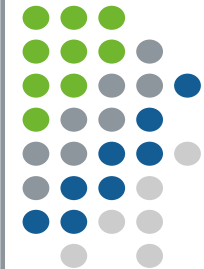


CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La percepción de las personas usuarias del sistema sanitario de la C.A.P.V.





Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria . Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Santiago Esnaola, Maite de Diego, Estibaliz Elorriaga, Montse Calvo, Puy Esparza

Dirección de Salud Pública y Adicciones

Elena Aldasoro

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Departamento de Sociología 2.

Unai Martín

Traducción:

IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública

Servicio Oficial de Traductores (IZO).

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:

Elorriaga E, Esnaola S, de Diego M, Aldasoro E, Martín U. *CONTINUIDAD ASISTENCIAL. La percepción de las personas usuarias del sistema sanitario de la C.A.P.V.*

Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2016. Edición: 1ª Septiembre 2016

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud

Internet: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckosag01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav13/index.html#monografias

Agradecimientos

Marta Beatriz Aller Hernández. *Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya*

Marisa Arteagoitia González. *Directora de Innovación organizativa y de gestión. BIOEF. Fundación vasca de innovación e investigación sanitarias*

Amaia Saenz de Ormijana Hernández. *Enfermera Adjunta. Dirección de Integración asistencial. OSI Araba ESI*



Resumen	1
Introducción	3
Marco conceptual, tipos y dimensiones de la continuidad asistencial	4
Objetivos y justificación	6
Resultados :	7
a. Continuidad de la información: Transferencia de la información clínica.....	9
b. Continuidad de la gestión clínica: Coherencia de los cuidados	11
c. Continuidad de la relación: Estabilidad del equipo profesional.....	13
Comentarios y conclusiones:.....	15
Principales resultados.....	15
Fortalezas y debilidades	16
Interpretación e implicaciones prácticas de los resultados	17
Conclusiones.....	18
Anexos:	19
Anexo I. Métodos	19
Anexo II: Tablas	22
Anexo III: Figuras de la distribución por sexo de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems (10)	34
Anexo IV : Delimitación geográfica de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs)	37
Bibliografía.....	38

Resumen



Introducción

La necesidad de mejorar la integración asistencial ha aumentado el interés por valorar, desde la perspectiva de los/las pacientes, la continuidad asistencial. Basándose en los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco de 2013 (ESCAV 2013), se estudió la continuidad asistencial de información, de gestión clínica y de relación, percibida por las personas atendidas en los servicios sanitarios de atención primaria y especializada de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), y su relación con las características sociodemográficas, el estado de salud percibido, la morbilidad (número de problemas crónicos), el lugar de residencia (área geográfica de la Organización Sanitaria Integrada OSI) y el aseguramiento sanitario.

Métodos

Es un estudio transversal sobre una población de 15 años y más de la CAPV. En la ESCAV 2013, se introdujeron 10 ítems del Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA©). A partir de los datos obtenidos se analizó una dimensión para cada tipo de continuidad asistencial: de la información (transferencia de la información clínica), de la gestión clínica (coherencia de los cuidados) y de la relación (estabilidad del equipo profesional). Se calculó un índice resumen en cada tipo de continuidad: prevalencia estandarizada por edad de buena valoración.

Para comparar la prevalencia entre grupos clasificados según las categorías de otras variables, se calculó la razón de prevalencia (RR) bruta y ajustada por terceras variables (edad, nivel de estudios, etc.) mediante el modelo de regresión de Poisson de varianza de error robusta.



Resultados

- La valoración fue muy positiva para la continuidad en la relación (estabilidad del equipo profesional) y en la gestión clínica (coherencia de los cuidados), pero cerca de una tercera parte de las personas dieron valoraciones bajas a la continuidad de la información (transferencia de información clínica).
- La transferencia de la información clínica fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres, sin que hubiera diferencias por sexo en las dimensiones de relación y gestión clínica.
- En ambos sexos, la valoración fue significativamente mayor en las personas de más edad en la continuidad de la información y de la gestión clínica, y en las mujeres además en la valoración de la estabilidad del equipo profesional.
- En referencia a las organizaciones sanitarias, en los hombres existían diferencias significativas en la percepción de todos los tipos de continuidad por OSI, y en las mujeres en la percepción de continuidad de la información y de relación.
- Las mujeres con mala salud percibida valoraron peor la continuidad en las tres dimensiones que aquéllas con buena salud,.
- En las mujeres, la valoración de la continuidad de la información y de la gestión clínica empeoraba a medida que aumentaba el nivel de estudios.
- Los hombres con doble aseguramiento sanitario valoraron peor la continuidad en la transferencia de información clínica que los asegurados únicamente por el sistema público. No se observaron diferencias en la continuidad según el país de nacimiento o el número de problemas crónicos.

Conclusiones

La continuidad asistencial del sistema sanitario de la CAPV se valoró de manera favorable en lo que respecta a la coherencia de los cuidados y a la estabilidad del equipo profesional, sin embargo existe un amplio margen de mejora en la transferencia de información clínica en todas las OSIs. Los esfuerzos de integración asistencial deberán priorizar la mejora de la transferencia de la información clínica entre los profesionales de atención primaria y de atención especializada.



Introducción

La integración asistencial es uno de los grandes retos de los sistemas de salud. Una serie de factores, relacionados con la demanda (cambios demográficos, transición epidemiológica, expectativas y derechos de las personas) y con la oferta (tecnologías médicas, sistemas de información y presiones económicas) están empujando a reformas para aumentar la integración de los sistemas de salud¹. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el proceso de integración ha llevado a la creación de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), con la finalidad de disminuir la fragmentación de la atención, mejorar la integración de los servicios de atención primaria y especializada, y los resultados de salud^{2,3}.

La continuidad de la atención es un concepto íntimamente relacionado con el de la integración de los servicios. De hecho, la continuidad puede verse como la perspectiva que tienen los/as pacientes sobre el grado de integración y de coordinación de los servicios y de los proveedores⁴ (véase más adelante el marco conceptual). Tanto la integración de los servicios como la continuidad asistencial se consideran elementos clave para orientar los sistemas de salud hacia una atención más eficiente de la cronicidad, y factores que pueden facilitar el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema sanitario público⁵. Con la finalidad de satisfacer las necesidades de información de la estrategia de la cronicidad de la CAPV, la Encuesta de Salud de la CAPV de 2013 (ESCAV 2013) incluyó parte del cuestionario CCAENA⁶ (Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención), diseñado y validado para evaluar exhaustivamente la percepción de las personas adultas sobre la continuidad asistencial. En este informe se presentan los resultados obtenidos en ESCAV 2013 sobre la continuidad asistencial entre los servicios de atención primaria y especializada, desde la perspectiva de las personas pacientes. En el Anexo I se describe la metodología del estudio.



Marco conceptual, tipos y dimensiones de la continuidad asistencial

La continuidad asistencial se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el/la paciente a lo largo del tiempo^{4,7}. Es decir, se refiere a la percepción de las personas atendidas sobre la integración de servicios y la coordinación entre niveles de atención primaria y especializada. Diversos factores, relacionados con las características de las personas y de los servicios de salud condicionan tanto las necesidades de salud, como el acceso y el uso de los servicios de salud. Todo ello enmarcado en un contexto que determina la financiación, accesibilidad y calidad del sistema de salud, así como las características y necesidades de salud de la población (Figura 1).

