propuesta por Reid et al², que la definen como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Estos autores² describen tres tipos de continuidad asistencial: 1) de información, es decir, la percepción del usuario de que los proveedores disponen y utilizan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales; 2) de relación, que es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores, y 3) de gestión o provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen.

Las investigaciones sobre continuidad asistencial suelen centrarse en la medida de un solo tipo, en general la continuidad de relación^{2,3}, en un solo nivel de atención^{1,4,5} y, normalmente, para una enfermedad concreta^{3,6,7}. Asimismo, los instrumentos utilizados suelen centrarse en periodos breves de la enfermedad y muy poco en tratamientos de larga duración^{8,9}. Además, hasta hace pocos años los análisis abarcaban sobre todo la perspectiva de los proveedores de la salud¹⁰ y no la visión del usuario, es decir, se centraban en el análisis de la coordinación y no en el de la continuidad asistencial.

Entre los beneficios que se atribuyen a la continuidad asistencial se incluyen el aumento de la satisfacción de los usuarios con la atención, la reducción de las tasas de hospitalización, la disminución en el gasto de recursos, un mayor cumplimiento de los tratamientos prescritos y la mejora de la atención preventiva¹¹⁻¹⁵. Por tanto, disponer de un instrumento adecuado que permita medir la continuidad asistencial percibida contribuirá a evaluar y monitorizar la calidad de los servicios y su eficacia.

El objetivo de esta investigación es contribuir a mejorar el conocimiento sobre la continuidad asistencial, mediante el diseño y la validación de un instrumento que permita medir la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios, en sus tres tipos y todas sus dimensiones, y en cualquier sistema de salud que provea un continuo de atención.

Métodos

En primer lugar se diseñó el cuestionario a partir de la revisión de la bibliografía y a continuación se validó mediante la discusión con expertos, la realización de dos pretests y una prueba piloto (fig. 1).

Diseño del cuestionario

1) Definición de dimensiones y atributos

Se partió del marco conceptual descrito por Reid et al², que identifica tres tipos de continuidad asistencial y seis dimensiones. Se realizó una revisión bibliográfica para identificar los atributos de la continuidad y los instrumentos utilizados para medirla desde la perspectiva de los usuarios. La búsqueda se realizó en MEDLINE-PubMed hasta abril de 2008. Las palabras clave utilizadas fueron «continuity of patient care (MESH)/comprehensive health care (MESH)/delivery of health care (MESH)/health care systems continuity/continuity» y «concept/measurement/instruments/tools/questionnaires/methods». Se revisaron adicionalmente las referencias bibliográficas de los artículos localizados.

2) Selección de preguntas y confección del cuestionario

Mediante la recopilación de instrumentos publicados se obtuvo un conjunto de preguntas y se clasificaron en función de la dimensión de la continuidad asistencial a que hacían referencia. Posteriormente se diseñaron preguntas específicas para aquellos atributos no representados en las preguntas identificadas y se construyó la primera versión del cuestionario.

Validación

1) Validez de contenido

Para evaluar la validez de contenido se convocó un grupo de siete expertos en elaboración de cuestionarios, en análisis de la continuidad asistencial o en gestión de servicios sanitarios. Se realizaron dos reuniones presenciales en las cuales se discutió y valoró la formulación de las preguntas y la representación de las diferentes dimensiones y atributos de la continuidad. Las reuniones, de 2 a 3 h de duración, tuvieron lugar en la sede del Consorci Hospitalari de Catalunya en el mes de mayo de 2008.

2) Pretests

Se realizaron dos pretests con el fin de valorar la comprensión, la aceptabilidad, el ritmo temático y la duración de la entrevista. En el primero se aplicó el cuestionario a seis usuarios de los servicios de salud de Barcelona y se realizaron entrevistas cognitivas para analizar la comprensión de las preguntas. En el segundo pretest se estudió su viabilidad en condiciones reales y participaron 20 usuarios de los servicios de salud del Baix Empordà, de diferentes edades y niveles socioeconómicos. Basándose en los resultados obtenidos se realizaron los cambios oportunos en el cuestionario.

