

ESTUDIO SOBRE LAS DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES

**(HOSPITAL, SOCIOSANITARIO Y
ATENCIÓN PRIMARIA)**

**AUTORES:
MANITO LORITE, ISABEL
ONDIVIELA CARITEU, ÀNGELS
SERVERA MIR, MARGARITA
TOMÁS SÁNCHEZ, MARC**

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Master.

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Ferran Ferrer
José Tejada

Presidenta
Secretario
Vocal
Vocal

Presentado en fecha: 27 de septiembre de 2005

Aceptado en fecha: Octubre de 2005

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

1. Justificación	4
2. Objetivos	6
3. Marco teórico	7
4. Hipótesis	14
5. Proceso	15
6. Resultados	20
6.1 Análisis descriptivo	21
6.2 Análisis inferencial	37
6.3 Análisis bivariado	39
7. Valoración de los resultados, conclusiones y propuestas	46
8. Bibliografía	49
9. Agradecimientos	51
10. Anexos	52
10.1 Carta y cuestionario	52

1. JUSTIFICACIÓN

La continuidad asistencial se puede definir como una visión longitudinal y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: la salud del ciudadano.

La importancia de una buena coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados que puede ofrecer el profesional de enfermería y los profesionales sanitarios en general. Pero si observamos un poco nuestro entorno podremos identificar que muchas veces esta continuidad no se puede llevar a cabo porque los profesionales ignoran cuál es la función de cada uno de los niveles que intervienen.

A veces el problema radica en las propias instituciones, ya que no son capaces de dar a conocer o comunicar el papel que juega cada nivel y por tanto es difícil que los demás sean capaces de conocerlo.

Hemos vivido muchos años pensando que la sanidad se centraba sólo en la atención hospitalaria o especializada (A.E.), otorgándole un casi nulo papel al resto de niveles sin pensar que el usuario una vez sale del hospital también puede recibir atenciones tanto del ámbito socio sanitario como de la atención primaria (A.P). Sólo se ha empezado a pensar que la A.P. puede tener un papel relevante, cuando los hospitales se han planteado acortar las estancias o implementar programas de cirugía mayor ambulatoria, básicamente por criterios economicistas. Creemos que la mayoría de profesionales de hospitales y socio sanitarios no conocen cuál es la función de la atención primaria, o bien sus conocimientos son insuficientes y por eso no la tienen en cuenta a la hora de planificar el alta.

La falta de coordinación entre los distintos niveles provoca que muchas veces los pacientes y sus familiares no sean capaces de identificar cuál es su profesional de referencia, dificultando de esta manera la adecuada continuidad de cuidados. Éstos no entienden por qué a los profesionales sanitarios de los diferentes niveles nos cuesta tanto comunicarnos. La información al paciente y familiares, así como la coordinación y trasvase de la información del proceso entre los profesionales, es una pieza clave y creemos que no se está haciendo de una forma adecuada.

La falta de planificación y el hecho de que muchos circuitos no estén consensuados entre los distintos niveles asistenciales, hace que muchos pacientes que precisan de cuidados inmediatos en su domicilio al salir del hospital o del socio sanitario no puedan ser correctamente atendidos y de esta manera la continuidad de cuidados no queda garantizada.

Otro aspecto muy importante es el seguimiento en el tiempo de la evolución del paciente, algo que permitiría predecir complicaciones y evitar en algunos casos los reingresos.

Las observaciones anteriores nos hacen pensar que la continuidad asistencial no está implantada todavía de forma eficaz y que los cuidados no tienen continuidad cuando el paciente ingresa o es dado de alta de los diferentes niveles del sistema sanitario.

Aunque sí es cierto, que desde hace unos años se están llevando a cabo experiencias en todo el estado que hacen pensar que esto puede cambiar. Éstas experiencias han sido generalmente impulsadas por enfermería.

Este trabajo pretende establecer cuál es la información que tienen los profesionales sobre los diferentes niveles asistenciales y los circuitos de continuidad asistencial. También intenta averiguar cuál es el grado de conocimiento que tienen tanto los profesionales que trabajan en el hospital y los socio sanitarios sobre la actuación de la atención primaria, pilar básico en la continuidad de cuidados pero que muchas veces es poco valorada por los profesionales de los otros niveles.

Pero no sólo queremos conocer la información, sino que también vamos a intentar conocer de qué manera se están planificando las altas y si se está haciendo de acuerdo con los circuitos consensuados por las instituciones.

La implicación del profesional en la continuidad de cuidados es tan importante como que los circuitos estén bien consensuados o incluso que la coordinación entre los niveles de la sanidad sea óptima.

Si los profesionales no están informados, formados, implicados y motivados, en todo este proceso es difícil conseguir que los pacientes que precisan ser atendidos de forma continuada alcancen el nivel de atención adecuado. Es por ello que uno de los objetivos de este trabajo es intentar conocer hasta qué punto los profesionales implicados son capaces de conocer el sistema y de aceptarlo.

Por todo lo descrito anteriormente hemos diseñado un estudio para obtener información directa que nos ayude a conocer cuál es la situación actual según los profesionales de A.P., A.E y socio sanitario en dos sectores sanitarios de la ciudad de Barcelona (Eixample y Ciutat Vella) y en un sector sanitario de Mallorca.

2. OBJETIVOS

1. Conocer la información que tienen los profesionales sanitarios de los circuitos organizativos de los diferentes niveles asistenciales
2. Conocer la información que tienen los profesionales de la atención hospitalaria y sociosanitaria sobre los servicios que ofrecen los profesionales sanitarios de primaria.
3. Averiguar de qué manera se están planificando las altas y si se está haciendo conforme a los circuitos consensuados.
4. Conocer la implicación de los profesionales de los diferentes niveles en la implantación y seguimiento de las medidas que garanticen continuidad asistencial.

3. MARCO TEÓRICO

La Ley General de Sanidad de 1.986 establece que el objetivo del Sistema Nacional de Salud es prestar una atención sanitaria integral a toda la población. Para su consecución se configuraron distintos niveles de asistencia que con la debida coordinación (no sólo interniveles sino también intraniveles) y utilización eficiente de los recursos debe atender a una población cuyas necesidades de salud aumentan continuamente. (1)

Tanto en la Ley General de Sanidad como en la legislación de las distintas comunidades autónomas se habla de la coordinación de los servicios y de prestar una atención integrada al usuario. Por otra parte uno de los objetivos de la propia reforma de la A.P. ha sido precisamente desarrollar unos servicios de primer nivel de atención coordinados entre sí y con los servicios especializados. Sin embargo, la realidad demuestra que la coordinación en horizontal entre profesionales y servicios a pesar de plantearse como una necesidad de primer orden por los profesionales del sector, usuarios y administración sanitaria, sigue siendo un reto en la planificación y ordenación sanitaria.

La falta de coordinación entre los profesionales de los distintos niveles de atención: atención primaria (AP), especializada (AE) y socio sanitario, es uno de los problemas más reconocidos y evidentes del actual sistema. Los factores que han contribuido a esta falta de coordinación son entre otros: las características de nuestra sociedad; la desigualdad en el desarrollo de los profesionales que intervienen en el sistema sanitario; las dificultades en la organización de la atención sanitaria y la prevalencia de un modelo biologista orientado a la enfermedad. (2)

Según Riera, J.R. otro factor que ayuda a mantener esta descoordinación, es el diferente desarrollo de los dos niveles, (AP, AE) los cuales han evolucionado como parcelas independientes con finalidades y objetivos distintos. (3)

El hecho de que la A.P. constituya la puerta de entrada al sistema sanitario para el individuo, la familia y la propia comunidad, sin que la intervención a este nivel precise de la presencia de enfermedad, hace que la A.E. se conciba como un elemento de apoyo y complemento de la A.P., atendiendo los procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta.

La coordinación define el proceso de ensamblaje y sincronización de actividades que permiten que, el personal sanitario funcione de una forma eficiente, en la consecución de los objetivos y metas de la Organización Sanitaria. En la administración de los servicios sanitarios, se entiende que existen cuatro modelos u orientaciones de coordinación: (4)

- Coordinación correctiva, rectificando errores o corrigiendo disfunciones del sistema organizativo,
- Coordinación preventiva, realizando actividades que previenen posibles problemas de coordinación,

- Coordinación normalizadora, pretendiendo mantener la estructura organizativa y de funcionamiento del sistema sanitario,
- Coordinación incentivadora, encaminada a organizar mejor las distintas partes de la organización sanitaria.

La coordinación entre los diferentes equipos de salud es fundamental para conseguir unos cuidados domiciliarios adecuados. Ésta coordinación debe realizarse en varios niveles. Por un lado es importante la coordinación con la A.P., que va a servir para conseguir una continuidad de los cuidados domiciliarios, asegurar que éstos sean suficientes y evitar complicaciones y reingresos. Para lograr esto, hay que facilitar la mayor información posible, bien con un informe de alta, bien con reuniones de coordinación o bien mediante la utilización de cualquier medio de comunicación que pueda ser válido.

La información a transmitir debe recoger la situación del paciente al ingreso y al alta, la educación sanitaria impartida en el hospital y/o en el centro socio sanitario para que sea completada en A.P. y toda aquella información que pueda ser útil para la prestación de cuidados domiciliarios. La información debe ser útil y concreta, de ahí se deduce también la importancia que tiene la coordinación entre los diferentes grupos profesionales que participan en nuestro sistema sanitario. (5)

La coordinación entre niveles sobre la base del plan de cuidados de enfermería es un factor clave para rentabilizar en términos de calidad y coste los cuidados enfermeros asegurando que éstos responden a las necesidades de los usuarios.

Según Fernández, C. la continuidad de los cuidados es una cuestión de coherencia profesional: (6)

- Hacia el paciente / familia que tiene el derecho de recibir una óptima ayuda profesional en cualquier estadio de su proceso de salud-enfermedad: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia en la enfermedad, y rehabilitación y reinserción en la familia / comunidad.
- Hacia el sistema sanitario. Cada nivel con su función pero que tienen un objetivo común, la provisión de salud a la población, para cuya consecución es necesaria una adecuada coordinación y relación entre los distintos subsistemas.
- Hacia la sociedad. Una población cada vez más consumidora de servicios sanitarios nos obliga a prestar unos cuidados de calidad al menor coste posible con estancias hospitalarias cada vez más cortas.
- Hacia el colectivo enfermero cuyo rol se entiende como un servicio de ayuda profesional, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera-cliente, enfocado a la comprensión del ser humano en relación con su entorno y cuya meta es crear las condiciones necesarias para que la persona desarrolle su potencialidad para enfrentarse a un problema de salud, real o potencial.

Según Fernández, C. las ventajas de la coordinación y la continuidad de cuidados son:

- Aumenta la calidad de la asistencia sanitaria.
- Aumenta la eficacia de la atención evitando la duplicación de esfuerzos y disminuyendo las cargas de trabajo y el coste.
- Aumenta la satisfacción del usuario y su confianza en el sistema, ya que se siente atendido de forma integral y continua.
- Aumenta la seguridad del sistema, disminuyendo el riesgo de errores.
- Se racionaliza el uso de los recursos gestionándose de forma aplicada, controlada y ordenada. Es una garantía de eficacia y eficiencia.
- Hace posible y necesario el trabajo en equipo.

También hay situaciones que dificultan su realización, como por ejemplo:

- Visión parcial del sistema sanitario.
- “Cultura hospitalaria” arraigada en la población y en los profesionales que tienden a infravalorar la A.P. y los centros sociosanitarios.
- Desconfianzas y competencias entre los profesionales de los distintos niveles.
- Desconocimiento del trabajo del otro profesional, sus medios y/o problemas.
- Poca participación del usuario en la atención que recibe.
- Escasos mecanismos de comunicación entre los dos niveles.

Los cambios producidos en el sistema sanitario de nuestro país en los últimos años, y las experiencias de otros países dirigen la atención hacia sistemas que potencien la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención y que ayuden a mejorar los servicios sanitarios que se prestan, a racionalizar el uso / consumo de recursos y a optimizar los costes. (7)

Gran parte de las actuaciones sanitarias que se desarrollan en nuestro país se realizan en el hospital y cada vez más en los centros socio sanitarios, implicando un gran esfuerzo económico y humano. Estas actividades son especialmente reincidentes en la población anciana. A esto hay que añadir el incremento de esta población, determinada por una mejora en la asistencia y en la mejor calidad de vida.

Las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería en los centros hospitalarios, quedan como hechos aislados dentro del marco en el cual se desarrollan, no existiendo eslabones que los unan con las actuaciones de los profesionales de enfermería en los centros de salud y de los centros socio sanitarios, a los que son remitidos los pacientes una vez dados de alta.

Todos los pacientes, una vez finalizada su estancia hospitalaria, necesitan una serie de cuidados aunque estos sean mínimos. Los profesionales de enfermería, son los responsables de planificar esos cuidados y asegurarse de que se lleven a cabo. (8)

El trabajo enfermero debe proporcionar al usuario aquellos cuidados que le ayuden a mantener sano y que además, con la colaboración de los servicios sociales y otros, eviten estancias innecesarias en hospitales y residencias, facilite que el usuario aproveche sus propios medios para seguir viviendo en su

entorno habitual y al final, le ofrezca la posibilidad de morir dignamente en su propio hogar si éste es su deseo.

Como respuesta a esta necesidad de comunicación entre los profesionales de enfermería de los distintos niveles surge el informe de alta, con el objetivo de dar continuidad a los cuidados prestados por enfermería.

Según González López, el informe de alta de enfermería es “el vehículo de información fidedigna y cualificada sobre los problemas y cuidados prestados durante su estancia en el hospital, además de servir de información entre enfermería primaria y especializada, sirve de constancia escrita para el usuario de los cuidados y educación sanitaria prestada. (17)

Prueba de la importancia que el I.E.A. (Informe de Enfermería al Alta) tiene para la coordinación interniveles viene reflejada en el Programa Contrato del Servicio Andaluz de Salud el cual dice: “El Hospital establecerá junto con los Distritos de Atención Primaria de su correspondiente área territorial, un plan de coordinación interniveles donde queden reflejados los distintos aspectos de coordinación asistencial, docente y administrativa. Desarrollará actividades que garanticen la continuidad de los tratamientos y cuidados domiciliarios de los usuarios tras el alta hospitalaria”. (9)

El I.E.A. tras un periodo de hospitalización, es un requisito imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería. Según L.J. Carpenito, “la planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general”. (18)

Grande M^a L. y Hernández, M. dicen que “la planificación al alta es fundamental para el paciente y para la familia, ya que les vamos a dotar de los conocimientos y las habilidades necesarias para el cuidado del enfermo”. (5)

El I.E.A. es la constancia escrita de que enfermería es una profesión independiente, es fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y un instrumento excelente para realizar educación sanitaria, tanto al paciente como a la familia (10) y además es la constancia escrita de que enfermería es una profesión independiente.

Además del I.E.A., se está empezando a hablar del Informe al Ingreso de Enfermería (I.I.E.), el cual podría ser otro instrumento que mejorase la comunicación entre los distintos niveles del sistema sanitario. La información que enfermería de A.P. puede aportar con relación a sus usuarios cuando tienen conocimiento del ingreso de alguno de ellos puede ser de vital importancia, no tan solo para conseguir una correcta continuidad de los cuidados, sino también para disminuir la ansiedad del usuario ante su ingreso, facilitar la comunicación de la familia, favorecer la confianza entre profesionales de los distintos niveles, contribuir a una más eficaz gestión del alta y adecuar una correcta planificación de los cuidados con relación a las necesidades y problemas recogidos en el I.I.E.. Este nuevo instrumento puede plantearse como una buena herramienta de gestión, un eficaz elemento de comunicación, un eficiente componente de control del gasto, (11) El principal inconveniente que tiene este I.I.E., es que la mayoría de las veces enfermería no tiene

conocimiento del ingreso del paciente, con lo cual se deberían estudiar mecanismos que garantizaran que su enfermera de referencia conociera el ingreso de su usuario a fin de poder enviar su informe al centro que ha sido ingresado el paciente.