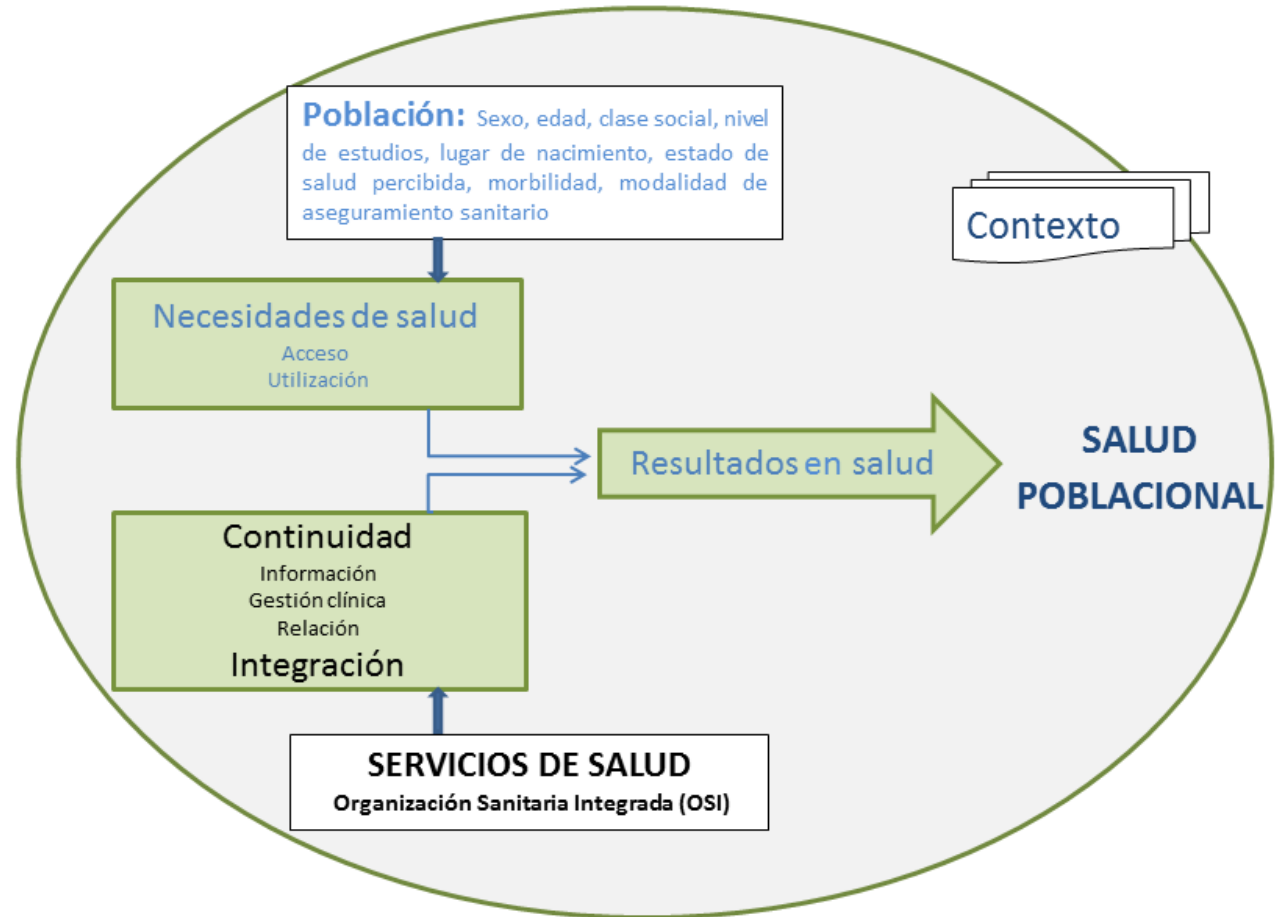


Figura 1. Factores determinantes de la continuidad asistencial (Adaptado de Pineault et al.⁸)



El marco conceptual desarrollado por Reid et al.⁴ identifica tres tipos de continuidad asistencial interrelacionados entre sí: continuidad de la información, continuidad de la gestión clínica y continuidad de la relación. Cada tipo de continuidad asistencial se describe mediante una serie de dimensiones y atributos. En la ESCAV 2013 se han abordado los tres tipos de continuidad y se ha valorado una dimensión para cada tipo de continuidad. Así, en el caso de la continuidad de la información se incluyó la transferencia de la información clínica, en la continuidad de la gestión clínica se valoró la coherencia de los cuidados, y para la continuidad de la relación, la estabilidad del equipo profesional (Figura 2).

La **continuidad de la información** es la percepción de las personas usuarias sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales⁴. La dimensión seleccionada, la transferencia de información clínica, hace referencia al flujo de información entre los y las profesionales de atención primaria y especializada⁴.

La **continuidad de la gestión clínica** se refiere a la percepción de que los servicios se reciben de manera coordinada, complementaria y sin duplicidades⁴. En este caso, se estudió la coherencia de los cuidados, se valoró la percepción de las personas usuarias de que existe consistencia en los objetivos y coordinación de la atención indicada en los distintos niveles de atención sanitaria⁴.

La **continuidad de la relación** es la percepción sobre la relación que se establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores⁴. Se incluyó la estabilidad del equipo profesional, a través de la valoración de la persona usuaria sobre en qué medida es atendida en el mismo lugar y por el mismo grupo de profesionales.

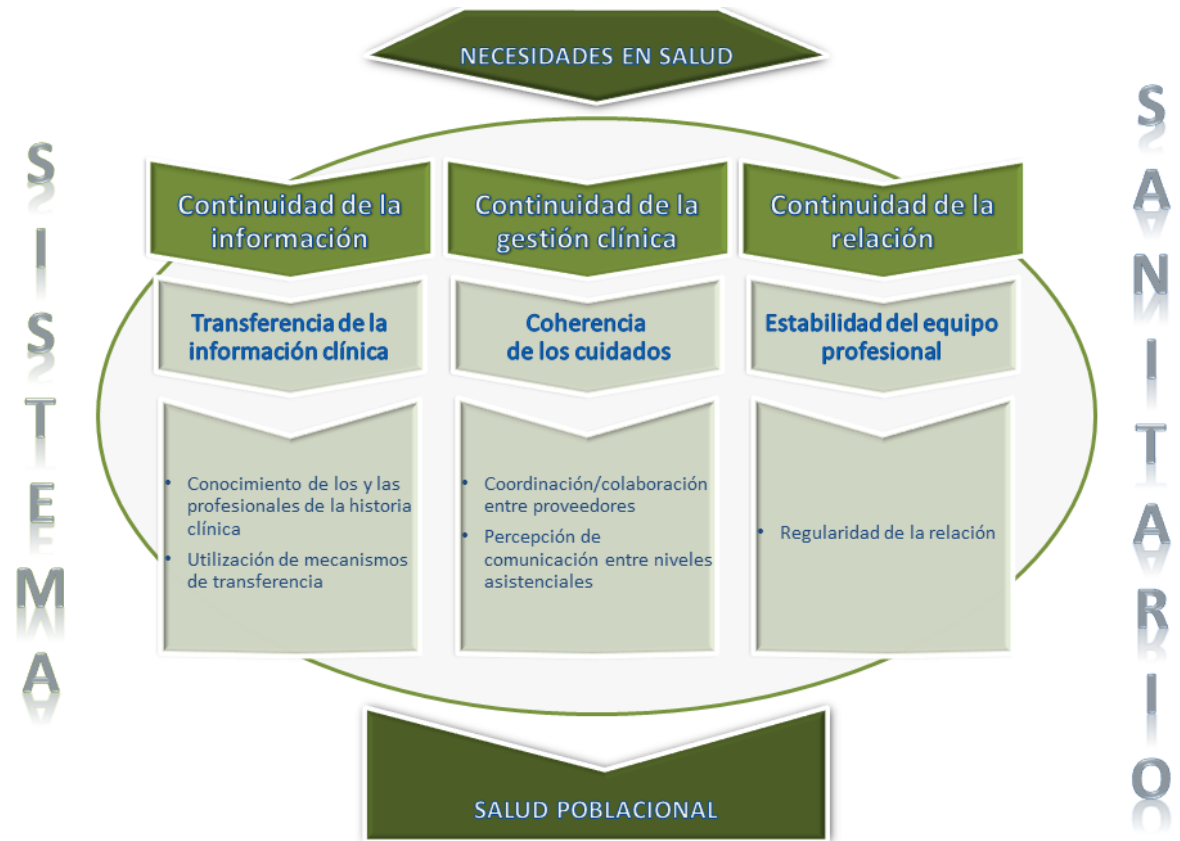


Figura 2. Marco conceptual de los tipos y dimensiones de la continuidad asistencial (Adaptado de Reid et al⁴ y Letelier et al⁹)



Objetivos y justificación

El objetivo general de este estudio fue determinar el nivel de continuidad asistencial percibida por las personas atendidas en los servicios sanitarios de atención primaria y especializada de la CAPV, y su relación con factores relativos a las personas y a los servicios de salud.