3) Prueba piloto

Se llevó a cabo un estudio piloto aplicando el cuestionario, en entrevistas presenciales, a una muestra de usuarios pertenecientes a la población adscrita a dos áreas de referencia del sistema de salud de Cataluña. Una de las áreas era totalmente urbana (Barcelona), donde los servicios de atención primaria y especializada dependen de entidades de diferente titularidad y con sistemas de información independientes, mientras que la otra área era semirural (Baix Empordà), con los dos niveles de atención asistencial gestionados por la misma entidad y con un sistema de información único compartido.

La muestra estuvo constituida por usuarios de los servicios salud, mayores de 18 años, que habían recibido atención médica en los 3 últimos meses por una misma causa en atención primaria y especializada. Se excluyeron los pacientes referidos a centros de otros territorios para su atención, que sólo hubieran utilizado un nivel de atención, que hubieran sido atendidos por profesional no médico o que hubieran visitado los dos niveles asistenciales por distintos motivos.

El tamaño muestral se definió calculando para cada dimensión de la continuidad asistencial el tamaño necesario para analizar el modelo multivariable de asociación entre los ítems componentes, con un nivel de confianza del 95% y cumpliendo el teorema de Moivre de frecuencia estimada mayor de 10 para que los estadísticos de ajuste y de verosimilitud pudieran explicarse como una ji al cuadrado. Se consideró el máximo tamaño muestral requerido de las dimensiones, teniendo éste un valor aproximado de 200 casos. La muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico aleatorio simple a partir de las bases de datos suministradas por los centros de atención primaria y los hospitales de referencia, utilizando el número de la tarjeta sanitaria como identificador único.

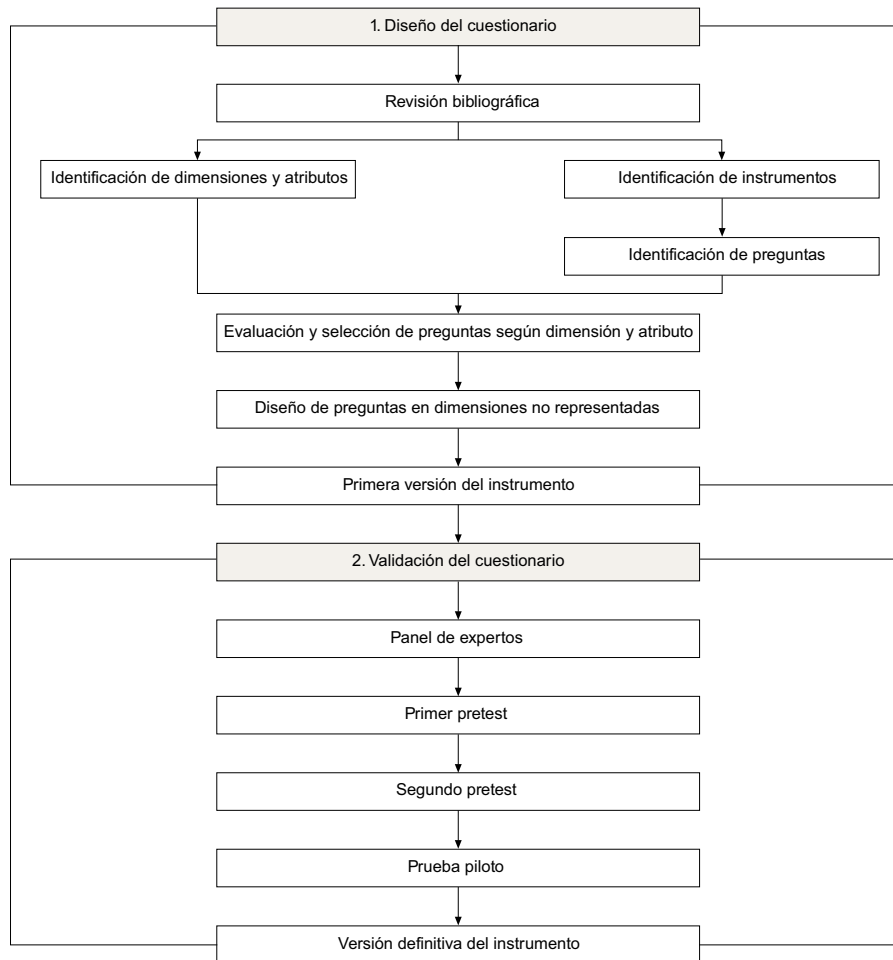


Figura 1. Esquema del proceso de desarrollo del cuestionario.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la población de la prueba piloto