Las ventajas que justifican su utilización son que favorece la comunicación entre la enfermería de los distintos niveles, facilita la valoración del usuario por parte de la enfermería hospitalaria y permite evaluar periódicamente la evolución de los usuarios desde su ingreso hasta el momento del alta.

Según la bibliografía consultada, existen diferentes experiencias a nivel del estado español en cuanto a coordinación y/o modelos de informes de enfermería al alta, sobre todo centrada en éstos últimos.

Los artículos consultados refieren las siguientes experiencias:

- Complejo hospitalario de Torrecárdenas en Almería, donde se diseñó un informe de valoración al alta de enfermería a todos los pacientes del hospital aunque en la discusión del artículo comentan que es un objetivo difícil de alcanzar. En cuanto a las conclusiones dicen que el diseño del documento y el circuito, permiten garantizar el conocimiento por parte de la atención primaria así como la utilización de un canal de comunicación rápido y efectivo (fax). (9)
- Igualmente existe otro artículo de profesionales de Almería donde se hacen la pregunta sobre qué opinan los enfermeros sobre los informes de enfermería al alta hospitalaria. Sus conclusiones son: que para el 90% de los consultados el informe era una buena forma de comunicación. Que tenían conocimiento sobre el informe de valoración al alta pero que había que mejorar los contenidos y que para ello contaban con los enfermeros de la Atención Primaria (12)
- El estudio llevado a cabo por enfermeras del Hospital Clínico de Barcelona, que a través de una encuesta quisieron conocer la opinión de las enfermeras de atención primaria sobre el informe de enfermería al alta y su contenido. Es destacable la importancia que las enfermeras de atención primaria le dan a establecer una buena coordinación. (10)
- Un estudio hecho en el Hospital de Bellvitge, sobre la implantación de un informe de enfermería al alta, de la que se hizo una prueba piloto en el hospital, recogía las aportaciones de las enfermeras de los diferentes servicios en cuanto a los contenidos, concluyendo que era un buen instrumento para mejorar la comunicación entre profesionales, centros y usuarios. (7)
- Las enfermeras del Área 6 de Madrid, donde se definieron unos criterios de calidad del contenido del informe de enfermería al alta de la Clínica Puerta de Hierro, a través de un panel de expertos de los diferentes niveles. Las conclusiones fueron que había un alto grado de cumplimentación de los criterios de calidad, pero el número de altas con informe de enfermería correspondía al 25% del total. Destacaba la motivación de las enfermeras en la cumplimentación. Como ventajas

destacaban: contacto con el paciente entre 24-48 h. y el conocimiento de las necesidades básicas. (13)

- Un artículo elaborado por enfermeras del Área 17 de Alicante que habla sobre la experiencia del informe de enfermería al ingreso que ellos diseñaron, para comunicarse con la atención especializada. Partían de una experiencia de 10 años en la que se utilizaba el informe de enfermería al alta, protocolos de actuación conjunta y visitas compartidas. Dados los buenos resultados obtenidos, decidieron implantar el informe de enfermería al ingreso.(11)
- Un estudio llevado a cabo en el año 2001 por la Dirección Territorial de Baleares del Insalud sobre la implantación, evaluación y seguimiento del informe de enfermería al alta entre diferentes hospitales de la isla de Mallorca y los equipos de soporte domiciliario de la atención primaria tenía como conclusiones que la facilidad de acceso al historial de los pacientes, la rapidez y flexibilidad de la creación de nuevos documentos, y un período de aprendizaje e implantación relativamente corto, hace del IEA una herramienta de trabajo eficiente en un hospital comarcal. El IEA es un instrumento básico en el proceso de evaluación y control de la calidad asistencial.

La prevalencia de los diagnósticos enfermeros identificados en el momento del alta, dejan entrever problemas de dependencia y ponen de manifiesto la necesidad de establecer sistemas de comunicación entre atención primaria y atención especializada.

Los IEA analizados, permite catalogar el registro como documento adecuado para la transmisión de información y coordinación entre los dos medios asistenciales. Con ello estamos garantizando la continuidad asistencial. A la vez que permite que la familia y/o cuidador principal se implique en el proceso, cuando el paciente es derivado a su domicilio.

El elevado porcentaje de cumplimentación en el apartado de *observaciones* del IEA, plantean la discusión y la necesidad de crear nuevos campos en los que englobar la información relevante allí detallada.

Además el informe de enfermería al alta unifica el uso del lenguaje enfermero, al igual que pone de manifiesto la autonomía de la profesión.

En el SAP (Servei d'atenció primària) Ciutat Vella, existe una experiencia que empezó el año 92 en el que se inició la coordinación con el Hospital del Mar , se realizó un programa piloto con el EAP (equip d'atenció primària) Gòtic que se extendió al resto de los EAP. Se creó la figura de la enfermera enlace y se consensuó un informe de enfermería al alta.

Existe en el SAP Eixample la experiencia en el año 99 sobre la coordinación con el hospital de referencia (Hospital Clínic). La experiencia piloto se llevó a cabo con dos servicios del hospital. Se trabajó conjuntamente los mecanismos de coordinación así como los contenidos básicos del alta de enfermería así como la hoja de ingreso desde la Atención Primaria. Igualmente se creó la enfermera de enlace desde la primaria. Del programa piloto se obtuvieron buenos resultados pero por causas ajenas a los implicados no se llevó a cabo de una manera continuada. Igualmente en el SAP Ciutat Vella también se ha llevado a cabo el Programa Salut a Casa y con ello todo lo referente a la coordinación entre niveles.

El año 2000 el ICS puso en marcha el programa “Salut a casa” que tenía como área de mejora la coordinación efectiva, eficiente y ágil entre los diferentes proveedores de los servicios sanitarios y socio sanitarios para garantizar la continuidad asistencial. Se creó una oficina de enlace en cada SAP, la figura de la enfermera de enlace del equipo, y diferentes grupos de trabajo que diseñaron entre otros, un informe de continuidad asistencial (ingreso y alta).(14) Paralelamente el Consorci Sanitari de Barcelona impulsó el año 2001 la elaboración de un protocolo de prealta (ingreso y alta) entre socio sanitarios, y primaria.(15) Posteriormente se elaboró un protocolo entre el hospital de agudos y la atención primaria (16)

4. HIPÓTESIS

El desconocimiento por parte de los profesionales del hospital y de los centros socio sanitarios sobre la continuidad de cuidados que pueden ofrecer las enfermeras de atención primaria así como la falta de planificación al alta por parte de los tres niveles dificulta la implementación y seguimiento de la continuidad asistencial.

5. PROCESO

Para dar respuesta a la hipótesis planteada en este trabajo y utilizando como instrumento un cuestionario, quisimos conocer qué opinión tienen los profesionales sobre la continuidad asistencial y si las instituciones se implican en su implementación.

También quisimos saber si conocían el trabajo que se realizaba en los distintos niveles, y en concreto el conocimiento que los profesionales de los centros hospitalarios y de los socio sanitarios tenían sobre el que se realiza en la A.P.

Otro aspecto que quisimos averiguar es cual era su opinión sobre la continuidad asistencial y el I.E.A.

El trabajo se enmarca dentro de los estudios de tipo descriptivo-correlacional. En él intentamos dar una visión de la situación mediante la descripción y documentación sobre las variables que se investigan.

Además es transversal, ya que nos proponemos conocer la situación en un momento determinado del tiempo.

Se define también como un estudio correlacional, ya que pensamos que entre las variables independientes y las dependientes puede haber una relación causa-efecto. Por ejemplo, es difícil la continuidad asistencial cuando el profesional desconoce cual es el circuito a seguir.

Las variables en las que nos hemos basado para la realización de este estudio son: como variables independientes, el **desconocimiento del circuito y la falta de planificación al alta** puesto que puede condicionar sobre las variables que hemos identificado como dependientes, que son la **continuidad asistencial**, su **implementación y seguimiento**.

El desconocimiento del circuito es una variable que incide de forma importante en la implementación de la continuidad asistencial, ya que si se desconocen los circuitos no es posible asegurar la continuidad de los cuidados de forma correcta. Entendemos por desconocimiento del circuito: no conocer los mecanismos de coordinación existentes entre los diferentes niveles asistenciales.

Otra de las variables independientes es **la falta de planificación al alta**. La inexistencia de planificación de la continuidad de los cuidados dificulta el trabajo de los profesionales de los otros niveles, impidiendo que el paciente pueda recibir una atención de calidad óptima.

La **continuidad asistencial** la definimos: como la continuidad de cuidados que precisa un paciente cuando pasa por los diferentes niveles del sistema sanitario. Esta variable es dependiente con respecto a las variables anteriores.

La variable identificada como **implementación** significa la puesta en marcha de los circuitos que aseguran la continuidad asistencial.

La variable **seguimiento** implica la evaluación tanto por parte de la institución como de los profesionales de los diferentes procesos que intervienen en la continuidad.

Otras variables que hemos tenido en cuenta y las consideramos como intervinientes son **edad, sexo, categoría profesional, nivel asistencial, tipo de institución, turno de trabajo, años de ejercicio, servicio y puesto de trabajo.**

Tanto en la A.P. como en los centros socio sanitarios, las encuestas se pasaron a la totalidad de profesionales y turnos. En los hospitales se distribuyeron entre el 20-30% de profesionales por estamento. En A.P. se escogieron la totalidad de los profesionales sanitarios de 2 centros de cada SAP que obedecían al criterio de puesta en marcha (primero y último)

La población de estudio sobre la cual nos hemos basado para realizar este trabajo está formada por las enfermeras, médicos y trabajadores sociales del ámbito hospitalario, socio sanitario y de atención primaria de dos de los sectores sanitarios de la ciudad de Barcelona, concretamente Eixample y Ciutat Vella, y un sector sanitario de Mallorca.

La población del sector sanitario de Barcelona está compuesta por profesionales sanitarios de los centros de salud Raval Nord, Casc Antic, el hospital del Mar y la Clínica Barceloneta del distrito de Ciutat Vella y los centros de salud Poble Sec y Via Roma, el hospital Clínic y la Clínica Figarola del distrito del Eixample.

La población del sector sanitario de Mallorca son los profesionales sanitarios de los Centros de Salud del Coll d'en Rabassa, Son Gotleu y Trencadors, el hospital Son Llàtzer y el centro socio sanitario Joan March.

Las características de los centros donde se han pasado las encuestas del sector sanitario de Barcelona son:

El Hospital del Mar de Barcelona, es un centro sanitario dotado de prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas perteneciente a la XHUP (red de hospitales públicos). Ubicado frente al mar, concretamente en el barrio de la Barceloneta fue construido en 1905 y ha sido reformado de forma continua hasta nuestros días, siendo su momento cumbre durante la celebración de los Juegos Olímpicos de 1992 momento en el que sufrió una transformación arquitectónica. Su área de influencia es de aproximadamente 260.000 habitantes, principalmente de los distritos de Ciutat Vella y Poble Nou-Sant Martí.

La Clínica Barceloneta es un centro socio sanitario ubicado en el barrio del mismo nombre. Atiende pacientes preferentemente de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí. Dispone de unidades de corta, larga estancia y convalecencia, así como también de una unidad de cuidados paliativos.

El SAP Ciutat Vella atiende a una población de unos 75.000 habitantes y fue uno de los primeros distritos en el que se aplicó la reforma de la atención primaria en Barcelona. Se trata de una población envejecida, con una gran proporción de población inmigrante y con un nivel de marginalidad elevado. El nivel socioeconómico de la población es en general muy bajo, y su estado de salud es peor, siendo el uso de los servicios públicos, en general, superior al resto de la ciudad de Barcelona.

En el SAP se ubican 4 EAP así como la Atención Especializada reformada la cual está ubicada en cada uno de los equipos de atención primaria aunque administrativamente depende del Hospital del Mar y del Hospital Sant Pere Claver.

También tiene una serie de unidades especiales que se crearon en su momento por las características de la población a la que atiende, como son: la unidad de medicina tropical y enfermedades importadas, la unidad de tuberculosos, la unidad de enfermedades de transmisión sexual, la unidad de psiquiatría infantil y una unidad de drogas y alcohol.

Territorialmente comprende las ABS (Áreas básicas de salud) Raval Sud, Gòtic, Raval Nord y Casc Antic. Estos dos últimos son los que han participado en el estudio. En el EAP Raval Nord trabajan un total de 15 médicos de familia, 17 enfermeras y 1 trabajadora social. En el EAP Casc Antic trabajan 17 médicos, 20 enfermeras, y 1 trabajadora social.

L'Hospital Clínic de Barcelona, es un centro perteneciente a la XHUP y forma parte de la Corporació Sanitaria Clínic que comprende además del hospital, el de Sant Joan de Deu (infantil), la Maternitat, centros de investigación y centros de atención primaria. Tiene una cobertura poblacional de aproximadamente 500.000 personas. Dispone de un total de 782 camas, de todas las especialidades médicas y quirúrgicas y ha adoptado recientemente un modelo de gestión descentralizado por institutos. Está ubicado en el barrio del Eixample y tiene como área de influencia los distritos de Eixample, Sants-Montjuïc, Sarrià y Sant Gervasi.

La Clínica Figarola es un centro socio sanitario ubicada en el barrio de l'Eixample. Dispone de unidades de larga estancia, corta estancia y convalecencia, da asistencia a la población del distrito del mismo nombre

El SAP Eixample atiende a una población de 128.832 habitantes de estos, el 23,3 % son > 65 años. El índice de envejecimiento es del 2,35 y un 33,14% de las personas mayores de 75 años viven solas. El nivel socioeconómico es medio y medio alto. Consta de 5 equipos de atención primaria, atención continuada por la noche y festivos, atención especializada, programa de atención a la mujer, servicio de laboratorio y servicio de radiología.

Los EAP donde se pasó la encuesta fueron Vía Roma donde trabajan 15 médicos de familia, 16 enfermeras y una trabajadora social. El EAP Poble Sec donde trabajan 16 médicos de familia, 15 enfermeras y una trabajadora social.

Las características de los centros donde se han pasado las encuestas del sector sanitario de Mallorca son las siguientes:

El Centro de Salud del Coll d'en Rabassa está situado al sureste de la ciudad de Palma de Mallorca. La población a la cual ofrece servicio es de 23.370 habitantes, y en él trabajan 10 enfermeras, 10 médicos de familia y 3 pediatras.

El Centro de Salud de Son Goteu abarca una población de 21.217 habitantes. Está situado al este de la ciudad y destaca por dar cobertura sanitaria a uno de los barrios con más problemática social y sanitaria de la ciudad. Su plantilla está formada por 11 enfermeras, 11 médicos de familia y 3 pediatras.

El Centro de Salud de Trencadors, da servicio a 13.843 habitantes y dispone de 7 enfermeras, 7 médicos de familia y 2 pediatras.

El Hospital de Son Llàtzer es un centro público de atención especializada de segundo nivel que ofrece sus servicios desde diciembre del 2001 y está integrado en la red pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. Es un hospital pionero en Europa en la generación y utilización de sistemas de información hospitalaria. El método implantado permite gestionar toda la documentación escrita, las peticiones de pruebas médicas, la recepción de resultados y las imágenes a través del sistema informático. Son Llàtzer presta atención especializada a los ciudadanos de un amplio sector de Mallorca, que abarca una población de 223.000 habitantes y a los millones de personas que visitan cada año la isla de Mallorca. Las zonas básicas de Salud a las cuales ofrece asistencia son: Marratxí, El Camí (Sta. Maria, Sta Eugènia, Bunyola), Reiger (Binissalem, Alaró, Consell, Sencelles), Migjorn (Llucmajor, Algaida), Serra Nord (Sóller, Fornalutx, Deià), Trencadors (Arenal de LLucmajor), Palma (Rafal Nou, Son Gotleu, Pere Garau, Escola Graduada, Son Ferriol, s'Arenal, Coll d'en Rabassa, Emili Darder).

