

## **Trabajo Final de Máster**

Máster en Salud Pública  
Universitat Pompeu Fabra – Universitat Autònoma de Barcelona

### **Diseño y validación de contenido de un cuestionario para medir la continuidad de la atención sanitaria y social de pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas**

**Alumna:** Samar Benthami Zarhouni

**Directoras:** Verónica Espinel Flores, Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete

**Institución:** Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS).  
ConSORCI de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Barcelona, 08 de mayo de 2024

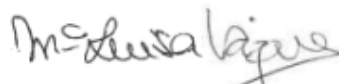
A través del presente documento, nosotras Verónica Espinel-Flores, Ingrid Vargas y María Luisa Vázquez AUTORIZAMOS a SAMAR BENTHAMI ZARHOUNI a presentar la memoria final del trabajo final de máster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra y la Universidad Autónoma de Barcelona para el curso 2023/3024 titulada:

**“Diseño y validación de contenido de un cuestionario para medir la continuidad de la atención sanitaria y social de pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas”**

<b>Siguiendo la normativa de la revista Gaceta Sanitaria:</b>		
	Según normativa de la revista	Artículo incluido en el TFM
Número de palabras del resumen	250	250
Número de palabras del texto (sin contar resumen ni bibliografía)	3.000	2991
Número de tablas y figuras	Máximo de 6	2 figuras y 4 tablas
Número de referencias	Máximo de 35	45 referencias

En constancia firmamos:

  
Ingrid Vargas

  
María Luisa Vázquez

  
Verónica Espinel-Flores

## **ARTICULO**

# **DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PATOLOGIAS CRÓNICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS**

Samar Benthami Zarhouni<sup>1</sup>, Verónica Espinel Flores<sup>2</sup>, Ingrid Vargas Lorenzo<sup>2</sup>,  
María Luisa Vázquez Navarrete<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitat Pompeu Fabra

<sup>2</sup>Consorci de Salut i Social de Catalunya

## RESUMEN

**Objetivo** Diseñar y validar el contenido de un instrumento para medir comprensivamente la continuidad asistencial entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva de personas mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas.

**Metodología:** 1) Revisión de la literatura; para identificar atributos e instrumentos de medición de la continuidad sanitaria y social. 2) Construcción y validación de contenido; de acuerdo con los hallazgos de la fase anterior se adaptaron y diseñaron preguntas que midieran la continuidad sanitaria y social. Mediante consulta con 5 experto/as se evaluó la validez aparente. Actualmente se planifica el pretest con pacientes.

**Resultados:** A partir de la revisión se elaboró un instrumento que se refinó con las discusiones con experto/as, que consideraron que las dimensiones de la continuidad sanitaria y social estaban representadas. El cuestionario aborda dos tipos de continuidad sanitaria y social (de información y de gestión) y está dividido en tres apartados complementarios. El primero recoge las necesidades insatisfechas y la utilización de servicios sociales y sanitarios. El segundo, mide la percepción de continuidad: en dos secciones; entre e intra niveles sanitarios, y entre servicios sanitarios y sociales. El último incluye factores que influyen en la continuidad sanitaria y social.

**Conclusiones:** Este instrumento permitirá medir la continuidad entre servicios sanitarios y sociales de manera integral desde la perspectiva del paciente. Es necesario realizar un pretest para analizar la comprensión y adecuación a la población objetivo, y una prueba piloto para evaluar sus propiedades psicométricas.

**Palabras clave:** Continuidad Asistencial, Servicios Sanitarios y Sociales, Instrumento.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To design and validate the content of an instrument to comprehensively measure continuity of care between health and social services from the perspective of older adults with chronic conditions and complex care needs.

**Methodology:** 1) Literature review to identify attributes and measurement instruments for health and social care continuity. 2) Construction and content validation; based on the findings from the previous phase, questions were adapted and designed to measure health and social care continuity. The face validity was assessed through consultation with 5 experts. The pre-test with patients is currently being planned.

**Results:** An instrument was developed based on the literature review and refined through discussions with experts, who confirmed that dimensions of health and social care continuity were represented. The questionnaire addresses two dimensions of health and social continuity (informational and management) and is divided into three complementary sections. The first section captures unmet needs and the use of social and health services. The second section measures the perception of continuity; in two areas, within and between healthcare levels, and between health and social services. The last section includes factors influencing health and social care continuity.

**Conclusions:** This instrument will enable a comprehensive measurement of continuity between health and social services from the patient's perspective. A preliminary test is necessary to assess its comprehension and suitability for the target population, followed by a pilot test to evaluate its psychometric properties.

**Keywords:** Continuity of Care, Health and Social Services, Instrument.

## I. INTRODUCCIÓN

La coordinación entre servicios sanitarios y sociales para atender a personas adultas mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas es una prioridad y un desafío, ya que conlleva la intervención de un gran número de proveedores sanitarios y sociales, pudiendo afectar a la continuidad asistencial<sup>1</sup>.

En Cataluña, el modelo de atención sanitaria se basa en la atención primaria como eje integrador de los procesos asistenciales, la atención hospitalaria de agudos se centra en diagnósticos y tratamientos complejos, y la atención intermedia se especializa en geriatría y cuidados paliativos, buscando estabilizar y promover la autonomía y retorno al entorno habitual<sup>2</sup>. Los tres niveles asistenciales requieren coordinación entre e intra niveles para la provisión de atención a la población objetivo<sup>3</sup>. A su vez, también deben coordinarse con los servicios sociales públicos<sup>3</sup>, para garantizar la cobertura de sus necesidades de atención a la dependencia, estos se dividen en servicios básicos y especializados, respondiendo respectivamente a necesidades sociales inmediatas y/o básicas, y a situaciones que requieren recursos determinados<sup>4</sup> ([Figura 1](#)).

Reid et al<sup>5</sup> definen la continuidad asistencial como “el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el usuario/a a lo largo del tiempo”<sup>5</sup>. Resultado de la coordinación entre profesionales y entre servicios percibida por el usuario/a. Según este marco conceptual se identifican tres tipos de continuidad asistencial: de información, de gestión y de relación<sup>5</sup>. Letelier et al<sup>6</sup> permitió operativizar los principales atributos que componen las dimensiones de la continuidad asistencial de este marco. Para este trabajo, las dimensiones y atributos se han adaptado a la medición de la continuidad sanitaria y social ([Tabla 1](#)).

Los marcos conceptuales existentes no permiten una medición comprehensiva de la continuidad sanitaria y social<sup>7,8</sup>, además existe mayor desarrollo de medición de la coordinación sanitaria y social de carácter cuantitativo<sup>7</sup>, desde la perspectiva de los profesionales<sup>9</sup> o en la medición de la continuidad únicamente entre niveles sanitarios<sup>10,11</sup>. La revisión sistemática de Kelly et al<sup>8</sup> destacaron la necesidad de garantizar medidas apropiadas, validadas y fiables para avanzar en la medición de la coordinación sanitaria y social, y la necesidad de inclusión de constructos menos estudiados como la continuidad de la atención<sup>8</sup>.

La evaluación de la continuidad asistencial es un fenómeno complejo en el que interactúan múltiples factores, su medición comprehensiva requiere de un análisis desde la perspectiva del paciente, del acceso realizado (utilización de servicios) y de los factores que influyen relacionados con las características de los servicios y de la población, a lo largo del continuum asistencial del paciente<sup>12</sup>. Las necesidades insatisfechas permiten explorar aspectos de la utilización de servicios, cómo identificar barreras de acceso, y permite el análisis de otras dimensiones cómo la calidad y la adecuación de la atención recibida<sup>12</sup>.

Para la medición de la continuidad entre servicios sanitarios y sociales se necesitan instrumentos que permitan realizar una medición integral de todas sus dimensiones y atributos, y que se realice desde la perspectiva del paciente.

Hasta el momento, existen tres instrumentos que permiten una medición comprehensiva en el ámbito sanitario; el Cuestionario de Continuidad Asistencial entre Niveles de Atención (CCAENA)<sup>13</sup>, el Nijmegen Continuity Questionnaire<sup>14</sup> y el desarrollado por Haggerty et al<sup>15</sup>. Solo el de Haggerty et al<sup>15</sup> incluye los servicios sociales, considerando exclusivamente la atención por parte del trabajador/a social.

En cuanto a la medición de la continuidad sanitaria y social, los instrumentos existentes presentan limitaciones; no abarcan todos los tipos de continuidad asistencial<sup>16</sup>, se enfocan en momentos específicos de transición entre la continuidad asistencial sanitaria y social, cómo el alta hospitalaria<sup>17</sup>, y/o abordan un tipo particular de patología, cómo la salud mental<sup>18</sup>.

Este estudio busca contribuir a ampliar el conocimiento existente sobre la continuidad asistencial sanitaria y social desde la perspectiva del usuario/a en población adulta mayor con patologías crónicas y necesidades de atención complejas, mediante el diseño y validación de contenido de un instrumento que permita medir la continuidad entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva de los usuario/as.

## **II. METODOS**

La metodología se llevó a cabo en dos etapas; 1) Revisión de la literatura para determinar dimensiones, y atributos, e identificar instrumentos utilizados en el análisis de la continuidad sanitaria y social. 2) Construcción del cuestionario a través de la selección y adaptación de ítems de los instrumentos identificados y reuniones con

expertas del equipo investigador. Posteriormente, se validó el contenido mediante discusión con experto/as (validez aparente). Está planificado realizar la fase de pretest con pacientes. En la [Figura 2](#) se muestra el proceso de desarrollo del estudio.

Tanto la revisión bibliográfica de los instrumentos cómo la construcción del cuestionario se orientó en el marco conceptual de Reid et al<sup>5</sup>, operativizado por Letelier et al<sup>6</sup>.

## **Diseño del cuestionario**

### 1) Revisión de la literatura

Se realizó una revisión de la literatura para identificar instrumentos para la medición de la continuidad entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva del/la paciente, además de determinar las dimensiones, y atributos de la continuidad sanitaria y social.

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en la base de datos bibliográficas MEDLINE, CINALH, COSMIN y la biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas, mediante una estrategia de búsqueda que incluyó una combinación de términos libres y términos MeSH. Para el caso de MEDLINE, se utilizaron los siguientes términos: a) Continuidad de la Atención: “*Continuity of Patient Care*”, “*Patient Care Continuity*”, “*Continuum of Care*”, “*Care Continuum*”, “*Care Continuity*”, “*Coordinated Care*”, “*Informational Continuity*”, “*Managment Continuity*”, “*Relational Continuity*”; b) Instrumento: “*Measure*”, “*Measurement tool*”, “*tool*”, “*instrument*”, “*outcome*”, “*indicator*”, “*metric*”, “*questionnaires*”, “*surveys*”; c) Servicios de atención: “*Community Health Care*”, “*Community Health Services*”, “*Social Service*”; d) Para acotar a la población objetivo: se añadió el operador booleano “NOT” y los términos “*children*”, “*paediatric*”, “*pediatric*”. Los grupos de términos se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Debido a la falta de literatura y consenso conceptual no se filtraron los artículos por idioma y/o año de publicación.

Adicionalmente, mediante revisión manual de las referencias bibliográficas de las revisiones sistemáticas localizadas<sup>7-11</sup>, en revistas relevantes de la temática de estudio y en el servidor del Servei d’Estudis i Prospectives en Politiques de Salut (SEPPS).

Se identificaron 26<sup>15-17,19-41</sup> instrumentos que podían aportar ítems o atributos para medir la continuidad sanitaria y social, y que contenían instrumentos para medirla desde la perspectiva de lo/as pacientes. La selección inicial se realizó mediante la revisión de



títulos y resúmenes ([Anexo 1](#)), tras su análisis, se excluyeron 19 instrumentos; por falta de disponibilidad del texto completo (2)<sup>29,32</sup>, no incorporan los servicios sociales (13)<sup>19-28,30,31,33</sup>, e incluyen los servicios sociales de una manera muy reducida (4), mediante algún ítem de acceso<sup>34,35</sup> o satisfacción<sup>36,37</sup>.