Total	n=200 (%)
Sexo	
Mujeres	62,5
Hombres	37,5
Edad	
18–35 años	14,5
36–50 años	24,5
51–65 años	26,0
> 65 años	35,0
País de origen	
España	77,5
Otro	22,5
Nivel educativo	
Sin estudios o educación primaria incompleta	16,5
Educación primaria completa	33
Educación secundaria completa	30,5
Educación de tercer grado (universitaria)	20
Seguro de salud privado	
Sí	10,5

La muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (62,5%), de nacionalidad española (77,5%), de 18 a 92 años de edad, con un promedio de 55,7 años (tabla 1). El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de marzo y junio de 2009. Se obtuvo el consentimiento informado de cada encuestado y se les comunicó el derecho a rechazar su participación en la encuesta; se

les aseguró la privacidad y la confidencialidad de los datos. El cuestionario fue cumplimentado preferentemente en el hogar de los usuarios (38,5%) y, cuando no fue posible, en el centro de atención primaria (49%) o en otro lugar acordado con el encuestado (12,5%). Se aceptó la posibilidad de realizar las entrevistas en el centro de atención primaria para disminuir el porcentaje de rechazos observados en el segundo pretest (49%).

Se analizó la carga del encuestador, la comprensión de las preguntas del cuestionario y la fiabilidad y la validez de constructo de la escala. Por carga del encuestador se entiende el tiempo necesario para cumplimentar el cuestionario, junto con el número de usuarios contactados por cada usuario participante. Se realizaron reuniones individuales y conjuntas con los encuestadores para detectar los problemas que surgieron durante las entrevistas y que se habían recogido sistemáticamente.

Se estableció la fiabilidad de las escalas del cuestionario mediante el valor alfa de Cronbach¹⁶, que oscila entre 0 y 1 (mínima y máxima consistencia interna, respectivamente), y se consideraron aceptables los valores $\geq 0,70$ y buenos cuando eran $\geq 0,80$ ¹⁶. La validez de constructo se estudió mediante análisis de correspondencias múltiples realizados para cada dimensión, evaluando la congruencia entre los resultados obtenidos en relación con su estructura subyacente y el constructo teórico. Los análisis estadísticos se efectuaron con el paquete estadístico SPSS.

Debido a que en los pretests las puntuaciones en la escala se centraron en los valores extremos e intermedios, en la prueba

piloto se empleó una escala más amplia (1 a 10) para tener una mayor amplitud de respuestas¹⁷. Sin embargo, durante la prueba piloto se observó, de forma semejante, una agrupación en los valores extremos, de manera que los análisis estadísticos se realizaron teniendo en cuenta la siguiente agrupación de valores: a) del 1 al 4; b) 5 y 6; c) 7 y 8; d) 9 y 10.

A partir del análisis piloto se introdujeron algunas modificaciones en el cuestionario, analizadas y consensuadas en una reunión del equipo investigador con expertos en la materia.

Resultados

Diseño del cuestionario

1) Definición de dimensiones y atributos

Se identificaron 28 atributos para medir la continuidad^{1-3,5,9,18,19} abarcando los tres tipos y las seis dimensiones descritas por Reid et al². Se eliminaron los atributos redundantes y los considerados inadecuados o no relevantes para la continuidad entre niveles asistenciales, con lo cual se seleccionaron en total 19 atributos (fig. 2).

2) Elaboración del cuestionario

A partir de los instrumentos identificados^{3,5,14,19-25} se recopilaron o adaptaron 84 preguntas que abarcaban 15 de los 19 atributos de los tres tipos de continuidad a evaluar. Para medir los atributos restantes se diseñaron nuevas preguntas.

Se estructuró el cuestionario en dos partes complementarias. El primer apartado reconstruye la trayectoria y la continuidad asistencial para un problema concreto durante los últimos 3 meses, mediante preguntas abiertas y cerradas. El segundo apartado evalúa la percepción general de los usuarios sobre la continuidad asistencial mediante una escala de Likert con cuatro categorías. Consta de seis subescalas, una referente a la continuidad de información (transferencia de la información clínica), dos a

la continuidad de gestión (coherencia del cuidado y accesibilidad entre niveles) y tres referentes a la continuidad de relación (vínculo paciente-médico de cabecera, vínculo paciente-especialista y estabilidad del equipo profesional).