El Hospital Joan March es el centro socio sanitario en el cual se repartieron las encuestas. Este centro está situado en el término municipal de Bunyola a unos 18Km de Palma. Su situación estratégica, rodeado de vegetación y con una vistas envidiables, hizo que fuera referente para los pacientes tuberculosos durante décadas, que con el tiempo se ha ido extendiendo al resto de enfermedades respiratorias hasta llegar a nuestros días transformándose en una parte de la red socio sanitaria del sistema público de salud.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario anónimo (anexo 1) estratificado en tres partes; (identificación, continuidad y circuito, e Informe de Enfermería al Alta) semiestandarizado, dirigido a los profesionales (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de los diferentes niveles.

Para validarlo se utilizó el sistema de jueces entre 8 personas expertas de las instituciones a las que pertenecemos los autores del trabajo, estableciendo criterios en cuanto a univocidad, pertinencia e importancia (anexo tabla validación).

El término **univocidad** se refería a precisión en el lenguaje y adecuación al vocabulario usual del destinatario.

El término **pertinencia** se refería a la relación que tienen las preguntas del cuestionario con el objetivo de la investigación.

El término **importancia**, se refería al peso específico de las preguntas del cuestionario con relación al objetivo de la investigación.

Se utilizó como criterio de mantenimiento de las preguntas cuando estaba aceptada la validación por más 2/3 de los evaluadores.

En cuanto a las partes en las que estaba dividido el cuestionario: en la parte de **identificación** se les pedía algunos datos personales e información sobre su puesto de trabajo.

En **continuidad y circuito**, las preguntas hacían referencia al sistema que tienen las instituciones para garantizar la continuidad asistencial.

En cuanto al **Informe de Enfermería al Alta**: su conocimiento e implantación.

El cuestionario fue el mismo para todas las categorías profesionales, pero había algunas preguntas que por sus características iban dirigidas solo a uno de los grupos profesionales (en concreto las dirigidas a las enfermeras).

Para distribuir los cuestionarios nos entrevistamos con personas que forman parte de la dirección de los centros, y explicamos el objetivo del estudio, pidiendo su colaboración para la cumplimentación de los mismos por parte de los profesionales sanitarios que trabajaban en los diferentes servicios y turnos de los centros. También nos facilitaron el número de profesionales que trabajaban en los mismos.

El cuestionario se entregó a los profesionales junto con una carta de presentación del grupo investigador, donde se explicaban los objetivos y la forma de cumplimentar el cuestionario así como el agradecimiento por su colaboración (Anexo 1). En el Hospital son Llàtzer, debido a su alto nivel de informático, el cuestionario fue enviado por correo electrónico a los distintos profesionales.

Se distribuyó un total de 776 encuestas en el período de tiempo comprendido entre septiembre y noviembre del año 2003. En el caso de los hospitales se distribuyó entre un 20 –30% de profesionales por categoría profesional. En el caso de la atención primaria y socio sanitarios se distribuyó a la totalidad de los profesionales.

6. RESULTADOS

Se respondieron un total de 482 encuestas lo que supuso un índice de respuesta del 62,1%

Por otro lado a los médicos, en el apartado que hace referencia al Informe de Enfermería al Alta, sólo se le ha tenido en cuenta cuando respondían sobre el conocimiento del informe, su grado de importancia para la continuidad de cuidados y que importancia cree que le otorga el paciente a este informe. Tampoco se ha valorado la respuesta que han dado los profesionales de los distintos ámbitos cuando se les preguntaba si conocían los centros de referencia y contestaban a la pregunta que se refería a su mismo ámbito. En estas mismas preguntas del cuestionario, hemos considerado que los profesionales no conocían los centros de referencia cuando no eran capaces de nombrar alguno de ellos.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el Programa Estadístico SPSSpc. Para su interpretación seguiremos la estructura del cuestionario.

6.1 Análisis descriptivo

Variables personales

La media de **edad** de los encuestados fue de 38,1 años (9,8 años de DE)

El **género** se distribuye en un 77% de femenino y el resto como masculino.

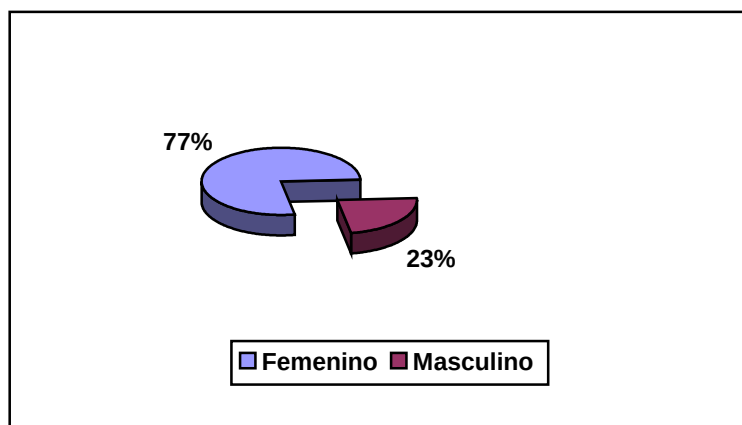


Gráfico 1.- Distribución del género.

La **categoría profesional** se distribuye de la siguiente forma: enfermeras (69,2%), seguida de médicos (27,3%), trabajadores sociales (1,7%) y otros (1,9%).

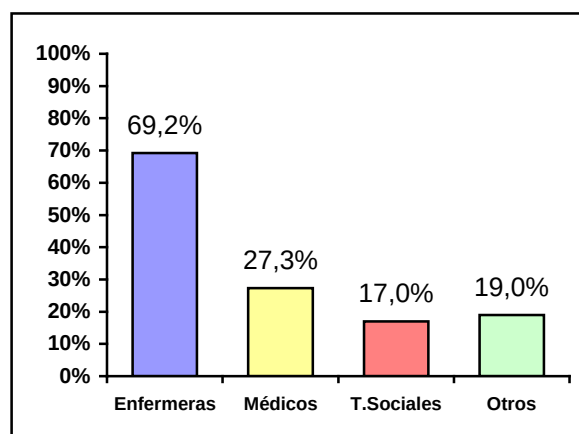


Gráfico 2.- Distribución por categoría profesional.

Referente al **tipo de centro**, el 71,9% trabajan en hospital, el 18,6% en atención primaria y el 9,5% en centros socio sanitarios. El hecho que el número de profesionales hospitalarios sea mucho más alto se debe a que la encuesta ha pasado en tres grandes hospitales.

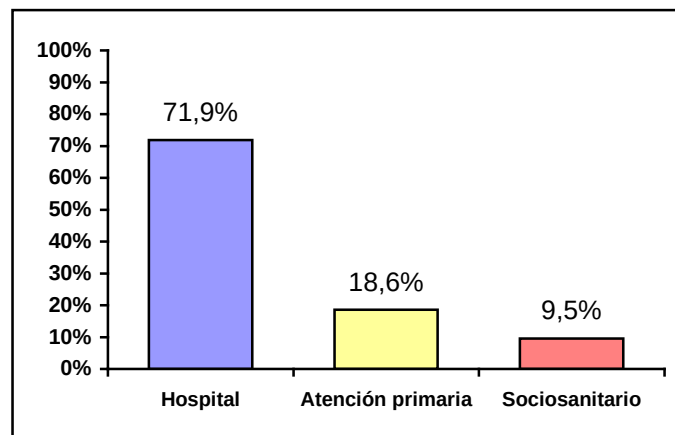


Gráfico 3.- Distribución por centros de trabajo.

En referencia al **tipo de institución**, se reparte de la siguiente forma: el 77,5% es de carácter público, y el 22,5% restante pertenece a instituciones concertadas.

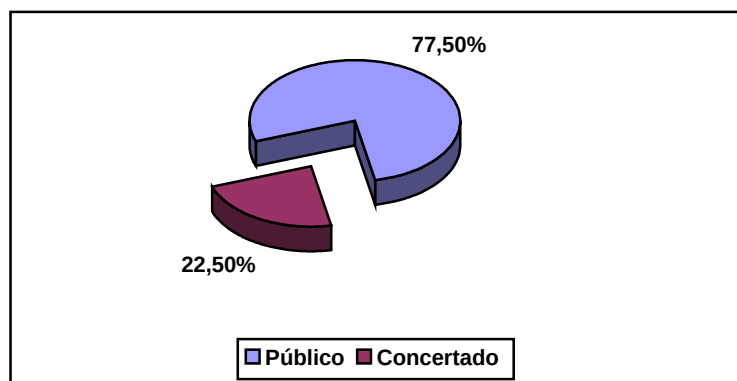


Gráfico 4.- Distribución según tipo de institución.

Respecto el tipo de **turno de trabajo**, la distribución es la siguiente: el 50,5% trabajan en turno de mañana, el 18% lo hacen en turno de tarde, el 7% en turno nocturno, y un 24,4% lo hace en turno rotatorio.

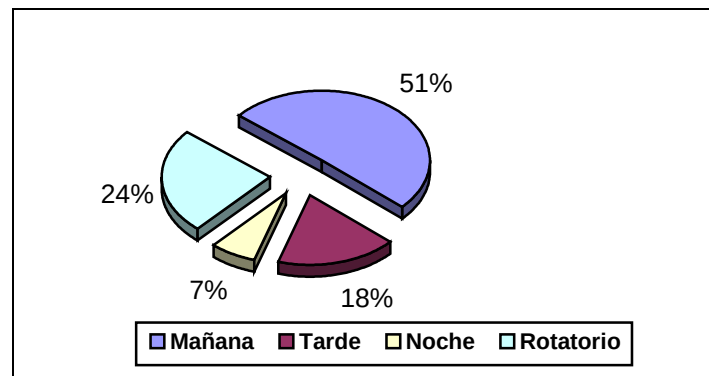


Gráfico 5.- Distribución por turno de trabajo.

El cargo que ocupan los encuestados en su lugar de trabajo es: el 89% son profesionales de base, el 4,2% son responsables del circuito asistencial, el 6,9% pertenecen a cargos directivos.

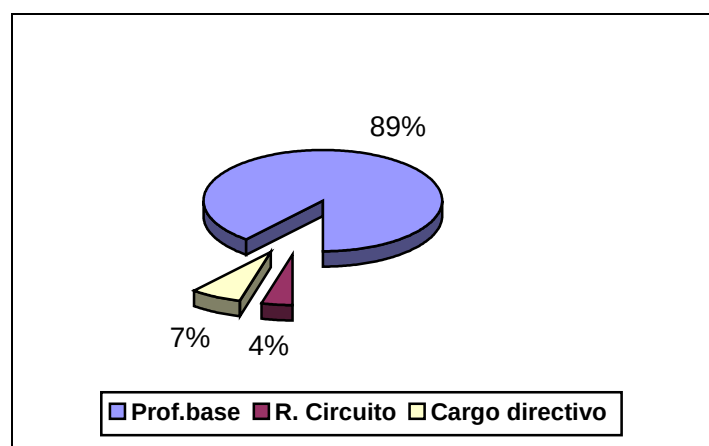


Gráfico 6.- Distribución según lugar de trabajo.

Variables continuidad y circuito.

A la pregunta sobre si se conoce el **hospital de referencia**, 88,3% contestó que sí, el 11,7% contesta que no.

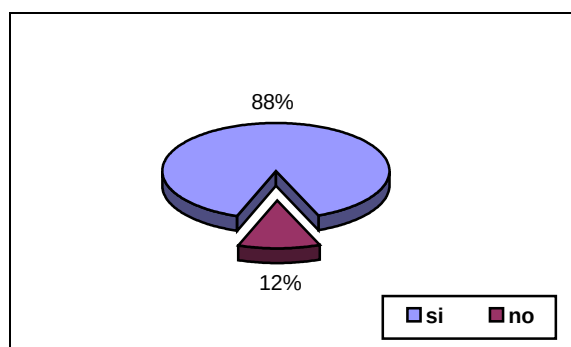


Gráfico 7.- Conocimiento del hospital de referencia.

Sobre si se conocen los **centros socio sanitarios** de referencia, el 54,7% contestó que sí y lo confirmaron nombrando los centros; el 45,3% contestó que no.

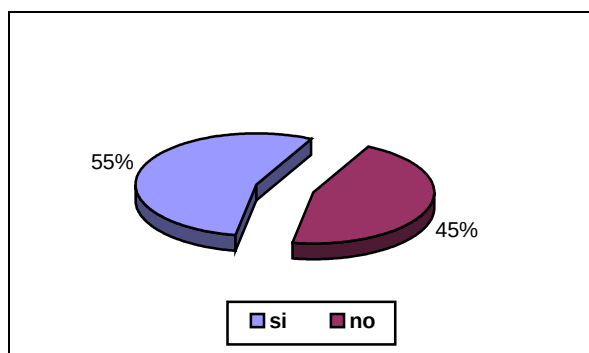


Gráfico 8.- Conocimiento de los centros socio sanitarios.

Referente al conocimiento de los **centros de atención primaria** de referencia, el 55,5% dijeron que sí, mientras que el 44,5% contestaron que no.

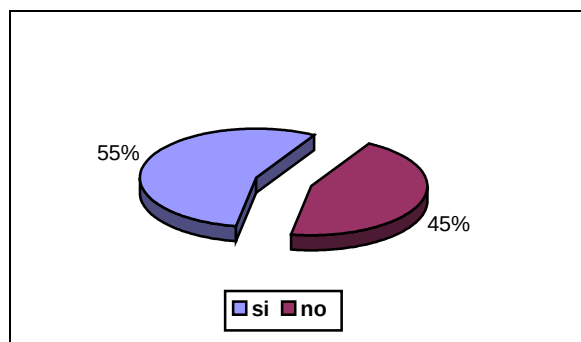


Gráfico 9.- Conocimiento de los centros de atención primaria.

Referente a la pregunta sobre si el grado en que su **institución potencia la continuidad de los cuidados**, un 3,7% creen que no, un 12,5% creen que se potencia poco, mientras que el 24,7% piensa que sí se potencia en su institución. Un 39,2% cree que lo potencia bastante, y un 19,8% cree que se potencia mucho.

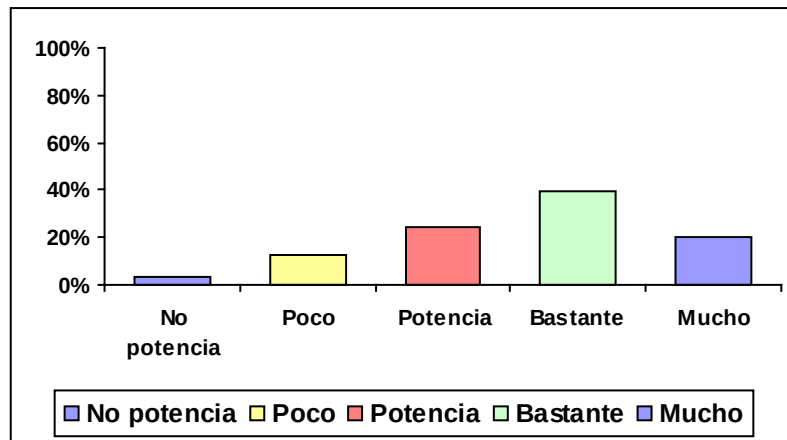


Gráfico 10.- Grado de potenciación por parte de la institución.

En la pregunta sobre el **grado de importancia** que le otorgan los profesionales a la continuidad asistencial, un 0,4% piensan que no es importante, un 0,6% creen que es poco importante, el 4,6% cree que es importante, un 21,7% piensa que es bastante importante y el 72,7% cree que es muy importante.

