

**MASTER EN SALUD PÚBLICA**  
UNIVERSITAT POMPEU FABRA  
UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA

## **TESINA**

La continuidad asistencial entre niveles de atención:  
diferencias en la percepción de la población inmigrante y  
autóctona

**Josep Maria Colomé Domènech**

**Directoras de tesina:**

Marta B. Aller Hernández

M. Luisa Vázquez Navarrete

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut  
Consorci de Salut i Social de Catalunya  
Barcelona, junio 2011

Consorci de Salut i Social de Catalunya  
Av. del Tibidabo 21  
08022 Barcelona  
Tel. (34) 932 531 820  
Fax (34) 932 111 428  
www.consorci.org



**Dirección Master en Salud Pública**  
Universidad Pompeu Fabra  
Dr. Aiguader, 80  
08003 Barcelona

Barcelona, 22 de junio de 2011

Estimados señores,

A través de la presente, autorizamos al estudiante Josep Maria Colomé Domènech, con DNI 45543719-Q, a presentar su tesina en el Master Oficial en Salud Pública del Programa Oficial de Postgrado en Biomedicina de la Universidad Pompeu Fabra - Universitat Autònoma de Barcelona. La tesina realizada lleva el título “La continuidad asistencial entre niveles de atención: diferencias en la percepción de la población inmigrante y autóctona”. Se planifica la publicación del artículo en la revista científica *Gaceta Sanitaria*.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marta B. Aller Hernández', written over a horizontal line.

Marta B. Aller Hernández  
Directora tesina  
Servei d'Estudis i Prospectives  
en Polítiques de Salut

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'María Luisa Vázquez Navarrete', written over a curved line.

María Luisa Vázquez Navarrete  
Directora tesina  
Servei d'Estudis i Prospectives  
en Polítiques de Salut

# ÍNDICE

Introducción.....	4
Continuidad asistencial.....	4
Sistema sanitario catalán .....	7
Continuidad asistencial y inmigración .....	8
Hipótesis y objetivos .....	11
Hipótesis .....	11
Objetivos.....	11
Bibliografía.....	12
Artículo.....	18
Resumen .....	20
Abstract.....	21
Resum .....	22
Introducción.....	23
Métodos .....	24
Resultados.....	26
Discusión .....	28
Bibliografía.....	32
Tablas .....	34
Cuadro final .....	40
Anexo 1 .....	41
Anexo 2.....	42
Tareas realizadas.....	43
Anexo .....	44

## INTRODUCCIÓN

La continuidad asistencial (CA) es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo<sup>1</sup>. Se han definido tres tipos de CA: continuidad de relación, de información y de gestión<sup>1;2</sup>. La mejora en la percepción de CA se ha asociado con una mejora de la satisfacción del usuario, la calidad de vida o la utilización de servicios<sup>3-10</sup>. No obstante, cada vez más los usuarios son atendidos por un número elevado de proveedores en organizaciones y servicios distintos, hecho que dificulta la coordinación de la atención y por lo tanto, amenaza la CA<sup>2;11;12</sup>. Como consecuencia, la CA entre niveles es uno de los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>13;14</sup>.

Los estudios sobre CA en nuestro entorno son escasos<sup>15-19</sup> y no se dispone de información previa respecto a la percepción de CA de la población inmigrante. El objetivo del estudio es comparar la CA experimentada y percibida por la población inmigrante respecto a la autóctona, independientemente de otros factores sociodemográficos y de morbilidad. Para ello, se analizarán los datos obtenidos en una encuesta realizada en Cataluña y basada en la aplicación del cuestionario CCAENA<sup>16</sup> (anexo).

Este trabajo se enmarca en el proyecto ‘la continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud en Catalunya’ llevado a cabo por el CSC (Consorci de Salut i Social de Catalunya).

### Continuidad asistencial

La CA es una dimensión de la calidad de la atención de los sistemas sanitarios<sup>20</sup>. Por CA entendemos el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal<sup>1</sup>.

Una buena percepción de CA se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios<sup>3-10</sup>, mejor calidad de vida percibida relacionada con la salud<sup>21</sup>, mayor utilización de los servicios preventivos<sup>3;4;6;7;10;22</sup>, mayor tasa de adherencia a los tratamientos<sup>4;6;7</sup> y disminución del índice de hospitalizaciones<sup>3;6;7;10;22-24</sup>. Sin embargo, los rápidos avances

tecnológicos, los cambios en la organización de los servicios de salud, el aumento de las enfermedades crónicas complejas y del número de pacientes pluripatológicos hace que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos, hecho que amenaza la CA<sup>2;11;12</sup>. Por ello, conseguir una buena CA entre niveles es uno de los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>13;14</sup>.

Se han definido tres tipos de CA<sup>2;25</sup>, que a su vez constan de varias dimensiones (tabla 1):

1) Continuidad de relación (CR): perspectiva del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores<sup>2;26</sup>. La CR implica la existencia de un *vínculo entre el paciente y el proveedor*, que se caracteriza por la generación de responsabilidad y confianza entre el paciente y los diferentes proveedores que le atienden. También implica la existencia de *consistencia del personal*, es decir, que el paciente sea atendido por los mismos proveedores. Si el paciente es atendido por el mismo médico cada vez que pide una visita, es más fácil que se establezca una relación que si en cada visita es atendido por profesionales diferente<sup>1;2;27</sup>.

2) Continuidad de información (CI): percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores, que contribuye a una atención apropiada a su circunstancia actual<sup>2</sup>. LA CI se define por dos dimensiones: la *transferencia de la información*, que significa que el paciente percibe que los proveedores tienen acceso a la información sobre la atención prestada en otro nivel asistencial; y el *conocimiento acumulado*, que es la percepción del paciente de que el proveedor conoce sus valores, preferencias y el contexto social. Este conocimiento permite la planificación del tratamiento de modo que sea más efectivo e individualizado<sup>1;2</sup>.

3) Continuidad de gestión (CG): percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones<sup>2</sup>. La CG requiere de una *coherencia del cuidado* y tiene especial relevancia cuando la atención es suministrada por diferentes profesionales. También requiere de *flexibilidad*<sup>2;27</sup> y *accesibilidad*<sup>5;18;25;28</sup> para hacer los cambios necesarios en los planes de tratamiento cuando las necesidades y eventos que puedan presentar los pacientes lo requieran.

Un estudio previo<sup>16</sup> identificó a partir de una revisión bibliográfica los atributos que definen cada uno de las dimensiones de la continuidad (tabla 1).

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

TIPO	DIMENSIÓN	ATRIBUTOS
Continuidad de la información	Transferencia de la información clínica	<b>Conocimiento de la historia clínica</b>
		<b>Entrega de información adecuada v oportuna al paciente</b>
		<b>Utilización de mecanismos de transferencia</b>
	Conocimiento acumulado	<b>Conocimiento de las necesidades del paciente</b>
		<b>Conocimiento de las creencias, valores v contexto social</b>
Continuidad de la relación	Vínculo paciente-proveedor	<b>Confianza entre proveedor v usuarios</b>
		<b>Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo</b>
		<b>Comunicación efectiva/Entrega de información adecuada</b>
		<b>Sentimiento de pertenencia</b>
	Consistencia del personal	<b>Número de proveedores por patología</b>
		<b>Duración de la relación</b>
Continuidad de la gestión	Coherencia del cuidado	<b>Coordinación entre proveedores</b>
		<b>Correcta secuencia de la atención</b>
		<b>No duplicación de documentos v/o exámenes</b>
		<b>Seguimiento apropiado del paciente</b>
	Accesibilidad y flexibilidad entre niveles	<b>Oportunidad en el acceso</b>
		<b>Tiempo de espera adecuado</b>

Fuente: adaptado de Letelier et al<sup>16</sup>

Las investigaciones sobre CA se han centrado principalmente en uno de los tres tipos, generalmente la continuidad de relación<sup>2</sup>, y en un solo nivel de atención, principalmente la atención primaria<sup>29;30</sup>. Asimismo, los instrumentos utilizados suelen ser específicos de una patología<sup>31-35</sup>, abarcan periodos breves de la enfermedad y tratamientos de corta duración<sup>36;37</sup>.

Reid et al.<sup>2</sup> proponen analizar los tres tipos de CA de dos maneras complementarias: según la experiencia en el uso de los servicios y según la percepción global de los usuarios. Con el objetivo de captar estas dos perspectivas de análisis, Letelier et al.<sup>16</sup> diseñaron y validaron un cuestionario para evaluar la CA entre niveles que consta de dos apartados. El primero evalúa elementos de (dis)continuidad experimentados por los pacientes en la transición entre niveles de atención, reconstruyendo la trayectoria en los servicios por un mismo motivo de salud en los últimos tres meses. El segundo mide la percepción general de CA, sin centrarse en una patología ni marco temporal concreto. Este cuestionario permite evaluar la CA de forma integral desde la perspectiva de los usuarios.

Estudios realizados en otros contextos sanitarios han identificado factores que influyen en la CA, tanto de carácter individual como de las organizaciones o sistemas sanitarios. El sexo y la edad, como principales características demográficas, no parecen ser un elemento muy influyente en la percepción de la CA<sup>31;32;38</sup>, a pesar de que algún estudio apunta lo contrario<sup>39</sup>. Los pacientes con mayor morbilidad tienden a experimentar más problemas de continuidad de gestión e información<sup>40;41</sup>, mostrando una influencia en la continuidad de relación contradictoria en los diferentes estudios<sup>40;41</sup>. Las dificultades en el idioma es otro factor que empeora la CA<sup>42;43</sup>. En cuanto a los factores organizativos, una mejor CA se ha asociado a la presencia de acuerdos formales entre las organizaciones del territorio, bien sea mediante protocolos de atención compartidos, mecanismos para la derivación a profesionales de otros centros o mediante el uso de información compartida<sup>44</sup>. Adicionalmente, elementos de la atención, como el tipo de profesional que realiza la derivación al médico de la atención secundaria (AS), se han asociado con la percepción de continuidad de información y gestión<sup>45</sup>. Se desconoce el efecto de modelos de gestión diversos, como la introducción de modelos de gestión empresarial o las organizaciones sanitarias integradas sobre la percepción de CA de los usuarios del sistema.

## **Sistema sanitario catalán**

España posee un sistema nacional de salud financiado mediante impuestos, con cobertura universal, gratuito en el punto de dispensación y descentralizado a las comunidades autónomas<sup>46</sup>.

En Cataluña, el sistema sanitario se caracteriza por la separación de las funciones de rectoría, financiación y provisión. El Departament de Salut es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema: planificación, ordenación, autorización, inspección y control. El Servei Català de la Salut (CatSalut) es el ente público dependiente del Departament de Salut que se encarga de la compra de servicios a los proveedores concertados. Finalmente, la provisión corresponde a un conjunto de entidades – hospital, socio-sanitarios, de atención primaria y de salud mental- que forman el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública (SISCAT)<sup>47</sup>. Estas entidades pueden ser consorcios y empresas públicas, fundaciones municipales y entidades privadas sin y con ánimo de lucro<sup>48</sup>. Esta multiplicidad de entidades proveedoras del sistema de salud en Cataluña supone un riesgo de fragmentación de la atención que recibe el usuario<sup>2;12</sup>.