El cuestionario fue diseñado para ser aplicado en una entrevista presencial llevada a cabo por un encuestador capacitado.

Validación

1) Validez de contenido del cuestionario

Hubo acuerdo entre el grupo de expertos en que los tres tipos de continuidad asistencial y sus dimensiones estaban representadas en el cuestionario, a excepción de la dimensión «conocimiento acumulado», que no fue incluida porque se consideró de difícil medida.

2) Comprensión de las preguntas del cuestionario

En los dos pretests se comprobó que el instrumento tiene un buen ritmo en la sucesión de los temas. En las entrevistas cognitivas, los entrevistados consideraron que era de fácil comprensión y que el lenguaje era adecuado. El equipo de encuestadores detectó algunas dificultades para responder a los ítems de la escala que estaban formulados en negativo.

3) Carga para el encuestador

En la prueba piloto, por cada usuario que cumplió con los criterios de inclusión y aceptó participar se intentó contactar con cuatro individuos que finalmente no participaron en el estudio. El tiempo medio de las entrevistas fue de 33,9 min, con una duración mínima y máxima de 18 y 79 min, respectivamente. La mayor duración se debe a que algunos encuestados apoyaron sus respuestas con información o anécdotas adicionales. Los encuestadores propusieron la reubicación de dos preguntas del cuestionario que aumentaban sustancialmente el tiempo de aplicación del cuestionario.

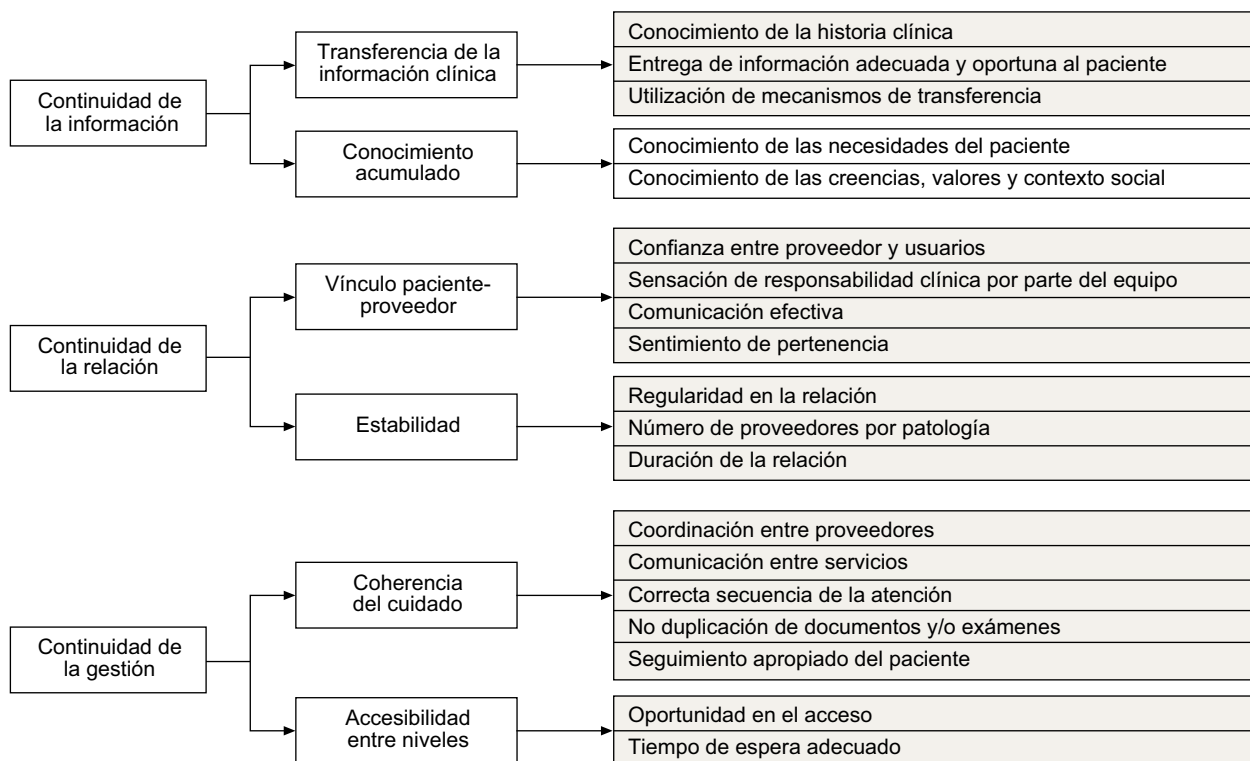


Figura 2. Tipos, dimensiones y atributos de la continuidad asistencial. En sombreado se presentan los atributos evaluados en el cuestionario.