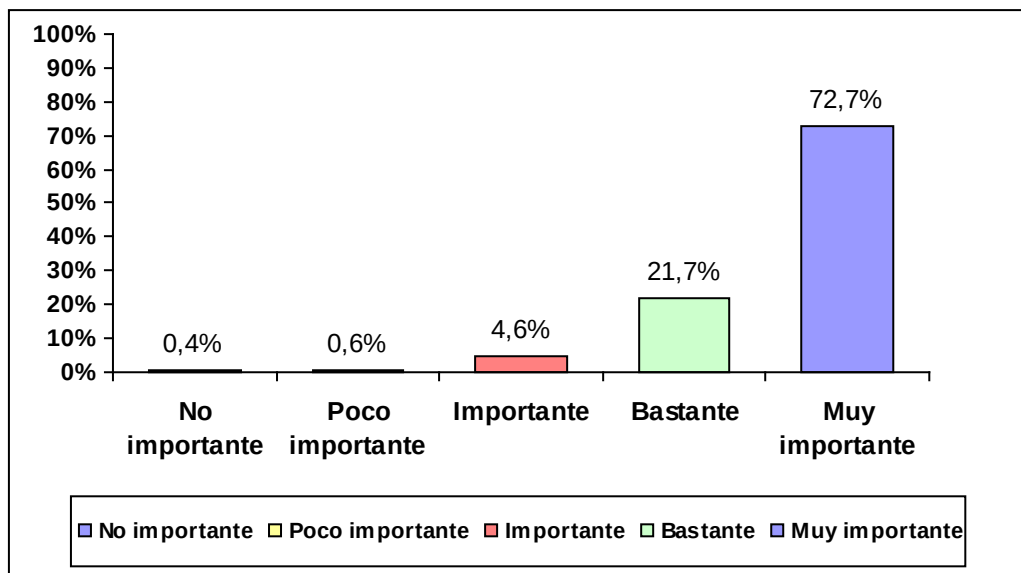


Gráfico 11.- Grado de importancia que le otorgan los profesionales a la continuidad asistencial.

En cuanto al **conocimiento del circuito asistencial** entre los niveles, los resultados son los siguientes: Conocimiento del circuito asistencial Hosp. Agudos – A.P., 65,2% lo conoce, un 27,5% no lo conoce y un 9,9% ns/nc. En cuanto al circuito entre Hosp. Agudos – CSS, 63,6% lo conoce, un 22,5% no y un 11,2% ns/nc. El circuito A.P. – Hosp. Agudos, el 43,2% lo conocen, el 40% no y el 16,3% ns/nc. El circuito de continuidad asistencial entre A.P. – CSS, el 25% lo conocen, el 56,8% no y un 18,2% ns/nc. El de CSS – A.P., lo conoce un 44,4%, y no lo conoce un 39,7%, el resto, 15,9%, ns/nc. Por último el circuito entre CSS – A.P. lo conocen el 31,8%, no lo conocen un 52,3% y un 15,9% ns/nc.

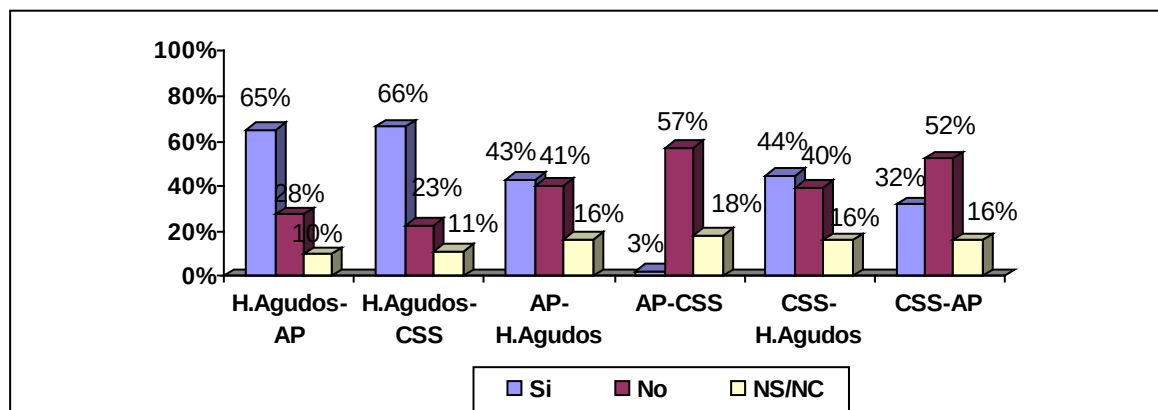


Gráfico 12.- Conocimiento del circuito asistencial.

En cuanto a la **utilización del circuito**, el 21,5% nunca lo utiliza, un 13,7% lo utiliza poco, el 27,8% lo usa frecuentemente, el 19,5% lo usa casi siempre, y el 17,6% lo usan siempre.

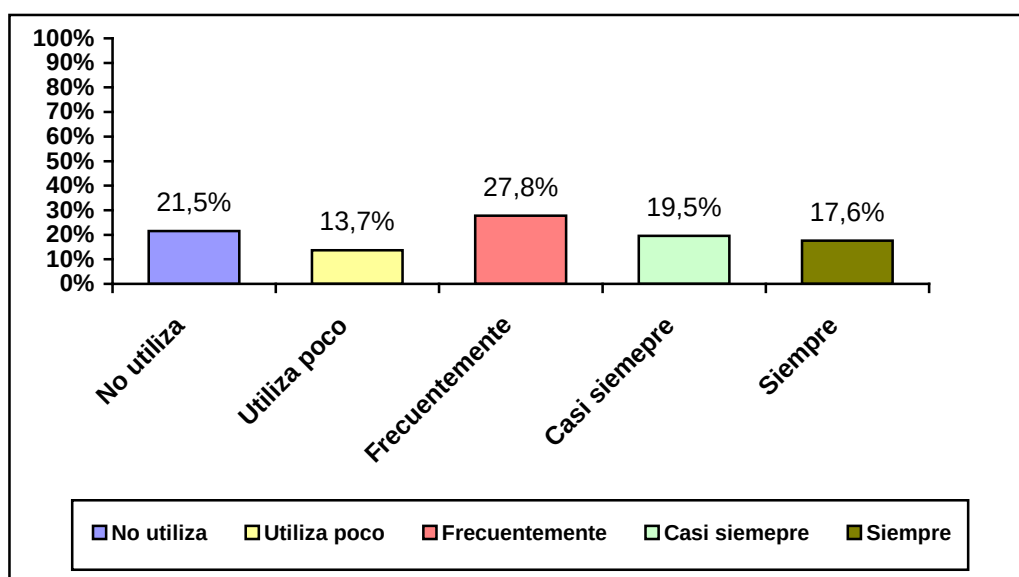


Gráfico 13.- Grado de uso del circuito.

En cuanto al conocimiento sobre la **existencia de referentes** de la coordinación del circuito del centro, un 67,6% dicen que si, un 20% dicen que no y un 12,4% ns/nc.

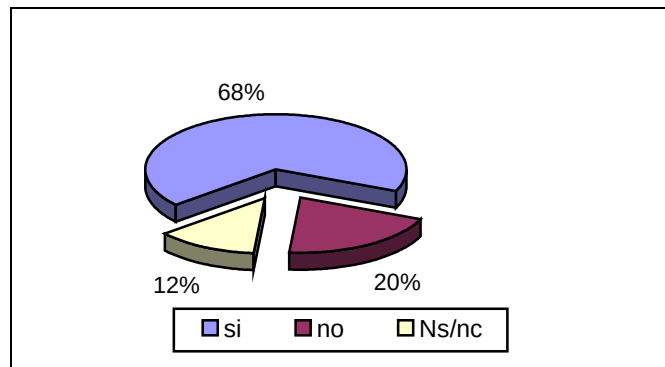


Gráfico 14.- Conocimiento de los referentes de la coordinación en el centro.

En la pregunta si **creen necesaria la continuidad de los cuidados** para todo tipo de pacientes, el 84,1% dijo que sí, el 14,3% dijo que no, y el 1,7% ns/nc.

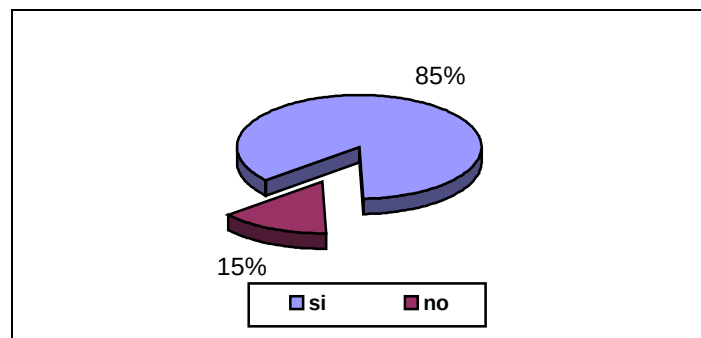


Gráfico 15.- Necesidad de la continuidad de cuidados para todos los pacientes.

En cuanto si creen que los cuidados de enfermería tienen **continuidad cuando el paciente se va de alta**, un 19,% dice que sí, un 6% dice que no y un 75% dice que a veces.

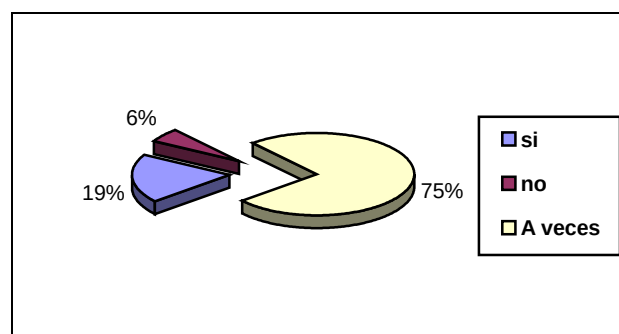


Gráfico 16.- Continuidad de los cuidados al alta.

La valoración que hacen los profesionales sobre la importancia de los diferentes niveles asistenciales en el trabajo que realizan respecto a la continuidad asistencial, es la siguiente:

En cuanto a la **atención primaria**, el 2,6% cree que no es nada importante, el 5,6% piensa que es poco importante, un 11,8% cree que es importante, un 23% piensa que es muy importante y un 36,9% opina que es imprescindible.

Respecto al trabajo que realizan los **centros hospitalarios**, el 1,8% cree que no es importante, el 10,5% piensa que es poco importante, el 29,9% cree que es importante, un 34,4% piensa que es muy importante y un 26,4% opina que es imprescindible.

Referente al trabajo que se realiza en los centros **socio sanitarios**, el 0,7% cree que no es nada importante, el 6,7% piensa que es poco importante, el 23,4% cree que es importante, un 35,1% piensa que es muy importante y un 34% opina que es imprescindible.

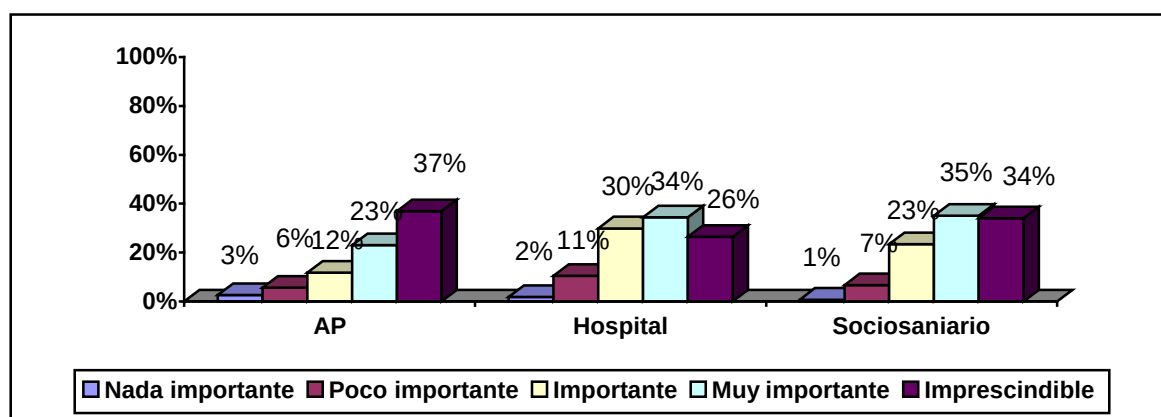


Gráfico 17.-Importancia del trabajo realizado por los distintos niveles asistenciales.

A la pregunta sobre si cree conocer el trabajo que realiza **Atención Primaria**, el 59% dicen que sí, le 41% dicen que no.

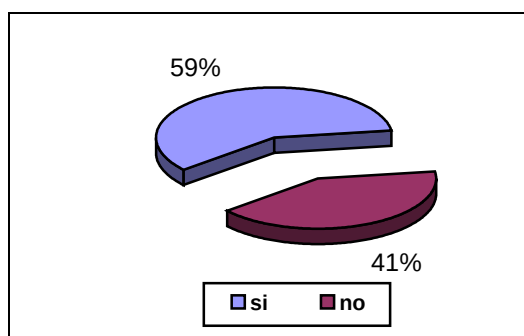


Gráfico 18.- Conocimiento del trabajo de Atención Primaria.

A la pregunta sobre si se realiza un **seguimiento de la continuidad asistencial en la institución**, un 53,9% contestan que sí, un 39,5% dicen que no y un 7,5% ns/nc.

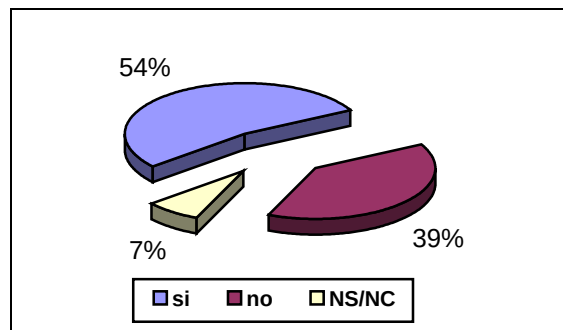


Gráfico 19.- Seguimiento de la continuidad asistencial en la institución.

Sobre si reciben **información** sobre la **evaluación de la continuidad asistencial**, el 18,7% contestaron que sí, el 78,2% contestaron que no y el 3,1% ns/nc.

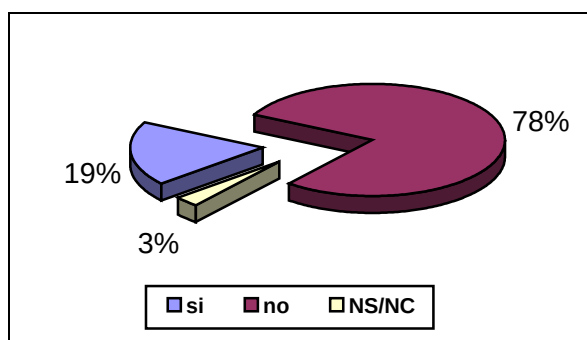


Gráfico 20.- Información sobre la evaluación de la continuidad asistencial.

A la pregunta sobre el **grado de importancia** que creen los profesionales que le da el **usuario** a la continuidad de cuidados, el 2,9% creen que no le da importancia, un 10,3% creen que le da poca importancia, un 18,2% piensa que le da importancia, el 27% le da bastante importancia y un 35,4% cree que le da mucha importancia.