Los objetivos específicos fueron:

- a. Conocer, desde la perspectiva de/la usuario/a, el grado de transferencia de la información clínica, la coherencia de los cuidados y la estabilidad del equipo profesional percibidos en la asistencia sanitaria que han recibido.
- b. Analizar las diferencias en las dimensiones de la continuidad asistencial percibida según las características sociodemográficas (edad, sexo, clase social, nivel de estudios y país de nacimiento), el estado de salud percibido, la morbilidad (número de problemas crónicos), el lugar de residencia (área geográfica de las OSIs) y el aseguramiento sanitario.

Resultados

Se estudiaron 2053 hombres y 2560 mujeres de 15 y más años de edad que padecían algún problema crónico de salud o que habían consultado en los servicios de salud de atención primaria y especializada en los últimos 12 meses. Al comparar sus características con las de la población general cabe resaltar en ambos sexos la mayor proporción de personas con 65 y más años, y de aquellas con estudios primarios (Tabla A1, Anexo II).

Tabla A1.

Comparación de la población general de 15 años y más (población general), con la población de 15 años y más que respondió al cuestionario de continuidad asistencial (población a estudio)

Los datos de la tabla han sido ponderados (ver Anexo I. Métodos)

	Biztanleria Orokorra <i>Población general</i>				Ikerketako Biztanleria <i>Población a estudio</i>			
	Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>		Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Adin taldeak Grupos de edad</i>								
15-24	399	10,3	376	9,1	93	5,0	103	4,6
25-44	1.429	36,8	1.361	32,9	471	25,1	528	23,4
45-64	1.285	33,1	1.333	32,2	679	36,2	749	33,2
65-74	407	10,5	466	11,3	311	16,6	357	15,8
>=75	364	9,4	600	14,5	320	17,1	521	23,1
Guztira Total	3.884	100,0	4.137	100,0	1.873	100,0	2.258	100,0
<i>Klase soziala Clase social</i>								
I (Altua <i>Alta</i>)	483	12,4	446	10,8	201	10,7	209	9,3
II	332	8,6	404	9,8	142	7,6	164	7,3
III	800	20,6	1.029	24,9	391	20,9	528	23,4
IV	1.914	49,3	1.532	37,0	975	52,0	877	38,8
V (Baxua <i>Baja</i>)	354	9,1	727	17,6	165	8,8	480	21,3
<i>Ikasketa-maila Nivel de estudios</i>								
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	893	23,0	1.178	28,5	544	29,1	839	37,2
Behoko BH <i>Secundaria, inferior</i>	710	18,3	719	17,4	364	19,5	446	19,7
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	1.531	39,4	1.305	31,5	650	34,7	602	26,7
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria</i>	749	19,3	935	22,6	314	16,8	371	16,4
<i>Jaioterrria Pais de nacimiento</i>								
Bertakoa <i>Autóctona</i>	3.633	93,6	3.884	93,9	1.799	96,0	2.137	94,6
Etorikina <i>Inmigrante</i>	250	6,4	253	6,1	74	4,0	121	5,4
<i>Hautemendako osasun-egoera Estado de salud percibido</i>								
Ona <i>Buena</i>	3.281	84,5	3.271	79,1	1346	71,8	1.473	65,2
Txarra <i>Mala</i>	603	15,5	866	20,9	528	28,2	786	34,8
<i>Arazo kronikoaren kopurua Número de problemas crónicos</i>								
Bat ere ez <i>Ninguno</i>	1.910	49,2	1.887	45,6	318	17,0	402	17,8
Bat <i>Uno</i>	892	23,0	915	22,1	616	32,9	676	29,9
Bi <i>Dos</i>	510	13,1	512	12,4	412	22,0	424	18,8
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	571	14,7	824	19,9	527	28,1	756	33,5
<i>Asegurantzaren mota Tipo de aseguramiento</i>								
Osakidetza <i>SVS</i>	3.215	82,8	3.439	83,1	1.570	83,8	1.871	82,8
Bikoitza <i>Doble</i>	669	17,2	698	16,9	303	16,2	388	17,2
<i>ESI / OSI</i>								
Araba	520	13,4	527	12,7	287	15,3	310	13,7
Ezkerria.-Enk.-Cruces	302	7,8	301	7,3	112	6,0	165	7,3
Barakaldo-Sestao	234	6,0	270	6,5	126	6,7	173	7,7
Bilbo-Basurtu	612	15,8	703	17,0	312	16,7	426	18,9
Uribe	372	9,6	406	9,8	173	9,2	193	8,5
Barrualde-Galdakao	554	14,3	573	13,8	260	13,9	289	12,8
Debabarrena	131	3,4	136	3,3	56	3,0	75	3,3
Debagoiena	108	2,8	107	2,6	42	2,2	54	2,4
Goierri-Urola	170	4,4	172	4,2	89	4,8	80	3,5
Tolosalde	126	3,2	115	2,8	56	3,0	68	3,0
Donostialdea	637	16,4	676	16,3	287	15,3	343	15,2
Bidasoa	118	3,0	149	3,6	72	3,9	83	3,7



Se han analizado los tres tipos de continuidad asistencial desde la perspectiva de la población usuaria. A continuación se describen los principales resultados relativos a las tres dimensiones de la continuidad. En la Tabla A2 (Anexo II) se muestra la prevalencia de buena continuidad para cada una de las dimensiones estudiadas según las variables de estudio. Además, en el Anexo III se pueden consultar los gráficos de resultados obtenidos en cada uno de los 10 ítems de la escala de continuidad asistencial.

Tabla A2.
Prevalencia (%) estandarizada por edad de buena continuidad de información, de gestión clínica y de relación.