En lo que respecta a los artículos seleccionados, se llevó a cabo un análisis y extracción de datos a texto completo ([Anexo 2](#)). La selección y el análisis de artículos posterior fueron revisados de forma independiente por parte de las investigadoras del SEPPS.

Tras el análisis de la literatura, ante la ausencia de un instrumento que permita una medición comprehensiva de la continuidad sanitaria y social para pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas, y ante las limitaciones de los instrumentos identificados, no abordan todos los tipos, dimensiones y atributos de continuidad sanitaria y social<sup>16,40</sup>, los ítems no especifican continuidad entre profesionales o entre servicios específicos y no permiten una medición de la continuidad<sup>15-17,38-40</sup>, miden una transición en concreto, cómo el alta hospitalaria<sup>17</sup>, o están dirigidos a una condición de salud específica, cómo la salud mental<sup>16</sup>.

Se decidió construir un nuevo instrumento. Se tomó cómo referente la escala CCAENA<sup>13</sup> y se adaptaron los atributos e ítems considerados relevantes a la continuidad sanitaria y social.

## 2) Selección/adaptación de preguntas y elaboración del cuestionario

Mediante la recopilación de instrumentos seleccionados que aportaron algún atributo o ítem<sup>34-41,15-17</sup> de continuidad sanitaria y social se obtuvo un pool de preguntas que se clasificaron en función de las dimensiones de la continuidad de la atención que hacían referencia, de acuerdo con el marco de Reid et al<sup>5</sup>. Posteriormente, se realizó el mismo ejercicio con los ítems de la escala CCAENA<sup>13</sup> para la continuidad entre niveles de atención sanitaria. A continuación, se incorporaron y adaptaron preguntas de encuestas nacionales de salud<sup>42,43</sup> y encuestas sociales de condiciones de vida<sup>44,45</sup> para la medición de las necesidades insatisfechas y el uso de servicios sociales y sanitarios.

Para la construcción del cuestionario se realizaron reuniones periódicas con el equipo investigador del SEPPS, expertas en el análisis de la integración asistencial y continuidad de la atención sanitaria, elaboración de cuestionarios y evaluación de servicios sanitarios. En las reuniones se identificaron ítems relevantes de los

instrumentos existentes y literatura, así como del CCAENA<sup>13</sup> que mejor podrían representar las dimensiones y atributos de la continuidad sanitaria y social, y sí era necesaria su adaptación a los servicios sanitarios y sociales. Se realizaron reuniones semanales de 1 a 2 horas de duración que tuvieron lugar en la sede del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) en el mes de marzo y abril de 2024.

Posteriormente, se diseñaron ítems específicos para aquellos atributos no representados en las preguntas identificadas y se construyó una versión inicial del cuestionario para discutir con los experto/as (Anexo 3\_v7).

### **Validación de contenido (*validez aparente*)**

Para evaluar la validez de contenido aparente de la versión inicial del cuestionario, se invitó a un grupo de cinco experto/as en gestión de servicios sanitarios de atención a la población objetivo (3), en servicios sociales (1) y en integración de la atención sanitaria y social (1). Antes del encuentro, se les envió un resumen del proyecto y preguntas clave para la discusión (Anexo 4)

Durante las reuniones, que fueron grabadas, se discutieron y valoraron la relevancia de los contenidos abordados en el cuestionario, la adecuación para analizar la continuidad sanitaria y social, la formulación de las preguntas, si estaban representadas todas las dimensiones y atributos de la continuidad sanitaria y social, y la relevancia de las hipótesis subyacentes. Las reuniones de 2 horas de duración tuvieron lugar en la sede del CSC y online (1) en el mes de abril y mayo de 2024.

Se introdujeron los cambios a la versión inicial del cuestionario de acuerdo con las recomendaciones de los experto/as y se obtuvo la versión preliminar del cuestionario para, posteriormente, aplicar en el pretest con pacientes para valorar la aceptabilidad y la comprensión de las preguntas.

### III. RESULTADOS

#### Diseño del cuestionario

##### 1) Definición de dimensiones y atributos para la continuidad de la atención sanitaria y social

A partir de los instrumentos identificados se seleccionaron ítems de continuidad sanitaria y social para los 16 atributos del marco conceptual operativizado por Letelier et al<sup>6</sup> abarcando los tres tipos y las seis dimensiones descritas por Reid et al<sup>5</sup>. Se eliminaron los ítems redundantes y los considerados inadecuados, por no permitir una medición de la continuidad entre servicios sanitarios y sociales, con lo cual se seleccionaron un total de 12 ítems correspondientes a 12 atributos.

Para el análisis de las necesidades insatisfechas de atención a la dependencia se incorporaron preguntas específicas sobre las necesidades de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, además se incorporaron escalas de utilización de servicios para explorar el uso de servicios sociales y sanitarios.

##### 2) Elaboración del cuestionario

El cuestionario se estructuró en tres partes complementarias ([Tabla 2](#)). El primer apartado recoge las necesidades insatisfechas de atención a la dependencia y la utilización de los servicios sociales y sanitarios. Las necesidades insatisfechas se recogen mediante una escala de necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria y 4 preguntas que permiten explorar aspectos de la utilización de servicios sociales. La utilización de servicios sociales y sanitarios se recoge mediante dos escalas para determinar la frecuencia y el tipo de uso de los servicios sociales y sanitarios.

El segundo apartado mide la percepción de lo/as pacientes sobre la continuidad asistencial, mediante dos secciones, con 22 ítems, medidos mediante una escala de Likert con siete categorías. La primera sección consta de dos escalas, una sobre la continuidad entre niveles asistenciales sanitarios que abarca la continuidad de información clínica que incluye la transferencia de información clínica (2 ítems), la continuidad de gestión clínica que incluye la coherencia del cuidado (3 ítems) y la accesibilidad entre niveles (4 ítems), además de la continuidad de relación intranivel que incluye el vínculo paciente – médico de atención primaria (3 ítems) ([Tabla 3](#)).

La segunda sección mide la percepción de los dos tipos de continuidad de la atención entre servicios sanitarios y sociales, abarca la continuidad de información que incluye la transferencia de la información sanitaria y social del paciente (2 ítems), la continuidad de gestión que incluye coherencia del cuidado sanitario y social (5 ítems) y la accesibilidad entre servicios sanitarios y sociales (3 ítems) [\(Tabla 4\)](#).

El tercer apartado recoge 15 ítems que abordan datos de salud auto percibida, datos sociodemográficos y organizativos que influyen en la continuidad sanitaria y social.

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

### **Validación del cuestionario**

#### 1) Validez de contenido

A partir de las reuniones con los experto/as se realizaron cambios en el cuestionario inicial. Se eliminó la sección de continuidad de relación paciente-proveedor social debido a la falta de un referente claro y la heterogeneidad de perfiles que prestan atención, lo cual dificulta su reconocimiento por parte de lo/as pacientes. En su lugar, se incluyó una pregunta sobre la presencia de un coordinador en la atención sanitaria y social cómo factor que influye en la continuidad sanitaria y social.

Se eliminaron ciertas preguntas referidas al médico/a de residencia, integrando a esta figura cómo parte del grupo de profesionales sociales que deben coordinarse con los profesionales sanitarios en la continuidad sanitaria y social. También se retiró la medición de la continuidad sanitaria de las personas que viven en residencia.

Se refinaron los ítems de la escala de continuidad sanitaria, se adaptaron al contexto y a la población objetivo, incorporando la continuidad entre el médico de cabecera y especialistas de hospital de agudos y de atención intermedia.

Se eliminaron los ítems de derivación a los servicios sanitarios desde los servicios sociales debido a la inexistencia de una vía de derivación establecida, reemplazándolos por ítems más pertinentes para el contexto.

Hubo acuerdo entre el grupo de experto/as en que los dos tipos de continuidad sanitaria y social, y sus dimensiones y atributos estaban representadas en los distintos ítems del cuestionario. El cuestionario incluye todos los elementos relevantes de la atención sanitaria y social, así como los factores potencialmente influyentes (Anexo 5\_v8).

#### **IV. DISCUSIÓN**

El cambio demográfico y epidemiológico ha ocasionado un progresivo envejecimiento de la población<sup>1,2</sup>, este fenómeno ha resultado en un aumento de la prevalencia de personas mayores con patologías crónicas, las cuáles a menudo presentan fragilidad y necesidades en salud y sociales complejas<sup>3</sup>. Estas experimentan la transición entre un gran número de proveedores sanitarios y sociales, enfrentándose a una mayor descoordinación y fragmentación entre niveles sanitarios y sociales<sup>1,3</sup>.

La continuidad asistencial permite analizar la coordinación asistencial desde la perspectiva de lo/as pacientes, y, por tanto, es uno de los elementos esenciales para garantizar una atención de calidad<sup>5</sup>. Esto es aún más relevante en el ámbito de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales en el que no existe un sistema de información compartido.

La mayoría de los instrumentos de medición de continuidad asistencial se centran en el ámbito sanitario<sup>10,11</sup>, predomina la medición de la continuidad sanitaria y social de carácter cuantitativo<sup>7,8</sup> o desde la perspectiva de los profesionales<sup>9</sup>. Los instrumentos de medición de continuidad sanitaria y social desde la perspectiva del usuario/a presentan limitaciones para su medición comprehensiva.

El cuestionario elaborado en este estudio permite cubrir los vacíos detectados en los instrumentos existentes, y permite medir de manera integral la continuidad entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva de personas mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas.

Su diseño se ha orientado en el cuestionario CCAENA<sup>13</sup> ya que posee algunas ventajas que se ajustan al objetivo de este estudio a) permite identificar los elementos específicos de (dis) continuidad experimentados en la transición entre niveles y servicios, b) está centrado en la percepción de los usuario/as sobre la interacción entre proveedores de diferentes niveles y servicios asistenciales, c) y está diseñado para ser administrado por

un entrevistador entrenado. Además, es una escala validada y adaptada a otros contextos.

Las hipótesis subyacentes al estudio han definido la estructura y los ítems del instrumento, y posteriormente se han validado mediante discusión con experto/as. Estas se basan en que un mayor nivel de continuidad entre e intra niveles sanitarios impacta en una mayor percepción de continuidad sanitaria y social, y una mayor continuidad sanitaria y social impacta en una disminución y mejor uso de servicios sociales y sanitarios.

La construcción del instrumento en tres partes se debe a que la continuidad asistencial es un concepto abstracto que difiere en diferentes contextos. Así, la primera parte del instrumento permite medir las necesidades insatisfechas para identificar barreras de acceso y explorar en la utilización de servicios sociales y sanitarios, para identificar la percepción de continuidad y los problemas detectados por lo/as pacientes caracterizando su propia experiencia. La segunda parte está diseñada cómo una escala de opinión, y permite medir la percepción de continuidad percibida por lo/as pacientes. Por último, una tercera parte que incluye los factores que influyen en la continuidad sanitaria y social.

En conclusión, este estudio proporciona un instrumento cuyos resultados podrían permitir medir la continuidad entre servicios sanitarios y sociales de manera integral para adultos mayores con patologías crónicas y necesidades de atención compleja. Su aplicación en el pretest permitirá analizar la comprensión y adecuación para la población objetivo, para posteriormente, en otros estudios llevar a cabo una prueba piloto para el análisis psicométrico del instrumento y completar su validación.

Dentro del marco de este estudio, se plantea realizar el pretest a una muestra por conveniencia de entre 4 – 6 pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades de atención complejas que dispongan de un grado de dependencia reconocido. La participación será voluntaria y se otorgará un consentimiento informado (Anexo 6).