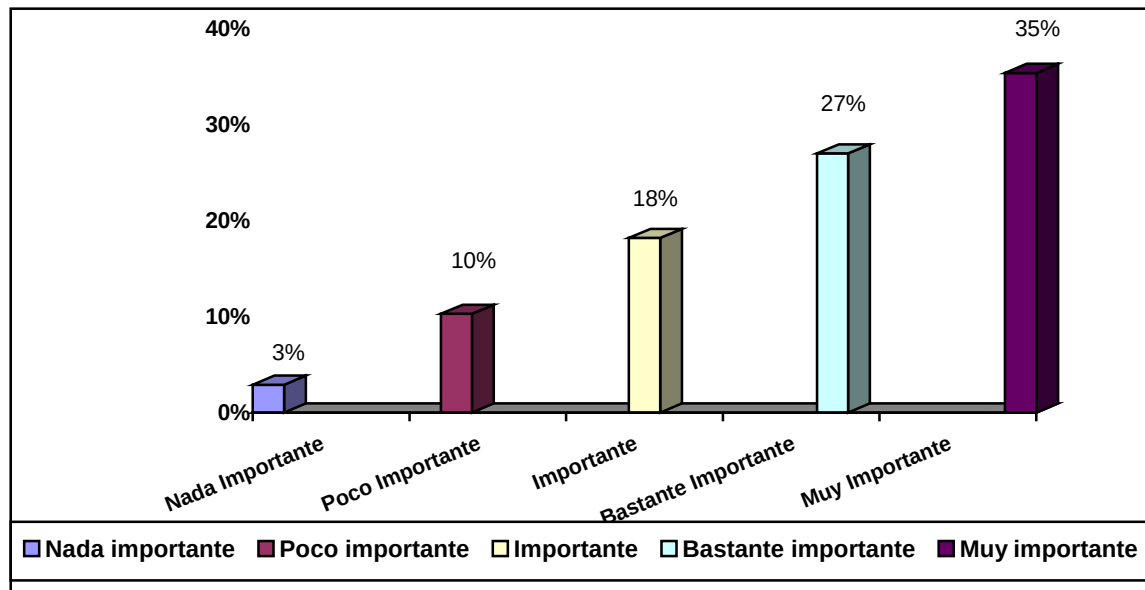


Gráfico 21.- Importancia que le da el usuario a la continuidad de cuidados.

Respecto a **cómo se comunica** la continuidad asistencial a los diferentes niveles, un 66,8% contestan que se hace por informe, por teléfono un 24,1%, a través de reuniones periódicas un 11,4% y un 16,8% no tiene conocimiento que existe continuidad asistencial.

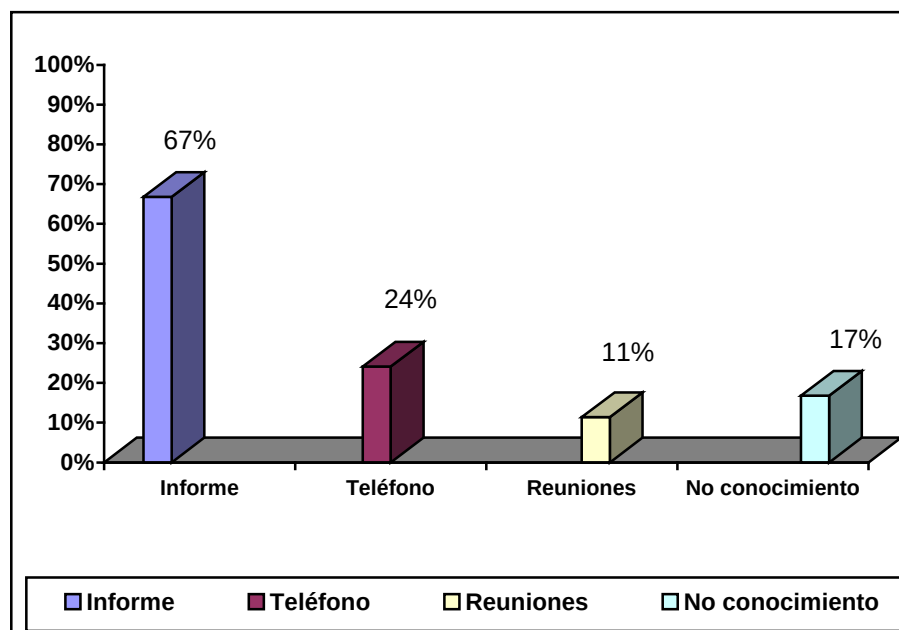
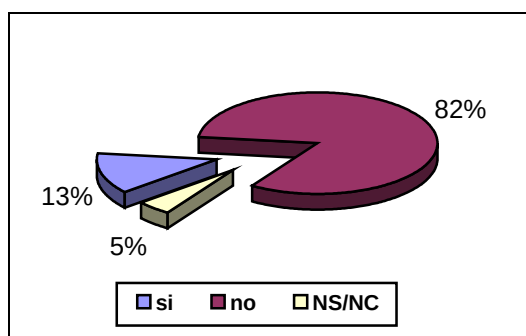


Gráfico 22.- Comunicación en los centros.

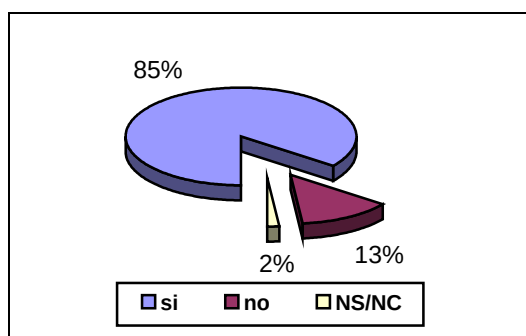
A la pregunta de cómo consideran los profesionales la **coordinación de los diferentes niveles de la sanidad**, el 82,3% consideran que no están bien coordinados, el 13,1% sí que los consideran bien Coordinados, mientras que el 4,6% ns/nc.



Gráfica 23.- Consideración de los profesionales de la coordinación de los niveles.

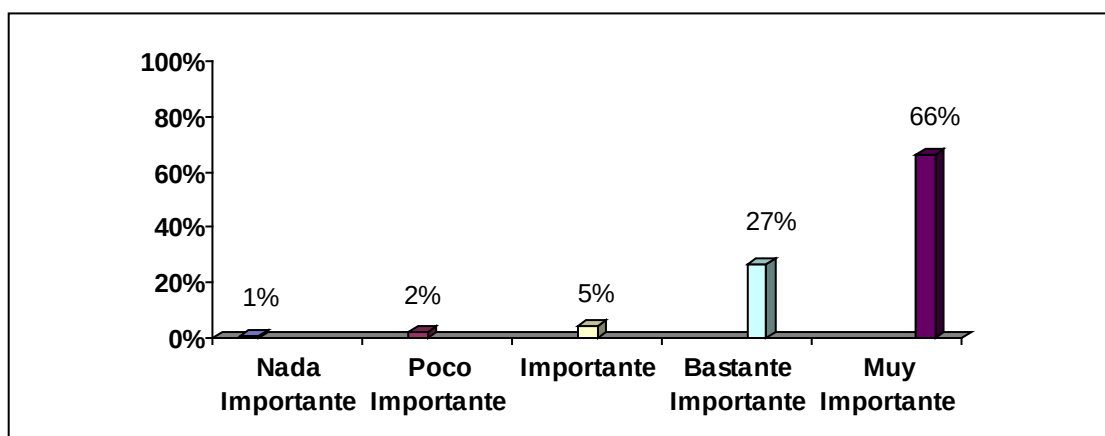
Informe de Enfermería al Alta (IEA).

El 85,2% de los encuestados dicen **conocer el IEA**, un 13,1% no lo conocen y el 1,7% ns/nc.



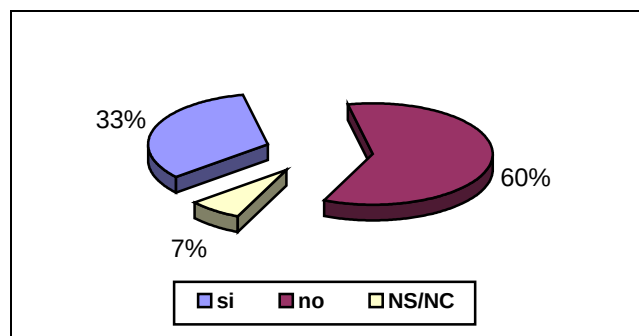
Gráfica 24 – Conocimiento del Informe de Enfermería al Alta.

Con relación al **grado de importancia** que creen los profesionales que tiene el IEA para la continuidad asistencial, el 0,8% creen que no es nada importante, un 2% piensan que es poco importante, el 4,5% dicen que es importante, un 26,8% creen que es bastante importante y un 66% dicen que es muy importante.



Gráfica.25- Grado de importancia que tiene el IEA según los profesionales.

A la pregunta sobre si los informes de alta médica/enfermería/social van en un **mismo formato**, el 32,9% dijeron que sí, un 60% dijeron que no, y un 7,1% ns/nc.



Gráfica 26- Formato de los informes de alta.

A la pregunta sobre si los profesionales de enfermería han recibido **información / formación** sobre la cumplimentación del informe de enfermería al alta, el 57,7% dijeron que sí, y un 42,3% respondieron que no.

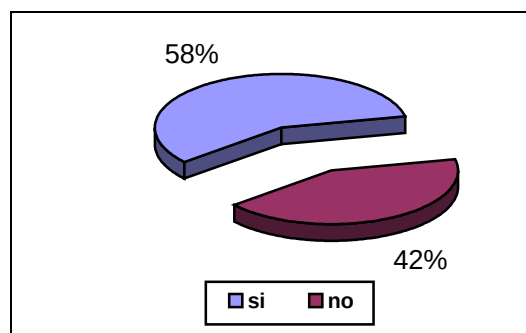


Gráfico 27.- Información / formación sobre la cumplimentación del IEA.

La siguiente pregunta, de respuesta múltiple, va dirigida a los profesionales de atención primaria y de los centros socio sanitarios; 139 en total, y hacia referencia a conocer **desde dónde se recibían los IEA**. Contestaron que lo recibían desde el hospital o centro socio sanitario un 100%; a través del paciente, el 39,6%, y a través de la familia un 37,9%.

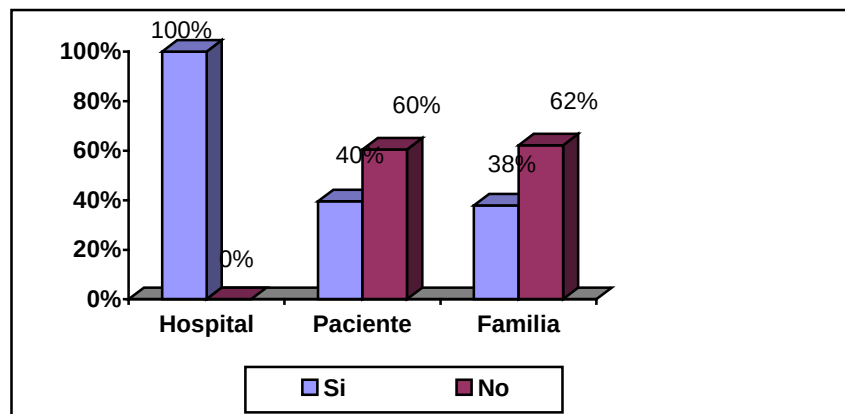


Gráfico 28.- Procedencia del IEA.

Sobre el **grado de importancia que tiene la participación del usuario y/o cuidador en el IEA**, un 2,7% responden que no es nada importante, un 4% opinan que es poco importante, un 15,7% creen que es importante, un 38,8% piensa que es bastante importante y un 38,8% lo considera muy importante.

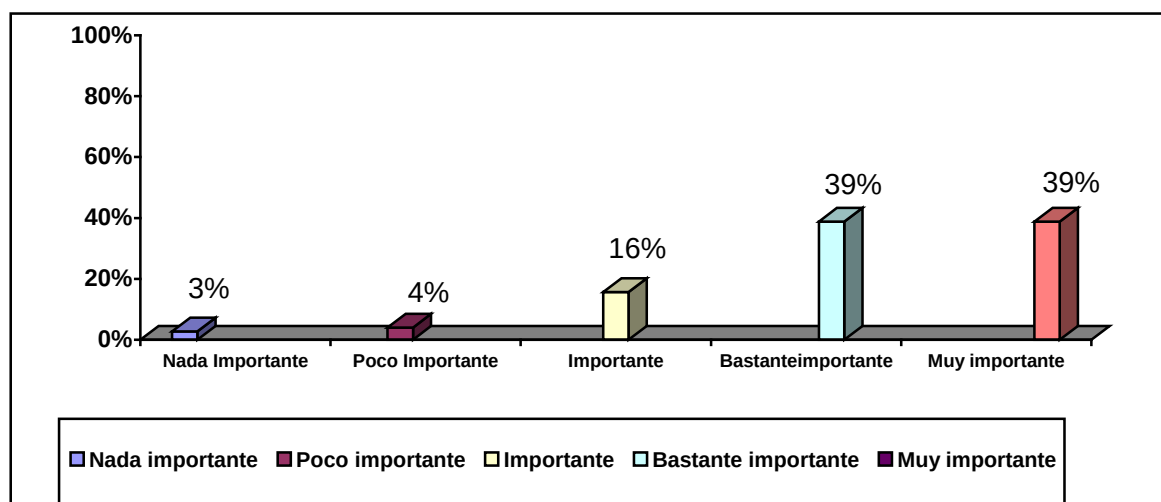


Gráfico 29.- Grado de importancia de participación del usuario en el IEA.

A la pregunta sobre si los profesionales de enfermería **cumplimentan el IEA**, el 83% contestaron que sí, y un 17% contestaron que no.

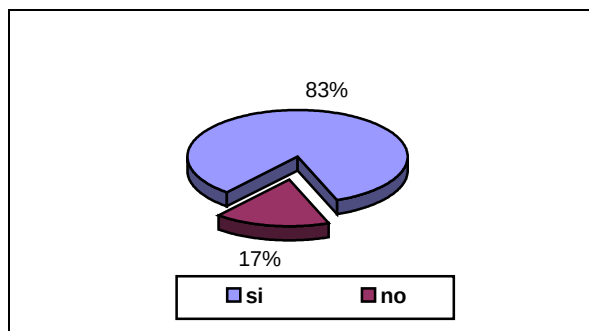


Gráfico 30.- Cumplimiento IEA

Las siguientes preguntas iban dirigidas únicamente las enfermeras.

Con relación a la pregunta sobre si el **registro es difícil de cumplimentar**, el 9,2% de las enfermeras contestaron que sí, el 90,8% respondieron que no.

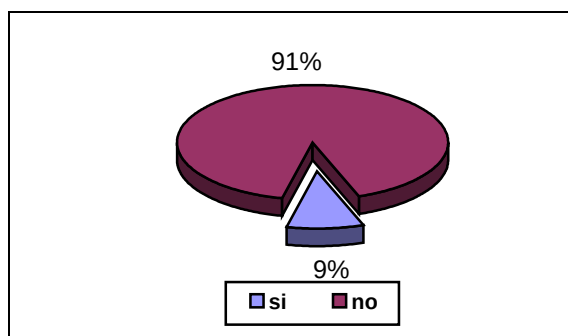


Gráfico 31.- Dificultad en la cumplimentación del IEA.

A la pregunta sobre la **dificultad para la planificación del alta**, un 27,8% opinan que tienen dificultad, mientras que un 72,2% dicen que no.

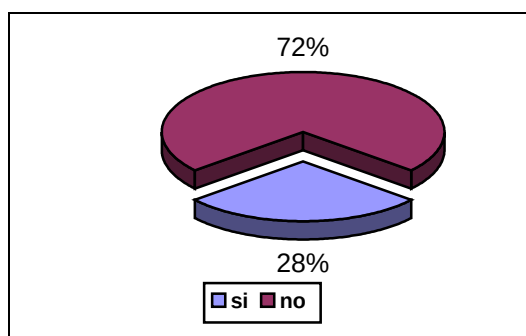


Gráfico 32.- Dificultad para planificar el alta.

A la pregunta sobre **con quién han tenido dificultades** para planificar el alta, un 40% manifiesta tenerla con el paciente, un 50% con la familia, un 64,7% con los médicos, el 13,6% con la enfermera, un 27% con la trabajadora social y un 34,3% con la institución.