La organización de la atención se configura en dos niveles asistenciales: La atención primaria (AP), que es la puerta de entrada del sistema y que atiende a los problemas más frecuentes, y la atención secundaria (AS) – de agudos, socio-sanitaria, de salud mental y drogodependencias – que realiza la función de apoyo para la resolución de problemas graves, tanto en el hospital como en los centros de atención primaria<sup>47;49</sup>. Este modelo busca garantizar la CA a través de la adscripción de los ciudadanos a un equipo de AP y una coordinación estrecha con los niveles de atención secundarios<sup>50</sup>.

## **Continuidad asistencial y inmigración**

No existe consenso sobre la definición de inmigración<sup>52</sup>, lo que se traduce en que diferentes estudios utilizan diferentes definiciones<sup>52;54</sup>. En el presente estudio por inmigrante se define a toda persona nacida fuera de España y con residencia habitual en España<sup>51-53</sup>. Esta es la definición empleada por el programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y el Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta Nacional de Inmigrantes<sup>51;53</sup>.

En Cataluña, la proporción de personas nacidas en el extranjero ha aumentado rápidamente en los últimos años, pasando de representar el 4% del total de la población en el año 2000 al 17,5 % en el 2010<sup>55</sup>. Este incremento comporta un cambio en el perfil de personas atendidas por los sistemas sanitarios<sup>54</sup>, por lo que la atención que recibe esta población supone un impacto importante para el sistema<sup>54;56-58</sup>.

Se ha teorizado que la población inmigrante tiene un perfil de usuario más vulnerable que la población autóctona, por presentar unos determinantes sociales de la salud más desfavorables<sup>54;58</sup> y una frecuencia y tipología de patologías diferentes de la población autóctona (infecciosas, salud mental) que requieren una atención especial<sup>54</sup>. Estudios realizados en Estados Unidos y en el Reino Unido han concluido que los pacientes más vulnerables (menores ingresos, peor salud percibida, menor educación) son los que más valoran la CA y a la vez son los que tienen una menor probabilidad de percibirla<sup>59-61</sup>. Entre las causas atribuidas, se apunta a una menor capacidad para reclamar una buena atención o la existencia de mayores barreras para conseguirla<sup>59-61</sup>. Otros estudios han profundizado en las diferencias de percepción de CA entre grupos étnicos en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá<sup>42;62-68</sup>. Sin embargo, sus resultados no son directamente aplicables a nuestra población inmigrante porque las características de las minorías étnicas no son las mismas que la población inmigrante y porque el entorno sanitario es diferente. Adicionalmente, los resultados hallados en estos estudios no son concluyentes: mientras que algunos atribuyen al hecho de pertenecer a una minoría étnica una peor continuidad de relación<sup>62;64-66</sup> y una peor accesibilidad a los servicios<sup>68</sup>, otros estudios no encuentran diferencias<sup>42;67</sup>.

A pesar de que en los últimos años se han incrementado los estudios sobre la salud en población inmigrante, todavía son muchos los aspectos sin estudiar<sup>54</sup>. Los estudios que analizan la CA en general en nuestro entorno son escasos<sup>15-19</sup> e inexistentes en relación a la población inmigrante. El presente estudio supondrá el primer esfuerzo realizado en nuestro entorno para comparar elementos de (dis)continuidad experimentados en la utilización de servicios en la población inmigrante respecto a la autóctona, así como también, el primer esfuerzo dirigido a analizar las diferencias en la percepción general de CA. En caso de existir diferencias, se podrán identificar oportunidades de mejora en la atención sanitaria con el objetivo de eliminar las desigualdades entre en la atención suministrada a la población autóctona y a la inmigrante.

La tesina está enmarcada dentro de la línea de investigación del CSC sobre integración asistencial de servicios sanitarios y forma parte de un proyecto más amplio: ‘La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud en Cataluña’. El presente estudio ampliará el nivel de conocimiento sobre el fenómeno de la continuidad asistencial, y los resultados y principales conclusiones del estudio se

incorporarán a un corpus de conocimiento que pretende abarcar diferentes perspectivas, colectivos e instituciones sanitarias.

# HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

## Hipótesis

- *La percepción general y la experiencia de CA de los inmigrantes atendidos es diferente que la de la población autóctona.*

## Objetivos

### 1. Objetivo general

- Analizar, de forma comparativa, los elementos de (dis)continuidad experimentados en la utilización de los servicios de salud y la percepción general de CA de la población usuaria inmigrante respecto a la autóctona.

### 2. Objetivos específicos

- Analizar -de forma comparativa- los elementos de (dis)continuidad de relación, información y gestión experimentados en la utilización de los servicios de salud de la población usuaria inmigrante respecto a la autóctona.
- Analizar -de forma comparativa- la percepción general de continuidad de relación, información y gestión de la población usuaria inmigrante respecto a la autóctona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J*. 2002;327:1219-21.
2. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
3. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53:974-80.
4. Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med*. 2003;96:160-6.
5. Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract*. 2007;24:245-51.
6. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ*. 2000;321:734-6.
7. O'Malley AS. Current evidence on the impact of continuity of care. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16:693-9.
8. Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *J Fam Pract*. 2002;51:619-24.
9. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2:445-51.
10. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson,S.A.; 2001.
11. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:549-55.
12. Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract*. 2003;53:723-9.
13. Vázquez ML, Vargas I. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I, editors. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2009.
14. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y secundaria: el reto permanente. *Cuad Gest*. 2002;8:159-66.

15. Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Llopart JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;371-87.
16. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. *Gac Sanit*. 2010;24:339-46.
17. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39:395-401.
18. Waibel S. la continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de cataluña desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [Tesina Máster]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2010.
19. Castro R. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). [Tesina Máster]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2008.
20. Kelley E HJ. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Paper No. 23. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006.
21. Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001;51:21-7.
22. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.
23. Gill JM, Mainous AG, III. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7:352-7.
24. King M, Jones L, Richardson A, Murad S, Irving A, Aslett H, et al. The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *Br J Cancer*. 2008;98:529-36.
25. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund; 2010.
26. Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health*. 1980;70:117-9.
27. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1:134-43.
28. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organization; 2010.

29. Baker R, Freeman G, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. London: National Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2001.
30. Starfield B, Shi LY. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
31. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2006.
32. King D, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2006.
33. Burns T, Catty J, Clement S, Harvey K, Rees Jones I, McLaren S. Experiences of continuity of care and health and social outcomes: the ECHO Study. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
34. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *J Behav Health Serv Res.* 2004;31:279-96.
35. Joyce AS, Adair CE, Wild TC, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, et al. Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Ment Health J.* 2010;46:192-208.
36. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.
37. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485-95.
38. Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, Scutchfield FD. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:163.
39. Taira D, Osheroff W. Patient perceptions of inter-provider coordination of care. *Hawaii Med J.* 2008;67:121-5.
40. Burgers JS, Voerman GE, Grol R, Faber MJ, Schneider EC. Quality and coordination of care for patients with multiple conditions: results from an international survey of patient experience. *Evaluation & the Health Professions.* 2010;33:343-64.

41. Rodríguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. The effects of primary care physician visit continuity on patients' experiences with care. *J Gen Intern Med.* 2007;22:787-93.
42. Hawley ST, Janz NK, Lillie SE, Friese CR, Griggs JJ, Graff JJ, et al. Perceptions of care coordination in a population-based sample of diverse breast cancer patients. *Patient Educ Couns.* 2010;81 Suppl:S34-S40.
43. Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Guadagnoli E, Fuchs CS, Yost KJ, Creech CM, et al. Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *J Clin Oncol.* 2005;23:6576-86.
44. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008;6:116-23.
45. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med.* 2009;24:170-7.
46. Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado; nº 102. 1986.
47. Vázquez ML, Vargas I. El sistema de salud en Cataluña. En: Vázquez ML, Vargas I, editors. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2009.
48. Agustí E, Casas C, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Masson ed. Barcelona: 2006.
49. López G, Ortún V. La política sanitaria a Catalunya, 1989-1998. Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política, Cultura. 1999. p. 465-76.
50. Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria.* 2002;29:502-6.
51. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos. Nueva York: Grupo Mundi-Prensa; 2009.
52. Malmusi D, Jansà JM, del VL. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:399-409.
53. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Inmigrantes. Disponible en: [http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/inmigra\\_meto.pdf](http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/inmigra_meto.pdf)

54. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.CatSalut.Departament de Sanitat i Seguretat Social.Generalitat de Catalunya; 2004.
55. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 10-2-2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
56. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. BMC Health Serv Res. 2008;8:51.
57. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004;18:207-13.
58. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vazquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. Int J Public Health. 2010;55:381-90.
59. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003;1:149-55.
60. Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. Br J Gen Pract. 2007;57:283-9.
61. Shi L, Forrest CB, Von SS, Ng J. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. Am J Public Health. 2003;93:138-44.
62. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. BMJ. 2009;339:b3450.
63. Shi L, Macinko J. Changes in medical care experiences of racial and ethnic groups in the United States, 1996-2002. Int J Health Serv. 2008;38:653-70.
64. Doescher MP, Saver BG, Fiscella K, Franks P. Racial/ethnic inequities in continuity and site of care: location, location, location. Health Serv Res. 2001;36:78-89.
65. Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. Arch Fam Med. 2000;9:1156-63.
66. Taira DA, Safran DG, Seto TB, Rogers WH, Inui TS, Montgomery J, et al. Do patient assessments of primary care differ by patient ethnicity? Health Serv Res. 2001;36:1059-71.
67. Hemingway H, Saunders D, Parsons L. Social class, spoken language and pattern of care as determinants of continuity of carer in maternity services in east London. J Public Health Med. 1997;19:156-61.

68. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK - Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2003;182:105-16.

## ARTÍCULO

### **La continuidad asistencial entre niveles de atención: diferencias en la percepción de la población inmigrante y autóctona**

*Josep Maria Colomé Domènech<sup>a,b</sup>, Marta Beatriz Aller<sup>a</sup>, Ingrid Vargas<sup>a</sup>, M. Luisa Vázquez Navarrete<sup>a</sup>*

a) Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris. Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya.

b) Universitat Pompeu Fabra- Universitat de Autònoma de Barcelona

**Autor de correspondencia:** Josep Maria Colomé Domènech

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya

Av. Tibidabo 21, 08022 Barcelona

Tel. (34) 932 531 820

Fax (34) 932 111 428

Correo electrónico: [doctormia@hotmail.com](mailto:doctormia@hotmail.com)

**Resumen:** 250 palabras

**Abstract:** 246 palabras

**Resum:** 249 palabras

**Texto:** 2.998 palabras

**Número de tablas:** 6

**Número de anexos:** 2

**Contribución de autoría:** Josep Maria Colomé Domènech participó en el diseño del análisis, realizó los análisis, interpretó los hallazgos y redactó el artículo. Marta Beatriz Aller, M. Luisa Vázquez e Ingrid Vargas concibieron el diseño del estudio, supervisaron todas sus etapas y revisaron de forma crítica la redacción del artículo aprobando su versión final.