Tabla 2
Escala del cuestionario, puntuaciones obtenidas en la prueba piloto y coeficientes alfa de Cronbach de las dimensiones

	N	Valores 1–4 (%)	Valores 5–6 (%)	Valores 7–8 (%)	Valores 9–10 (%)	Cuestionario inicial (alfa de Cronbach)	Cuestionario definitivo (alfa de Cronbach)
<i>Continuidad de la información</i>							
Dimensión: Transferencia de la información clínica							
Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	196	12,8	13,8	24,5	49	0,786	0,786
Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta conmigo la visita	194	16,5	11,9	19,6	52,1		
Cuando consulto al médico de cabecera no necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado ^a	185	25,4	12,4	17,8	44,3		
Cuando consulto al especialista no necesito contarle las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado ^b	190	24,2	17,4	14,7	43,7		
<i>Continuidad de la gestión</i>							
Dimensión: Coherencia del cuidado							
Mi médico de cabecera suele estar de acuerdo con las indicaciones del especialista	183	2,7	7,7	23,5	66,1	0,792	0,792
Mi médico de cabecera y mi especialista se comunican entre ellos	138	26,1	10,9	18,8	44,2		
El especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera	166	12	10,8	24,7	52,4		
El especialista no me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de cabecera ^c	165	13,3	3,6	15,8	67,3		
El especialista me envía al médico de cabecera para las visitas de seguimiento	184	40,2	7,6	12	40,2		
El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda	188	10,6	3,2	5,9	80,3		
Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada	184	14,1	13,6	14,7	57,6		
Dimensión: Accesibilidad entre niveles							
Desde el ambulatorio/centro de atención primaria me programan las visitas con el especialista	193	13,5	3,1	10,4	73,1	0,709	0,578
Desde que mi médico de cabecera me manda al especialista tengo que esperar poco tiempo para la visita ^d	188	37,2	17	18,6	27,1		
Cuando el especialista me manda al médico de cabecera no tengo que hacer trámites fuera del centro para conseguir la visita ^e	157	27,4	5,1	8,9	58,6		
Desde que el especialista me manda al médico de cabecera tengo que esperar poco tiempo para la visita ^f	149	15,4	12,8	14,8	57		
<i>Continuidad de la relación</i>							
Dimensión: Vínculo paciente-médico de cabecera							
Confío en la capacidad profesional de mi médico de cabecera	200	4	5	17	74	0,936	0,936
Creo que mi médico de cabecera se interesa por mí	197	5,6	8,6	17,8	68		
Me siento cómodo preguntándole a mi médico de cabecera mis dudas o mis problemas de salud	200	6	4	13	77		
Mi médico de cabecera entiende lo que le digo sobre mi salud	200	3	6	11,5	79,5		
La información que me da mi médico de cabecera se entiende fácilmente	200	3,5	3,5	14,5	78,5		
La información que me da mi médico de cabecera es suficiente	200	6,5	6,5	18,5	68,5		
Recomendaría mi médico de cabecera a mis amigos o familiares	190	11,1	3,7	13,2	72,1		
Dimensión: Vínculo paciente-especialista							
Confío en la capacidad profesional de los especialistas que me tratan	199	6	12,6	17,6	63,8	0,929	0,929
Creo que los especialistas se interesan por mí	193	11,9	17,1	17,1	53,9		
Me siento cómodo preguntando mis dudas a los especialistas	197	10,2	11,2	19,8	58,9		
Los especialistas entienden lo que les digo sobre mi salud	197		5,1	11,2	17,8	66	
La información que me dan los especialistas se entiende fácilmente	198	6,1	7,6	26,3	60,1		
La información que me dan los especialistas es suficiente	197		10,2	14,7	19,3	55,8	
Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares	183	17,5	10,9	13,1	58,5		
Dimensión: estabilidad del equipo profesional							
Cuando pido visita para mi médico de cabecera, siempre me ve el mismo médico	199	7	10,1	21,6	61,3	0,596	
Cuando pido visita con el especialista por un mismo problema, siempre me ve el mismo	186	9,1	7,5	15,6	67,7		
Suelo acudir al mismo lugar cuando tengo una enfermedad o necesito consejo sobre mi enfermedad	197	1,5	4,1	11,2	83,2		