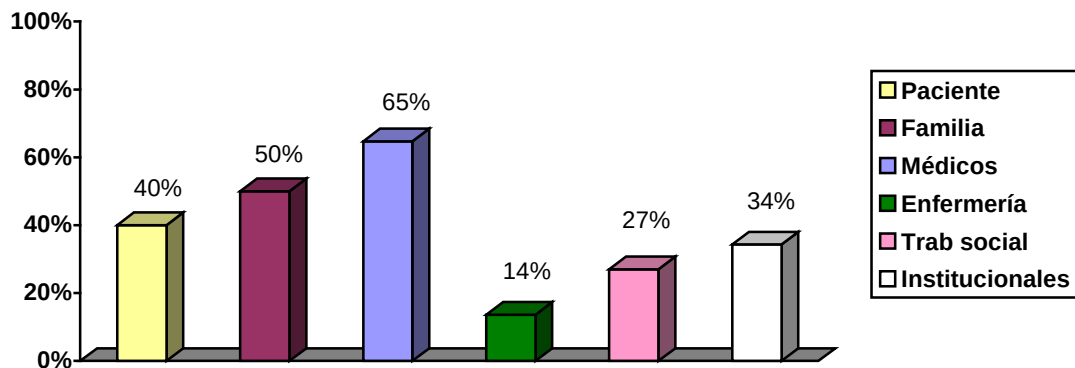


Gráfico 33- Causa de la dificultad.

El porcentaje de encuestas recogidas por centro es el siguiente: 34,9% Hosp.Clínic de Barcelona, 20,2% Hosp. Del Mar de Barcelona, 16,9% Hosp. Son Llätzer de Mallorca, 7% EAP Eixample, 6% EAP Ciutat Vella, 5,6% EAP Mallorca, 3,7% Sociosanitari Joan March de Mallorca, 3,1% Clínica Barceloneta y un 2,5% Clínica Figuerola de Barcelona.

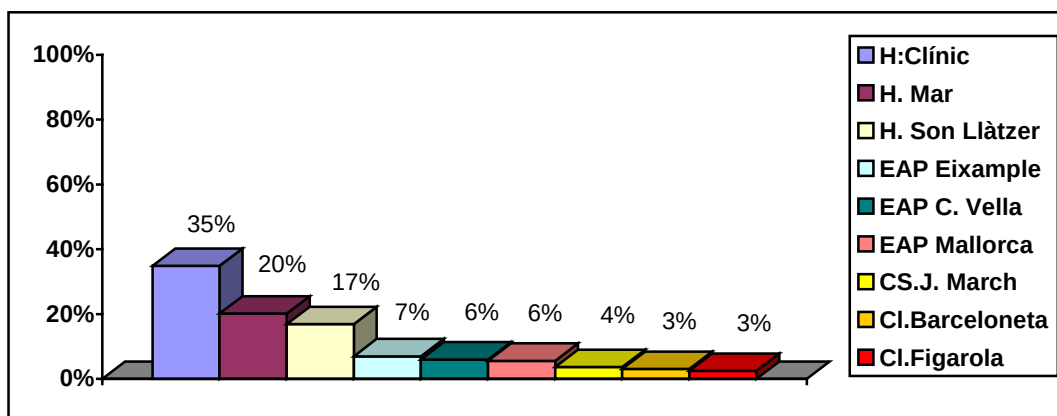
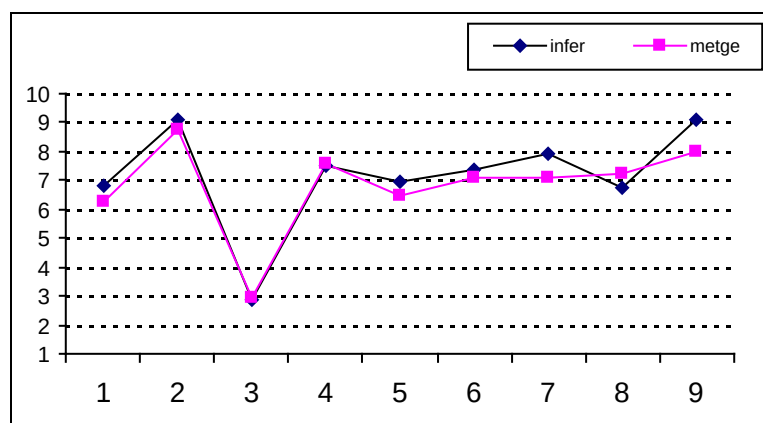


Gráfico 34-.Centros de recogida de datos.

6.2 Análisis inferencial

Análisis de la continuidad asistencial en función de la valoración de los profesionales.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL	Enfer 1	Médic 2	Sign	Dif.
1. Grado de potenciación institución	6,83	6,23	,008	1>2
2. Grado importancia continuidad asistencial	9,07	8,72	,028	1>2
3. Utilización circuito	2,90	2,92	--	
4. Puntuación trab. AP en la cont. asist.	7,48	7,59	--	
5. Puntuación trab. C-H en la cont. asist.	6,98	6,49	0,20	1>2
6. Puntuación trab. C-S en la cont. asist.	7,36	7,09	--	
7. Grado importancia que otorga el usuario a la continuidad asistencial	7,93	7,12	,00	1>2
8. Grado importancia para la continuidad asistencial del I.E.A.	6,77	7,25	--	
9. Grado de importancia de la participación del usuario en el I.E.A.	9,07	7,97	,000	1>2



Gràfic .- Anàlisis continuïtat assistencial per. categoria professional.

En la tabla y gráfica anterior se presentan los resultados obtenidos en función de la valoración realizada por los diferentes profesionales implicados.

Una lectura somera nos indica que la valoración global de la continuidad es muy parecida entre los dos colectivos (enfermeras / médicos).

Análisis de la continuidad asistencial en función del nivel asistencial.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL	Hosp 1	AP 2	Soc 3	Sign	Dif.
1. Grado de potenciación de la institución.	6,44	6,82	8,03	,000	1,2<3
2. Grado importancia continuidad asistencial.	8,98	8,71	9,48	,024	1,2<3
3. Utilización circuito	2,79	2,66	4,47	,000	1,2<3
4. Puntuación trab. AP en la cont. asist.	7,28	8,22	7,80	,001	1<2,3
5. Puntuación trab. C-H en la cont. asist.	6,96	6,56	6,45	--	
6. Puntuación trab. C-S en la cont. asist.	7,17	7,23	8,20	,007	1,2<3
7. Grado importancia que otorga el usuario a la continuidad asistencial.	7,75	7,74	7,25	--	
8. Grado importancia para la continuidad asistencial del I.E.A.	6,59	7,25	8,57	,000	1<2<3
9. Grado de importancia de la participación del usuario en el I.E.A.	8,72	8,47	9,68	,003	1,2<3

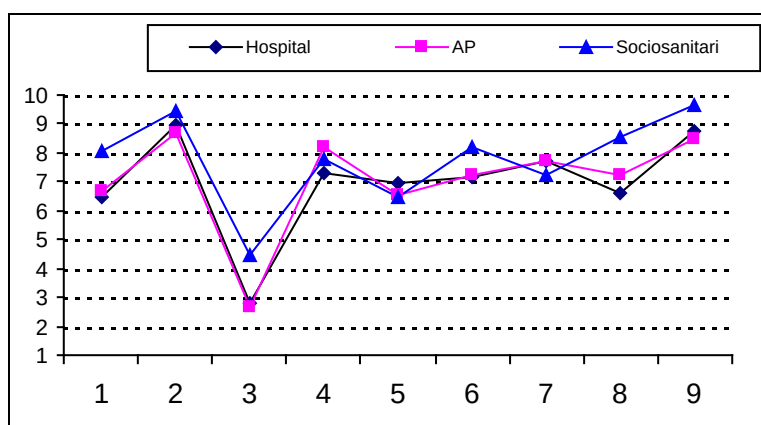


Grafico .- Análisis continuidad asistencial pero nivel asistencial.

En la tabla y gráfica anterior se presentan los resultados obtenidos en función de la valoración realizada en los diferentes niveles asistenciales.

La lectura de los datos nos indica que la valoración global de la continuidad es diferente según los niveles asistenciales implicados. Allá donde se establecen diferencias es en el nivel socio sanitario, que valora mejor la continuidad de los cuidados.

Por el contrario el nivel hospitalario y el de atención primaria hacen una valoración muy similar, excepto en la pregunta que hace referencia al grado de importancia que le otorgan a la continuidad asistencial, donde la valoración de la atención primaria es superior a la hospitalaria.

Hay que exceptuar de lo anterior los indicadores: trabajo que realiza los centros hospitalarios sobre la continuidad asistencial y el grado de importancia que se le otorga el usuario a dicha continuidad asistencial, donde la valoración obtenida es similar por parte de los tres niveles asistenciales.

6.3 Análisis bivariado

A la pregunta de si **conocían la existencia del circuito de continuidad asistencial** con los diferentes niveles asistenciales, el 72,6% de las enfermeras y el 59,1% de los médicos conocían el circuito de continuidad asistencial entre hospital de agudos y atención primaria.

En cuanto al conocimiento de si había circuito de continuidad asistencial entre otros niveles como socio sanitario-hospital de agudos, atención primaria-hospital de agudos, socio sanitario-atención primaria no había diferencias significativas entre el conocimiento que tenían las enfermeras o los médicos. (Gráfico.1)

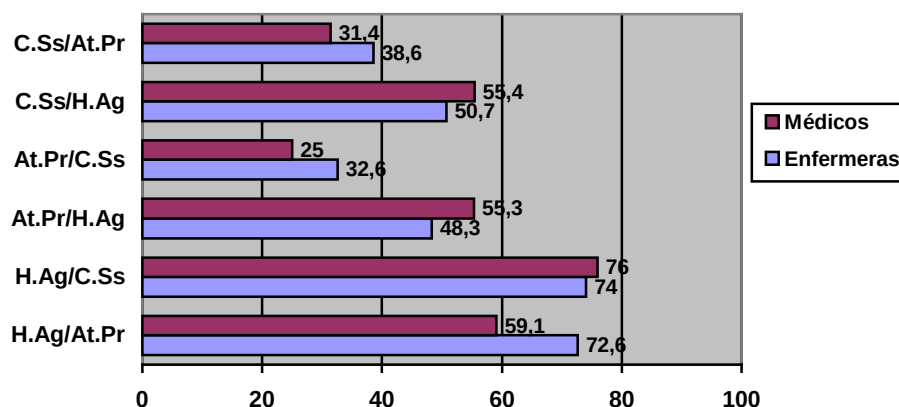


Gráfico 1

El circuito entre centros socio sanitarios y atención primaria, lo conocen el 91,3% del personal de los centros socio sanitarios, 64,1% del personal de atención primaria, el 22,5% del personal del hospital de agudos.

El circuito de continuidad asistencial entre los centros socio sanitarios y hospital de agudos, lo conoce el 90,7% del personal de los socio sanitarios, el 51,9% del personal hospitalario y el 34,8% del personal de atención primaria.

El circuito entre atención primaria y centros socio sanitarios lo conocen el 76,2% del personal socio sanitario y el 60,3% del personal de atención primaria frente al 15,8% del. personal del hospital de agudos que conoce este circuito

El circuito entre atención primaria y hospital de agudos lo conoce el 74,7% del personal de atención primaria frente al 46,4% del personal del hospital y el 45,2% del personal de los centros socio sanitarios.

El circuito entre hospital de agudos y centros socio sanitarios lo conocen el 78% del personal hospitalario y el 95,5% del personal socio sanitario frente al 49,3% del personal de atención primaria.

En cuanto a si conocen el circuito asistencial entre el hospital de agudos y atención primaria, el 81% de los profesionales de atención primaria y de los centros socio sanitarios lo conocen, frente al 64% del personal del hospital. (Gráfico 2)

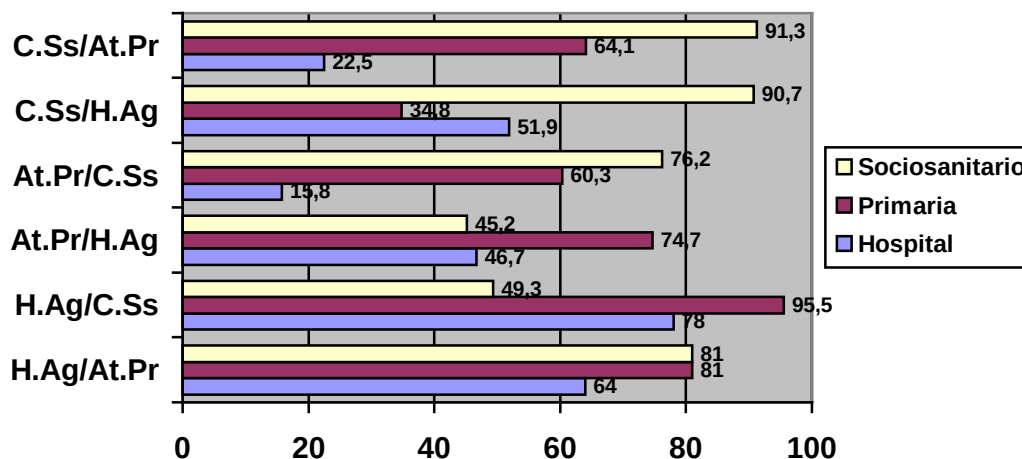


Gráfico 2

No hay diferencias significativas ente enfermeras y médicos sobre si **conocen la existencia de un referente** de la coordinación del circuito.

Tampoco hay diferencias significativas entre hospital de agudos, centros de atención primaria y centros socio sanitarios en esta pregunta

A la pregunta sobre **cómo se comunica la continuidad asistencial**, el 78% de las enfermeras y el 22% de los médicos manifiestan que la continuidad asistencial se comunica con el informe de enfermería.

No existen diferencias significativas entre categorías (médicos y enfermeras) con respecto a si saben si la comunicación de la continuidad asistencial se hace a través del teléfono o en reuniones periódicas.

No conocen la existencia de circuito de continuidad asistencial en su centro, el 17,6% de los profesionales de enfermería y el 33,7% de los médicos. (Graf.3)

No hay diferencias significativas entre los diferentes niveles asistenciales respecto a su comunicación por el informe de enfermería.

En cuanto a la comunicación de la continuidad asistencial a través del teléfono, el 50% del personal socio sanitario dice utilizarla, frente al 30,4% del personal de atención primaria y el 25,4% del personal hospitalario.

La comunicación de la continuidad asistencial a través de reuniones periódicas, es utilizada por el 31,1 % del personal de los centros socio sanitarios, frente al 17,7% del personal de atención primaria y el 10,1% del personal hospitalario.