**Financiación:** El estudio fue parcialmente financiado por una beca del Consorci de Salut i Social de Catalunya y por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, número de expediente: PI08/90154.

**Agradecimientos:** Agradecemos a todos los entrevistados su participación, así como su paciencia para proporcionarnos la información necesaria para realizar el estudio. También queremos agradecer a Irene García Subirats, Rebeca Terraza-Núñez y Sina Waibel su colaboración y los comentarios aportados al estudio.

**Conflictos de interés:** sin conflictos de interés.

## Resumen

*Objetivo.* Analizar, de forma comparativa, los elementos de (dis)continuidad experimentados en la utilización de los servicios de salud y la percepción general de continuidad asistencial (CA) de la población inmigrante respecto a la autóctona.

*Métodos.* Estudio transversal mediante encuesta a 1.500 usuarios que habían recibido atención primaria (AP) y secundaria (AS) en los tres meses anteriores por un mismo motivo. La encuesta se realizó en Baix Empordà, Girona y Barcelona entre enero y mayo de 2010. Se utilizó el cuestionario CCAENA©, que mide la CA mediante 1) reconstrucción de la trayectoria y 2) escalas de likert. Se realizaron análisis bivariados y de regresión logística múltiple ajustando por características individuales y área de estudio.

*Resultados.* Se observaron diferencias en la percepción general del vínculo con el médico de AP: los inmigrantes percibieron un peor vínculo (OR: 0,40 (IC95%: 0,24-0,65)). También se observaron diferencias en la coherencia de la atención y la accesibilidad: los inmigrantes tenían más probabilidad de reportar la derivación como vía de acceso a la AP y a la AS que los autóctonos (OR: 1,67 (IC95%: 1,07-2,62) y OR: 1,56 (IC95%: 1,05-2,30), respectivamente) y menor probabilidad de percibir que el tiempo de espera para AS fue adecuado (OR: 0,62 (IC95%: 0,44-0,87)). No se observaron diferencias en el resto de variables.

*Conclusiones.* Se han identificado diferencias en dimensiones importantes de la CA, como el vínculo con el médico de AP, la coherencia de la atención y la accesibilidad entre niveles. Es preciso profundizar en los factores que median estas diferencias.

**PALABRAS CLAVE:** Continuidad de la atención al paciente. Emigrantes e Inmigrantes. Servicios de salud. Relaciones médico-paciente. Niveles de atención de salud.

## **Abstract**

### **Continuity of care across care levels: Differences in perceptions between immigrants and the native population**

*Objective.* To conduct a comparative analysis between the immigrant and the native population regarding the experienced elements of (dis)continuity of care (CC), as well as their general perceptions of CC.

*Methods.* Cross-sectional study by means of a survey to 1500 users of healthcare services who had received primary (PC) and secondary care (SC) in the previous three months for the same condition. The study setting was Baix Empordà, Girona and Barcelona. Data were collected by face-to-face interviews between January and May 2010, using the CCAENA© questionnaire. The applied questionnaire collected 1) the users' trajectories and 2) their perception of CC using a likert scale. Analyses were conducted by means of bivariate and multivariate logistic regression models. Models were adjusted by individual characteristics and study area.

*Results.* Differences were observed regarding the general perception of the ongoing patient-provider relationship: immigrants perceived a worse relationship with their PC physician than natives (OR: 0.40 (95%CI: 0.24-0.65)). Moreover, differences were observed in consistency of care and accessibility across levels: immigrants had more probability to report referrals as a way of access to PC and SC (OR: 1.56 (95%CI: 1.05-2.30) and OR: 1.67 (95%CI: 1.07-2.62), respectively) and less probability to perceive that waiting time for SC was adequate (OR: 0.62 (95%CI: 0.44-0.87)). No further differences were observed.

*Conclusions.* Differences in important dimensions of CC has been identified, e.g. the relationship with PC physicians, consistency of care and accessibility across levels. Further studies that focus on identifying underlying mechanisms should be conducted.

**KEY WORDS:** Continuity of Patient Care. Emigrants and Immigrants. Health services. Physician–Patient Relations. Health Care Levels.

## Resum

### **La continuïtat assistencial entre nivells d'atenció: diferències en la percepció de la població immigrant i autòctona**

*Objectiu.* Analitzar, de forma comparativa, els elements de (dis)continuïtat experimentats en la utilització dels serveis de salut i la percepció general de continuïtat assistencial (CA) de la població immigrant respecte a l'autòctona.

*Mètodes.* Estudi transversal mitjançant una enquesta a 1.500 usuaris que havien rebut atenció primària (AP) i secundària (AS) en els tres mesos anteriors per un mateix motiu. L'enquesta es va realitzar al Baix Empordà, Girona i Barcelona entre els mesos de gener a maig del 2010 utilitzant el qüestionari CCAENA©, que mesura la CA mitjançant 1) reconstrucció de la trajectòria i 2) escales de likert. Es van fer anàlisis bivariats i de regressió logística múltiple ajustant per característiques individuals y àrea d'estudi.

*Resultats.* Es van observar diferències en la percepció general del vincle amb el metge d'AP: els immigrants van percebre un pitjor vincle (OR: 0,40 (IC95%: 0,24-0,65)). També es van observar diferències en la coherència de l'atenció i l'accessibilitat entre nivells: els immigrants tenien més probabilitat de reportar la derivació com a via d'accés a l'AP i a l'AS que la població autòctona (OR: 1,67 (IC95%: 1,07-2,62) i OR: 1,56 (IC95%: 1,05-2,30), respectivament) i menys probabilitat de percebre que el temps d'espera per l'AS fos adequat (OR: 0,62 (IC95%: 0,44-0,87)). No es van observar diferències en la resta de variables.

*Conclusions.* S'han identificat diferències en dimensions importants de la CA, com el vincle amb el metge d'AP, la coherència de l'atenció i l'accessibilitat entre nivells. Es precisa profunditzar en els mecanismes que intervenen en aquestes diferències.

**PARAULES CLAU:** Continuïtat de l'atenció al pacient. Emigrants i immigrants. Serveis de salut. Relacions metge- pacient. Nivells d'atenció de salut

## Introducción

El importante incremento de población extranjera en los últimos años en Cataluña, que ha pasado del 4% del total de la población en el año 2000 al 17,5 % en el 2010<sup>1</sup>, ha favorecido el interés por el estudio de las desigualdades en la atención sanitaria, así como su percepción sobre la adecuación de la atención que reciben<sup>2;3</sup>. Diversos estudios muestran barreras<sup>3</sup> y un peor acceso a los servicios de salud en la población inmigrante<sup>2</sup>. En otros contextos se ha observado un peor estado de salud en esta población<sup>4;5</sup>, que relacionan con peores condiciones socioeconómicas y con la dificultad de los servicios a adaptarse a las necesidades lingüísticas y culturales específicas de este grupo, las cuales actúan como barreras de acceso particularmente durante el proceso de adaptación<sup>4;6</sup>.

Por continuidad asistencial (CA) se entiende el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal<sup>7</sup>. Se han definido tres tipos de CA<sup>7</sup> que se definen por un conjunto de dimensiones y atributos<sup>7-9</sup>. La continuidad de relación es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores<sup>7</sup>, y engloba dos dimensiones: el vínculo del proveedor con el paciente y la consistencia del personal<sup>7-9</sup>. La continuidad de información es la percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores, que contribuye a una atención apropiada a su circunstancia actual<sup>7</sup> y se configura en dos dimensiones: la transferencia de la información clínica y el conocimiento acumulado<sup>7-9</sup>. Finalmente, la continuidad de gestión es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones<sup>7</sup> y engloba dos dimensiones: La coherencia del cuidado y la accesibilidad y flexibilidad entre niveles de atención<sup>7-9</sup>. Cada tipo de CA puede ser analizada a partir de un episodio clínico específico o de la percepción general del paciente<sup>7</sup>.

En nuestro contexto, se desconoce si existen diferencias en la CA experimentada y percibida por la población inmigrante y la autóctona. Estudios en otros contextos han observado que no comprender el idioma se asocia a una peor percepción de continuidad de relación<sup>10</sup> y que la población inmigrante percibe un peor vínculo con los médicos que le atienden<sup>11</sup>. Se han propuesto diversas causas para explicar esta peor percepción, como

diferentes necesidades en salud<sup>12</sup>, mayores expectativas<sup>13</sup> o recibir una atención de peor calidad<sup>12</sup>.

Este artículo presenta resultados parciales de un estudio más amplio<sup>9;14</sup>. El objetivo es analizar, de forma comparativa, los elementos de (dis)continuidad experimentados en la utilización de los servicios de salud y la percepción general de CA de la población usuaria inmigrante respecto a la autóctona.

## **Métodos**

### **Diseño y área de estudio**

Se ha realizado un estudio transversal, basado en una encuesta, a usuarios del sistema de salud público catalán. Se seleccionaron tres áreas de referencia del sistema: Baix Empordà, la ciudad de Girona y el distrito de Ciutat Vella de Barcelona, con una población asignada en el 2010<sup>15</sup> que oscilaba entre los 74.144 asegurados en Baix Empordà y los 99.093 en Ciutat Vella.

### **Población de estudio y muestra**

La población de estudio estuvo constituida por personas mayores de 18 años, usuarios de los servicios públicos de salud que residían en las áreas de estudio y que durante los últimos tres meses hubieran sido atendidos por la misma causa en atención primaria (AP) y atención secundaria (AS). Se excluyeron los usuarios con comprensión limitada del catalán y castellano.

El tamaño de muestra se calculó para analizar el modelo multivariable de asociación entre variables con un nivel de confianza del 95%, cumpliendo el teorema de de Moivre de frecuencia esperada mayor de cinco y para que los estadísticos de ajuste y de verosimilitud pudieran explicarse como una  $\chi^2$  al cuadrado. El tamaño de muestra requerido fue aproximadamente de 1.500 usuarios.

La muestra se distribuyó en las tres áreas de acuerdo al tamaño de su población. La selección de la muestra se realizó mediante extracción aleatoria simple, sin reposición, a partir de los registros facilitados por los centros de AP y hospitales de las áreas seleccionadas. Para mantener la estructura por edad y sexo de la población de estudio,

se dispuso una lista de substitutos que incluían a individuos con las mismas características.

### **Cuestionario y recogida de los datos**

Se aplicó el cuestionario CCAENA© (Cuestionario de continuidad asistencial entre niveles de atención), una herramienta diseñada y validada para evaluar, de manera integral, la CA entre niveles desde la perspectiva del usuario<sup>9</sup>. El cuestionario está compuesto por dos apartados: 1) En el primero se reconstruye la utilización de los servicios en los tres últimos meses y se identifican los elementos de (dis)continuidad experimentados por los usuarios mediante preguntas abiertas y cerradas; 2) En el segundo, se obtiene información sobre la percepción general de CA, mediante escalas tipo likert (anexo 1).

El cuestionario se aplicó en entrevistas presenciales llevadas a cabo por encuestadores entrenados previamente. El trabajo de campo se realizó entre los meses de enero y mayo de 2010.