	Gizonak <i>Hombres</i>			Emakumeak <i>Mujeres</i>		
	Informazioa <i>Información</i>	Kudeaketa Kl. <i>Gestión Cl.</i>	Harremana <i>Relación</i>	Informazioa <i>Información</i>	Kudeaketa Kl. <i>Gestión Cl.</i>	Harremana <i>Relación</i>
Guztira <i>Total</i>	74,0	83,4	93,8	69,4	84,0	93,8
Klase soziala <i>Clase social</i>						
I (Altua <i>Alta</i>)	63,4	80,2	94,0	55,8	82,3	93,1
II	73,5	88,6	98,2	67,0	77,4	93,6
III	76,7	83,1	95,5	69,1	82,8	92,4
IV	75,5	83,0	92,6	71,2	85,5	95,6
V (Baxua <i>Baja</i>)	79,6	84,3	93,6	75,5	87,4	95,0
Ikasketa-maila <i>Nivel de estudios</i>						
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	75,4	83,8	93,1	81,3	92,0	95,6
Behoko BH <i>Secundaria, inferior</i>	75,2	80,8	95,5	70,5	87,2	96,5
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	72,9	83,2	93,4	71,0	82,9	93,0
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria</i>	66,1	78,4	88,5	54,4	74,5	88,9
Jaioterria <i>País de nacimiento</i>						
Bertakoa <i>Autóctona</i>	73,9	83,7	93,9	68,6	84,0	93,7
Etorkina <i>Inmigrante</i>	63,2	69,7	79,6	72,6	82,3	92,4
Hautemandako osasun-egoera <i>Estado de salud percibido</i>						
Ona <i>Bueno</i>	74,5	83,2	93,4	70,4	85,1	94,6
Txarra <i>Malo</i>	71,6	84,1	95,5	65,6	78,7	90,3
Arazo kronikoaren kopurua <i>Número de problemas crónicos</i>						
Bat ere ez <i>Ninguno</i>	74,5	82,5	92,5	65,8	84,9	92,8
Bat <i>Uno</i>	76,0	84,4	92,8	71,1	85,9	94,2
Bi <i>Dos</i>	77,8	85,3	94,5	65,0	77,9	93,4
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	72,5	80,6	93,2	60,6	81,2	88,9
Asegurantz-mota <i>Tipo de aseguramiento</i>						
Osakidetza <i>SVS</i>	75,6	84,3	94,0	70,2	84,7	93,8
Bikoitza <i>Doble</i>	67,2	78,3	92,1	68,0	82,6	94,6
ESI / OSI						
Araba	82,3	82,9	94,4	79,9	82,4	93,2
Ezkerra.-Enk.-Cruces	80,3	84,5	90,8	62,5	88,5	98,9
Barakaldo-Sestao	76,2	84,4	95,4	71,8	86,8	93,4
Bilbo-Basurtu	63,9	80,5	93,1	64,4	80,9	90,7
Uribe	69,9	82,3	92,4	61,9	79,2	87,1
Barrualde-Galdakao	73,3	77,6	86,3	62,9	86,5	94,1
Debarrena	59,5	74,3	72,8	74,0	82,5	87,0
Debagoiena	83,3	90,2	91,2	67,2	75,8	84,4
Goierri-Urola	76,2	85,9	89,0	71,7	88,2	96,7
Tolosaldea	72,6	61,8	80,4	71,2	82,1	89,2
Donostialdea	68,4	85,2	92,8	71,5	86,5	96,0
Bidasoa	73,5	80,2	93,3	62,4	84,2	90,6

a) Continuidad de la información: Transferencia de información clínica

Cerca del 70% de las personas calificó la transferencia de información clínica como buena. Esa proporción fue significativamente mayor en los hombres (74%) que en las mujeres (69%) y en ambos sexos aumentaba significativamente con la edad (Figura 3). Al ajustar por edad (Tabla A3), en ambos sexos la proporción de buena transferencia presentaba un gradiente inverso por clase social, de manera que la percepción mejoraba al descender en la escala social (Figura 4) y fue mayor la percepción de buena transferencia en las personas de menor nivel académico (Figura 5). En los hombres con doble aseguramiento la percepción de buena transferencia de información clínica era menor que en aquellos únicamente con aseguramiento público, mientras que, en ambos sexos, no había diferencias respecto a lugar de nacimiento, así como tampoco en cuanto a la autovaloración de la salud y número de problemas crónicos (Figura 6).



Figura 3. Prevalencia (%) de buena continuidad de la información según los años de edad. 2013

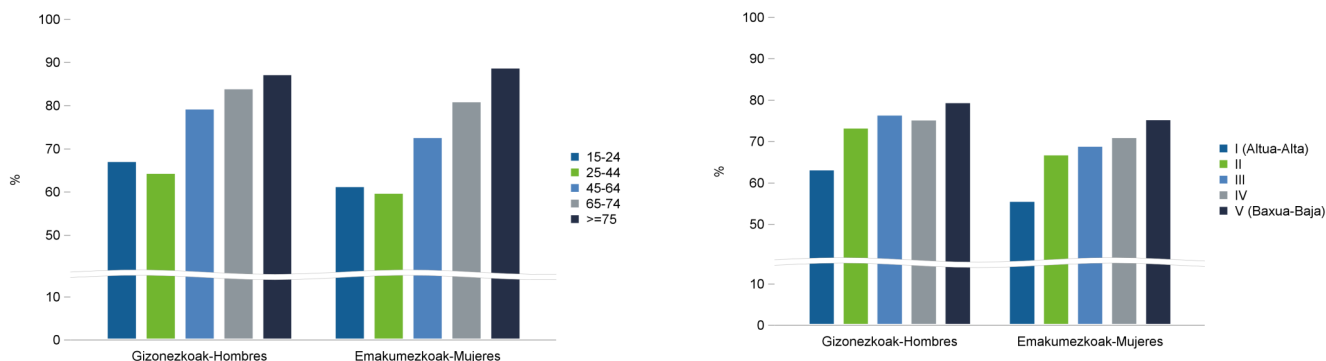


Figura 4. Prevalencia (%) de buena continuidad de la información por clase social. 2013

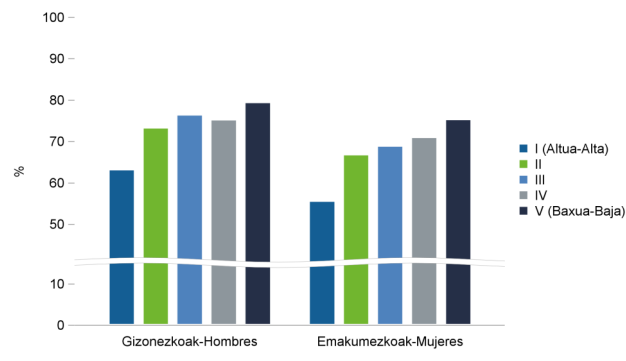


Figura 5. Prevalencia (%) de buena continuidad de la información por nivel de estudios. 2013

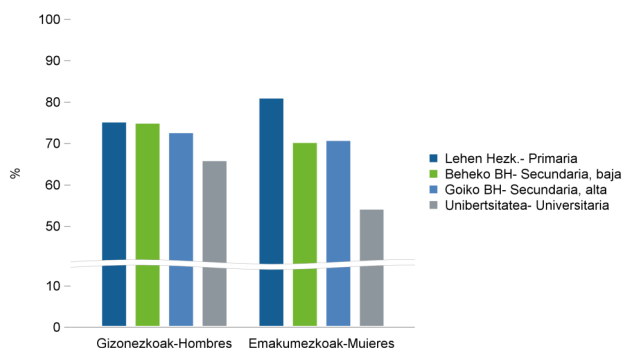
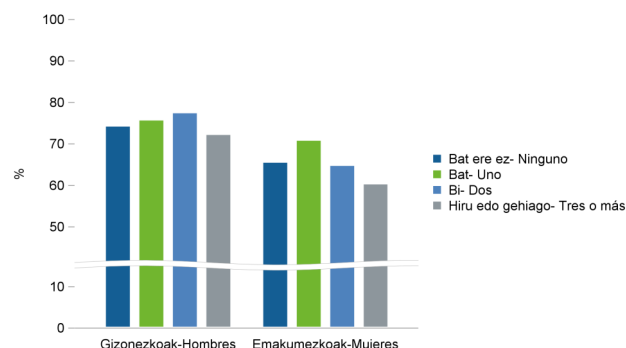


Figura 6. Prevalencia (%) de buena continuidad de la información según el número de problemas crónicos. 2013





En lo que respecta a los servicios de salud, había claras diferencias entre las OSI. Los hombres residentes en las OSI Debagoiena y Araba fueron los que mejor valoraron la transferencia de información entre los niveles asistenciales (Figura 7). Tomando como referencia la OSI Debagoiena, que es la que presentó mayores niveles de continuidad de la información (Tabla A3), se apreciaron deficiencias significativas en las OSI Bilbao-Basurtu, Uribe, Donostialdea y Bidasoa (Tabla A4). Por su parte, las mujeres de la OSI Araba fueron las que percibieron mayores niveles de transferencia de información (Figura 8) y, con respecto a esta OSI, refirieron una menor continuidad en la OSI Bidasoa y en todas las OSI de Bizkaia, principalmente en Bilbo-Basurtu y Uribe. (Tabla A4).