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Haggerty J, Scott CM, Couturier Y, Quesnel-Vallée A, Dionne É, Stewart T, et al. Connecting Health and Social Services for Patients with Complex Care Needs: A Pan-Canadian Comparative Policy Research Program. *Healthc Policy*. 2023 Oct 5;19(SP):10–23.
- (2) Departament de Salut. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Barcelona; 2020.
- (3) Herrera, D, Ruidor X, Villar V. Integració de l'atenció social i sanitària. Barcelona; 2018
- (4) Boletín general del estado. Comunidad Autónoma de Cataluña. Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. 2007.
- (5) Reid R, Haggerty J, Ma RM. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. 2002.
- (6) Letelier MJ. Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios. [Trabajo Final de Máster]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2008.
- (7) Suter E, Oelke ND, Dias da Silva Lima MA, Stiphout M, Janke R, Witt RR, et al. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *Int J Integr Care*. 2017 Nov 13;17(6):4.
- (8) Kelly L, Harlock J, Peters M, Fitzpatrick R, Crocker H. Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: A systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2020 Apr 26;20(1).
- (9) Bookey-Bassett, S, Markle-Reid M, McKey C, Akhtar-Danesh N. A review of instruments to measure interprofessional collaboration for chronic disease management for community-living older adults. *Journal of Interprofessional Care*. 2016; 30(2):201-210.
- (10) Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, Van den Bosch WJHM, Van de Laar FA, Terwee CB, Schers HK. Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: A systematic review. *Plos one*. 2012;7(7):1-14.
- (11) Van Melle MA, Van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety: a systematic review. *Plos One*. 2018;13(6):1-18.

- (12) García, I. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2015.
- (13) Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Lorenzo IV, Coderch De Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit* [Internet]. 2010; 24(4):339–46.
- (14) Uijen AA, Schellevis FG, van den Bosch WJHM, Mokkink HGA, van Weel C, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *J Clin Epidemiol*. 2011 Dec;64(12):1391–9.
- (15) Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a Generic Measure of Continuity of Care: When patients encounter several clinicians. *Annals of Family Medicine*. 2012;10(5):443-451.
- (16) Borowsky ST, Nelson DB, Fortney JC, Hedeem AN, Bradley JL, Chapko MK. VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care. *Medical Care*. 2002;40(7):578-586.
- (17) 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. *International Journal of Quality in Health Care*. 2008;20(5):314-323.
- (18) Crawford MJ, de Jonge E, Freeman GK, Weaver T. Providing continuity of care for people with severe mental illness - A narrative review. Vol. 39, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. p. 265–72.
- (19) Farmanova E, Grenier J, Chomienne MH. Pilot testing of a questionnaire for the evaluation of mental health services in family health team clinics in Ontario. *Healthc Q*. 2013;16(4):61-67.
- (20) Friedberg MW, Edelen MO, Hirshman S, Kerrissey M, Basile AK, Tietschert MV, Elliott MN, Singer SJ. Development and psychometric analysis of the revised patient perceptions of integrated care survey. *Medical Care*. 2021; 78(1):68-76.
- (21) Dolovich LR, Nair KM, Ciliska DK, Lee HN, Birch S, Gafni A, Hunt D. The diabetes continuity of care scale: the development and initial evaluation of a questionnaire that measure continuity of care from the patient perspective. *Health and Social Care in the Community*. 2014; 12(6):475-487.
- (22) Glasglow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care. *Medical Care*. 2005;43(5):436-444)



- (23) Safran DG, Karp M, Coltin K, Chang H, Li A, Ogren J, et al. Measuring patients' experiences with individual primary care physicians. *J Gen Intern Med.* 2006 Jan;21(1):13–21
- (24) 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. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2008;61(2008):925-931.
- (25) Hill KM, House AO, Hewison J. Continuity of care in stroke and its relation to outcomes. [Report]. 2008.
- (26) Guilliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term condition. *Journal of Health Services Research & Policy.* 2011; 16(2):67-74.
- (27) Young J, Walsh J, Butow P, Solomon M, Shaw J. Measuring cancer care coordination: development and validation of a questionnaire for patients. *BMC Cancer.* 2011; 11:298.
- (28) Ware N, Dickey B, Tugenberg T, McHorney CA. CONNECT: A measure of Continuity of Care in Mental Health Services. *Mental Health Services Research.* 2003; 5(4):209-221.
- (29) Bull MJ, Luo D, Maruyama GM. Measuring continuity of elders posthospital care. *J Nurs Meas-* 2000;8(1):41-60.
- (30) Rose D, Sweeney A, Leese M, Clement S, Jones IR, Burns T, Catty J, Wykes T. Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 119:320-324.
- (31) Coleman A, Mahoney E, Parry C. The care transition measure. *Medical Care.* 2005; 43(3):246-255.
- (32) Reynolds J, Gadsby E, Rijken M, Stoop S, Espallagueres M, Lloyd HM, Close J, De Bruin S. Measuring older people's experiences of person centred coordinated care. *International Journal of Integrated Care.* 2021;21(3):article 3.
- (33) King M, Jones L, Nzareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: A multi method approach to enlightened management. [Report] 2001.
- (34) Graumlich JF, Novotny NL, Aldag JC. Brief scale measuring patient preparedness for hospital discharge to home: Psychometric Properties. *Journal of Hospital Medicine.* 2008; 3(6): 446-454.
- (35) Cinocca S, Rucci P, Randazzo C, Teale E, Pianori D, Ciotti E, Fantini M. Validation of the Italian version of the Patient reported experience Measures for intermediate care services. *Dovi Press.* 2017: 11: 1671-1676.

- (36) Ahgreen B, Bihari S, Axelsson R. Evaluating intersectorial collaboration: A model for assessment by service users. *International Journal of Integrated Care*. 2009;9(26):1-10.
- (37) Mastellos N, Gunn L, Majeed A, Car J, Pappas Y. Assessing patients experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot. *Int J Integr Care*. 2014;14(9):1-9
- (38) Mira JJ, Nuño-Solinis R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, Contel JC, Río-Camara M. Development and validation of a fan instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(3):1-13.
- (39) Joyce AS, Adair CE, Wild TC, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, Plasmeny G. Continuity of Care: Validation of a New Self-report Measure for Individuals Using Mental Health Services. *Community Ment Health J*. 2010;46:192-208.
- (40) McGuinness C, Sibthorpe B. Development and initial validation of a measure of coordination of health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15(4):309-318.
- (40) Van Melle MA, Van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety: a systematic review. *Plos One*. 2018;13(6):1-18.
- (41) King J, Gibbons E, Graham C, Walsh J. Developing measures of people's self-reported experiences of integrated care. Picker Institute & University of Oxford [Internet]. 2013
- (42) Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia EDAT [Internet]. Madrid: 2008.
- (43) ENSE. Encuesta Nacional de Salud. [Internet]. 2017
- (44) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Condiciones de Vida. [Internet]. Madrid: 2019
- (45) Rodríguez P, Mateo A, Sancho M. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. [Internet]. Madrid: 2005.

## VI. TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Recursos de servicios sanitarios y sociales dirigidos a personas mayores