### **VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

*Variables de resultado.* Las variables que recogen las experiencias de (dis)continuidad son de carácter dicotómico y expresan la presencia de dichos elementos en la utilización de los servicios. Las variables que recogen la percepción general de CA son índices compuestos calculados a partir de los ítems que componían las escalas de Likert. Se otorgó un valor numérico a cada una de las respuestas: 0 (nunca o totalmente en desacuerdo), 1 (pocas veces o en desacuerdo), 2 (muchas veces o de acuerdo) y 3 (siempre o totalmente de acuerdo). Para tratar los valores ausentes, se aplicó el método de imputación simple basado en la media de las puntuaciones del ítem. Esta forma se considera adecuada debido a la alta proporción de casos completos<sup>16</sup>. El cálculo del valor global se realizó dividiendo la suma de las puntuaciones por la máxima puntuación posible. Para facilitar los análisis y la interpretación de los resultados, los valores obtenidos se transformaron en una escala diez valores y se recodificaron de la siguiente manera: hasta 4,9 puntos baja percepción de CA y a partir de 5 alta percepción de CA (tabla 1).

*Variables explicativas.* La variable explicativa principal fue el estatus de inmigrante, entendida como toda persona nacida fuera de España y con residencia habitual en el

país<sup>17;18</sup>. Las covariables fueron las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de educación, tiempo de residencia en España y país de origen), la morbilidad declarada (percepción del estado de salud, número de enfermedades y duración de la enfermedad motivo de consulta) y el área de estudio (anexo 2).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, comparando las características de la población inmigrante y la población autóctona y aplicando la prueba de chi-cuadrado. Para contrastar las hipótesis de asociación entre las variables de resultado y el estatus de inmigrante se realizaron, en primer lugar, análisis de carácter bivariado, y posteriormente, se construyeron modelos de regresión logística en los que se ajustó por todas las covariables. Una vez construidos los modelos, se comprobaron los posibles efectos de interacción entre la variable “estatus de inmigración” y “sexo”. Dado que no se encontraron efectos significativos de interacción, no se construyeron modelos estratificados por esta variable. Se calcularon las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% de las OR.

El nivel de significación considerado fue de 0,05. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 11.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se realizó de acuerdo a las vigentes normas éticas de la legislación europea y española. Antes de realizar la entrevista se obtuvo el consentimiento informado oral de los participantes y se aseguró la confidencialidad de los datos analizándolos de forma anónima. El protocolo de estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del Parc Salut Mar (2009/3414/I).

## **Resultados**

El 77,5% de los pacientes contactados rehusaron participar en el estudio, sin que se observaran diferencias entre la muestra y la población de estudio en cuanto al sexo y la edad. La muestra definitiva estaba compuesta por 1500 usuarios, de los cuales 331 (22%) eran inmigrantes y la mayoría (178) residía en Ciutat Vella (53,8%). La población inmigrante era más joven, con mayor nivel de estudios, mejor salud percibida y menos enfermedades declaradas que la población autóctona. El 54,3% de los inmigrantes provenían de un país de habla hispana, el 83% de países de baja renta y el 47,3% llevaban más de 8 años residiendo en España (Tabla 2).

En cuanto a su trayectoria en los servicios de salud, el 66,3% de la población autóctona y el 68,3% de la población inmigrante fueron al médico de AS después de haber ido al médico de AP y el 48,2% de los autóctonos y 39,9% de los inmigrantes fueron primero a la AS y posteriormente a la AP (Tabla 2).

### **Continuidad de relación**

En cuanto a las experiencias de continuidad de relación, los usuarios inmigrantes expresaron en menor proporción ser atendidos por un mismo médico de AP que los autóctonos (80,8% y 75,5%, respectivamente). Sin embargo, en el modelo multivariable no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (OR: 1,05 (IC95%: 0,75-1,46)), así como tampoco en la probabilidad de ser atendido por el mismo médico de la AS (OR: 1,26 (IC95%: 0,85-1,87)) (tabla 3).

Respecto a la percepción del vínculo con los médicos de la AP, se observó que los usuarios inmigrantes tendían a percibir un menor vínculo que los autóctonos (95,6% y 86,7%, respectivamente), efecto que se mantuvo en el modelo multivariable (OR: 0,40 (IC95%: 0,24-0,65)) (tabla 3).

En un segundo modelo de regresión logística se ajustó adicionalmente por otras covariables: el país de origen y el tiempo de residencia en España. Se observaron diferencias en el vínculo con el médico de AP entre los usuarios de países de habla hispana y los autóctonos (OR: 0,32 (IC95%: 0,18-0,55)), pero no cuando se comparó con los usuarios procedentes de otros países de habla no hispana (OR: 0,54 (IC95%: 0,28-1,06)). Los usuarios con una estancia inferior a los ocho años percibían un peor vínculo con los profesionales de AP que los autóctonos (OR: 0,30 (IC95%: 0,17-0,55)). No se observaron diferencias entre la población nativa y aquella con una estancia superior a los ocho años (OR: 0,53 (IC95%: 0,28-1,00)) (tabla 4).

Finalmente, no se observaron diferencias en el vínculo establecido con los médicos de la AS de acuerdo al estatus de inmigrante (OR: 1,27 (IC95%: 0,88-1,84)) (tabla 3).

### **Continuidad de información**

En cuanto a los elementos de (dis)continuidad relacionados con la transferencia de información entre niveles, el 86,2% de los autóctonos percibió que el médico de AP conocía el tratamiento prescrito por el médico de la AS, respecto al 77% de los

inmigrantes. Sin embargo, esta diferencia dejó de ser significativa en el modelo multivariable (OR: 0,72, (IC95%: 0,38-1,36)). No se hallaron diferencias entre ambos grupos en el resto de variables analizadas.

De manera similar, se observó que los usuarios inmigrantes tendían a percibir una menor transferencia de información entre profesionales que los autóctonos (74,3% y 59,1%), efecto que dejó de ser significativo en el modelo multivariable (OR: 1,04 (IC95%: 0,76-1,43)) (tabla 5).

### **Continuidad de gestión**

Se analizaron elementos de (dis)continuidad relacionados con la coherencia del cuidado y la accesibilidad entre niveles. En el análisis bivariante no se encontraron diferencias entre la población autóctona e inmigrante en la derivación como vía de acceso a la AP y la AS. Sin embargo, en los modelos multivariados se observó que las consultas consecuencia de una derivación desde el otro nivel asistencial fueron más frecuentes en la población inmigrante que en la autóctona, tanto para acceder a la AP como a la AS (OR: 1,67 (IC95%: 1,07-2,62) y OR: 1,56 (IC95%: 1,05-2,30), respectivamente).

En relación a la percepción de adecuación del tiempo de espera para ser atendido, no se encontraron diferencias entre las dos poblaciones para la AP (OR:1,19 (IC95%: 0,69-2,06)). Sin embargo, la probabilidad de percibir que el tiempo de espera para la consulta en AS fuese adecuado fue menor en la población inmigrante (60,9 y 47,8%, respectivamente). Estas diferencias se mantuvieron en el modelo multivariable (OR:0,62, (IC95%: 0,44-0,87)) (tabla 6), incluso tras ajustar por el tiempo de espera reportado (OR:0,59, (IC95%: 0,41-0,85)).

Finalmente, ni en el análisis bivariado ni en el análisis multivariable se observaron diferencias en la percepción de la coherencia del cuidado entre los niveles de atención entre las dos poblaciones (OR: 1,12 (IC95%: 0,71-1,76)) (tabla 6).

### **Discusión**

Este estudio representa la primera aproximación al análisis integral y comparativo de la percepción de CA de los usuarios inmigrantes respecto a los autóctonos. Entre los hallazgos destaca una percepción de un peor vínculo con el médico de la AP entre la población inmigrante, específicamente en los originarios de países de habla hispana y

aquéllos con menos de ocho años de residencia en España. Adicionalmente, se ha observado que la población inmigrante tiene una mayor probabilidad de acceder a ambos niveles como consecuencia de una derivación desde el otro nivel y una menor probabilidad de percibir que el tiempo de espera para la AS es adecuado.

### **Continuidad de relación**

Las diferencias halladas en la percepción del vínculo con el médico de AP concuerdan con otros estudios que sugieren que la continuidad de relación es peor en población inmigrante<sup>11</sup>. Algunos estudios han sugerido que una comprensión limitada del idioma podría limitar la posibilidad de establecer vínculos con los profesionales<sup>10</sup>. En el estudio se observa que la percepción del vínculo con los profesionales de la AP es peor entre los inmigrantes de países de habla hispana. El conocimiento del idioma no parece, por lo tanto, ser un factor determinante en la percepción de este vínculo. El tiempo de residencia podría explicar parcialmente las diferencias, puesto que se observaron resultados estadísticamente significativos en la población que llevaba menos de ocho años de residencia y no se observaron en aquella población con una estancia superior. Diferentes motivos pueden estar explicando este resultado: 1) que la población que lleva menos tiempo tenga una mayor expectativa respecto al vínculo con el médico de AP<sup>13</sup>, 2) que tengan diferentes necesidades en salud que repercutan en una evaluación diferente de su atención<sup>6</sup>, 3) que realicen una menor utilización de la AP y tengan menos experiencias o 4) que reciban una peor atención que la población autóctona<sup>12</sup>. Se tendrían que realizar más estudios para profundizar en los mecanismos que median en estas diferencias.

### **Continuidad de información**

No se han observado diferencias entre los dos grupos de población en la transferencia de información clínica. Este atributo de la CA ha sido escasamente analizado en la literatura. Taira et al.<sup>19</sup> observaron diferencias entre etnias cuando analizaron una variable que incluía la transferencia de información clínica. El hecho de observar resultados discordantes puede ser debido a que la variable no ha sido analizada de la misma manera y a que el concepto “estatus de inmigración” no es equivalente al de etnias.

### **Continuidad de gestión**

Se ha observado diferencias en la vía de acceso a la AP y a la AS, accediendo la población inmigrante en mayor proporción a ambos niveles como consecuencia de una derivación desde el otro nivel. No se pueden comparar estos resultados con estudios previos, ya que éste atributo de la CA ha sido escasamente analizado. Entre las causas de las diferencias podríamos sugerir tres: 1) que la población autóctona utiliza vías no convencionales para ser atendida a las que la población inmigrante no tiene acceso, 2) que los profesionales perciben una mayor necesidad de transferencia de información en la población inmigrante, por lo que favorecen la derivación o 3) que la sobrecarga que representa la atención a la población inmigrante<sup>20</sup> motive a los profesionales a derivarlos en mayor grado. Los mecanismos que inducen esta diferencia deberían ser estudiados en mayor detalle.

Adicionalmente, se encontraron diferencias en la percepción de la adecuación del tiempo de espera en la AS que se mantuvieron tras ajustar por el tiempo de espera. De nuevo, las diferentes expectativas de la población inmigrante podrían estar explicando este resultado<sup>13</sup>, aunque también podría influenciar que los inmigrantes acuden a los servicios de salud cuando la enfermedad está más avanzada<sup>2</sup>, y por lo tanto, su necesidad percibida puede ser mayor que en la población autóctona.