Reformulación de los ítems en el cuestionario definitivo:

^a Mi médico de cabecera conoce las indicaciones que el especialista me ha dado antes de que yo se las explique.

^b El especialista conoce las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado antes de que yo se las explique.

^c El especialista me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de cabecera.

^d Cuando pido hora al médico de cabecera tengo que esperar mucho tiempo para la visita.

^e Desde el centro donde me ha atendido el especialista me programan la visita de seguimiento con el médico de cabecera.

^f Cuando pido hora al especialista tengo que esperar mucho tiempo para la visita.

4) Fiabilidad de la escala

Se calculó el valor alfa de Cronbach para cada uno de los apartados de la escala. La consistencia interna de las subescalas «vínculo del paciente con el médico de cabecera» y «vínculo del paciente con los especialistas» fue buena, en ambos casos con valores superiores a 0,9. En cuanto a las subescalas «transferencia de la información clínica», «coherencia del cuidado» y «accesibilidad entre niveles», los valores de consistencia interna obtenidos fueron aceptables (superiores a 0,7). Finalmente, se hallaron unos bajos valores de consistencia interna en la subescala «estabilidad del equipo profesional» (0,596). En la *tabla 2* se muestran los ítems de la escala y los valores de fiabilidad de las dimensiones.

5) Validez de constructo

Los resultados obtenidos del análisis de correspondencias múltiples muestran unos valores aceptables en todas las subescalas, es decir, la agrupación de las variables siguió un patrón

similar al que sería de esperar desde la perspectiva teórica subyacente. Las dimensiones con una mayor agrupación en sus variables son «transferencia de la información clínica», «vínculo paciente-médico de cabecera» y «vínculo paciente-especialista». En la *tabla 3* se detallan los principales resultados de los análisis de correspondencias múltiples.

Cuestionario definitivo

En la primera parte del cuestionario se eliminaron diez preguntas que no ofrecían información adicional, y se añadieron cuatro con el fin de disponer de información complementaria relacionada con algunos aspectos de interés para la descripción de la percepción de la continuidad asistencial. Adicionalmente, se realizaron cambios en el orden de dos preguntas para reducir el tiempo de aplicación del cuestionario, puesto que su formulación daba lugar a largas explicaciones por parte de algunos encuestados. Se incorporaron más ayudas para el encuestador.

Tabla 3

Principales resultados de los análisis de correspondencias múltiples

	Cuestionario inicial			Cuestionario definitivo		
	Inercia explicada por el primer eje (%)	Ítem	Valor de discriminación a la inercia del eje 1	Inercia explicada por el primer eje (%)	Ítem	Valor de discriminación a la inercia del eje 1
Continuidad de la información: Transferencia de la información clínica	16,24	1	0,582	16,24	1	0,582
		2	0,548		2	0,548
		3	0,646		3	0,646
		4	0,660		4	0,660
Continuidad de gestión: Coherencia del cuidado	11,12	1	0,517	11,12	1	0,517
		2	0,576		2	0,576
		3	0,635		3	0,635
		4	0,243		4	0,243
		5	0,312		5	0,312
		6	0,629		6	0,629
		7	0,202		7	0,202
Continuidad de gestión: Accesibilidad entre niveles	11,54	1	0,550	11,03	1	0,441
		2	0,481		2	0,327
		3	0,275 ^a		3	0,422
		4	0,552		4	0,575
		5	0,182 ^a			
		6	0,505			
Continuidad de relación: Vínculo paciente-médico de cabecera	23,01	1	0,769	23,01	1	0,769
		2	0,734		2	0,734
		3	0,805		3	0,805
		4	0,719		4	0,719
		5	0,663		5	0,663
		6	0,774		6	0,774
		7	0,602		7	0,602
Continuidad de relación: Vínculo paciente-especialista	21,35	1	0,692	21,35	1	0,692
		2	0,722		2	0,722
		3	0,761		3	0,761
		4	0,683		4	0,683
		5	0,629		5	0,629
		6	0,737		6	0,737
		7	0,688		7	0,688
Continuidad de relación: Estabilidad del equipo profesional	18,43	1	0,509 ^b			
		2	0,601 ^b			
		3	0,549 ^b			

^a Ítems eliminados.