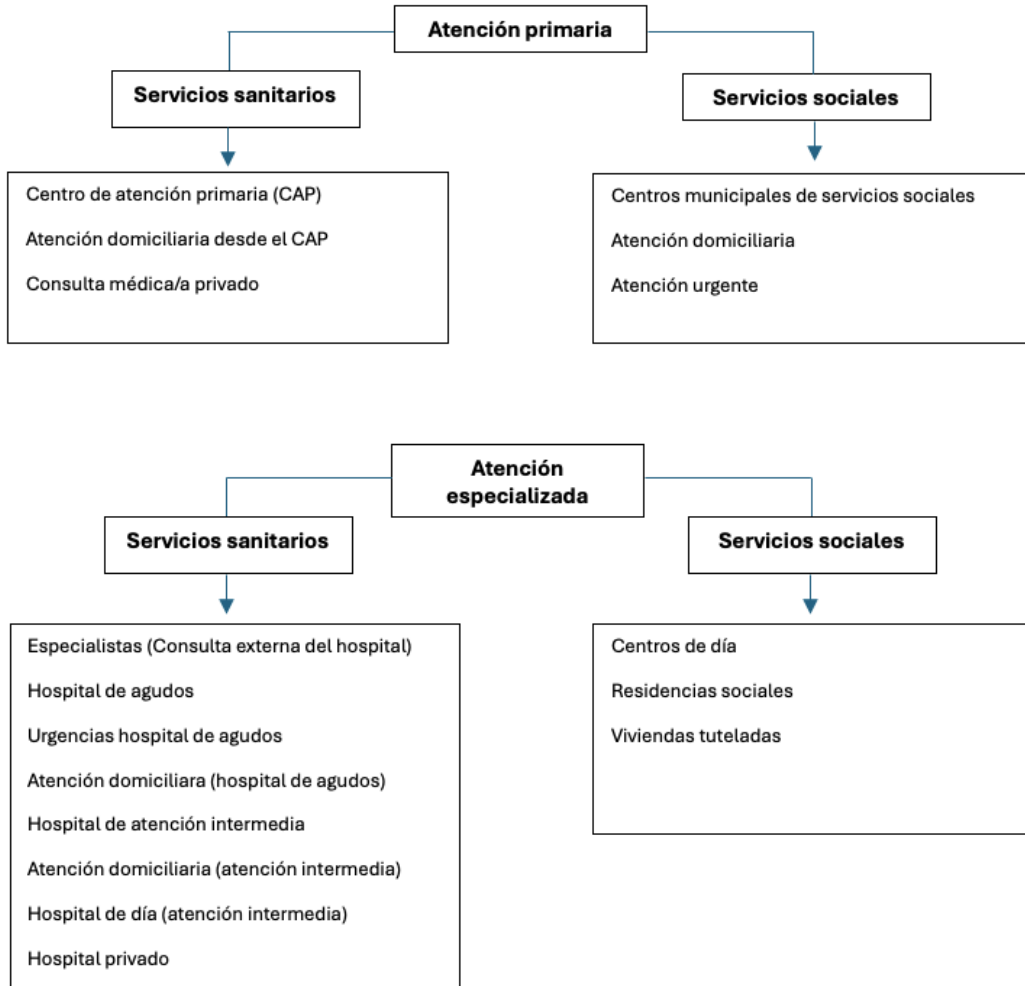


Figura 1. Elaboración propia

Figura 2. Esquema del proceso de desarrollo del cuestionario

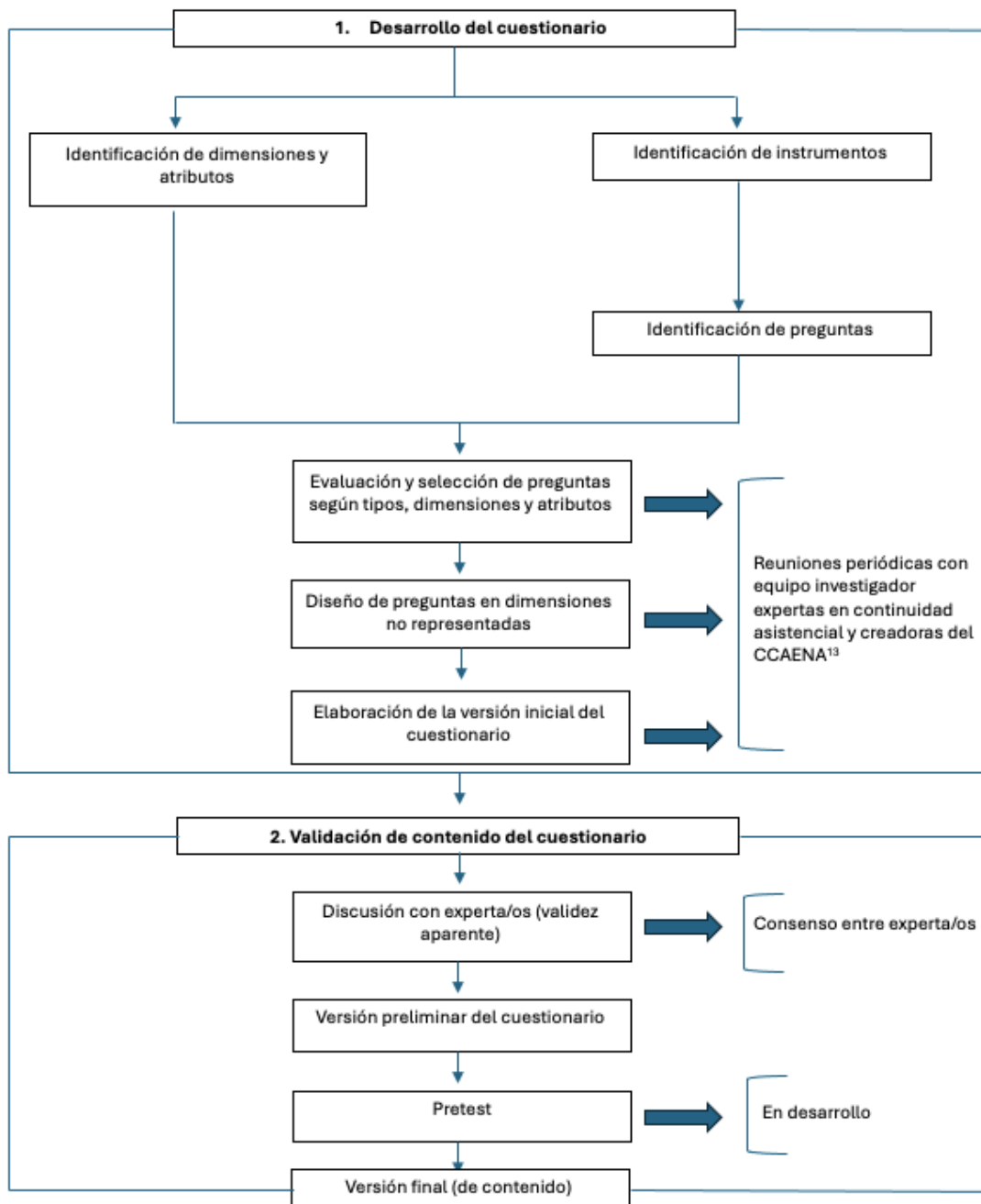


Figura 2. Elaboración propia

**Tabla 1. Tipos, dimensiones y atributos de la continuidad sanitaria y social**

Tipo de continuidad	Descripción (Reid et al <sup>5</sup> )	Dimensiones (Reid et al <sup>5</sup> )	Atributos (Letelier et al <sup>6</sup> ) adaptado a la continuidad sanitaria y social
<b>Continuidad de Información</b>	Percepción del usuario/a de la disponibilidad y la utilización de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales <sup>5</sup>	Transferencia y utilización de la información sanitaria y social	-Conocimiento de lo/as profesionales de la historia clínica y social  -Utilización de mecanismos de transferencia de la información sanitaria y social
<b>Continuidad de gestión</b>	Percepción del usuario/a de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones <sup>5</sup>	Coherencia de la atención	-Colaboración entre proveedores sanitarios y sociales -Comunicación entre proveedores sanitarios y sociales
		Accesibilidad entre servicios	-Oportunidad en el acceso cuando se necesita -Tiempo de espera adecuado

*Tabla 1: Elaboración propia*

**Tabla 2. Estructura del cuestionario**

<b>Sección 1</b>	Necesidades y utilización de los servicios	1.Necesidades de atención a la dependencia 2.Utilización de servicios sociales 3.Utilización de servicios sanitarios
<b>Sección 2</b>	Percepción de continuidad asistencial	1.Continuidad de información y de gestión clínica entre niveles sanitarios (Atención primaria, Hospital de Agudos, Atención Intermedia) y de relación con médico/a de cabecera.
		2.Continuidad de información y de gestión entre servicios sanitarios y sociales.
<b>Sección 3</b>	Datos de salud, sociodemográficos y organizativos	Ej. sexo, nivel de dependencia, salud percibida, etc. (Factores que influyen en la continuidad sanitaria y social).

*Tabla 2: Elaboración propia*

**Tabla 3. Clasificación de ítems de continuidad entre niveles sanitarios**

Tipo de continuidad	Dimensión (Reid et al)	Ítems de continuidad entre niveles asistenciales sanitarios	Cuestionario de referencia
<b>Continuidad de la información</b>	Transferencia y utilización de la información clínica	El <b>médico/a de cabecera</b> conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le han dado, antes de que usted se lo explique.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el/la médico/a de cabecera le ha dado, antes de que usted se lo explique.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
<b>Continuidad de la gestión</b>	Coherencia del cuidado	El <b>médico/a de cabecera</b> está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le han dado.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el/la médico/a de cabecera le ha dado.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		El <b>médico/a de cabecera</b> y lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> colaboran entre sí para atender sus problemas de salud.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
	Accesibilidad entre niveles	El <b>médico/a de cabecera</b> le deriva a lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), cuando usted lo necesita.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> le derivan al médico/a de cabecera cuando usted lo necesita.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		Cuando el médico/a de cabecera <b>le deriva a lo/as especialistas</b> (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
		Tras la consulta con el/la especialista, cuando solicita una cita con el <b>médico/a de cabecera</b> , tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.	CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
	<b>Continuidad de la relación</b>	Vínculo paciente – proveedor clínico	Cuando pide hora con el médico/a de cabecera, es atendido por el mismo médico/a.
Confía en la capacidad profesional del médico/a de cabecera que le atiende.			CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>
La información que le da el médico/a de cabecera es suficiente.			CCAENA. Letelier et al <sup>13</sup>

*Tabla 3: Elaboración propia*

**Tabla 4. Clasificación de ítems de continuidad entre servicios sanitarios y sociales**

Tipo de continuidad	Dimensión (Reid et al) adaptada a la continuidad sanitaria y social	Ítems de continuidad entre niveles asistenciales	Cuestionario de referencia
Continuidad de la información	Transferencia y utilización de la información sanitaria y social	Lo/as <b>profesionales sanitario/as (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> que le atienden conocen sus necesidades en las actividades de la vida diaria antes de que usted se lo explique.	VANOCCS Borowsky et al. 2002 <sup>16</sup>
		Lo/as <b>profesionales sociales (trabajo social, centro de día, residencia)</b> que le atienden conocen las recomendaciones que lo/as profesionales sanitarios antes de que usted se lo explique.	VANOCCS Borowsky et al. 2002 <sup>16</sup>
Continuidad de la gestión	Coherencia del cuidado	Lo/as <b>profesionales sociales (trabajo social, centro de día, residencia)</b> colaboran con lo/as <b>profesionales sanitario/as (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> para ofrecerle una buena atención.	IEXPAC Mira et al. 2016 <sup>38</sup>
		El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para cubrir sus necesidades en las actividades de la vida diaria.</b>	Nameless instrument Mastellos et al. 2014 <sup>37</sup>
		El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para elaborar un plan de atención.</b>	Nameless instrument King et al. 2013 <sup>41</sup>
		Lo/as profesionales sanitario/as y lo/as profesionales sociales elaboran un <b>plan de atención para atender sus necesidades de salud y sociales.</b>	Nameless instrument King et al. 2013 <sup>41</sup>
		Lo/as profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le derivan a los servicios sociales</b> si tiene necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria.	Ítem nuevo
		Cuando lo/as profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le derivan a los servicios sociales</b> (trabajadores sociales, centro de día, residencia), tiene que esperar mucho hasta recibir la atención.	Ítem nuevo
		Cuando los profesionales sociales (trabajadores sociales, centro de día, residencia) <b>le derivan a los servicios</b>	Ítem nuevo

	Accesibilidad entre servicios	<b>sanitarios</b> (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria), tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta.	
		Lo/as profesionales sanitarios le han realizado una valoración funcional de su autonomía en las actividades de la vida diaria. [Solo pacientes que han sido hospitalizados]	Ítem nuevo
		Lo/as profesionales sanitarios le han organizado la ayuda que necesitaba para realizar sus actividades de la vida diaria. [Solo pacientes que han sido hospitalizados]	Ítem nuevo

*Tabla 4: Elaboración propia*



## VII. ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA ESTUDIANTE

TAREA	TAREAS ESPECÍFICAS	PROGRAMADO EN EL PROTOCOLO	DESARROLLADO EN EL TRABAJO FINAL DE MÁSTER
<b>Revisión de la bibliografía</b> <i>(Objetivo específico 1)</i>	Revisión de los marcos de análisis de continuidad asistencial y adaptación a la continuidad sanitaria y social	SÍ	SÍ
	Revisión de antecedentes de continuidad sanitaria y social	SI	SÍ
	Revisión de instrumentos de medición de continuidad sanitaria y social	SI	SÍ
<b>Construcción del cuestionario</b> <i>(Objetivo específico 2)</i>	Análisis de instrumentos localizados	SÍ	SI
	Recolección de preguntas de los instrumentos seleccionados	SÍ	SÍ
	Diseño de nuevas preguntas	SI	SÍ
	Elaboración del cuestionario	SI	SÍ
	Reuniones con expertas del equipo investigador para construcción del cuestionario	SÍ	SI
	Recogida de información y modificación de versiones del cuestionario	SI	SÍ
	Elaboración de consentimiento informado para pacientes	SÍ	SÍ
<b>Validación del contenido del cuestionario (face validity)</b> <i>(Objetivo específico 3)</i>	Elaboración de hoja de información y recogida de dudas para experto/as	SÍ	SÍ
	Reuniones con experto/as en la atención a la población objetivo	SÍ	SÍ
	Recogida de información y modificación de versiones del cuestionario	SÍ	SÍ
	Contacto con pacientes	SÍ	(En desarrollo)
	Pre-test con pacientes	SÍ	(En desarrollo)
	Recogida de información y modificación final (versión preliminar)	SÍ	(En desarrollo)

## VIII. ANEXOS

### Anexo 1. Artículos seleccionados por título y abstract

Artículo	Autor, año	Nombre del cuestionario	Objetivo de medición	Población objetivo	Tipo de transición
Pilot testing of a questionnaire for the evaluation of mental health services <sup>19</sup>	Farmanova et al. 2013	MHS-FHT	Mide continuidad de atención en equipos de salud familiar desde atención primaria	Pacientes de salud mental	No se específica
Patient Perceptions of Integrated Care Survey <sup>20</sup>	Friedberg et al 2021	PPIC 1. PPIC 2.1	Mide percepción de coordinación en servicios de atención integrada	Pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas	No se específica
Diabetes Continuity of Care Scale <sup>21</sup>	Dolovich et al. 2004	DCCS	Mide continuidad de atención entre servicios de atención específicos para la diabetes	Pacientes con diagnóstico de diabetes	No se específica
Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care <sup>22</sup>	Glasgow et al. 2005	PACIC	Mide continuidad dentro de un sistema de servicios de salud integrados	Población adulta con enfermedad crónica	No se específica
Primary Care Assessment Survey <sup>23</sup>	Safran et al. 1998	PCAS	Mide continuidad de atención integrada en atención primaria	Población general	No se específica
Assessing continuity of care in a community diabetes program: Initial questionnaire development and validation <sup>24</sup>	Wei et al. 2008	PCAS + SDSAM. Nameless instrument	Mide continuidad de atención entre servicios y profesionales de un programa comunitario para la diabetes	Pacientes con diagnóstico de diabetes	No se específica

Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care <sup>25</sup>	Hill et al. 2014	CHAO - PC	Miden continuidad de atención entre servicios de específicos para la atención a condiciones crónicas	Pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas	No se especifica
Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term condition <sup>26</sup>	Guilliford et al. 2011	Nameless instrument	Mide continuidad en pacientes con múltiples enfermedades crónicas en atención primaria	Pacientes con múltiples enfermedades crónicas	No se especifica
Measuring Cancer Care Coordination: development and validation of a questionnaire for patients <sup>27</sup>	Young et al. 2011	CCCQ	Mide la experiencia de los pacientes en la coordinación de la atención al cáncer	Paciente en tratamiento de cáncer	No se especifica
A measure of Continuity of Care in Mental Health Services <sup>28</sup>	Ware et al. 2003	CONNECT	Mide continuidad asistencial entre servicios de salud mental	Pacientes de salud mental	No se especifica
Measuring continuity of elders' posthospital care <sup>29</sup>	Bull et al. 2000	Nameless instrument	Mide continuidad de la atención en la transición posthospitalaria.	Pacientes adultos mayores	Transición posthospitalaria - (No especifica servicio destino)
Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report <sup>30</sup>	Rose et al. 2008	CONTINU-UM	Mide la continuidad de la atención en servicios de salud mental	Pacientes de salud mental	No se especifica
The care transition measure <sup>31</sup>	Coleman et al. 2005	CTM-3	Mide la calidad de las transiciones entre servicios sanitarios	Población general	Alta hospitalaria