### **Limitaciones**

La muestra del estudio principal fue diseñada para ser representativa de la población general usuaria de los servicios públicos en las tres áreas de estudio y, por consiguiente, se espera que también sea representativa de la población inmigrante. No obstante, esta puede estar infra o sobrerrepresentada dado que se sustituyó a las personas que no respondían por otras del mismo grupo de edad y sexo, pero no de la misma nacionalidad. Adicionalmente, se han excluido aquellas personas que no entendían suficientemente el catalán o castellano. Esto puede haber sobrerrepresentado al colectivo inmigrante originario de países de habla castellana o con mayor tiempo de residencia en España. Finalmente, la población inmigrante es una población de características heterogéneas. Para hacer patente esta variabilidad, se ha caracterizado en la medida de lo posible la muestra (región de origen, tiempo de residencia, nivel de estudios,...). No obstante, hay otras variables que no se han tenido en cuenta al realizar los análisis, como la situación laboral o las condiciones de trabajo, que podrían dar más información sobre la vulnerabilidad de la muestra analizada. Como consecuencia de las

limitaciones mencionadas, se requiere precaución al extrapolar los resultados del estudio a otras poblaciones.

### **Conclusiones**

Este estudio aborda un vacío existente en el conocimiento de la CA, poniendo de relieve diferencias entre población autóctona e inmigrante en las experiencias de (dis)continuidad y las percepciones generales de CA. Se han hallado diferencias en el vínculo con el médico de AP, en la vía de acceso a la AP y la AS y en la percepción del tiempo de espera para la acceder a la AS. Sin embargo, se tendría que profundizar en los factores que inducen estas diferencias para poder tomar las medidas oportunas y disminuirlas o eliminarlas.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 10-2-2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.CatSalut.Departament de Sanitat i Seguretat Social.Generalitat de Catalunya; 2004.
3. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vazquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health*. 2010;55:381-90.
4. Health Canada. Certain circumstances. Issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada. Ottawa; 2008.
5. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J*. 2005;81:141-7.
6. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:701-7.
7. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
8. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organization; 2010.
9. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. *Gac Sanit*. 2010;24:339-46.
10. Hawley ST, Janz NK, Lillie SE, Friese CR, Griggs JJ, Graff JJ, et al. Perceptions of care coordination in a population-based sample of diverse breast cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2010;81 Suppl:S34-S40.
11. Dallo FJ, Borrell LN, Williams SL. Nativity status and patient perceptions of the patient-physician encounter: results from the Commonwealth Fund 2001 survey on disparities in quality of health care. *Med Care*. 2008;46:185-91.
12. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ*. 2009;339:b3450.

13. Cabría A, Conde F, Pérez A, Prieto D, Pérez O. Determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. Consejería de Sanidad.Gobierno de Cantabria; 2010.
14. Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Llopart JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;371-87.
15. Servei Català de la Salut. Registre central de persones assegurades. 2010.
16. Haukoos JS, Newgard CD. Advanced statistics: missing data in clinical research--part 1: an introduction and conceptual framework. *Acad Emerg Med*. 2007 Jul;14(7):662-8.
17. Malmusi D, Jansà JM, del Vallado L. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81:399-409.
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos. Nueva York: Grupo Mundi-Prensa; 2009.
19. Taira DA, Safran DG, Seto TB, Rogers WH, Inui TS, Montgomery J, et al. Do patient assessments of primary care differ by patient ethnicity? *Health Serv Res*. 2001;36:1059-71.
20. Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int J Public Health*. 2010;DOI: 10.1007/s00038-010-0223-7.

## Tablas

**Tabla 1.** Variables resultado incluidas en el análisis y categorización

Tipo de continuidad	Variable	Categoría
<b>EXPERIENCIAS DE CR</b>	Número de médicos de AP que le han atendido en el último año por el mismo motivo	1 médico > 1 médico
	Número de médicos de AS que le han atendido en el último año por el mismo motivo	
<b>PERCEPCIÓN DE CR</b>	Vínculo con el médico de AP	Elevada (Muy elevada y elevada)
	Vínculo con el médico de AS	Baja (Muy baja y baja)
<b>EXPERIENCIAS DE CI</b>	<i>Consulta AP después de haber consultado AS</i>	
	El médico de AP conoce las indicaciones del médico de AS	Sí No
	El médico de AP conoce el tratamiento del médico de AS	
	<i>Consulta AS después de haber consultado AP</i>	
	El médico de AS sabe el motivo por el cual le envía el médico de AP	Sí No
	El médico de AS conoce los resultados de pruebas hechas en AP	
<b>PERCEPCIÓN DE CI</b>	Transferencia de la información clínica	Elevada (Muy elevada y elevada) Baja (Muy baja y baja)
<b>EXPERIENCIAS DE CG</b>	<i>Consulta AP después de haber consultado AS</i>	
	El médico de AS le envió a la consulta con el médico de AP	Sí No
	Percepción del tiempo transcurrido desde la solicitud hasta que le atiende el médico de AP	Adecuado Largo o excesivo
	<i>Consulta AS después de haber consultado AP</i>	
	El médico de AP le envió a la consulta con el médico de AS	Sí No
	Percepción del tiempo transcurrido desde la solicitud hasta que le atiende el médico de AS	Adecuado Largo/excesivo
<b>PERCEPCIÓN DE CG</b>	Coherencia del cuidado	Elevada (Muy elevada y elevada) Baja (Muy baja y baja)

AP: Atención Primaria; AS: Atención secundaria; CG: Continuidad de gestión; CI: Continuidad de información; CR: Continuidad de relación.

**Tabla 2.** Caracterización de la muestra

<b>Características</b>	<b>Autóctonos n (%)</b>	<b>Inmigrantes n (%)</b>	<b>p-valor<sup>a</sup></b>
<b>Área de estudio</b>			
Baix Empordà	412 (35,2)	82 (24,8)	<0,001
Girona	336 (28,7)	71 (21,5)	
Ciutat Vella (Barcelona)	421 (36,0)	178 (53,8)	
<b>Sexo</b>			
Mujer	666 (57,0)	184 (55,6)	0,654
Hombre	503 (43,0)	147 (44,4)	
<b>Edad</b>			
18-35 años	115 (9,8)	119 (36,0)	<0,001
36-50 años	215 (18,4)	133 (40,2)	
51-65 años	335 (28,7)	57 (17,2)	
> 65 años	504 (43,1)	22 (6,6)	
<b>Nivel de estudios</b>			
Educación primaria incompleta	223 (19,1)	48 (14,6)	<0,001
Educación primaria completa	326 (27,9)	41 (12,5)	
Educación secundaria completa	455 (39,0)	160 (48,6)	
Educación universitaria	164 (14,0)	80 (24,3)	
<b>Originario de país de habla hispana</b>			
Sí	-	176 (53,3)	
No	-	154 (46,7)	
<b>Originario de país de baja renta</b>			
Sí	-	274 (83,0)	
No	-	56 (17,0)	
<b>Tiempo de residencia</b>			
≤8 años	-	174 (52,7)	
> 8 años	-	156 (47,3)	
<b>Percepción estado de salud</b>			
Buena	528 (45,2)	171 (51,7)	0,038
Mala	640 (54,8)	160 (48,3)	
<b>Morbilidad</b>			
1 enfermedad	255 (21,8)	115 (34,7)	<0,001
2-3 enfermedades	570 (48,8)	165 (49,8)	
>3 enfermedades	344 (29,4)	51 (15,4)	
<b>Duración de la enfermedad motivo de consulta</b>			
≤1 año	485 (41,5)	147 (44,4)	0,342
>1 año	684 (58,5)	184 (55,6)	
<b>Trayectoria<sup>b</sup></b>			
Consulta la AP después de haber consultado la AS	563 (48,2)	132 (39,9)	0,002
Consulta la AS después de haber consultado la AP	775 (66,3)	226 (68,3)	0,441

AP: atención Primaria; AS: atención secundaria

<sup>a</sup> Prueba de chi-cuadrado

<sup>b</sup> Un paciente puede haber realizado más de una transición entre niveles de atención

**Tabla 3.** Experiencias y percepción general de la continuidad de relación, resultados de los análisis bivariariables y modelos de regresión logística

		A. Bivariariable			A. Multivariable <sup>a</sup>		
		n (%)	ORc	IC 95%	n (%)	ORa	IC 95%
<b>Experiencias</b>	<b>Atendido por un único médico de AP por el mismo motivo</b>						
	Autóctonos	945 (80,8)	Ref.		943 (80,8)	Ref.	
	Inmigrantes	249 (75,5)	<b>0,73</b>	0,55-0,97	248 (75,6)	1,05	0,75-1,46
	<b>Atendido por un único médico de AS<sup>b</sup> por el mismo motivo</b>						
<b>Percepción</b>	Autóctonos	947 (84,5)	Ref.		945 (84,5)	Ref.	
	Inmigrantes	271 (85,5)	1,09	0,76-1,54	271 (85,8)	1,26	0,85-1,87
	<b>Buena percepción del vínculo con el médico de AP</b>						
	Autóctonos	1118 (95,6)	Ref.		1116 (95,6)	Ref.	
Inmigrantes	286 (86,7)	<b>0,30</b>	0,19-0,45	284 (86,6)	<b>0,40</b>	0,24-0,65	
<b>Buena percepción del vínculo con el médico de AS</b>	Autóctonos	993 (85,2)	Ref.		991 (85,1)	Ref.	
	Inmigrantes	270 (81,8)	0,78	0,57-1,08	268 (81,7)	1,27	0,88-1,84

AP: atención primaria; AS: atención secundaria; CR: continuidad de relación; IC: intervalo de confianza; ORc: odds ratio cruda; ORa: odds ratio ajustada; Ref.: categoría de referencia.

Las OR significativas (p-valor<0,05) se señalan en negrita.

<sup>a</sup> Los análisis de regresión logística se ajustaron por: área de estudio, sexo, edad, nivel de estudios, percepción del estado de salud, morbilidad, duración de la enfermedad motivo de consulta

<sup>b</sup> Se tuvo en cuenta una única especialidad médica

**Tabla 4.** Percepción del vínculo con el médico de AP, según lugar de origen y tiempo de residencia

<b>Buena percepción del vínculo con el médico de AP</b>						
	<b>A. BIVARIABLE</b>			<b>A. MULTIVARIABLE<sup>a</sup></b>		
	<b>n (%)</b>	<b>ORc</b>	<b>IC 95%</b>	<b>n (%)</b>	<b>ORa</b>	<b>IC 95%</b>
<b>PAÍS DE ORIGEN</b>						
España	1118 (95,6)	Ref.		1116 (95,6)	Ref.	
Otros países de habla hispana	148 (84,1)	<b>0,24</b>	0,15-0,39	148 (84,1)	<b>0,32</b>	0,18-0,55
Otros países	137 (89,5)	<b>0,39</b>	0,22-0,70	135 (89,4)	0,54	0,28-1,06
<b>TIEMPO DE RESIDENCIA</b>						
Autóctonos	1118 (95,6)	Ref.		1116 (95,6)	Ref.	
Inmigrantes de > 8 años	140 (90,3)	<b>0,43</b>	0,23-0,78	139 (90,3)	0,53	0,28-1,00
Inmigrantes de ≤ 8 años	145 (83,3)	<b>0,23</b>	0,14-0,37	144 (83,2)	<b>0,30</b>	0,17-0,55

AP: atención primaria; IC: intervalo de confianza; ORc: odds ratio cruda; ORa: odds ratio ajustada; Ref.: categoría de referencia.