^b Ítems reubicados en el cuestionario.

En la segunda parte del cuestionario se observaron dificultades de algunos usuarios para utilizar el sistema de puntuación, motivo por el cual en el formato definitivo se retomó la escala de Likert. Debido a la falta de consistencia interna de la subescala «continuidad de relación: estabilidad del equipo profesional», los ítems se reubicaron en el cuestionario para no perder la información que aportan para el análisis de la continuidad, pero sin agrupar. Además, se eliminaron dos preguntas de la escala porque aportaban información redundante. También se procedió a formular todos los ítems en positivo.

Finalmente se repitieron los análisis de fiabilidad y validez de constructo del cuestionario definitivo, manteniéndose sus propiedades psicométricas (tablas 2 y 3).

Discusión

La mayoría de los estudios de continuidad disponibles son de carácter cuantitativo^{3,19,21}; sólo algunos utilizan metodología cualitativa^{26,27} para analizar qué aspectos de la continuidad asistencial son más relevantes para los usuarios o proveedores, y como paso previo a la construcción de un instrumento cuantitativo^{3,17,28,29}. Entre los instrumentos cuantitativos destacan los elaborados en el marco del proyecto SDO (Service Delivery and Organisation)⁹ del National Health Service de Reino Unido, que se centran en una patología específica y evalúan algunos aspectos de continuidad de información y gestión, sin considerar elementos relevantes como la accesibilidad entre niveles asistenciales, la correcta secuencia de la atención o el seguimiento de la atención en otros niveles. En Estados Unidos destaca el cuestionario PCAT¹⁹, que ha sido adaptado parcialmente en Cataluña⁵ y que aborda la continuidad asistencial en el ámbito de la atención primaria. Recientemente, Berendsen et al²⁹ han construido un cuestionario para evaluar la percepción de los usuarios sobre la continuidad entre niveles que incluye atributos identificados previamente con grupos de pacientes²⁷, centrado sobre todo en la continuidad de relación entre el usuario y los profesionales. El cuestionario elaborado en este estudio permite superar las deficiencias detectadas en los anteriores instrumentos, y es el primero que evalúa de manera integral la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios, de forma general y a partir de la reconstrucción de un episodio clínico.

La construcción del instrumento en dos partes se debe a que la continuidad asistencial es un concepto abstracto^{1,2}, de difícil comprensión, que puede interpretarse de distintas maneras. Así, en la primera parte del instrumento se reconstruye el episodio concreto en el cual el paciente ha utilizado más de un nivel asistencial para identificar la percepción de continuidad y los problemas detectados por los pacientes en su propia experiencia. La segunda parte está diseñada como una escala de opinión, y permite determinar el grado de continuidad percibido por los usuarios, en general y por dimensión.

La media de duración de la aplicación, 33,9 min (desviación estándar: 10,89), está dentro de los límites de lo considerado adecuado en la literatura, que recomienda que una entrevista con aplicación presencial del cuestionario dure como máximo entre 60 y 90 min¹⁷. Además, con los cambios realizados se espera reducir el tiempo de aplicación. Se detectó una buena aceptabilidad del instrumento, ya que la proporción de valores perdidos fue inferior al 10% en la mayoría de los ítems³⁰.

Se decidió realizar el análisis de la consistencia interna para cada una de las subescalas del cuestionario debido a que no es un requisito, desde el punto de vista teórico, que haya una correlación significativa entre los diferentes constructos de la continuidad asistencial. Asimismo, se decidió no realizar el clásico

análisis factorial incluyendo todos los ítems en él, por partir de un constructo teórico fuerte. Se optó por la realización de seis análisis de correspondencias múltiples independientes, uno para cada constructo, y se analizaron en función de las relaciones observadas que, desde el punto de vista de las circunstancias subyacentes, sería de esperar que sucedieran. Dentro de un mismo constructo, por consiguiente, no se esperó observar relaciones fuertes entre todos los ítems sino entre los grupos de ítems que evaluaban un mismo atributo de la continuidad asistencial para una misma dimensión.