Measuring older people experiences of Person-Centred Coordination Care <sup>32</sup>	Reynolds et al. 2021	Nameless instrument	Mide la experiencia del paciente en un sistema de atención integrada	Pacientes adultos mayores	No se especifica
Concern and Continuity in the Care of Cancer Patients and Their Carers: A Multi-method Approach to Enlightened Management <sup>33</sup>	King et al. 2006	Nameless instrument	Mide continuidad de atención entre servicios específicos para el cáncer	Pacientes con diagnóstico de cáncer	No se especifica
Brief scale measuring patient preparedness for hospital discharge to home: Psychometric Properties <sup>34</sup>	Graumlich et al. 2008	BE-PREPARED	Mide la continuidad de la atención en la preparación del paciente al alta hospitalaria	Pacientes mayores de 65 años	Alta hospitalaria
Validation of the Italian version of the Patient Reported Experience Measures for Intermediate Care Services <sup>35</sup>	Cinocca et al. 2017	English IC-PREMs	Mide experiencia del paciente en atención intermedia y domiciliaria	Pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas	No se especifica
Evaluating intersectorial collaboration: A model for assessment by service users <sup>36</sup>	Ahgren et al. 2009	Nameless instrument	Mide la integración de servicios de atención a la salud y sociales de rehabilitación comunitaria	Población general	No se especifica
Assessing patients experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot <sup>37</sup>	Mastellos et al. 2014	Nameless instrument	Mide la experiencia en múltiples servicios de salud y sociales prestados por diferentes proveedores de atención a la salud mental	Pacientes adultos mayores y/o crónicos complejos	No se especifica
Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care <sup>38</sup>	Mira et al. 2016	IEXPAC (générico)	Mide la experiencia de pacientes crónicos en los servicios sanitarios y sociales	Pacientes crónicos	No se especifica
Continuity of Care: Validation of a New Self-report Measure for Individuals Using Mental Health Services <sup>39</sup>	Joyce et al. 2010	ACSS-MH	Mide continuidad en múltiples servicios de salud y sociales prestados por diferentes proveedores de atención a la salud mental	Pacientes de salud mental	No se especifica

Development and initial validation of a measure of coordination of health care <sup>40</sup>	McGuinness C., Sibthorpe, B. 2003	CPCQ	Mide coordinación entre múltiples servicios de salud y sociales prestados por diferentes proveedores	Pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas	No se especifica
Patient Continuity of Care Questionnaire <sup>17</sup>	Hadijstavropoulos et al. 2008	PCCQ	Mide continuidad de atención entre proveedores hospitalarios y proveedores comunitarios	Población general	Alta hospitalaria a comunidad (No especifica servicio comunitario)
VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care <sup>16</sup>	Borowsky et al. 2002	VANOCSS	Mide continuidad dentro de clínicas ambulatorias de atención primaria y salud mental	Pacientes con necesidades complejas	Alta hospitalaria - (No especifica servicio destino)
Validation of a Generic Measure of Continuity of Care: When patients encounter several clinicians <sup>15</sup>	Haggerty et al 2012	Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians	Mide continuidad de atención entre diferentes profesionales de atención primaria	Población adulta con enfermedad crónica	No se especifica
Developing measures of people's self-reported experiences of integrated care	King et al 2013	Items para incluir en encuestas nacionales	Mide la experiencia de las personas con respecto al cuidado integrado	Población adulta mayor	No se especifica

## Anexo 2. Análisis a texto completo de los instrumentos seleccionados

Cuestionario: Autor y año	a) Marco conceptual	b) Población objetivo	c) Tipo de instrumento	e) Tipo de servicios sanitarios y sociales analizados	f) Tipo de continuidad que aborda el instrumento	g) Factores que influyen en la continuidad considerados
PCCQ: <b>Hadijstavropoulos et al. 2008</b> <sup>17</sup>	Continuidad de la atención: “el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el usuario/a a lo largo del tiempo”	Pacientes hospitalizados adultos mayores de traumatología y medicina familiar	Autoadministrado	Continuidad de la atención entre proveedores hospitalarios y proveedores comunitarios (No especifican que tipo de proveedores comunitarios)	Continuidad de gestión, de información y de relación.	Individuales (edad, género, educación, etc.) y organizativos (duración del ingreso, acceso a atención domiciliaria post alta, reingreso dentro de las 4 semanas al alta).
CPCQ: <b>McGuinness C., Sibthorpe, B. 2003</b> <sup>40</sup>	Continuidad de la atención; “los problemas percibidos de duplicación y atención ineficiente para personas con condiciones de salud complejas y crónicas”.	Pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas	Autoadministrado	Continuidad de la atención entre múltiples servicios sanitarios y sociales, de diferentes proveedores de salud y sociales. (No especifican que tipo de proveedores sociales)	Continuidad de gestión y de información	Organizativos (diferenciación de la provisión de atención por parte del médico/a de cabecera o del gestor/a de casos).
Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians: <b>Haggerty et al. 2012</b> <sup>15</sup>	Continuidad de la atención: “grado en que una serie de servicios de salud se experimenta cómo conectada y coherente, y es consistente con las necesidades de salud y circunstancias personales del paciente”.	Pacientes adultos de 25 a 75 años con enfermedades crónicas y condiciones complejas	Autoadministrado	Continuidad de la atención entre múltiples servicios de salud y sociales por diferentes proveedores en todo el sistema. (No especifican que tipo de proveedores sociales)	Continuidad de gestión, de información y de relación.	Individuales (género, educación, condiciones de salud, morbilidad) y organizativos (disponibilidad de un/a profesional responsable), entre otros.

ACSS-MH: <b>Joyce et al. 2010</b> <sup>39</sup>	Continuidad de la atención: “un proceso que implica el movimiento ordenado e ininterrumpido de pacientes entre los diversos recursos del sistema de prestación de servicios”	Pacientes con enfermedad mental	Autoadministrado	Múltiples servicios de salud y sociales por diferentes proveedores de atención a la salud mental (servicios comunitarios y programas de salud mental en la comunidad, Joyce et al. 2010. Incluye programas de hospitalización, ambulatorios, residenciales y de apoyo comunitario)	Continuidad de gestión, de información y de relación.	Individuales (edad, género, etnia, entorno urbano/rural, etc.) y organizativos (asignación de un gestor/a de casos, psiquiatra de referencia)
VANOCSS: <b>Borowsky et al. 2002</b> <sup>16</sup>	No desarrollan el marco conceptual	Pacientes veteranos con necesidades complejas de salud	Autoadministrado	Múltiples servicios de salud y sociales dentro de la cartera de servicios de "Community Based Outpatients Clinics"	Continuidad de gestión y de información	Individuales (edad, género, estado laboral, hospitalizaciones previas, funcionalidad, etc) y organizativos (plan de tratamiento individual, satisfacción con el servicio, uso de servicios), entre otros.
Ítems independientes. <b>King et al 2013</b>	Experiencia del paciente “experiencia del cuidado integrado centrado en la persona”.	Pacientes adultos mayores	Autoadministrado	Múltiples servicios de salud y sociales para diferentes patologías	Continuidad de información y de gestión	Individuales (edad, género, funcionalidad, necesidades insatisfechas) y organizativas (sistema integrado o no,

---

IEXPAC: <b>Mira et al. 2016</b> <sup>38</sup>	Experiencia del paciente: información que proporciona la persona sobre lo que (le) ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios y sociales, su vivencia con dicha interacción y de los resultados de la misma.	Pacientes con enfermedad crónica con cualquier patología o pluripatológicos.	Autoadministrado	Múltiples servicios de salud y sociales	Continuidad de gestión, de información y de relación.	presencia del cuidador/a), entre otros. Individuales (edad, sexo, número de medicamentos que toma actualmente) Organizativas (autogestión del paciente).
---	---	--	------------------	---	---	--

---



**CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS (V.7)**

**VERSIÓN PARA EXPERTO/AS**

**INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO**

Estamos haciendo un estudio con el objetivo de conocer las fortalezas y debilidades de la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales en su atención. Como parte de esta investigación se está realizando una encuesta para conocer la opinión de la población sobre los servicios sanitarios y sociales que utiliza.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá conocer los problemas de la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales, con la finalidad de mejorar su funcionamiento.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley 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.

Le agradecemos su participación.

(\*añadir ley)

**DATOS DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

1. **Localidad:** \_\_\_\_\_
2. **Encuestador/a:** \_\_\_\_\_
3. **Fecha de la entrevista:** \_\_\_\_\_  
**Hora de comienzo:** \_\_\_\_\_
4. **Centro de Atención Primaria (CAP) del entrevistado/a:** \_\_\_\_\_
5. **Lugar de la entrevista:**  
(1) CAP (2) Residencia (3) Domicilio (4) Otros. **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1. NECESIDADES Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

**A. NECESIDADES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

\*A continuación le haré unas preguntas sobre sus necesidades de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

6. **¿Ha necesitado ayuda para realizar las siguientes actividades de la vida diaria en los últimos 3 meses?**  
 MULTIRESPUESTA => LEER OPCIONES DE RESPUESTA

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NP	NR	NS
(1) Alimentarse							
(2) Ducharse o bañarse							
(3) Vestirse y desvestirse							
(4) Utilizar el servicio / baño / WC							
(5) Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse							
(6) Ir a comprar							
(7) Realizar tareas domésticas (hacer la cama, hacer la colada)							
(8) Utilizar el transporte público							
(9) Tomarse la medicación (incluyendo acordarse de la cantidad y del momento en que los debe tomar)							

**B. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

\*A continuación le haré unas preguntas sobre la ayuda recibida para sus necesidades en las actividades de la vida diaria en los últimos tres meses.

7. **¿Quién/qué servicios recibe para ayudarle en sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**  
 MULTIRESPUESTA. ANOTAR EN LA CASILLA EL USO DE SERVICIOS => LEER OPCIONES DE RESPUESTA

	Uso	Nº de horas semanales	
(1) Familia => p.10			
(2) Cuidadores privados => p.10			
(3) Trabajador/a familiar público para cuidados personales y/o tareas del hogar		a) 5 a 9 h semanales	
		b) 9 a 16 h semanales	
		c) 16 a 23 h semanales	
(4) Centro de día para mayores			
(5) Residencia (estancia temporal)			
(6) Residencia (estancia permanente)			
(7) Otros. <i>ESPECIFICAR:</i>			

8. **¿Puede decirme cómo consiguió a esta ayuda para sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**

(1) Por iniciativa propia => p.10 (2) Derivado de servicios sanitarios (3) Otros. *ESPECIFICAR:* \_\_\_\_\_

9. **¿Quién le derivó a los servicios sociales de atención a la dependencia?**

(1) Médico de cabecera (2) Trabajador social de atención primaria (3) Durante un ingreso en el hospital de agudos (4) Durante un ingreso en el sociosanitario (4) Otro. *ESPECIFICAR* \_\_\_\_\_

10. **¿La atención que recibe es suficiente para cubrir sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**

(1) Sí => p.11 (2) No

10.1 **¿Por qué? INDICAR**

\_\_\_\_\_

**C. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS**

11. **¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud tiene o ha tenido en los últimos 3 meses por las que haya acudido a los servicios sanitarios? INDICAR**

\_\_\_\_\_

12. **¿Qué servicios sanitarios utilizó en los últimos 3 meses, para tratar esas enfermedades, dolencias o problemas de salud? MULTIRESPUESTA. ANOTAR EN LA CASILLA EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.**

(INDICAR EL NOMBRE PROPIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL DE AGUDOS Y CENTRO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SEGÚN EL AREA DE REFERENCIA SANITARIA DEL ENTREVISTADO/A)

Uso de servicios sanitarios: Atención Primaria, Hospital de Agudos, Atención socio sanitaria (atención intermedia)	CONSIGNAR POR ORDEN
(1) Ambulatorio / CAP / Médico de cabecera	
(2) Atención domiciliaria desde el CAP / Médico de cabecera en el domicilio	
(3) Especialista (Consulta externa del hospital)	
(4) Urgencias del hospital	
(5) Ingreso en el hospital	
(6) Hospitalización a domicilio desde el hospital	
(7) Ingreso en el socio sanitario (atención intermedia)	
(8) Hospitalización a domicilio desde el socio sanitario (atención intermedia)	
(9) Hospital de día del socio sanitario (atención intermedia)	
(10) Médico/Clínica/Hospital privado del seguro privado	
(11) Médico de la residencia	
(12) Otros. <i>ESPECIFICAR:</i>	

13. ¿En alguna de esas ocasiones le derivaron desde los servicios sociales? (Sí (2) No

14. ¿Desde qué servicio?