Las OR significativas (p-valor<0,05) se señalan en negrita.

<sup>a</sup> Los análisis de regresión logística se ajustaron por: área de estudio, sexo, edad, nivel de estudios, percepción del estado de salud, morbilidad, duración de la enfermedad motivo de consulta

**Tabla 5.** Experiencias y percepción general de la continuidad de información, resultados de los análisis bivariados y de los modelos de regresión logística

		A. Bivariable			A. Multivariable <sup>a</sup>		
		n (%)	ORc	IC 95%	n (%)	ORa	IC 95%
<b>Experiencias</b>	<i>Consulta AP después de consultar AS</i>						
	<b>El médico de AP conoce las indicaciones del médico de AS</b>						
	Autóctonos	431 (81,9)	Ref.		430 (81,9)	Ref.	
	Inmigrantes	93 (76,9)	0,73	0,45-1,18	92 (76,7)	1,06	0,61-1,85
	<b>El médico de AP conoce el tratamiento del médico de AS</b>						
	Autóctonos	388 (86,2)	Ref.		387 (86,2)	Ref.	
	Inmigrantes	77 (77,0)	<b>0,54</b>	0,31-0,92	76 (76,8)	0,72	0,38-1,36
	<i>Consulta AS después de consultar AP</i>						
	<b>El médico de AS sabe el motivo por el que le envía el médico de AP</b>						
	Autóctonos	471 (82,1)	Ref.		471 (82,2)	Ref.	
Inmigrantes	135 (78,9)	0,82	0,54-1,25	135 (79,4)	1,20	0,73-1,97	
<b>Percepción</b>	<b>El médico de AS conoce los resultados de pruebas hechas en AP</b>						
	Autóctonos	333 (81,8)	Ref.		332 (82,0)	Ref.	
	Inmigrantes	109 (81,3)	0,97	0,59-1,60	109 (82,0)	1,21	0,67-2,20
	<b>Buena percepción de transferencia de información entre niveles</b>						
	Autóctonos	837 (74,3)	Ref.		835 (74,2)	Ref.	
	Inmigrantes	188 (59,1)	<b>0,50</b>	0,39-0,65	187 (59,2)	1,04	0,76-1,43

AP: atención Primaria; AS: atención secundaria; CI: Continuidad de información; IC: intervalo de confianza; ORc: odds ratio cruda; ORa: odds ratio ajustada; Ref.: categoría de referencia. Las OR significativas (p-valor<0,05) se señalan en negrita.

<sup>a</sup> Los análisis de regresión logística se ajustaron por: área de estudio, sexo, edad, nivel de estudios, percepción del estado de salud, morbilidad, duración de la enfermedad motivo de consulta

**Tabla 6.** Experiencias y percepción general de la continuidad de gestión, resultados de los análisis bivariantes y de los modelos de regresión logística

		A. Bivariable			A. Multivariable <sup>a</sup>		
		n (%)	ORc	IC 95%	n (%)	ORa	IC 95%
<b>Experiencias</b>	<i>Consulta AP después de consultar AS</i>						
	<b>El médico de AS le envió a la consulta con el médico de AP</b>						
	Autóctonos	194 (34,5)	Ref.		194 (34,5)	Ref.	
	Inmigrantes	53 (40,2)	1,28	0,87-1,88	53 (40,5)	<b>1,67</b>	1,07-2,62
	<b>El tiempo de espera para la consulta del médico de AP es adecuado</b>						
	Autóctonos	451 (80,4)	Ref.		450 (80,4)	Ref.	
	Inmigrantes	105 (80,2)	0,99	0,61-1,59	104 (80,0)	1,19	0,69-2,06
	<i>Consulta AS después de consultar AP</i>						
	<b>El médico de AP le envió a la consulta con el médico de AS</b>						
	Autóctonos	543 (70,1)	Ref.		542 (70,1)	Ref.	
	Inmigrantes	168 (74,3)	1,24	0,89-1,73	167 (74,2)	<b>1,56</b>	1,05-2,30
	<b>El tiempo de espera para la consulta del médico de AS es adecuado</b>						
Autóctonos	471 (60,9)	Ref.		470 (60,9)	Ref.		
Inmigrantes	108 (47,8)	<b>0,59</b>	0,44-0,79	108 (48,0)	<b>0,62</b>	0,44-0,87	
<b>Percepción</b>	<b>Buena percepción de la coherencia del cuidado entre niveles</b>						
	Autóctonos	1035(91,5)	Ref.		1033 (91,5)	Ref.	
	Inmigrantes	276 (88,5)	0,71	0,47-1,07	274 (88,5)	1,12	0,71-1,76

AP: atención primaria; AS: atención secundaria; CG: continuidad de gestión; IC: intervalo de confianza; ORc: odds ratio cruda; ORa: odds ratio ajustada; Ref.: categoría de referencia.

Las OR significativas (p-valor<0,05) se señalan en negrita.

<sup>a</sup> Los análisis de regresión logística se ajustaron por: área de estudio, sexo, edad, nivel de estudios, percepción del estado de salud, morbilidad, duración de la enfermedad motivo de consulta

## **Cuadro final**

### **¿Qué se sabe sobre el tema?**

- La continuidad asistencial es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal; se han definido tres tipos, de relación, información, gestión.
- Estudios en otros contextos han relacionado el estatus de inmigrante con una peor percepción del vínculo con los profesionales sanitarios.
- En nuestro contexto, diferentes estudios muestran barreras y un peor acceso a los servicios de salud en la población inmigrante. No hay estudios previos sobre continuidad asistencial y población inmigrante.

### **¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?**

- Existen diferencias entre población inmigrante y autóctona en cuanto a la percepción y a la experiencia de continuidad asistencial, a destacar la peor percepción de la población inmigrante del vínculo con el médico de AP.
- Se requieren investigaciones adicionales para profundizar en los factores que influyen en estas diferencias para poder tomar medidas oportunas y disminuirlas.

## Anexo 1

Ítems de los diferentes tipos CA y respuestas tipo likert

Tipo y dimensión de continuidad	Ítems	Respuestas
<b>CONTINUIDAD DE RELACIÓN: Vínculo paciente-médico de la AP</b>	<p>Confío en la capacidad profesional de mi médico de cabecera</p> <p>Creo que mi médico de cabecera se interesa por mí</p> <p>Me siento cómodo preguntándole a mi médico de cabecera mis dudas o mis problemas de salud</p> <p>Mi médico de cabecera entiende lo que le digo sobre mi salud</p> <p>La información que me da mi médico de cabecera se entiende fácilmente</p> <p>La información que me da mi médico de cabecera es suficiente</p> <p>Recomendaría mi médico de cabecera a mis amigos o familiares</p>	<p>-Totalmente de acuerdo</p> <p>-De acuerdo</p> <p>-En desacuerdo</p> <p>-Totalmente en desacuerdo</p>
<b>CONTINUIDAD DE RELACIÓN: Vínculo paciente-médico de la AS</b>	<p>Confío en la capacidad profesional de los especialistas que me tratan</p> <p>Creo que los especialistas se interesan por mí</p> <p>Me siento cómodo preguntándole mis dudas a los especialistas</p> <p>Los especialistas entienden lo que les digo sobre mi salud</p> <p>La información que me dan los especialistas se entiende fácilmente</p> <p>La información que me dan los especialistas es suficiente</p> <p>Recomendaría mis especialistas a mis amigos o familiares</p>	<p>-Siempre</p> <p>-Muchas veces</p> <p>-Pocas veces</p> <p>-Nunca</p>
<b>CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN: Transferencia de información</b>	<p>Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo</p> <p>Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta conmigo la consulta</p> <p>Mi médico de cabecera conoce las indicaciones que el especialista me ha dado antes de que yo se las explique</p> <p>El especialista conoce las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado antes de que yo se las explique</p>	<p>-Siempre</p> <p>-Muchas veces</p> <p>-Pocas veces</p> <p>-Nunca</p>
<b>CONTINUIDAD DE GESTIÓN: Coherencia del cuidado</b>	<p>Mi médico de cabecera está de acuerdo con las indicaciones del especialista</p> <p>El especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera</p> <p>Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada</p>	

El cuestionario CCAENA® está disponible en su totalidad en <http://www.consorci.org/>

## Anexo 2

### Variable explicativa y covariables incluidas en el análisis y categorización

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Categorías</b>
Estatus de inmigrante	Lugar de nacimiento	España Otro país
Área de estudio	Área de estudio	Baix Empordà Girona Ciutat Vella (Barcelona)
Sexo	Sexo	Mujer Hombre
Edad	Edad	18-35 años 36-50 años 51-65 años > 65 años
Nivel estudios	Nivel máximo de estudios finalizados	Educación primaria incompleta Educación primaria completa Bachillerato o equivalente completo Educación universitaria completa
Originario de país de habla hispana	Nacido en países de Latinoamérica y Caribe	Sí No
Originario de país de baja renta	Nacido en países de Latinoamérica y Caribe, África, Oriente medio y Àsia	Sí No
Tiempo de residencia	Tiempo viviendo en España	≤ 8 años > 8 años
Estado de salud	Percepción del estado de salud	Buena (muy buena/ buena) Mala (regular/ mala/ muy mala)
Morbilidad	Número de enfermedades declaradas	1 enfermedad 2 enfermedades ≥3 enfermedades
Duración enfermedad motivo de consulta	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad motivo de consulta	≤1 año >1 año

## **TAREAS REALIZADAS**

La tesina se ha realizado durante los meses de diciembre de 2010 a junio de 2011. El resinando llevó a cabo todas las tareas especificadas en el plan de trabajo del protocolo, asesorado por sus directoras de tesina. Las tareas fueron: 1. Familiarización con los marcos conceptuales de continuidad asistencial y el sistema sanitario de Cataluña. Revisión bibliográfica de continuidad, coordinación y calidad asistencial en población inmigrante 2. Elaboración del protocolo y presentación 3. Análisis estadístico de los datos obtenidos de las entrevistas 4. Interpretación de los resultados y otros subanálisis 5. Redacción y elaboración de tesina.

# ANEXO

## CUESTIONARIO CCAENA (VERSIÓN CASTELLANA)



Cuestionario Nº: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO CCAENA- CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

#### A. DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

1. Localidad: .....	_____
2. Encuestador/a: .....	_____
3. Fecha de la entrevista:.....	___/___/___
Hora de comienzo: .....	4. Duración (minutos) _____
Hora de término: .....	
5. CAP del entrevistado: .....	_____
6. Lugar de la entrevista	
1 Domicilio                      2 CAP                      3 Cafetería, bar                      4 Al aire libre                      5 Lugar de trabajo	
6 Otro. Especificar.....	

#### INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO

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

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

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

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

Le agradecemos su colaboración.

Copyright 2010 ©. Consorci de Salut i Social de Catalunya; Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, AIE; Institut Català de la Salut; SAGESSA, Assistència Sanitària i Social, SA; Badalona Serveis Assistencials, SA. Barcelona, 2010. Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los titulares de la obra.

## B. ANTECEDENTES CLÍNICO-SANITARIOS

\* A continuación le haré una pregunta sobre su salud

7. En los últimos tres meses, ¿por qué motivo de salud o enfermedad ha consultado al médico de cabecera y también al especialista u hospital? \_\_\_\_\_

\* A continuación le haré unas preguntas referidas a        *NOMBRAR EL MOTIVO DE CONSULTA (PREGUNTA 7)*

8. ¿Desde cuándo tiene                     ? *NOMBRAR EL MOTIVO DE CONSULTA (PREGUNTA 7)*  
              meses ó        años \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál fue el primer lugar donde consultó por                     ?

- |                             |                          |                          |                           |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 Ambulatorio / CAP         | 2 Visita al especialista | 3 Urgencias del Hospital | 4 Cuando estubo ingresado |
| 5 Urgencias CAP/Ambulatorio | 6 Consulta privada       | 7 Revisión médica        | 98 NR    99 NS            |
| 8 Otro Especificar: .....   |                          |                          |                           |

10. ¿Dónde le informaron que tenía                     ?

- |                             |                          |                            |                           |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1 Ambulatorio / CAP         | 2 Visita al especialista | 3 Urgencias del Hospital   | 4 Cuando estubo ingresado |
| 5 Urgencias CAP/Ambulatorio | 6 Consulta privada       | 7 Revisión médica          | 8 Sin diagnosticar        |
| 98 NR                       | 99 NS                    | 9 Otro. Especificar: ..... |                           |

11. ¿Quién(es) es/son los responsables de llevarle (tratarle)                     ?

- |                            |                |         |                |
|----------------------------|----------------|---------|----------------|
| 1 Médico de cabecera       | 2 Especialista | 3 Ambos | 98 NR    99 NS |
| 4 Otro. Especificar: ..... |                |         |                |

12. ¿Cuánto tiempo hace que usted está viendo a el/los responsable(s) del cuidado de su           ?

Médico de cabecera:        meses ó        años      Especialista:        meses ó        años      \_\_\_\_\_

13. Por motivo de su           , en el último año, ¿le ha visitado siempre el mismo médico de cabecera? *NO SE INCLUYEN LAS VISITAS A URGENCIAS DEL CAP/AMBULATORIO*

- 1 Sí → pase a la pregunta 16    2 No    98 NR → pase a la pregunta 16    99 NS → pase a la pregunta 16

**SÓLO PARA AQUELLAS PERSONAS QUE HAN VISITADO A MÁS DE UN MÉDICO DE CABECERA**

14. Por motivo de su           , en el último año, ¿cuántos médicos del ambulatorio le han visitado? \_\_\_\_\_

15. ¿Por qué le visitó otro médico?

- |                             |                          |                                  |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1 Mi médico estaba de baja  | 2 Me cambiaron de médico | 3 Mi médico estaba de vacaciones |
| 4 Pedí un cambio de médico  | 8 NR                     | 99 NS                            |
| 5 Otros. Especificar: ..... |                          |                                  |

**PARA TODOS LOS ENCUESTADOS**

16. Por motivo de su           , ¿en el último año siempre le ha tratado el mismo médico especialista (consulta externa)? *LEER LAS POSIBLES RESPUESTAS. NO SE INCLUYEN LOS MÉDICOS QUE HAYAN PODIDO TRATARLE EN URGENCIAS NI EN LOS INGRESOS. HACE REFERENCIA A UNA ÚNICA ESPECIALIDAD MÉDICA: AQUELLA EN LA QUE LE HAYAN REALIZADO MÁS VISITAS.*

- 1 Sí → pase a la pregunta 19    2 No    98 NR → pase a la pregunta 19    99 NS → pase a la pregunta 19  
 3 No me ha visitado ningún especialista en consulta externa → pase a la pregunta 19

**SÓLO PARA AQUELLAS PERSONAS QUE LES HA VISITADO MÁS DE UN ESPECIALISTA**

17. Por motivo de su           , en el último año ¿cuántos médicos especialistas le han tratado en consulta externa? \_\_\_\_\_

18. ¿Por qué le visitó otro médico?

- |                             |                          |                                  |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1 El médico estaba de baja  | 2 Me cambiaron de médico | 3 El médico estaba de vacaciones |
| 4 Pedí un cambio de médico  | 98 NR                    | 99 NS                            |
| 5 Otros. Especificar: ..... |                          |                                  |

### C. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

**Esquema de las visitas**

*ESTE CUADRO ES UNA GUÍA DE AYUDA PARA EL ENCUESTADOR*

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

<b>Pasar por los apartados por los cuales el usuario haya realizado un salto de nivel asistencial</b>
---

Si ha sido visitado por un <b>médico de cabecera</b> después de visitar al <b>especialista</b>	→ pasar por el apartado <b>1</b>
Si ha sido visitado por un <b>médico de cabecera</b> después de ir a <b>urgencias del hospital</b>	→ pasar por el apartado <b>2</b>
Si ha sido visitado por un <b>médico de cabecera</b> después de haber sido dado de <b>alta del hospital</b>	→ pasar por el apartado <b>3</b>
Si ha sido visitado por <b>atención especializada</b> después de visitar al <b>médico de cabecera</b>	→ pasar por el apartado <b>4</b>
Si ha sido visitado en <b>urgencias hospitalarias</b> después de visitar al <b>médico de cabecera</b>	→ pasar por el apartado <b>5</b>
Si ha sido <b>ingresado/a en un hospital</b> después de visitar al <b>médico de cabecera</b>	→ pasar por el apartado <b>6</b>

<b>1. MÉDICO DE CABECERA después de visitar al ESPECIALISTA</b>	<b>Orden de consulta</b> ___
---	------------------------------

\* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su médico de cabecera, después de su consulta al especialista.

<b>22. ¿El especialista le envió a control con el médico de cabecera?</b> 1 Sí → <b>pase a la pregunta 24</b> 2 No      98 NR      99 NS
<b>23. ¿Por qué se visitó con el médico de cabecera?</b> 1 Para buscar recetas      2 El médico de cabecera me dijo que volviera a visitarme con él 3 Para explicarle la visita con el especialista      4 Para tramitar la baja/ el alta      5 Me encontraba mal de salud 6 Otros. Especificar: .....
<b>24. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?</b> 1 CAP/Ambulatorio      2 Hospital      3 Sanitat respon      4 Otro. Especificar: .....
<b>25. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita al especialista?</b> <div style="text-align: right;">Días ___ ___</div>
<b>26. ¿Cuántos días tardó desde que solicitó la visita hasta que vio al médico de cabecera?</b> <div style="text-align: right;">Días ___ ___</div>
<b>27. ¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron?</b> 1 Adecuado      2 Largo      3 Excesivo      98 NR      99 NS
<b>28. ¿El especialista le entregó un informe para su médico de cabecera?</b> 1 Sí      2 No      98 NR      99 NS
<b>29. ¿Su médico de cabecera conocía las indicaciones que le había dado el especialista? (medicamentos, controles, etc.) LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b> 1 Sí      2 No      3 No me dieron indicaciones      98 NR      99 NS
<b>30. ¿Su médico de cabecera conocía el tratamiento que el especialista le había mandado? LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b> 1 Sí      2 No      3 No me dieron tratamiento → <b>pase a la pregunta 35</b> 98 NR      99 NS
<b>31. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento que le puso el especialista?</b> 1 Sí      2 No      98 NR      99 NS
<b>32. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento que le puso el especialista?</b> 1 Sí      2 No      98 NR      99 NS
<b>33. ¿Le hizo algún cambio en el tratamiento que le puso el especialista?</b> 1 Sí      2 No → <b>pase a la pregunta 35</b> 98 NR → <b>pase a la pregunta 35</b> 99 NS → <b>pase a la pregunta 35</b>
<b>34. ¿Qué le cambió?</b> 1 Retiró el tratamiento      2 Cambió la pauta del tratamiento      3 Cambió la dosis del tratamiento 4 Añadió otro tratamiento      5 Lo cambió por otro similar      6 Otros. Especificar: .....
<b>35. ¿El médico de cabecera resolvió sus dudas sobre la consulta al especialista? LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b> 1 Sí      2 No      3 No tenía dudas      4 No le pregunté      98 NR      99 NS
<b>36A. ¿Cree que la atención entre el especialista y su médico de cabecera estuvo bien coordinada?</b> 1 Sí      2 No      3 En parte      98 NR      99 NS
<b>36B. ¿Por qué?</b> <div style="text-align: right;">           _____            _____            _____         </div>

2. MÉDICO DE CABECERA después de ir a URGENCIAS DEL HOSPITAL		Orden de consulta ___	
* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su médico de cabecera, después de su consulta en urgencias del hospital.			
37. ¿El médico de urgencias le envió a control con el médico de cabecera?			
1 Sí → pase a la pregunta 39	2 No	98 NR	99 NS
38. ¿Por qué se visitó con el médico de cabecera?			
1 Para buscar recetas	2 El médico de cabecera me dijo que volviera a visitarme con él		
3 Para explicarle la visita con el especialista	4 Para tramitar la baja/ el alta	5 Me encontraba mal de salud	
6 Otros. Especificar: .....			
39. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?			
1 CAP/Ambulatorio	2 Hospital	3 Sanitat respon	4 Otro. Especificar:.....
40. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después de la visita a urgencias del hospital?			
			Días ___
41. ¿Cuántos días tardó desde que solicitó la visita hasta que vio al médico de cabecera?			
			Días ___
42. ¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron?			
1 Adecuado	2 Largo	3 Excesivo	98 NR 99 NS
43. ¿El médico de urgencias le entregó un informe para su médico de cabecera?			
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS
44. ¿Su médico de cabecera conocía las indicaciones que le habían dado en urgencias? (medicamentos, controles, etc.) LEER OPCIONES DE RESPUESTA			
1 Sí	2 No	3 No me dieron indicaciones	98 NR 99 NS
45. ¿Su médico de cabecera conocía el tratamiento que el médico de urgencias le había mandado? LEER OPCIONES DE RESPUESTA			
1 Sí	2 No	3 No me dieron tratamiento → pase a la pregunta 50	98 NR 99 NS
46. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento que le puso el médico de urgencias?			
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS
47. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento que le puso el médico de urgencias?			
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS
48. ¿Le hizo algún cambio en el tratamiento que le puso el médico de urgencias?			
1 Sí	2 No → pase a la pregunta 50	98 NR → pase a la pregunta 50	99 NS → pase a la pregunta 50
49. ¿Qué le cambió?			
1 Retiró el tratamiento	2 Cambió la pauta del tratamiento	3 Cambió la dosis del tratamiento	
4 Añadió otro tratamiento	5 Lo cambió por otro similar	6 Otros. Especificar: .....	
50. ¿El médico de cabecera resolvió sus dudas sobre la consulta al médico de urgencias? LEER OPCIONES DE RESPUESTA			
1 Sí	2 No	3 No tenía dudas	4 No le pregunté 98 NR 99 NS
51A. ¿Cree que la atención entre el médico de urgencias y su médico de cabecera estuvo bien coordinada?			
1 Sí	2 No	3 En parte	98 NR 99 NS
51B. ¿Por qué?			
			___
			___
			___