En conclusión, este estudio proporciona un instrumento cuyos resultados permiten medir la continuidad asistencial entre niveles de forma integral en la población mayor de 18 años. Su aplicación posterior en una encuesta poblacional, que se está realizando actualmente, permitirá analizar la percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles en diferentes entornos sanitarios, así como analizarla a partir de sus experiencias particulares. Además, su aplicación en una muestra de mayor tamaño aportará información adicional acerca de sus propiedades psicométricas.

Financiación

El estudio fue parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (n.º expediente: PI08/90154).

Contribuciones de autoría

M.J. Letelier diseñó la primera versión del cuestionario y realizó y analizó los dos pretests. M. Aller participó en la prueba piloto, el análisis de los datos y su interpretación. D. Henao participó en la elaboración del cuestionario y en la coordinación del estudio. I. Sánchez colaboró en el diseño del análisis de los datos y realizó los análisis estadísticos. I. Vargas participó en la concepción de la idea, en el diseño del estudio y en su supervisión. J. Coderch participó, desde el ámbito operativo y metodológico, en el desarrollo del trabajo de campo en el segundo pretest y en la prueba piloto. J.R. Llopard, M. Ferran y L. Colomé participaron como expertos en sistemas de salud en todas las etapas del proyecto. M.L. Vázquez dirigió todo el estudio y supervisó todos los aspectos de su realización. Todos los autores participaron en la interpretación de los datos, revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron su versión final.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a Silvina Berra, Maribel Pasarín, Josep Maria Argimon y Soledad Romea por su apoyo en el desarrollo conceptual y práctico del estudio, así como a Francesc Cots, Lola Bosch, Josep Maria Lisbona, Isabel Serra, Juan Antonio Camús y Montserrat Figuerola, sin cuya colaboración no habría sido posible desarrollar el estudio.

Bibliografía

- Haggerty J, Reid R, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J*. 2002;327:1219–21.
- Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

3. Guilloford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
4. Sharma G, Freeman J, Zhang D, et al. Continuity of care and intensive care unit use at the end of life. *Arch Intern Med.* 2009;169:81–6.
5. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, et al. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria.* 2007;39:395–401.
6. Durbin J, Goering P, Streiner DL, et al. 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.
7. Riley DL, Stewart DE, Grace SL. Continuity of cardiac care: cardiac rehabilitation participation and other correlates. *Int J Cardiol.* 2007;119:326–33.
8. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485–95.
9. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
10. Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract.* 2007;17:16–20.
11. 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.
12. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3:159–66.
13. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2:445–51.
14. Starfield BH. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
15. Gray DP, Evans P, Sweeney K, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med.* 2003;96:160–6.
16. Nunally J. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1967.
17. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2.ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
18. Baker R, Freeman GK, Boulton M, et al. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2006.
19. Shi LY, Starfield B, Xu JH. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract.* 2001;50:161.
20. Carter M, Roland M, Bower P, et al. Improving your practice with patient surveys. (Acceso el 17 de marzo de 2009.) Disponible en: <http://www.npcrdc.ac.uk/PublicationDetail.cfm?ID=111>.
21. Gigantesco A, Morosini P, Bazzoni A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *Int J Qual Health Care.* 2003;15:73–8.
22. Harrison A, Verhoef MA. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res.* 2002;37:1031–54.
23. King M, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management. Report for the National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO); 2007.
24. Krugman SD, Racine A, Dabrow S, et al. Measuring primary care of children in pediatric resident continuity practices: a continuity research network study. *Pediatrics.* 2007;120:E262–71.
25. National Health Services (NHS). General Practice Questionnaire. [consultado 17/3/2009]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublishedSurvey/GPpatientsurvey2007/index.htm>.
26. Pujol RE, Gene BJ, Sans CM, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit.* 2006;20:209–19.
27. Berendsen AJ, de Jong GM, Meyboom-de JB, et al. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:62.
28. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *Br Med J.* 1997;315:1138–41.
29. Berendsen AJ, Groenier KH, de Jong GM, et al. 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.
30. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res.* 1995;4:293–307.