Prevalencia (%) de buena continuidad de la información por OSI.

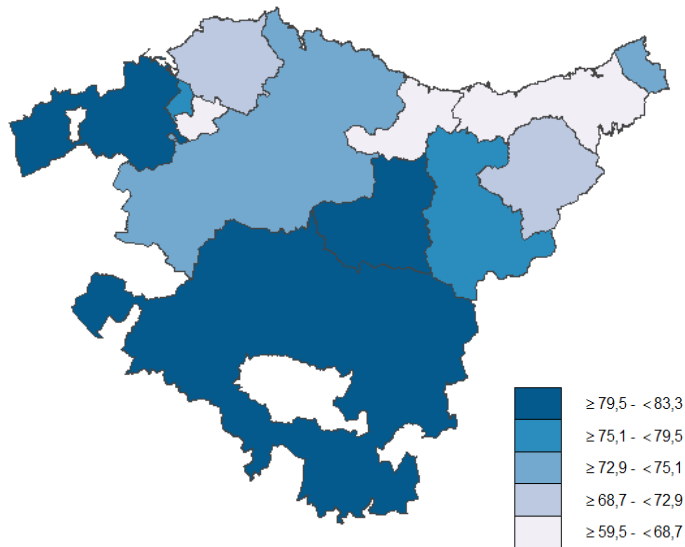


Figura 7. Hombres. 2013*

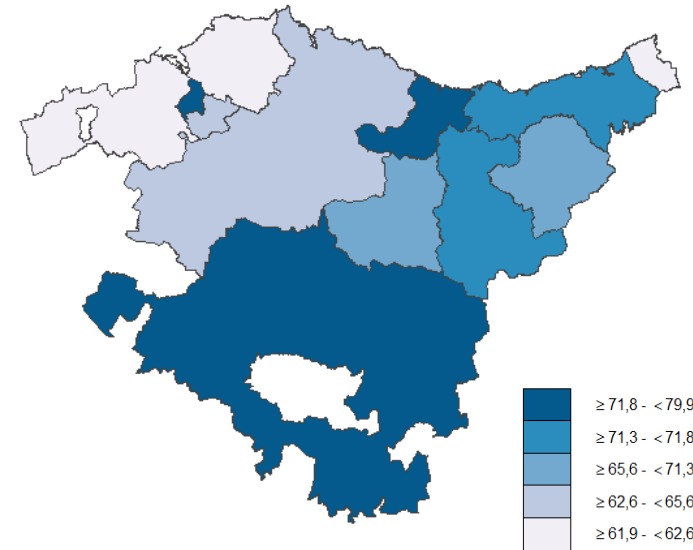


Figura 8. Mujeres. 2013*

* Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

Al considerar el conjunto de factores estudiados (Tabla A5), en los hombres persistían las diferencias por edad y OSI; en las mujeres, además de la edad y la OSI, había diferencias significativas por nivel de estudios (a menor nivel de estudios percibían mayor continuidad) y la percepción de buena transferencia de información clínica era menor en las mujeres con mala salud que en aquellas con buena salud percibida.

b) Continuidad de la gestión clínica: Coherencia de los cuidados



Alrededor del 84% de las personas percibían una buena coherencia de los cuidados, sin que hubiera diferencias entre hombres (83%) y mujeres (84%). Esa percepción era mayor en las personas de más edad (Figura 9); en las mujeres empeoraba en aquellas de 25-44 años, en las que declaraban una mala salud (Tabla A6) y a medida que aumentaba el nivel de estudios (Figura 11). Sin embargo, en ambos sexos no se apreciaron diferencias en la percepción de la coherencia de los cuidados por clase social (Figura 10), ni por el número de problemas crónicos (Figura 12). Además, los datos no indican diferencias entre personas inmigrantes y autóctonas, así como tampoco en cuanto a tipo de aseguramiento sanitario (Tabla A6).

Figura 9. Prevalencia (%) de buena continuidad de la gestión clínica según los años de edad. 2013

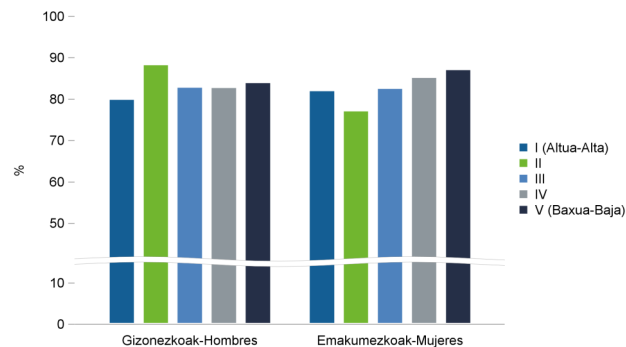
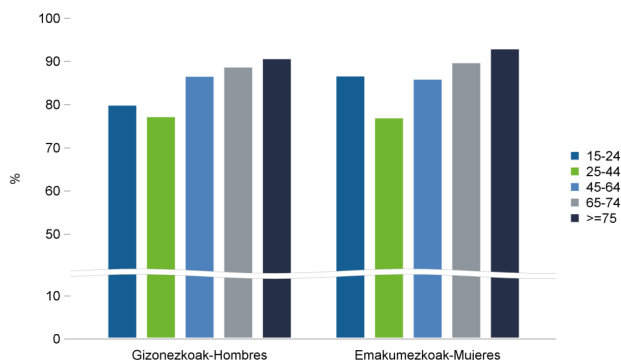


Figura 10. Prevalencia (%) de buena continuidad de la gestión clínica por clase social. 2013

Figura 11. Prevalencia (%) de buena continuidad de la gestión clínica por nivel de estudios. 2013

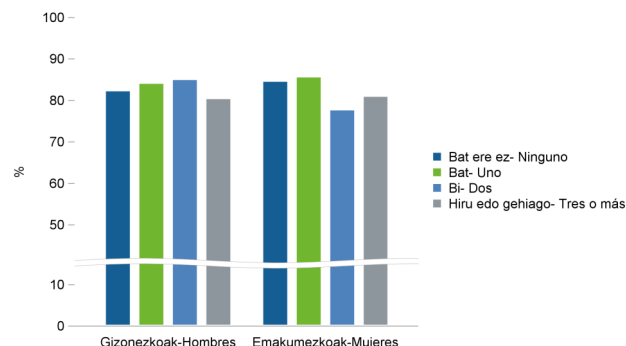
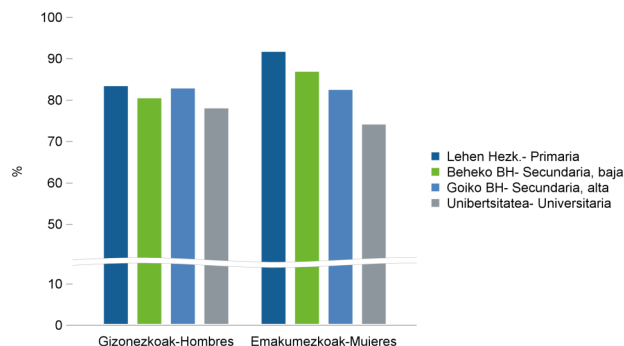


Figura 12. Prevalencia (%) de buena continuidad de la gestión clínica según el número de problemas crónicos. 2013



Se observaron diferencias significativas en lo que respecta a las organizaciones sanitarias (Tabla A6); los hombres de la OSI Debagoiena y Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces percibieron mayores niveles de coherencia de los cuidados (Figura 13). Tomando como referencia la primera de ellas, se apreciaron deficiencias en la continuidad de la gestión clínica en Tolosaldea, Bidasoa, Bilbo-Basurto, Barrualde-Galdakao, Uribe, Araba y Barakaldo-Sestao (Tabla A7). En las mujeres (Figura 14) no se observaron diferencias significativas entre las OSIs (Tabla A6), aunque en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces percibieron mayores niveles de coherencia de los cuidados y se observó menor continuidad en la OSI Bidasoa. (Tabla A7).