No conocen la existencia de comunicación de continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales el 27% del personal de los centros hospitalarios, el 8,3% del personal de atención primaria y el 3,3% del personal de los centros socio sanitarios.(Gráfico 4)

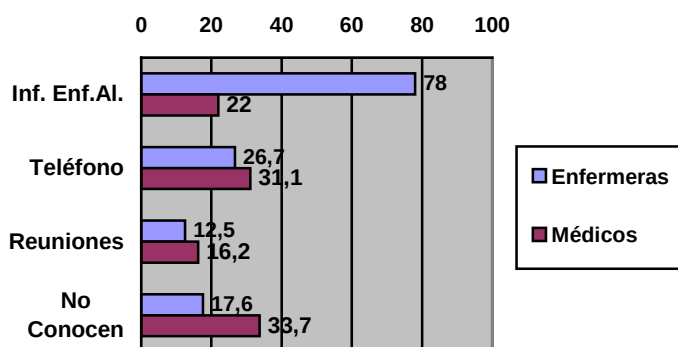


Gráfico 3

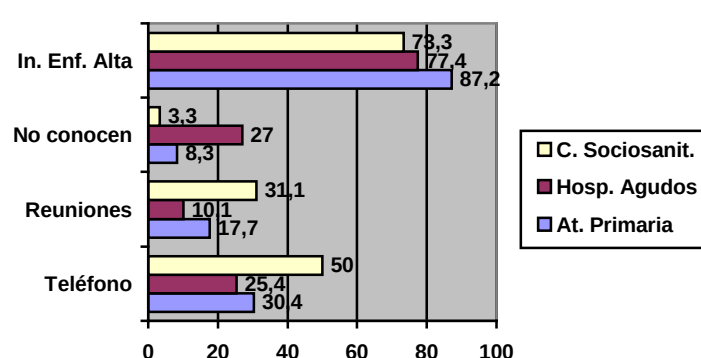


Gráfico 4

En cuanto al **conocimiento** que tienen las enfermeras y los médicos sobre el **trabajo que se realiza en atención primaria**, el 51,4% de las enfermeras creen conocerlo frente al 35,3% de los médicos.(Gráfico 5)

Por niveles asistenciales, el 73,9% del personal de los centros sociosanitarios dice conocer cuál es el trabajo que se realiza en los centros de atención primaria, frente al 56,8% de personal hospitalario.(Gráfico 6)

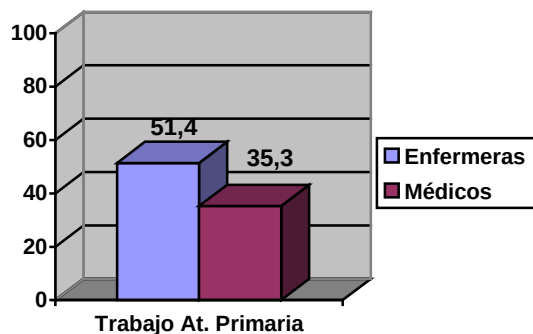


Gráfico 5

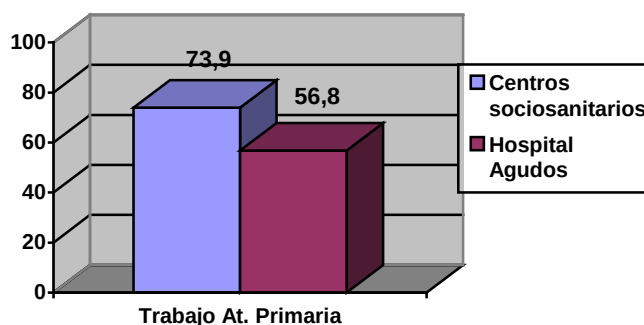


Gráfico 6

El informe de enfermería la alta lo conocen el 92% de las enfermeras frente al 72,9% de los médicos.(Gráfico 7)

Según niveles asistenciales lo conocen el 84,8% del personal del hospital, el 89,1% de la atención primaria y el 97,8% del personal socio sanitario. (Gráfico 8)

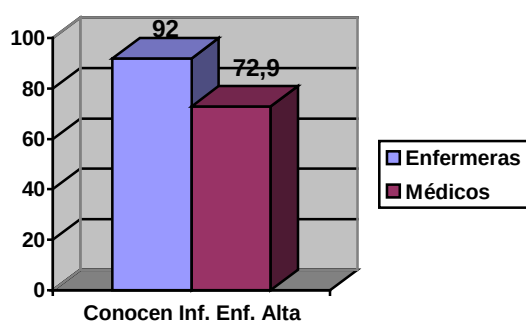


Gráfico 7

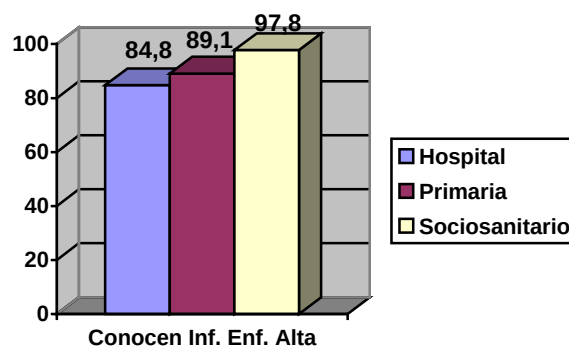


Gráfico 8

Según un 64,8% de las enfermeras y un 55,9% de los médicos, los informes de alta médica /enfermería / social, no **van en un mismo formato**.(Gráfico 10)
En lo que se refiere por instituciones, el 64,4% del personal socio sanitario afirma que el alta médica/ enfermería /social va en un mismo formato. El porcentaje disminuye en atención primaria al 40,0% y al 30% el hospital de agudos (Gráfico 11)

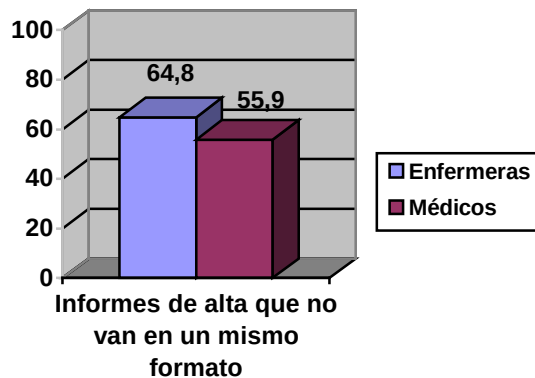


Gráfico 10

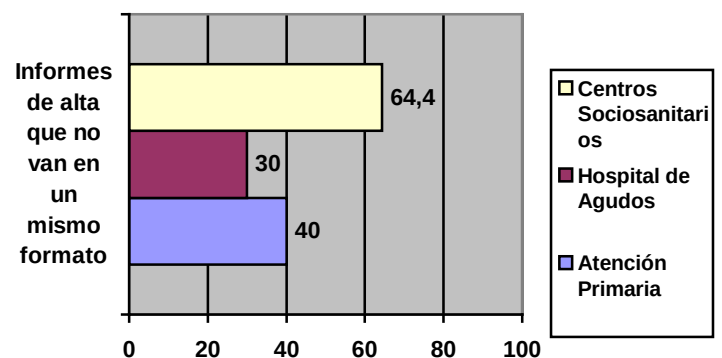


Gráfico 11

A la pregunta de si se cree que es **necesaria la continuidad de los cuidados** para todo tipo de pacientes, el 88,3% de las enfermeras responde afirmativamente frente al 76,7% de los médicos (Gráfico 12).
La misma pregunta relacionada con el lugar de trabajo, el 100% del personal de los centros socio sanitarios cree que es necesaria la continuidad de cuidados frente al 90% del personal de atención primaria y un 82,2% del personal hospitalario.(Gráfico 13)

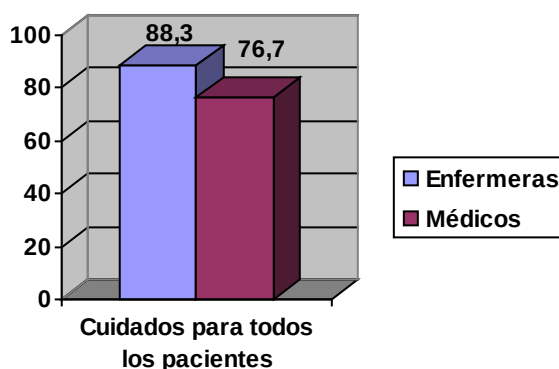


Gráfico 12

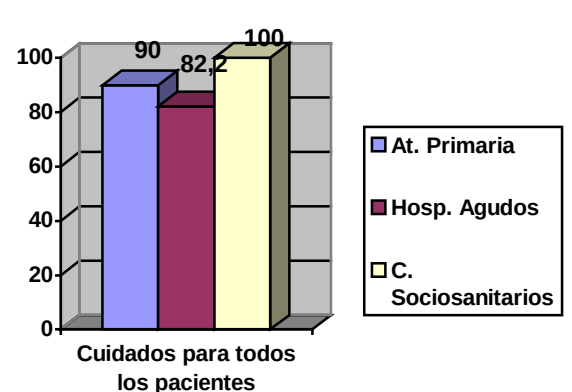


Gráfico 13

Sobre si reciben **información sobre la evaluación de la continuidad asistencial**, responden afirmativamente el 55,1% del personal de atención primaria, el 23,9% del personal de los centros socio sanitarios y el 10,3% del personal hospitalario (Gráfico 14)

No hay diferencias significativas según categoría profesional a esta pregunta

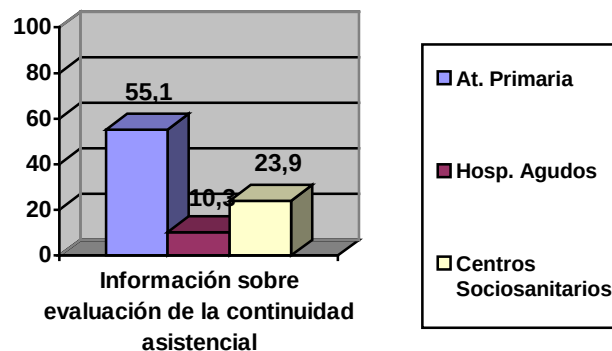


Gráfico 14

No hay diferencias significativas en las repuestas que hacen referencia a la pregunta sobre **si los distintos niveles asistenciales están bien coordinados**.

A la pregunta de si las enfermeras han **recibido información / formación para la cumplimentación del informe de enfermería al alta**, han contestado afirmativamente el 78,3% de las enfermeras de los centros socio sanitarios, el 45,8% de las enfermeras hospitalarias y el 32,6% de las enfermeras de atención primaria. (Gráfico 15)

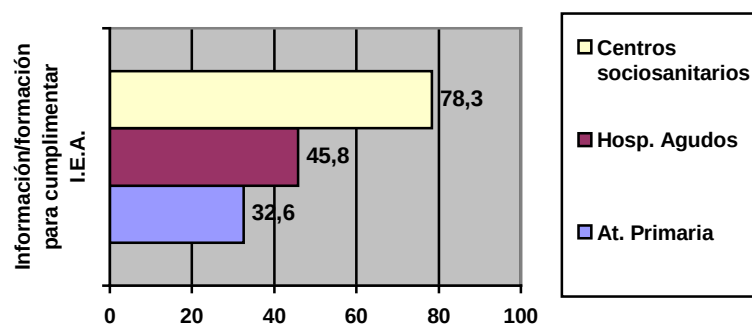


Gráfico 15

A la pregunta sobre **a través de quién recibe el informe de enfermería**, el 76,1% del personal de atención primaria y el 93,5% del de los centros socio sanitarios dicen recibirlo del hospital. El 52% del personal de atención primaria y el 4,5% del personal socio sanitario dicen que lo reciben a través del paciente. El 93,8% de los profesionales de atención primaria dicen que reciben el informe a través de la familia. (Gráfico 16)

Según categoría el 23,6 % de las enfermeras lo reciben del hospital, 6,8 % a través del paciente y un 8,6% a través de la familia. Con respecto a los médicos el 12,5% lo reciben a través del hospital, el 11,8 a través del paciente y el 4,2 a través de la familia (Gráfico 17)

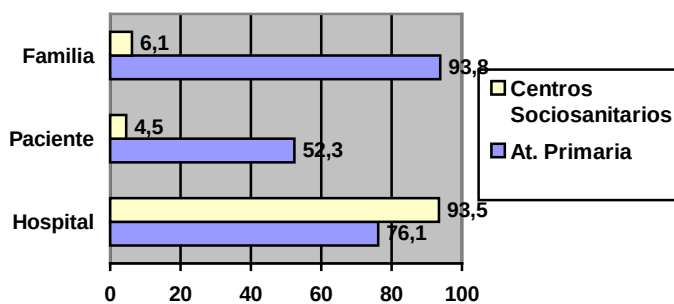


Gráfico 16

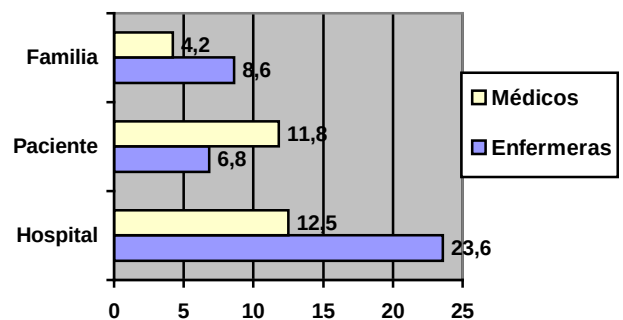


Gráfico 17

Esta pregunta iba dirigida a los profesionales de atención primaria y socio sanitario: sobre si **los profesionales de enfermería de los centros hospitalarios cumplimentan el informe de enfermería al alta**, responden que sí el 89,1% de los profesionales de los centros socio sanitarios, y el 41% del personal de atención primaria. (Gráfico 18)

Según categoría un 56% de las enfermeras y un 21% de los médicos responden que sí se cumplimentan. (Gráfico 19)

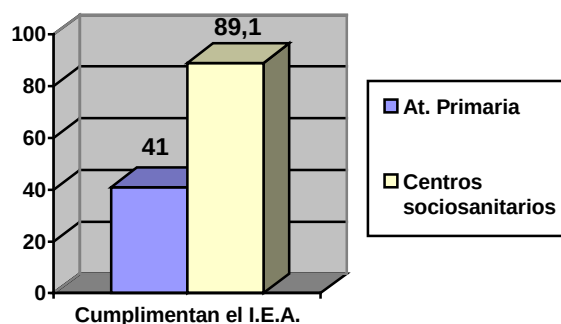


Gráfico 18

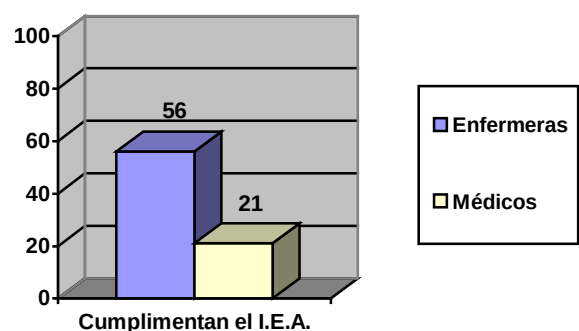


Gráfico 19

Sobre si creen que **los registros son difíciles de cumplimentar**, responden afirmativamente el 82,6% el personal de los centros socio sanitarios, el 69,6% del personal hospitalario y el 35,3% del personal de atención primaria. (Gráfico 20)

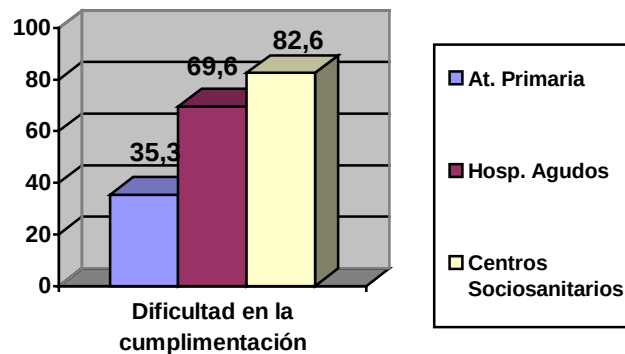


Gráfico 20

La pregunta sobre si el personal de enfermería de los centros socio sanitarios y hospitalarios tenían **dificultad para planificar el alta**, el 55,1% y el 52,4% respectivamente respondieron que no tenían ninguna dificultad en planificar el alta. (Gráfico 21)

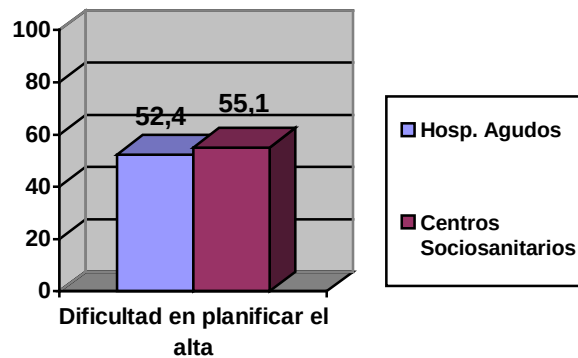


Gráfico 21

7. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Hemos encontrado pocos estudios que hagan referencia a la implantación de programas o protocolos de continuidad de cuidados. Se ha encontrado más que hacen referencia al informe de enfermería al alta.