## SECCIÓN 2. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN Y DE GESTIÓN

### A. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

\*Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, en general, sobre a la atención recibida por el médico de cabecera/residencia y los especialistas del (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) para sus enfermedades, problemas de salud *INDICAR NOMBRE DE HOSPITAL/SOCIOSANITARIO DE REFERENCIA UTILIZADO EN CADA ITEM*

#### CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA: Transferencia de la información clínica

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
15.El médico de cabecera/residencia conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le han dado, antes de que se lo explique.							
16.Los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico de cabecera/residencia le han dado, antes de que se lo explique.							

#### CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: Coherencia del cuidado

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
17. El médico de cabecera/residencia está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le ha dado.							
18.Los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico de cabecera/residencia le ha dado.							
19. El médico de cabecera/residencia y los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) colaboran entre sí para atender sus problemas de salud.							
19.1. ¿Por qué? <i>INDICAR</i>							

**CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: Accesibilidad entre niveles**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
20. El <b>médico de cabecera/residencia</b> le deriva a los especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), cuando usted lo necesita.							
21. Los <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> le derivan al médico de cabecera/residencia cuando usted lo necesita.							
22. Cuando el médico de cabecera/residencia le <b>deriva a los especialistas</b> (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.							
23. Tras la consulta con el especialista, cuando solicita una cita con el <b>médico de cabecera/residencia</b> , tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.							

**B. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES**

\*Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, en general, con relación a la colaboración entre los servicios sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y los servicios sociales de atención a la dependencia utilizados.

**CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN: Transferencia de la información sanitaria y social del paciente**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
24. Los <b>profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> que le atienden conocen sus necesidades en las actividades de la vida diaria antes de que se lo explique.							
25. Los <b>profesionales sociales (trabajadores sociales, centro de día, residencia)</b> que le atienden conocen las recomendaciones que los profesionales sanitarios le dan antes de que se lo explique.							

**CONTINUIDAD DE GESTIÓN: Coherencia del cuidado entre servicios sanitarios y sociales**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
26. Los <b>profesionales sociales (trabajadores sociales, centro de día, residencia)</b> colaboran con los <b>profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> para ofrecerle una buena atención.							
26.1 ¿Por qué? <b>INDICAR</b>							
27. El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para cubrir sus necesidades en las actividades de la vida diaria.</b>							
28. El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para elaborar un plan de atención.</b>							
29. Los profesionales sanitarios y los profesionales sociales elaboran un <b>plan de atención con todas sus necesidades de salud y sociales.</b>							
30. Los profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le derivan a los servicios sociales</b> sí tiene necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria.							

**CONTINUIDAD DE GESTIÓN: Accesibilidad entre servicios sanitarios y sociales**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
31. Cuando los profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le deriva a los servicios sociales</b> (trabajadores sociales, centro de día, residencia), tiene que esperar mucho hasta recibir la atención. <b>LEER CÓMO OPCIÓN DE RESPUESTA: NUNCA ME HAN DERIVADO</b>							
32. Cuando los profesionales sociales (trabajadores sociales, centro de día, residencia) <b>le deriva a los servicios sanitarios</b> (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria), tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta. <b>LEER CÓMO OPCIÓN DE RESPUESTA: NUNCA ME HAN DERIVADO</b>							

**SECCIÓN 3. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD DE RELACIÓN**

33. ¿Quién es la/el responsable de atender sus necesidades de salud?

(1) Médico de cabecera (2) Médico de residencia

**CONTINUIDAD DE RELACIÓN: Vínculo paciente – proveedor sanitario**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
34. Cuando pide hora con el médico de cabecera/residencia, es atendido por el mismo médico.							
35. Confía en la capacidad profesional del médico de cabecera/residencia que le atiende							
36. La información que le da el médico de cabecera/residencia es suficiente							

37. ¿Quién es el profesional que considera que coordina la atención a sus necesidades de salud y sociales?

(1) El médico de cabecera/residencia => SECCIÓN 4 (2) Otro profesional sanitario ¿Quién? *ESPECIFICAR*: \_\_\_\_\_

(3) Otro profesional de servicios sociales. ¿Quién? *ESPECIFICAR*: \_\_\_\_\_ (4) Ninguno => SECCIÓN 4

INDICAR EN CADA ITEM LA REFERENCIA DEL PROFESIONAL QUE SE IDENTIFICA EN LA PREGUNTA 37

**CONTINUIDAD DE RELACIÓN: Vínculo paciente – proveedor sanitario-social**

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
38. Cuando pide hora con _____, es atendido por la misma persona.							
39. Confía en la capacidad profesional del _____ que le atiende							
40. La información que le da el _____ es suficiente							

**SECCIÓN 4. DATOS DE SALUD Y SOCIODEMOGRAFICOS**

41. ¿Cómo diría usted que es su salud en general?

Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala (6) NA (7) NR (8) NS

42. Anotar sexo (1) Hombre (2) Mujer (3) No binaria

43. Edad EN AÑOS CUMPLIDOS \_\_\_\_\_

44. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

45. ¿Dónde nació? *INDICAR*

46. ¿Cuál es su nacionalidad? *INDICAR*

47. ¿Cuál es su estado civil?

(1) Soltero/a (2) Casado/a (3) Viudo/a (4) Divorciado/a (5) Separado/a (6) Otro. *ESPECIFICAR* \_\_\_\_\_

48. ¿Cuál fue su profesión? *INDICAR*

49. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados? *INDICAR*

50. ¿Cuántos fueron sus ingresos aproximados (incluyendo ayudas/subsidios) en el último mes? *INDICAR*

51. ¿Tiene algún seguro de salud privado? (1) Sí (2) No

51.1 ¿Cuál? *INDICAR*

52. ¿Le han valorado el grado de dependencia desde servicios sociales?

(1) Sí (2) No => p.55 (3) A la espera de valoración => p.55

53. ¿Qué nivel de grado de dependencia tiene concedido?

(1) Grado I (2) Grado II (3) Grado III (4) No concedido => p.55

54. ¿Debe usted pagar por el servicio social de atención a la dependencia público que recibe? (1) Sí (2) No

54.1. ¿Cuánto? *INDICAR*

**RELLENAR DESPUES DE LA ENCUESTA**

55. ¿El informante es la persona seleccionada? (1) Sí => FIN DE LA ENCUESTA (2) No

56. ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no puede facilitar personalmente sus datos? *INDICAR*

57. ¿Cuál es la relación del informante con la persona seleccionada?

(1) Cónyuge o pareja (2) Hijo/a (3) Hermano/a (4) Otro familiar. *ESPECIFICAR* \_\_\_\_\_ (5) Trabajador/a familiar de servicios sociales (6) Trabajador/a familiar privada (7) Otro profesional. *ESPECIFICAR* \_\_\_\_\_

58. Hora de finalización \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS (V.6) (DOCUMENTO PARA EXPERTOS/AS)**

Los pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades complejas a menudo reciben atención de múltiples proveedores de salud y sociales pudiendo influir en la continuidad y calidad de la atención.

La continuidad asistencial se define cómo el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo (Reid et al. 2002). Es el resultado de la coordinación entre profesionales y entre servicios en los que es atendido, percibida por el usuario. Se divide en tres tipos de continuidad: de información, de gestión y de relación (Reid et al. 2002).

- 1) La continuidad de información es la percepción del usuario de la disponibilidad y la utilización de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales. Se compone de una dimensión; la transferencia y utilización de información clínica y social.
- 2) La continuidad de gestión es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Se compone de dos dimensiones; la coherencia de la atención y la accesibilidad.
- 3) La continuidad de relación es la percepción del usuario sobre el vínculo que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores. Se compone de dos dimensiones; el vínculo entre el paciente y el proveedor de salud y la estabilidad del personal que lo atiende.

Hasta el momento, no existe un instrumento que permita la medición comprehensiva de la continuidad asistencial sanitaria y social desde la perspectiva del paciente. El Cuestionario de Continuidad Asistencial entre Niveles de Atención (CCAENA), permite una medición comprehensiva de la continuidad asistencial en el ámbito sanitario en todas sus dimensiones, y sirve como punto de partida del presente cuestionario.

**Objetivo general del cuestionario:** Medir el nivel de continuidad asistencial entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva de los usuarios adultos mayores con patologías crónicas y necesidades complejas.

**Objetivos específicos:**

- Medir las necesidades de atención a la dependencia.
- Medir el nivel de uso en los servicios sanitarios y sociales en los últimos tres meses a lo largo del continuo de atención.
- Medir la percepción de continuidad de información y de gestión de la atención entre servicios sanitarios.
- Medir la percepción de continuidad de información y de gestión de la atención entre servicios sanitarios y sociales.
- Analizar los factores individuales y organizativos que influyen en la continuidad entre servicios sanitarios y sociales, incluyendo la percepción de continuidad de relación con el médico de cabecera/residencia y con el referente/coordinador sanitario-social.

**Población objetivo:** Personas adultas mayores con enfermedades crónicas y necesidades complejas de atención que hayan sido atendidas en los servicios sanitarios y servicios sociales de atención a la dependencia públicos en los últimos tres meses.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO		
<b>Sección 1</b>	<i>Necesidades y utilización de los servicios</i>	1.Necesidades de atención a la dependencia (pág. 2) 2.Utilización de servicios sociales (pág. 2) 3.Utilización de servicios sanitarios (pág. 3)
<b>Sección 2</b>	<i>Percepción de continuidad de la información y de gestión de la atención</i>	1.Continuidad de información y de gestión clínica entre niveles sanitarios (Atención primaria, Hospital de Agudos, Atención Intermedia). (pág. 3-4) 2.Continuidad de información y de gestión entre servicios sanitarios y sociales (pág. 4)
<b>Sección 3</b>	<i>Percepción de continuidad de relación</i>	1.Continuidad de relación con médico de atención primaria/médico de residencia (pág. 5) 2. Continuidad de relación con referente servicios sociales o referente único de servicios sanitarios y sociales (pág. 5)
<b>Sección 4</b>	<i>Datos de salud y sociodemográficos</i>	Ej. sexo, nivel de dependencia, salud percibida, etc. (pág. 5)

El cuestionario CCAENA permitió operativizar el marco conceptual de Reid et al 2002, identificando los principales atributos que componen las dimensiones de la continuidad asistencial. Para este trabajo, estos se han ajustado a la medición de continuidad asistencial sanitaria y social.