Prevalencia (%) de buena continuidad de la gestión clínica por OSI.

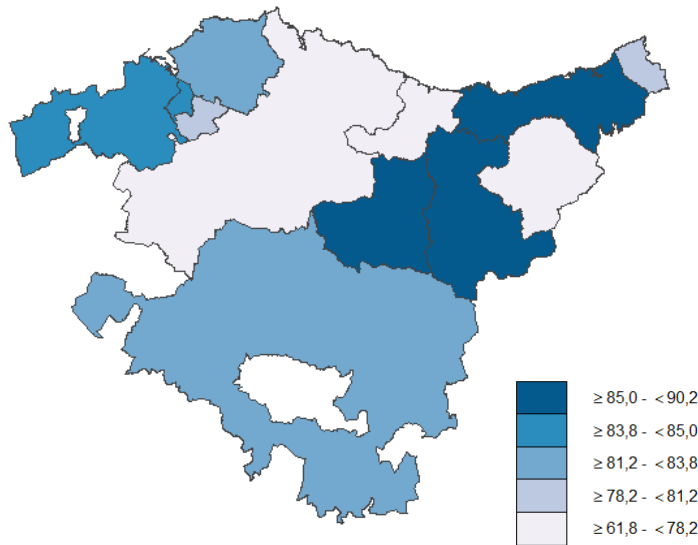


Figura 13. Hombres. 2013*

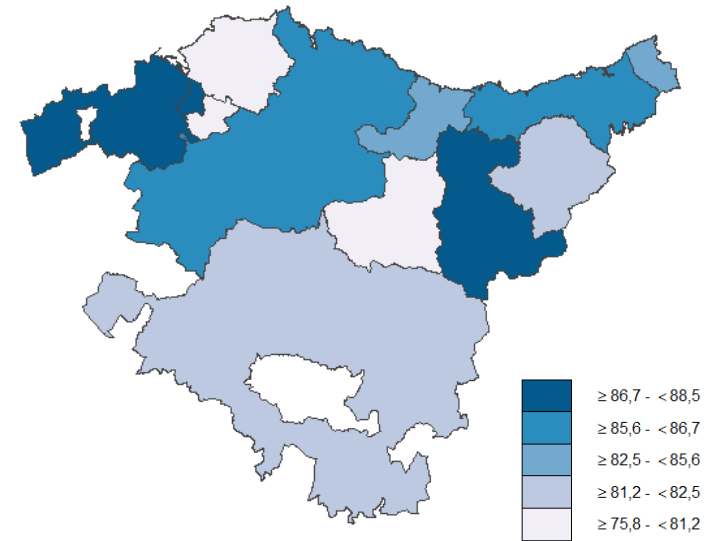


Figura 14. Mujeres. 2013*

* Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

Al considerar de forma simultánea las distintas variables, persistían las diferencias por edad en ambos sexos, por OSI en los hombres, y por nivel de estudios y por autovaloración de la salud en las mujeres (Tabla A8).

c) Continuidad de la relación: Estabilidad del equipo profesional



El 94% de las personas percibieron niveles altos de continuidad de relación, sin que hubiera diferencias entre hombres (94%) y mujeres (94%). Esta percepción aumentaba con la edad en las mujeres (Figura 15). Además, las mujeres con mala salud percibida apreciaban menor estabilidad del equipo profesional, mientras en los hombres se observaba una tendencia en sentido contrario. No se observaron diferencias significativas por grupo socioeconómico (Figura 16), por nivel de estudios (Figura 17), por lugar de nacimiento, según el número de problemas crónicos (Figura 18), así como tampoco según el tipo de aseguramiento (Tabla A9).

Figura 15. Prevalencia (%) de buena continuidad de la relación según los años de edad. 2013

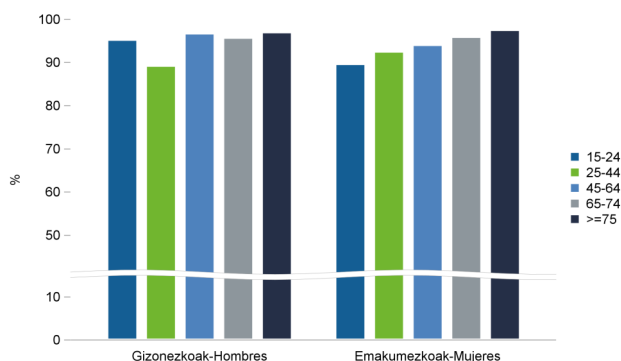


Figura 16. Prevalencia (%) de buena continuidad de la relación por clase social. 2013

Figura 17. Prevalencia (%) de buena continuidad de la relación por nivel de estudios. 2013

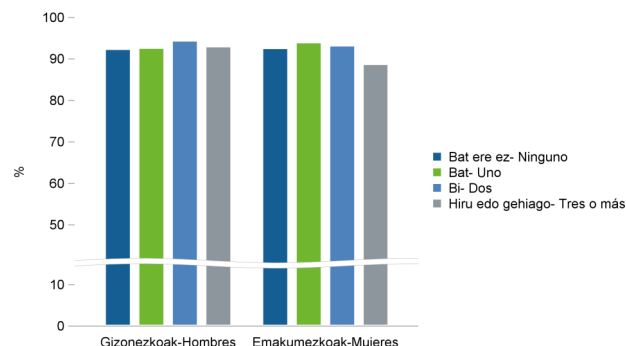
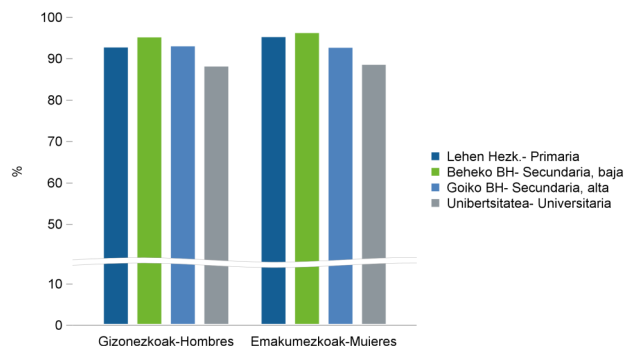


Figura 18. Prevalencia (%) de buena continuidad de la relación según el número de problemas crónicos. 2013



En lo que respecta a los servicios de salud, tanto los hombres como las mujeres de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (Figuras 19 y 20) fueron quienes mejor valoraron la estabilidad del equipo profesional. Tomando como referencia a esa OSI, entre las mujeres la continuidad de la relación fue menor en el resto de las OSIs de Bizkaia y en la OSI Araba; en los hombres, en las OSIs Barrualde-Galdakao y Donostialdea (Tabla A10).