Nuestro estudio revela que en los centros en donde se ha efectuado la encuesta, existen circuitos de continuidad asistencial entre los diferentes niveles, y son conocidos por la mayoría de los profesionales sanitarios. Los circuitos más conocidos son aquellos que tienen como punto de partida los centros hospitalarios, mientras que los que relacionan los centros socio sanitarios con atención primaria son los más desconocidos por el personal.

Hay un desconocimiento importante por parte de los profesionales sanitarios sobre cuál es el trabajo que realizan los profesionales de atención primaria. Este desconocimiento es mucho más acentuado entre el personal médico que en el de enfermería. Los profesionales de los centros socio sanitarios dicen conocer el trabajo de sus colegas de atención primaria en un porcentaje muy superior al personal hospitalario. Éste desconocimiento dificulta claramente la continuidad de los cuidados, ya que el personal hospitalario no puede confiar en los cuidados de atención primaria simplemente porque no conoce cuáles son los servicios que ésta ofrece.

Un alto porcentaje de los profesionales conoce la existencia del informe de enfermería al alta, que además se ha convertido en el vehículo más utilizado para la comunicación de la continuidad asistencial entre niveles.

Sólo los profesionales de los centros socio sanitarios parecen haber recibido una formación adecuada para la cumplimentación de los I.E.A.. Además la encuesta revela que los registros son difíciles de cumplimentar, siendo esto otra dificultad añadida a la continuidad.

Las conclusiones del estudio confirman la hipótesis propuesta, ya que se revela la existencia de circuitos consensuados de continuidad asistencial pero con un claro desconocimiento del trabajo realizado por los centros de atención primaria, así como una cierta dificultad en la planificación de las altas de los pacientes.

Es necesario poner en marcha un programada de información/formación sobre lo que significa la continuidad asistencial, qué función tiene cada uno de los niveles asistenciales y sobretodo difundir las posibilidades y métodos de trabajo de la que se ha revelado como una gran desconocida como es la atención primaria, que es así mismo pilar básico en la continuidad de los cuidados.

Creemos que sería interesante profundizar hasta qué punto llega el desconocimiento de la atención primaria, y elaborar un estudio sobre métodos de difusión del trabajo de ésta.

La mayor parte de los profesionales que respondieron a la encuesta fueron enfermeras del ámbito hospitalario.

Los hospitales son los centros más conocidos como niveles de referencia.

Todas las instituciones potencian la C.A. de los cuidados.

Los profesionales consideran que la C.A. es muy importante.

Los circuitos entre los centros hospitalarios y atención primaria y socio sanitarios son los más conocidos por los profesionales sanitarios.

Un tercio de los encuestados refiere no usar los circuitos consensuados.

La mayoría de los profesionales conocen los referentes de coordinación de sus servicios.

Los encuestados piensan que la C.C. debe ser para todo tipo de pacientes.

Consideran que la C.C. de los pacientes se lleva a cabo a veces.

Todos los niveles son muy importantes o imprescindibles para la C.A.

La mitad de los encuestados conocen cuál es el trabajo desarrollado por los profesionales de atención primaria.

La mayoría de los profesionales piensa que el usuario le da importancia o mucha importancia a la C.C.

El I.E.A. es usado por la mayoría para comunicarse con los otros niveles asistenciales.

Casi todos los profesionales encuestados consideran que los diferentes niveles asistenciales no están bien coordinados.

Prácticamente todos los encuestados conocen el I.E.A. y la mayoría le dan mucha importancia.

La mayoría de los informes de alta no van en un mismo formato.

La mitad dicen haber recibido información/formación sobre los I.E.A.

Todos los profesionales comentan que reciben los I.E.A. desde el hospital y/o centros socio sanitarios.

Se considera muy importante la participación de los usuarios y/o cuidadores en la elaboración de los I.E.A.

Los registros de los I.E.A. no son difíciles de cumplimentar.

No existen dificultades a la hora de planificar el alta; los profesionales que han considerado que existen dificultades, éstas han sido mayoritariamente con los médicos.

En el análisis inferencial en función de los profesionales, podemos comprobar que las enfermeras han puntuado en mayor grado las siguientes afirmaciones:

- Potenciación de la C.A. por parte de las instituciones.
- Grado de importancia que consideran que tiene la C.A.
- El trabajo que se realiza en los centros hospitalarios en referencia a la C.A.
- Grado de importancia que le da el usuario al I.E.A.
- Grado de importancia que se le da a la participación del usuario en la elaboración del I.E.A.

En el análisis inferencial en función de los niveles asistenciales, podemos comprobar que los centros socio sanitarios han puntuado en mayor grado las siguientes afirmaciones:

- Potenciación de la C.A. por parte de las instituciones.
- Grado de importancia que consideran que tiene la C.A.
- Uso de los circuitos establecidos por parte de los profesionales.
- El trabajo que se realiza en los centros socio sanitarios en referencia a la C.A.
- Grado de importancia que le da el usuario al I.E.A.
- Grado de importancia que se le da a la participación del usuario en la elaboración del I.E.A.

8- BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
2. Berta Artigas, M^a Lluç Bauza, Andreu Bover; Dissenyant el futur professional: la interrelació entre la infermeria comunitària i especialitzada; Bioètica & Debat 1998; Octubre, 2.
3. Riera, J.R."Interrelación: una necesidad entra atención primaria y atención especializada". Metas de enfermería2, 1998, pp 53-59.
4. Yarritu Fernández M^a Carmen; Atención Primaria y Hospitalaria; Noticias de Enfermería.
5. Grande Gascón M^a Luisa, Hernández Padilla María; Como entienden los enfermeros el alta de enfermería; Enfermería clínica; 6,3.
6. Fernández Mérida Concepción; ¿Continuidad de cuidados? ; Enfermería docente 2000; 68.
7. Juvé Udina M.E.; Carbonell Ribalta, D; ... ; Alta de enfermería hospitalaria; Implantación y validación de un formato estándar; Revista Rol de Enfermería 1999; 22 (2).
8. Merchan Felipe, M.N.; Rojo Duran, R.M.;; Enfermería científica 1997; Marzo-Abril, 180-181.
9. Rosario Ramos M^a Rita, Bonillo Madrid Juan, ...; Revista Rol de Enfermería 1999; 22 (2).
10. Vidal Martín Carmen, Cifuentes Mora Esther,...; Enfermería clínica; 9,2.
11. Martínez Riera, José Ramón. Informe de enfermería al ingreso; instrumento específico de interrelación. Revista Rol 1999; 22 (2).

12. Torres Navarro, M^aM.; Cazorla Pérez, A.J.; Fernández Ayala, J.C.; Fernández Lozano, G; Gil Milán, M.L. ¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria?. Enfermería Científica 2000; (222-223).
13. Espejo Matorrales F., Relación Atención Primaria-Atención especializada. Calidad de los informes de enfermería. Revista Rol de Enfermería nº 233 enero 1998.
14. Programa Salut a casa. Documento interno. Institut Català de la Salut . Año 2000.
15. Protocol de prealta (ingrés i alta) entre els sociosanitaris i la atenció primària. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 2001.
16. Protocol de preparació de l'alta i pla operatiu d'implantació hospitalares d'aguts- Atenció Primària de salut. Consorci Sanitari de Barcelona Any 2003.
17. Carpenito Lj. Planes de cuidados y documentación en enfermería. En: Registro de los cuidados de enfermería. Madrid. McGraw-Hill; 1994. Pag 10-28.
18. González López MC. Referenciación entre los distintos niveles de enfermería. Caso Clínico. Rev Enf Cien 1996; 172-173: 29-32.

9. AGRADECIMIENTOS

A las personas que han actuado de jueces para implementar el cuestionario: Aïna Plaza, Begoña Iglesias, Margarita Coll, Pere Cortés, Mercedes Vacas, Pilar Moreno, por su rigurosidad y profesionalidad.

A las direcciones de enfermería de los hospitales Clínic y Mar de Barcelona, y Son Llàtzer de Mallorca.

A las direcciones de los centros socio sanitarios de la Clínica Figarola, Clínica Barceloneta y Hospital Joan March

A las adjuntas de los equipos de atención primaria de Raval Nord, Casc Antic del SAP Ciutat Vella, via Roma i Poble Sec del SAP Eixample. Todos ellos nos han facilitado tanto el acceso a sus centros así como la cumplimentación de las encuestas. Sin ellos este trabajo no habría sido posible.

A Edurne Zabaleta por su gran aportación metodológica en momentos de desánimo.

A Montse Teixidor, Esteve Pont, Pepe Tejada, Joan Llobera y Nicolás Manito por la revisión del trabajo y sus aportaciones.

Y a todos aquellos que han invertido parte de su tiempo en completar las encuestas.

10-ANEXOS

Anexo 1(Carta y Cuestionario)

Estimado /a compañero / a:

Somos un grupo de diplomadas /os en enfermería de Atención Primaria y Hospitalaria que estamos analizando las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre diferentes niveles. Nos gustaría contar con su opinión sobre el tema propuesto.

A continuación encontrará el cuestionario, que está dirigido a los profesionales de los niveles que intervienen en los circuitos de continuidad asistencial, entendiendo ésta como una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano

El estudio tiene cómo objetivos:

1. La información que tienen los profesionales de hospital y socio sanitario de los servicios que ofrecen los profesionales de Atención Primaria.
2. Averiguar si se están planificando las altas y si se está haciendo conforme a los circuitos consensuados.
3. Conocer la implicación de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial.

El estudio se llevará a cabo en hospitales, centros socio sanitarios y Equipos de Atención Primaria de la Isla de Mallorca y de dos distritos de la ciudad de Barcelona (Eixample y Ciutat Vella).

Como pueden ver, el cuestionario está dividido en tres partes:

1. Identificación: se le pide algunos datos personales e información sobre su puesto de trabajo
2. Continuidad y circuito: las preguntas hacen referencia al sistema que tiene su centro de trabajo para garantizar la continuidad asistencial
3. Informe de enfermería al alta : su conocimiento e implantación

Dado el carácter anónimo y la confidencialidad de los datos, le rogamos la máxima sinceridad, en aras de la validez y utilidad de la información aportada. Le agradecemos de antemano su colaboración para responder al cuestionario

Atentamente:

Isabel Manito
M^a Àngels Ondiviela
Margarita Servera
Marc Tomàs

Cuestionario sobre la continuidad asistencial entre niveles

Identificación

1. Edad:años
2. Género:
 1. ☐ Hombre
 2. ☐ Mujer
3. ¿Cuál es su titulación?
 1. ☐ ATS
 2. ☐ DUE
 3. ☐ Médico
 4. ☐ Trabajador Social
 5. ☐ Otros
4. ¿Dónde trabaja usted?
 1. ☐ Centro hospitalario
 2. ☐ Atención Primaria
 3. ☐ Centro Socio sanitario
5. Tipo de institución en la que trabaja.
 1. ☐ Público
 2. ☐ Privado
 3. ☐ Concertada
 4. ☐ Consorcio
 5. ☐ Fundación
6. ¿Cuál es su turno de trabajo?
 1. ☐ Mañana
 2. ☐ Tarde
 3. ☐ Noche
 4. ☐ Rotatorio
7. ¿Cuántos años lleva usted ejerciendo la profesión?
..... años.
8. ¿En qué servicio trabaja usted?
.....
9. ¿Qué puesto de trabajo ostenta usted en su institución?
 1. ☐ Profesional de base (médico, T. Social, enfermera)
 2. ☐ Profesional responsable de circuito asistencial
 3. ☐ Cargo intermedio
 4. ☐ Cargo directivo

Continuidad y circuito.

10. ¿Conoce usted el hospital de referencia al que acuden sus pacientes?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, conteste cual /es son:

11. ¿Conoce usted el Centro Socio sanitario de referencia?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

Si la respuesta es afirmativa diga cual /es son:

12. ¿Conoce los Centros de Atención Primaria de referencia de su hospital?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

Si la respuesta es afirmativa diga cual /es son:

13. ¿En qué grado cree usted que potencia su institución la continuidad de los cuidados de enfermería?

Puntúe de 1 al 10, siendo 1 “no potencia nada” y 10, “ lo potencia mucho”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. ¿Cuál es el grado de importancia que usted le otorga a la continuidad asistencial dentro de los servicios sanitarios?

Puntúe de 1 al 10, siendo 1 “nada importante” y 10, “muy importante”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. ¿Conoce usted la existencia de un circuito de continuidad asistencial con los otros niveles en su centro?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Entre hospital de agudos y atención primaria . | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. Entre hospital de agudos y centro socio sanitario: | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. Entre atención primaria y hospital de agudos: | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. Entre atención primaria y centro socio sanitario: | ☐ Sí | ☐ No |
| 5. Entre centro socio sanitario y hospital de agudos: | ☐ Sí | ☐ No |
| 6. Entre centro socio sanitario y atención primaria: | ☐ Sí | ☐ No |

16. ¿Utiliza usted este circuito?

Puntúe del 1 al 5, siendo 1 “nunca” y 5 “siempre”:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. ¿Existen referentes /responsables de coordinación del circuito en su centro?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No
18. ¿Cree usted necesaria la continuidad de cuidados para todo tipo de pacientes?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No
19. Si la respuesta es negativa diga en cuáles:
20. ¿Cree que los cuidados que se realizan en el hospital se continúan cuando el paciente se va de alta?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No
 3. ☐ A veces
21. Puntúe del 1 al 10 el trabajo que realiza cada uno de los siguientes niveles sobre la continuidad asistencial:
Puntúe del 1 al 10, siendo 1 “nada importante” y 10 “imprescindible”.
- ☐ Atención Primaria
- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- ☐ Los centros hospitalarios
- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- ☐ Centros Socio sanitarios.
- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
22. ¿Cree usted conocer el trabajo que se realiza en Atención Primaria?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No
23. ¿Se realiza un seguimiento de la continuidad asistencial en su institución?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No
24. ¿Recibe información sobre la evaluación de la continuidad asistencial?
1. ☐ Sí
 2. ☐ No

25. ¿Qué grado de importancia cree usted que le otorga el usuario a la continuidad asistencial entre los niveles?

Puntúe de 1 al 10, siendo 1 “nada importante” y 10 “muy importante”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. ¿Cómo se comunica la continuidad asistencial de su centro?

1. ☐ Con el informe de enfermería
2. ☐ A través del teléfono
3. ☐ Reuniones periódicas
4. ☐ No tiene conocimiento de que exista continuidad asistencial

27. ¿Considera que están bien coordinados los distintos niveles de la sanidad?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

Informes de Enfermería al Alta (IEA).

28. ¿Conoce los Informes de Enfermería al Alta?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

29. ¿Que grado de importancia cree usted que tiene para la continuidad de cuidados el Informe de Enfermería al Alta?

Puntúe del 1 al 10, siendo 1 “nada importante” y 10 “imprescindible”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30. ¿Los informes de alta médica /enfermería /social van en un mismo formato en su centro?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

31. ¿Ha recibido información /formación para la cumplimentación del Informe de Enfermería al Alta?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

32. ¿A través de quien reciben ustedes el Informe de Enfermería al Alta?

1. ☐ Del hospital/ centro socio sanitario.
2. ☐ Paciente
3. ☐ Familia

33. ¿Qué grado de importancia tiene para usted la participación del usuario y/o cuidador en el Informe de Enfermería al Alta?

Puntúe del 1 al 10, siendo 1 “nada importante” y 10 “imprescindible”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34. ¿Cree que los profesionales de enfermería cumplimentan el registro de Informe de Enfermería al Alta?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No
- 3. ☐ No sabe

35. ¿Cree usted que el registro es difícil de cumplimentar?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

36. ¿Tiene usted dificultades para planificar el alta?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

37. Si usted ha respondido afirmativamente, ¿con quién?

- 1. ☐ con el paciente
- 2. ☐ con la familia
- 3. ☐ con los médicos
- 4. ☐ con enfermería
- 5. ☐ con el trabajador social
- 6. ☐ institucionales

38. Respecto a la continuidad asistencial, ¿quiere usted expresar alguna otra opinión?