3. MÉDICO DE CABECERA después de haber sido dado de ALTA DEL HOSPITAL		Orden de consulta ___	
* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida de su médico de cabecera, después del alta hospitalaria.			
52. En el hospital, cuando le dieron el alta, ¿le dijeron que tenía que ir al médico de cabecera?			
1 Sí → pase a la pregunta 54	2 No	98 NR	99 NS

<b>53. ¿Por qué se visitó con el médico de cabecera?</b>				
1 Para buscar recetas	2 El médico de cabecera me dijo que volviera a visitarme con él	3 Para explicarle la visita con el especialista	4 Para tramitar la baja/ el alta	5 Me encontraba mal de salud
6 Otros. Especificar: .....				
<b>54. ¿Desde dónde le programaron la visita al médico de cabecera?</b>				
1 CAP/Ambulatorio	2 Hospital	3 Sanitat respon	4 Otro. Especificar: .....	
<b>55. ¿Cuántos días tardó en ver a su médico de cabecera después del alta hospitalaria?</b>				
				Días ____
<b>56. ¿Cuántos días tardó desde que solicitó la visita hasta que vio al médico de cabecera?</b>				
				Días ____
<b>57. ¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron?</b>				
1 Adecuado	2 Largo	3 Excesivo	98 NR	99 NS
<b>58. ¿El médico del hospital le entregó un informe de su hospitalización?</b>				
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS	
<b>59. ¿Su médico de cabecera conocía las indicaciones que le habían dado en el hospital? (medicamentos, controles, etc.) LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b>				
1 Sí	2 No	3 No me dieron indicaciones	98 NR	99 NS
<b>60. ¿Su médico de cabecera conocía el tratamiento que le habían mandado en el hospital? LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b>				
1 Sí	2 No	3 No me dieron tratamiento → pase a la pregunta 65	98 NR	99 NS
<b>61. ¿Su médico de cabecera le dio explicaciones sobre el tratamiento que le mandaron en el hospital?</b>				
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS	
<b>62. ¿El médico de cabecera estuvo de acuerdo con el tratamiento que le mandaron en el hospital?</b>				
1 Sí	2 No	98 NR	99 NS	
<b>63. ¿Le hizo algún cambio en el tratamiento que le mandaron en el hospital?</b>				
1 Sí	2 No → pase a la pregunta 65	98 NR → pase a la pregunta 65	99 NS → pase a la pregunta 65	
<b>64. ¿Qué le cambió?</b>				
1 Retiró el tratamiento	2 Cambió la pauta del tratamiento	3 Cambió la dosis del tratamiento		
4 Añadió otro tratamiento	5 Lo cambió por otro similar	6 Otros. Especificar: .....		
<b>65. ¿El médico de cabecera resolvió sus dudas sobre el ingreso hospitalario? LEER OPCIONES DE RESPUESTA</b>				
1 Sí	2 No	3 No tenía dudas	4 No le pregunté	98 NR 99 NS
<b>66A. ¿Cree que la atención entre los médicos del hospital y su médico de cabecera estuvo bien coordinada?</b>				
1 Sí	2 No	3 En parte	98 NR	99 NS
<b>66B. ¿Por qué?</b>				
				____
				____
				____

**4. ATENCIÓN ESPECIALIZADA después de ir al MÉDICO DE CABECERA** Orden de consulta \_\_\_\_

\* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida del especialista, después de ir al médico de cabecera

<b>67. ¿El médico de cabecera le envió a visita con el especialista?</b>				
1 Sí → pase a la pregunta 69	2 No	98 NR	99 NS	
<b>68. ¿Por qué se visitó con el especialista?</b>				
1 Visita programada por el especialista	2 Me enviaron desde el hospital	3 Otros. Especificar: .....		
<b>69. ¿Desde dónde le programaron la visita al especialista?</b>				
1 CAP/Ambulatorio	2 Hospital	3 Otro. Especificar: .....		

70. ¿Cuánto tiempo tardó en ver al especialista después de solicitar la visita? Días: _____ ó Semanas: _____ ó Meses: _____				
71. ¿Qué le pareció el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que le atendieron? 1 Adecuado    2 Largo    3 Excesivo    98 NR    99 NS				
72. ¿El especialista que le atendió sabía el motivo por el cual le envió el médico de cabecera? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No me envió el médico de cabecera    98 NR    99 NS				
73. ¿El especialista ya tenía información sobre sus otras enfermedades? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No tengo otras enfermedades    98 NR    99 NS				
74. ¿El especialista ya conocía los resultados de las pruebas que le habían realizado en primaria? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No me habían realizado pruebas    98 NR    99 NS				
75. ¿El especialista ya sabía los medicamentos que estaba tomando? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No tomaba medicamentos    98 NR    99 NS				
76A. ¿Cree que la atención entre el especialista y el médico de cabecera estuvo bien coordinada? 1 Sí    2 No    3 En parte    98 NR    99 NS				
76B. ¿Por qué? _____ _____				

<b>5. URGENCIAS HOSPITALARIAS después de ir al MÉDICO DE CABECERA</b>		<b>Orden de consulta</b> _____		
<b>* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida en urgencias hospitalarias</b>				
77. ¿Quién tomó la decisión de ir a urgencias del hospital? 1 Usted mismo    2 Un familiar o acompañante    3 El médico del ambulatorio → <i>pase a la pregunta 79A</i> 4 Un servicio de emergencias médicas (061, 112) → <i>pase a la pregunta 79A</i> 5 Otra persona. Especificar: _____				
78. ¿Por qué no fue primero al ambulatorio? 1 Estaba cerrado    2 En urgencias te atienden mejor    3 No me gusta ir al ambulatorio 4 Me dijeron que si empeoraba fuera a urgencias    5 Otras. Especificar: _____				
79A. ¿Cree usted que los médicos de urgencias que lo atendieron conocían su historial clínico? 1 Sí    2 No    98 NR → <i>pase a la pregunta 80</i> 99 NS → <i>pase a la pregunta 80</i>				
79B. ¿Por qué? _____ _____				
80. ¿Tuvo que explicarle al médico de urgencias las indicaciones que le había dado su médico de cabecera? (medicamentos, controles,...) <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No me habían dado indicaciones    98 NR    99 NS				

<b>6. INGRESO AL HOSPITAL después de ir al MÉDICO DE CABECERA</b>		<b>Orden de consulta</b> _____		
<b>* Las preguntas que le realizaré a continuación se refieren a la atención recibida durante su hospitalización</b>				
81A. ¿Cree usted que los médicos que le atendieron en el hospital conocían su historial clínico? 1 Sí    2 No    98 NR → <i>pase a la pregunta 82B</i> 99 NS → <i>pase a la pregunta 82B</i>				
81B. ¿Por qué? _____ _____				
82. ¿Tuvo que explicarle al médico del hospital las indicaciones que le había dado su médico de cabecera? (medicamentos, controles,...) <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i> 1 Sí    2 No    3 No me habían dado indicaciones    98 NR    99 NS				

## D. PERCEPCIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

### PARA TODOS LOS ENCUESTADOS

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

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

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

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

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

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

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NP	NR	NS
87. Mi médico de cabecera está de acuerdo con las indicaciones del especialista							
88. Mi médico de cabecera y mi especialista se comunican entre ellos							
89. El especialista está de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera							
90A. El especialista repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de cabecera (analítica, Rx, etc)							
90B. ¿Por qué?						_ _ _ _	
						_ _ _ _	
						_ _ _ _	
91. El especialista me hace la primera receta del tratamiento que me manda							
92. El especialista me envía al médico de cabecera para las visitas de seguimiento							
93A. Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada							
93B. ¿Por qué?						_ _ _ _	
						_ _ _ _	
						_ _ _ _	

#### CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN: Accesibilidad entre niveles

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

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

#### CONTINUIDAD DE RELACIÓN: vínculo paciente-proveedor

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

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

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

**E. DATOS DE MORBILIDAD GENERAL Y SOCIODEMOGRÁFICOS***PARA TODOS LOS ENCUESTADOS*

<b>114. ¿Cómo diría usted que es su salud en general?</b>				
1 Muy buena	2 Buena	3 Regular	4 Mala	5 Muy mala
<b>115. ¿Qué enfermedades tiene?</b>				
				___
				___
				___
<b>116. ¿Dónde va cuando tiene una enfermedad o necesita consejo sobre su salud? <i>MULTIRESPUESTA</i></b>				
1 CAP/Ambulatorio	2 Urgencias del hospital	3 Asistencia privada	4 Especialista	
5 Urgencias al CAP/Ambulatorio	6 Especialista en medicinas complementarias			
7 Amigos o familiares	8 Otros. Especificar: .....			
<b>117. Sexo</b>				
1 Mujer	2 Hombre			
<b>118. Fecha de nacimiento</b>				
				___/___/___
<b>119. ¿Dónde nació usted?</b>				
1 España → <b>pase a la pregunta 122</b>		2 Otro. Especificar país: .....		
				___
<b>120. ¿Cuál es su nacionalidad? <i>MULTIRESPUESTA</i></b>				
				___
				___
<b>121. ¿Desde cuándo vive en España?</b>				
		Meses: ___	ó Años: ___	
<b>122. ¿Cuál es su profesión? <i>MULTIRESPUESTA</i></b>				
				___
				___
<b>123. ¿En qué trabaja actualmente? <i>MULTIRESPUESTA</i></b>				
				___
				___
<b>124. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?</b>				
1 <u>No sabe leer ni escribir</u>				
2 <u>Primarios incompletos</u> (sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria)				
3 <u>Primarios completos</u> : cinco cursos aprobados EGB				
4 <u>Primera etapa de educación secundaria</u> : graduado escolar, bachillerato elemental, EGB(segunda etapa) o ESO				
5 <u>Enseñanza de bachillerato</u> : bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU				
6 <u>FP de grado medio</u> : oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio				
7 <u>FP de grado superior</u> : maestría industrial FPII, ciclos formativos de grado superior				
8 <u>Universitarios de grado medio</u> : diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo				
9 <u>Universitarios de grado superior</u> : Licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo (Máster)				
10 <u>Universitarios de tercer ciclo</u> : doctorados				
11 Otros. Especificar: .....				
98 NR		99 NS		
<b>125A. ¿Tiene algún seguro de salud privado?</b>				
1 Sí		2 No → <b>Pase a las observaciones</b>		
		98 NR → <b>Pase a las observaciones</b>		99 NS → <b>Pase a las observaciones</b>
<b>125B. ¿Cuál?</b>				

¿Hay algo que usted desee agregar? *OBSERVACIONES DEL ENCUESTADO*

.....

.....

.....