Prevalencia (%) de buena continuidad de la relación por OSI

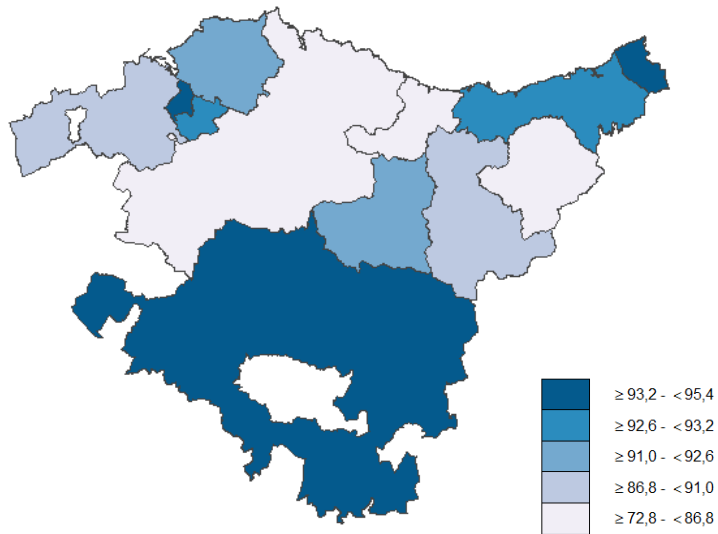


Figura 19. Hombres. 2013*

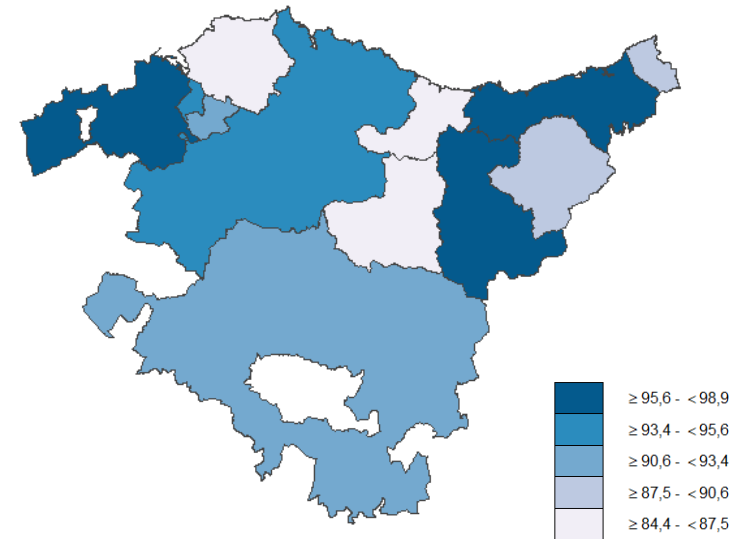


Figura 20. Mujeres. 2013*

* Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

Al considerar el conjunto de factores estudiados (Tabla A11), en las mujeres persistían las diferencias por edad y OSI, y en los hombres por nivel de estudios y OSI. Además, había diferencias significativas según el estado de salud percibido, de manera que en las mujeres con mala salud la percepción de buena continuidad de la relación era menor que en aquellas con buena salud percibida.



Comentarios y conclusiones

Principales resultados

La percepción del grado de continuidad asistencial de los servicios de salud de la CAPV fue distinta según las dimensiones estudiadas. Mientras que la valoración fue muy positiva para la continuidad en la relación (estabilidad del equipo profesional) y en la gestión clínica (coherencia de los cuidados), cerca de una tercera parte de las personas dieron valoraciones bajas a la continuidad de la información (transferencia de información clínica).

Salvo en la continuidad en la información, que fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en las dimensiones de relación y gestión clínica. En ambos sexos, se observaron diferencias significativas por edad en la continuidad de la información y de la gestión clínica, y en las mujeres también en la continuidad de relación. En referencia a las organizaciones sanitarias, en los hombres existían diferencias significativas en la percepción de todos los tipos de continuidad por OSI, y en las mujeres en la percepción de continuidad de la información y de relación. Además, en las mujeres, aquellas con mala salud percibida valoraron peor la continuidad en las tres dimensiones que aquellas con buena salud. A medida que aumentaba el nivel de estudio, la valoración de la continuidad de la información y de la gestión clínica empeoraba en las mujeres y en los hombres, la valoración de la estabilidad del equipo profesional. Entre los hombres, aquellos con doble aseguramiento sanitario valoraron peor la continuidad en la transferencia de información clínica que los asegurados únicamente por el sistema público. No se observaron diferencias en la continuidad según el país de nacimiento o el número de problemas crónicos.



Fortalezas y debilidades

Este es el primer estudio relativo a la CAPV que valora la continuidad asistencial según las tres dimensiones antes citadas, y que relaciona esa valoración con las características de las personas y de los servicios de salud. La continuidad asistencial ha sido medida mediante una escala previamente validada, y el uso de la ESCAV 2013 ha permitido considerar tanto los servicios de salud públicos como los privados. Se trata además de un estudio de base poblacional, realizado en una muestra seleccionada al azar de la población no institucionalizada. El gran tamaño muestral (n=4.613) ha permitido obtener estimaciones muy precisas. Sin embargo, el pequeño tamaño de la muestra para las personas nacidas en otros países puede limitar que los resultados no hayan sido concluyentes cuando se han analizado según el país de origen.

Durante el periodo de recogida de datos de la ESCAV 2013, Osakidetza-SVS estaba inmersa en el proceso de integración y consolidación de las OSIs, y sólo se habían creado cuatro de las 12 OSIs estudiadas. De ahí que no sea posible valorar la relación entre el proceso de integración asociado a la constitución de las OSIs y el grado de continuidad asistencial. Además, si bien se ha estudiado la asociación entre la continuidad asistencial con el tipo de aseguramiento sanitario, no ha sido posible hacerlo con la financiación de los servicios de salud a los que se refieren las valoraciones recogidas en la ESCAV 2013.



La continuidad en la información fue también la dimensión peor valorada en un estudio sobre la continuidad asistencial realizado en tres áreas sanitarias del sistema de salud público catalán¹⁰. En nuestro caso, se han apreciado deficiencias en la transferencia de la información clínica percibida en todas las OSIs. En los últimos años se está avanzando en la integración de la historia clínica electrónica de los distintos niveles de atención, lo que podría contribuir a mejorar la percepción sobre el grado de transferencia de información clínica. No conocemos el estado de la continuidad en la información antes de la introducción de la informatización de la historia clínica en la CAPV. Aún y todo, los datos previos de satisfacción con los servicios de salud señalaban la información como uno de los aspectos peor valorados¹¹, por lo que es necesario estudiar las causas de, y encontrar soluciones para mejorar, esta laguna de la continuidad asistencial.

Al igual de lo que se ha descrito en otros ámbitos^{10, 12, 13}, la valoración de la continuidad mejoraba con la edad en las tres dimensiones estudiadas, lo que podría explicarse por las diferentes expectativas de los/as usuarios/as y la actitud más crítica en las personas más jóvenes¹⁴. Además, la existencia de protocolos específicos de actuación y coordinación de las actuaciones de diferentes profesionales para el seguimiento de los problemas de salud de las personas de más edad con problemas crónicos y pluripatología podría explicar la mejor valoración observada en las personas mayores¹⁴. El menor nivel de estudios se ha relacionado con una mayor valoración de la transferencia de la información clínica y, en las mujeres, también en la coherencia de los cuidados. Otros estudios^{10, 12} recogen la misma asociación de la continuidad de la información y de la gestión clínica con el nivel educativo. El nivel de instrucción y las experiencias previas del/la paciente pueden contribuir a crear una expectativas más exigentes^{14, 15}, y aumentar la capacidad de identificar problemas en la transferencia de la información clínica. Respecto al lugar de nacimiento¹⁶, otros estudios tampoco han revelado diferencias significativas entre población autóctona e inmigrante respecto a la continuidad de la información y de la gestión clínica, pero sí en lo que respecta a la continuidad de la relación.

Las mujeres que declaraban tener mala salud valoraron de manera menos favorable la continuidad asistencial en todas las dimensiones estudiadas que aquellas con buena salud. Si bien los resultados de otros estudios publicados sobre este aspecto no son consistentes^{10, 13}, este hallazgo podría evidenciar desigualdades que afectan a la atención de las mujeres que presentan problemas de pluripatología y mayor complejidad clínica. En el mismo sentido, las diferencias en la continuidad percibida según las características de las personas, como la edad, el nivel de estudios o el nivel de salud podrían señalar la existencia de desigualdades en la calidad de la atención recibida, desigualdades que podrían estar asociadas a necesidades de atención no satisfechas de algunos grupos sociales¹⁴. De ahí que sea necesario profundizar en el origen de estas diferencias y, en su caso, adecuar los servicios a las características específicas de las personas atendidas.