TIPOS, DIMENSIONES Y ATRIBUTOS DE LA CONTINUIDAD SANITARIA Y SOCIAL		
Tipo de continuidad	Dimensión (Reid et al.)	Atributos (CCAENA)
Continuidad de Información	Transferencia y utilización de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de las/os profesionales de la historia clínica y social.</li> <li>• Percepción de que las/os profesionales utilizan mecanismos de transferencia de la información.</li> </ul>
Continuidad de Gestión	Coherencia de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de coordinación / colaboración entre proveedores sanitarios y sociales.</li> <li>• Percepción de comunicación entre proveedores sanitarios y sociales.</li> </ul>
	Accesibilidad entre niveles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad en el acceso cuando se necesita.</li> <li>• Tiempo de espera adecuado.</li> </ul>
Continuidad de relación	Vínculo paciente-proveedor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza entre profesionales y usuarios/as.</li> <li>• Sensación de responsabilidad mutua.</li> <li>• Comunicación efectiva.</li> </ul>
	Estabilidad del/a profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regularidad en la relación.</li> <li>• Número de proveedores por patología.</li> <li>• Duración de la relación.</li> </ul>

#### PREGUNTAS PARA LO/AS EXPERTO/AS

##### **POBLACIÓN DE ESTUDIO/MUESTRA**

- ¿Dónde/cómo las identificamos?
- ¿Solo incluir a población con grado de dependencia reconocido II y III?

##### **CUESTIONARIO**

- Aparte de los contemplados, ¿Hay otros aspectos de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales relevantes y que el paciente/cuidadores/familiares pueden percibir?

##### **Percepción de continuidad asistencial entre niveles sanitarios (pág. 3-4, ítems 15-23)**

- ¿Quién provee atención primaria a las personas que viven en residencia? ¿El médico de residencia actúa como médico de atención primaria, pudiendo derivar a los especialistas?
- ¿La continuidad asistencial entre niveles sanitarios puede influir en la continuidad sanitaria y social?

##### **Percepción de continuidad asistencial entre servicios sanitarios y sociales (pág. 4, ítems 24-32)**

- ¿Qué nivel sanitario (centro de atención primaria, hospital de agudos, atención intermedia) se coordina con los servicios sociales?
- ¿Hay algún profesional clave de los servicios sanitarios en la coordinación con los servicios sociales de atención a la dependencia (además del trabajador social) que debe incluirse?

##### **Factores que influyen en la continuidad sanitaria y social**

- ¿Existe un coordinador de la atención sanitaria y social? ¿Qué perfil profesional es? ¿Cómo se puede identificar? ¿Los pacientes son capaces de identificarlo?



**CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS (V.8)**

**INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO/A**

Estamos haciendo un estudio con el objetivo de conocer las fortalezas y debilidades de la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales en su atención. Como parte de esta investigación se está realizando una encuesta para conocer la opinión de la población sobre los servicios sanitarios y sociales que utiliza.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá conocer los problemas de la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales, con la finalidad de mejorar su funcionamiento.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley 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.

Le agradecemos su participación.

*(Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)*

**DATOS DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

1. **Localidad:** \_\_\_\_\_
2. **Encuestador/a:** \_\_\_\_\_
3. **Fecha de la entrevista:** \_\_\_\_\_  
**Hora de comienzo:** \_\_\_\_\_
4. **Centro de Atención Primaria (CAP) del entrevistado/a:** \_\_\_\_\_
5. **Lugar de residencia:**  
(1) Domicilio (2) Residencia: **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_
6. **Lugar de la entrevista:**  
(1) CAP (2) Residencia (3) Domicilio (4) Otros. **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_



**SECCIÓN 1. NECESIDADES Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

**A. NECESIDADES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

\*A continuación le haré unas preguntas sobre sus necesidades de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

1. **¿Ha necesitado ayuda para realizar las siguientes actividades de la vida diaria en los últimos 3 meses?**  
 MULTIRESPUESTA => LEER OPCIONES DE RESPUESTA

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NR	NS	NA
(1) Alimentarse							
(2) Ducharse o bañarse							
(3) Vestirse y desvestirse							
(4) Utilizar el servicio / baño / WC							
(5) Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse							
(6) Ir a comprar							
(7) Realizar tareas domésticas (hacer la cama, hacer la colada)							
(8) Utilizar el transporte público							
(9) Tomarse la medicación (incluyendo acordarse de la cantidad y del momento en que los debe tomar)							

**B. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

\*A continuación le haré unas preguntas sobre la ayuda recibida para sus necesidades en las actividades de la vida diaria en los últimos tres meses.

2. **¿Quién/qué servicios recibe para ayudarle en sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**  
 MULTIRESPUESTA. ANOTAR EN LA CASILLA EL USO DE SERVICIOS => LEER OPCIONES DE RESPUESTA

	Uso	Nº de horas semanales	
(1) Familia p.5			
(2) Cuidadore/as privado/as p.5			
(3) Trabajador/a familiar público para cuidados personales y/o tareas del hogar		a) 5 a 9 h semanales	
		b) 9 a 16 h semanales	
		c) 16 a 23 h semanales	
(4) Centro de día para mayores			
(5) Residencia (estancia permanente) [Salto a sección 2.B]			
(6) Otros. <i>ESPECIFICAR:</i> _____			

3. **¿Puede decirme cómo consiguió esta ayuda para sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**

(1) Por iniciativa propia p.5 (2) Derivado (3) Otros. *ESPECIFICAR:* \_\_\_\_\_

4. **¿Desde donde le derivaron a los servicios sociales de atención a la dependencia?**

(1) Desde el CAP (2) Desde Hospital de Agudos (3) Desde el Sociosanitario (4) Desde Servicios Sociales (4) Otro. *ESPECIFICAR* \_\_\_\_\_

5. **¿La atención que recibe es suficiente para cubrir sus necesidades en las actividades de la vida diaria?**

(1) Sí => [salto a utilización de servicios sanitarios] (2) No

5.1 **¿Qué necesidades en las actividades de la vida diaria no quedan cubiertas con la atención por parte de los servicios sociales de atención a la dependencia?** *INDICAR*

\_\_\_\_\_

**C. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS**

6. **¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud tiene o ha tenido en los últimos 3 meses por las que haya acudido a los servicios sanitarios?** *INDICAR*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. ¿Qué servicios sanitarios utilizó en los últimos 3 meses, para tratar esas enfermedades, dolencias o problemas de salud? MULTIRESPUESTA. ANOTAR EN LA CASILLA EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.

(INDICAR EL NOMBRE PROPIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL DE AGUDOS Y CENTRO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SEGÚN EL AREA DE REFERENCIA SANITARIA DEL ENTREVISTADO/A)

Uso de servicios sanitarios: Atención Primaria, Hospital de Agudos, Atención socio sanitaria (atención intermedia)	CONSIGNAR POR ORDEN
(1) Ambulatorio / CAP / Médico/a de cabecera	
(2) Atención domiciliaria desde el CAP / Médico/a de cabecera en el domicilio	
(3) Especialista (Consulta externa del hospital)	
(4) Urgencias del hospital	
(5) Ingreso en el hospital	
(6) Hospitalización a domicilio desde el hospital	
(7) Ingreso en el socio sanitario (atención intermedia)	
(8) Hospitalización a domicilio desde el socio sanitario (atención intermedia)	
(9) Hospital de día del socio sanitario (atención intermedia)	
(10) Médico/a – Clínica - Hospital privado del seguro privado	
(11) Médico/a de la residencia	
(12) Otros. <i>ESPECIFICAR:</i> _____	

## SECCIÓN 2. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN Y DE GESTIÓN

### A. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES SANITARIOS

\*Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, en general, sobre la atención recibida por el médico de cabecera y los especialistas del hospital de agudos y/o atención sociosanitaria para sus enfermedades y problemas de salud (**INDICAR NOMBRE DE HOSPITAL/SOCIOSANITARIO DE REFERENCIA UTILIZADO EN CADA ITEM**)

#### CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA: Transferencia de la información clínica

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
1. El <b>médico/a de cabecera</b> conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le han dado, antes de que usted se lo explique.							
2. Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el/la médico/a de cabecera le ha dado, antes de que usted se lo explique.							

#### CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: Coherencia del cuidado

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
3. El <b>médico/a de cabecera</b> está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria) le han dado.							
4. Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el/la médico/a de cabecera le ha dado.							
5. El <b>médico/a de cabecera</b> y lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> colaboran entre sí para atender sus problemas de salud.							
5.1. ¿Por qué? <b>INDICAR</b>							

<b>CONTINUIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: Accesibilidad entre niveles</b>							
	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NR</i>	<i>NS</i>
6. El <b>médico/a de cabecera</b> le deriva a lo/as especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), cuando usted lo necesita.							
7. Lo/as <b>especialistas (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria)</b> le derivan al médico/a de cabecera cuando usted lo necesita.							
8. Cuando el médico/a de cabecera <b>le deriva a lo/as especialistas</b> (hospital de agudos y/o atención sociosanitaria), tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.							
9. Tras la consulta con el/la especialista, cuando solicita una cita con el <b>médico/a de cabecera</b> , tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta.							

<b>CONTINUIDAD DE RELACIÓN: Vínculo paciente – proveedor clínico</b>							
	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NR</i>	<i>NS</i>
10. Cuando pide hora con el médico/a de cabecera, es atendido por el mismo médico/a.							
11. Confía en la capacidad profesional del médico/a de cabecera que le atiende.							
12. La información que le da el médico/a de cabecera es suficiente.							

## B. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

\*Las preguntas que le haré a continuación son sobre su opinión, en general, con relación a la colaboración entre los servicios sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y los servicios sociales de atención a la dependencia utilizados.

<b>CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN: Transferencia de la información sanitaria y social del paciente</b>							
	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NR</i>	<i>NS</i>
1. Lo/as <b>profesionales sanitario/as (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> que le atienden conocen sus necesidades en las actividades de la vida diaria antes de que usted se lo explique.							
2. Lo/as <b>profesionales sociales (trabajo social, centro de día, residencia)</b> que le atienden conocen las recomendaciones que lo/as profesionales sanitarios antes de que usted se lo explique.							

<b>CONTINUIDAD DE GESTIÓN: Coherencia del cuidado entre servicios sanitarios y sociales</b>							
	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NR</i>	<i>NS</i>
3. Lo/as <b>profesionales sociales (trabajo social, centro de día, residencia)</b> colaboran con lo/as <b>profesionales sanitario/as (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria)</b> para ofrecerle una buena atención.							
3.1 ¿Por qué? <i>INDICAR</i>							
4. El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para cubrir sus necesidades en las actividades de la vida diaria.</b>							
5. El trabajador social (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) y el trabajador social de servicios sociales <b>colaboran para elaborar un plan de atención.</b>							
6. Lo/as profesionales sanitario/as y lo/as profesionales sociales elaboran un <b>plan de atención para atender sus necesidades de salud y sociales.</b>							

7. Lo/as profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le derivan a los servicios sociales</b> sí tiene necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria.							
---	--	--	--	--	--	--	--

CONTINUIDAD DE GESTIÓN: Accesibilidad entre servicios sanitarios y sociales							
	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NR	NS
8. Cuando lo/as profesionales sanitarios (CAP, hospital de agudos, atención sociosanitaria) <b>le derivan a los servicios sociales</b> (trabajadores sociales, centro de día, residencia), tiene que esperar mucho hasta recibir la atención. <b>LEER CÓMO OPCIÓN DE RESPUESTA: NUNCA ME HAN DERIVADO</b>							
9. Lo/as profesionales sanitarios le han realizado una valoración funcional de su autonomía en las actividades de la vida diaria. [Solo pacientes que han sido hospitalizados].							
10. Lo/as profesionales sanitarios le han organizado la ayuda que necesitaba para realizar sus actividades de la vida diaria. [Solo pacientes que han sido hospitalizados].							

#### SECCIÓN 4. DATOS DE SALUD, SOCIODEMOGRAFICOS Y ORGANIZATIVOS

1. ¿Cómo diría usted que es su salud en general?  
Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala (6) NA (7) NR (8) NS

2. Anotar sexo (1) Hombre (2) Mujer (3) No binario

3. Edad EN AÑOS CUMPLIDOS \_\_\_\_\_

4. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

5. ¿Dónde nació? **INDICAR**

6. ¿Cuál es su nacionalidad? **INDICAR**

7. ¿Con quién vive? (SOLO A LOS RESIDENTES EN DOMICILIO) (1) Pareja (2) Hijo/as (3) Otro. **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_

7.1. ¿Tiene alguien a su cargo? **INDICAR**

8. ¿Cuál fue su profesión? **INDICAR**

9. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados? **INDICAR**

10. ¿Cuántos fueron sus ingresos aproximados (incluyendo ayudas/subsidios) en el último mes? **INDICAR**

11. ¿Tiene algún seguro de salud privado? (1) Sí (2) No

11.1 ¿Cuál? **INDICAR**

12. ¿Le han reconocido oficialmente una situación de dependencia?  
(1) Sí (2) No p.15 (3) A la espera de valoración p.15 (4) Nunca me han valorado p.15 (5) Nunca lo he solicitado p.15

13. ¿Qué grado de dependencia tiene reconocido? **LEER OPCIONES DE RESPUESTA**  
(1) Grado I (2) Grado II (3) Grado III (4) No concedido

14. ¿Debe usted pagar por el servicio social de atención a la dependencia público que recibe? (1) Sí (2) No

14.1. ¿Cuánto? **INDICAR**

15. ¿Tiene un profesional que considera que coordina la atención a sus necesidades de salud y sociales?  
(1) Sí (2) No

15.1. ¿Quién es?  
(1) Enfermera gestora de casos del CAP (2) Trabajador/a social del CAP (3) Otro profesional sanitario **ESPECIFICAR**: \_\_\_\_\_  
(4) Otro profesional de servicios sociales **ESPECIFICAR**: \_\_\_\_\_

#### RELLENAR DESPUES DE LA ENCUESTA

1. ¿El/la informante es la persona seleccionada? (1) Sí => FIN DE LA ENCUESTA (2) No

2. ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no puede facilitar personalmente sus datos? **INDICAR**

3. ¿Cuál es la relación del/la informante con la persona seleccionada?  
(1) Cónyuge o pareja (2) Hijo/a (3) Hermano/a (4) Otro familiar. **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_ (5) Trabajador/a familiar de servicios sociales (6) Trabajador/a familiar privada (7) Otro profesional. **ESPECIFICAR** \_\_\_\_\_

1. Hora de finalización \_\_\_\_\_

**Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad de la atención sanitaria y social de pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades complejas**

**Consentimiento informado (versión 2, 29 de abril de 2024)**

**¿En qué consiste el estudio?**

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad de la atención sanitaria y social de pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades complejas”, que se desarrolla en el marco de un trabajo final del Máster interuniversitario en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra y Universidad Autònoma de Barcelona, coordinado por el Consorcio de Salud y Social de Cataluña.

El objetivo principal de este estudio es diseñar y validar un instrumento que permita analizar la continuidad asistencial entre servicios sanitarios y sociales desde la perspectiva de las personas mayores con patologías crónicas y necesidades complejas que utilizan el sistema de salud y social catalán. Los resultados de esta investigación posibilitarán la validación de un cuestionario diseñado para recoger la experiencia de las y los pacientes en cuanto a su percepción de coordinación asistencial entre servicios sanitarios y sociales, e identificar áreas de mejora.

A partir de las opiniones recibidas, sugerencias de cambios y dificultades identificadas, se introducirán los cambios necesarios para construir una versión final del cuestionario, que será aplicado a pacientes adultos mayores con patologías crónicas y necesidades complejas para la medición de la continuidad social y sanitaria.

### **¿Cómo será mi participación en el estudio?**

Si acepta participar en el estudio se le aplicará el cuestionario individual de manera presencial. El cuestionario será aplicado por una estudiante del máster interuniversitario de Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra i la Universidad Autònoma de Barcelona, el cuestionario está diseñado para ser administrado por un entrevistador entrenado previamente. La entrevista tendrá una duración aproximada de una hora. Se realizarán preguntas de utilización de servicios sanitarios y sociales en los últimos tres meses. La percepción entre servicios sanitarios y sociales se explorará mediante preguntas abiertas y cerradas con respuesta en escala del 1 al 4 (de siempre a nunca), además de las categorías de respuesta “no sabe”, “no responde” y “no aplica”. Su participación es voluntaria i no remunerada. La información que usted nos proporcione será utilizada de forma absolutamente confidencial y solamente se utilizara en el marco de este estudio. Podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sí así lo desea, sin dar ninguna explicación.

### **¿Cómo se tratarán mis datos?**

Sus datos se tratarán de manera confidencial, garantizando en todo momento su anonimato. Se utilizarán con la única finalidad de elaborar el estudio mencionado y no serán comunicadas a terceros sin que, de manera previa, sean agregadas y anonimizadas. De este modo, usted no podrá ser identificado a partir de los archivos, resultados o publicaciones que se realicen en el marco de este estudio. Esto implica que sus respuestas serán anónimas y que su participación en este estudio no tendrá ningún efecto sobre su tratamiento, prestaciones por enfermedad, cuestiones legales o similares.

La información que nos proporcione se almacenará y utilizará en conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. La información y los datos de carácter personal se conservarán hasta la publicación de los resultados del estudio. La conservación de los datos durante este periodo se llevará a cabo aplicando las medidas adecuadas que garanticen su seguridad. El responsable del tratamiento de sus datos será el Consorcio de Salud y Social de Cataluña, con domicilio en la Avenida Tibidabo, 21, 08022 Barcelona.

Sus datos serán tratados en virtud de su consentimiento, según el que dispone el artículo 6.1.a del Reglamento General de Protección de Datos. Usted podrá retirar este consentimiento en cualquier momento, pero debe tener en cuenta que no podremos retirar sus datos del estudio una vez estos hayan sido anonimizados. El Consorcio de Salud y Social de Cataluña ha designado un Delegado de Protección de Datos, con quien puede contactar a la dirección [dpd@consorci.org](mailto:dpd@consorci.org).

Usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición en el tratamiento, limitación y portabilidad dirigiéndose al correo [sepps@consorci.org](mailto:sepps@consorci.org). Los datos recogidos se tratarán de forma agregada, de forma que es posible que se le pueda requerir información adicional para poder atender su solicitud de ejercicio de derechos. Así mismo, es posible que, incluso después de entregarnos la información adicional indicada, nos resulte imposible identificar sus datos facilitados a través del formulario. En caso de que considere vulnerados sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

### **¿Dónde puedo conseguir más información?**

Agradecemos su participación en el estudio. Si tiene cualquier duda en relación con su participación, puede contactar con los coordinadores por teléfono (93.253.18.20) o por correo electrónico ([sepps@consorci.org](mailto:sepps@consorci.org)).

Después de haber recibido y entendido la información de este documento y de haber aclarado todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para ser aplicado el cuestionario

Barcelona, a        de        de 2024

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre entrevistador/a

\_\_\_\_\_  
Firma entrevistador/a

**Disseny i validació d'un qüestionari per mesurar la continuïtat de l'atenció sanitària i social de pacients adults majors amb patologies cròniques i necessitats complexes.**

**Consentiment informat (versió 2, 29 de abril de 2024)**

**En què consisteix l'estudi?**

Li estem convidant a participar en el projecte de recerca "Disseny i validació d'un qüestionari per a mesurar la continuïtat de l'atenció sanitària i social de pacients adults majors amb patologies cròniques i necessitats complexes", que es desenvolupa en el marc d'un treball final de Màster interuniversitari en Salut Pública de la Universitat Pompeu Fabra i Universitat Autònoma de Barcelona, coordinat pel Consorci de Salut i Social de Catalunya.

L'objectiu principal d'aquest estudi és dissenyar i validar un instrument que permeti mesurar la continuïtat assistencial entre serveis sanitaris i socials des de la perspectiva de les persones majors amb patologies cròniques i necessitats complexes que utilitzen el sistema de salut i social català. Els resultats d'aquesta recerca possibilitaran la validació d'un qüestionari dissenyat per a recollir l'experiència de les i els pacients en quant a la seva percepció de coordinació assistencial entre serveis sanitaris i socials, i identificar àrees de millora.

A partir de les opinions rebudes, suggeriments de canvis i dificultats identificades, s'introduiran els canvis necessaris per a construir una versió final del qüestionari que serà aplicat a pacients adults majors amb necessitats complexes per la mesura de la continuïtat social i sanitària.



### **Com serà la meva participació en l'estudi?**

Si accepta participar en l'estudi, se li aplicarà el qüestionari individual de manera presencial. El qüestionari serà aplicat per una estudiant del màster interuniversitari en Salut Pública de la Universitat Pompeu Fabra i la Universitat Autònoma de Barcelona, el qüestionari està elaborat per ser administrat per un entrevistador entrenat prèviament. L'entrevista tindrà una durada aproximada d'una hora. Es realitzaran preguntes d'utilització de serveis sanitaris i socials dels últims tres mesos previs. La percepció entre serveis sanitaris i socials es preguntarà mitjançant preguntes obertes i tancades amb resposta en escala del 1 al 4 (de sempre a mai), a més de les categories de resposta "no sap", "no respon" i "no aplica". La seva participació és voluntària i noremunerada. La informació que vostè ens proporcioni serà utilitzada de forma absolutament confidencial i només s'utilitzarà en el marc d'aquest estudi. Podrà retirar-se de l'estudi en qualsevol moment, si així ho desitja, sense haver de donar cap explicació.

### **Com es tractaran les meves dades?**

Les seves dades es tractaran de manera confidencial, garantint en tot moment el seu anonimat. S'utilitzaran amb la única finalitat d'elaborar l'estudi esmentat i no seran comunicades a tercers sense que, de manera prèvia, siguin agregades i anonimitzades. D'aquesta manera, vostè no podrà ser identificat a partir dels arxius, resultats o publicacions que es realitzin en el marc d'aquest estudi. Això implica que les seves respostes seran anònimes i que la seva participació en l'estudi no tindrà cap efecte sobre el seu tractament, prestacions per malaltia, qüestions legals o similars.

La informació que ens proporcioni s'emmagatzemarà i utilitzarà de conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades i la Llei Orgànica 03/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. La informació i les dades de caràcter personal es conservaran fins la publicació dels resultats de l'estudi. La conservació de les dades durant aquest període es durà a terme aplicant les mesures adequades que garanteixin la seva seguretat. El responsable del tractament de les seves dades serà el Consorci de Salut i Social de Catalunya, amb domicili a l'Avinguda Tibidabo, 21, 08022 Barcelona. Les seves dades seran tractades en virtut del seu consentiment, d'acord al que disposa l'article 6.1a del Reglament General de Protecció de Dades.

Vostè podrà retirar aquest consentiment en qualsevol moment, però ha de tenir en compte que no podrem retirar les seves dades de l'estudi un cop anonimitzades. El Consorci de Salut i Social de Catalunya ha designat un Delegat de Protecció de Dades, amb qui pot contactar a l'adreça [dpd@consorci.org](mailto:dpd@consorci.org).

Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament, limitació i portabilitat dirigint-se al correu [sepps@consorci.org](mailto:sepps@consorci.org) . Les dades recollides es tractaran de forma agregada, de manera que és possible que se li pugui requerir informació addicional per tal de poder atendre la seva sol·licitud d'exercici de drets. Aixímateix, és possible que, fins i tot després de lliurar-nos la informació addicional indicada, ens resulti impossible identificar les seves dades facilitades a través del formulari. En cas que consideri vulnerats els seus drets, pot presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

#### **On puc aconseguir més informació?**

Agraïm que participi en l'estudi. Si té qualsevol dubte en relació a la seva participació, pot contactar amb els coordinadors per telèfon (93.253.18.20) o per correu electrònic ([sepps@consorci.org](mailto:sepps@consorci.org))

Després d'haver rebut i entès la informació d'aquest document i d'haver aclarit tots els meus dubtes, atorgo el meu consentiment per ser entrevistat/da

Barcelona, a            de            de 2024

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Signatura

\_\_\_\_\_  
Nom entrevistador/a

\_\_\_\_\_  
Signatura entrevistador/a