Conclusiones

La continuidad asistencial del sistema sanitario de la CAPV es valorada por las personas de manera favorable en lo que respecta a la coherencia de los cuidados y en la estabilidad del equipo profesional, mientras que existe un amplio margen de mejora en lo que respecta a la continuidad en la transferencia de información clínica. Los resultados de este estudio señalan la necesidad de que los esfuerzos de integración prioricen la mejora de la transferencia de la información clínica entre los profesionales de atención primaria y de atención especializada. Así mismo, se hace necesario que futuros estudios valoren si las diferencias en la continuidad asociadas a la edad y el nivel de estudios son debidas a desigualdades sociales en la calidad de la atención y/o están determinadas por diferencias sociales en las expectativas de las personas y el grado de alfabetización en salud.



ANEXO I. Métodos

Diseño y población a estudio

Estudio transversal basado en la Encuesta de salud de la CAPV de 2013 (ESCAV 2013). La población a estudio fueron las personas de 15 y más años (n=4613) que tenían alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración (6 o más meses), o que hubieran consultado durante los últimos 12 meses por el mismo motivo de salud o enfermedad a un/a médico/a de familia, y a un/una especialista o en un hospital, residentes en la CAPV en el año de realización de la citada encuesta.

Fuente de información y variables de estudio

La Encuesta de Salud de la CAPV es una encuesta poblacional, de una muestra seleccionada al azar de la población no institucionalizada residente en la CAPV. La recogida de datos se realiza por entrevista en el domicilio de las personas participantes. La tasa de respuesta de la ESCAV 2013 fue del 86%.

La medida de la continuidad asistencial en la ESCAV 2013 se ha basado en el cuestionario CCAENA⁶, diseñado para evaluar exhaustivamente la percepción de los y las pacientes sobre la continuidad asistencial entre los niveles de atención. La ESCAV 2013, por la extensión y diversidad de la información que trata, sólo ha podido incluir una versión reducida del cuestionario:

- la escala de *continuidad de la información*, que nos ha permitido obtener un valor resumen de la transferencia de la información, principal dimensión de este tipo de continuidad;
- la escala de *continuidad de la gestión clínica*, en lo que respecta a la dimensión de coherencia de los cuidados, principal dimensión de este tipo de continuidad, y
- en relación a *la continuidad de la relación* se incorporaron tres ítems relativos a la percepción de las personas sobre la estabilidad del equipo profesional de atención primaria y especializada, y sobre el lugar donde acuden a recibir la asistencia, respectivamente.



Los índices se calcularon a partir de 10 ítems que componen las escalas de Likert para los distintos tipos de continuidad: continuidad de la información (4), continuidad de la gestión clínica (3) y continuidad de la relación (3). Los ítems recogieron la opinión de las personas encuestadas, en cuatro opciones de respuesta: 'siempre', 'muchas veces', 'pocas veces' y 'nunca', para los siguientes tipos de continuidad y dimensiones:

CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Dimensión: Transferencia de la información clínica:

1. Creo que los/as profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo
2. Después de ir al/la especialista mi médico/a de familia comenta conmigo la visita
3. Mi médico/a de cabecera conoce las indicaciones que el /la especialista me ha dado antes de que yo se las explique
4. El/la especialista conoce las indicaciones que el/la médico/a de cabecera me ha dado antes de que yo se las explique

CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA:

Dimensión: Coherencia de los cuidados:

5. Mi médico/a de cabecera está de acuerdo con las indicaciones del/la especialista
6. El/la especialista está de acuerdo con las indicaciones del/la médico/a de cabecera
7. Creo que la atención que recibo por parte del/la médico/a de cabecera y el/la especialista está coordinada

CONTINUIDAD DE LA RELACIÓN:

Dimensión: Estabilidad del equipo profesional:

8. Cuando pido visita para mi médico/a de familia, siempre me ve el/la mismo/a médico/a
9. Cuando pido cita con el /la especialista por un mismo problema, me ve el/la mismo/a médico/a.
10. Suelo acudir al mismo sitio cuando tengo un problema de salud o necesito consejo sobre mi enfermedad



Para calcular los índices de continuidad¹⁰, los ítems fueron puntuados de 0 a 3 (de nunca/pocas veces/muchas veces/siempre). El siguiente paso consistió en sumar los valores de los ítems y dividirlos por su máxima puntuación posible en cada uno de los tres tipos. Para simplificar los análisis y la presentación de los datos, cada índice de continuidad se ha transformado en una variable dicotómica: un valor mayor o igual a 0,50 fue considerado como indicativo de "buena continuidad" vs "mala continuidad" cuando fuera menor.

Se usaron como variables dependientes las tres variables dicotómicas creadas a partir de las puntuaciones de cada índice. Como variables independientes se incluyeron la edad, el sexo, la Organización Sanitaria Integrada (OSI) correspondiente al nivel de residencia, el nivel de estudios (primaria, secundaria baja, secundaria alta y universitaria), la clase social basada en la ocupación (codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹⁷ y categorizada en cinco grupos), la autovaloración de la salud, la morbilidad (número de problemas crónicos), el tipo de aseguramiento sanitario (público o doble aseguramiento) y el país de origen (nacidos/as en el Estado español o nacidos/as en otros países).

Análisis estadístico

Para cada tipo de continuidad asistencial, se calculó la prevalencia estandarizada por edad de buena valoración, usando como referencia la población de la CAPV de 2011. Para comparar la prevalencia entre grupos clasificados según las categorías de otras variables se calculó la razón de prevalencia (RR)¹⁸ bruta y ajustada por terceras variables (edad, nivel de estudios, etc.) mediante el modelo de regresión de Poisson de varianza de error robusta¹⁹. Los resultados fueron ponderados por el inverso de la probabilidad de selección muestral.

ANEXO II. Tablas



- Tabla A1. Comparación de la población general de 15 años y más (población general), con la población de 15 años y más que respondió al cuestionario de continuidad asistencial (población a estudio)*
- Tabla A2. Prevalencia (%) estandarizada por edad de buena continuidad de información, de gestión clínica y de relación.*
- Tabla A3. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la información.*
- Tabla A4. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la información, por OSI, tomando como referencia la OSI con el valor más alto*
- Tabla A5. Razón de prevalencia (RR) ajustada por el resto de variables de buena continuidad de la información*
- Tabla A6. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la gestión clínica*
- Tabla A7. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la gestión clínica, por OSI, tomando como referencia la OSI con el valor más alto*
- Tabla A8. Razón de prevalencia (RR) ajustada por resto de variables de buena continuidad de la gestión clínica*
- Tabla A9. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la relación.*
- Tabla A10. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la relación, por OSI, tomado como referencia la OSI con el valor más alto.*
- Tabla A11. Razón de prevalencia (RR) ajustada por resto de variables de buena continuidad de la relación.*

Tabla A1. Comparación de la población general de 15 años y más (población general), con la población de 15 años y más que respondió al cuestionario de continuidad asistencial (población a estudio)



	Biztanleria Orokorra <i>Población general</i>				Ikerketako Biztanleria <i>Población a estudio</i>			
	Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>		Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Adin taldeak <i>Grupos de edad</i>								
15-24	399	10,3	376	9,1	93	5,0	103	4,6
25-44	1.429	36,8	1.361	32,9	471	25,1	528	23,4
45-64	1.285	33,1	1.333	32,2	679	36,2	749	33,2
65-74	407	10,5	466	11,3	311	16,6	357	15,8
>=75	364	9,4	600	14,5	320	17,1	521	23,1
Guztira <i>Total</i>	3.884	100,0	4.137	100,0	1.873	100,0	2.258	100,0
Klase soziala <i>Clase social</i>								
I (Altua <i>Alta</i>)	483	12,4	446	10,8	201	10,7	209	9,3
II	332	8,6	404	9,8	142	7,6	164	7,3
III	800	20,6	1.029	24,9	391	20,9	528	23,4
IV	1.914	49,3	1.532	37,0	975	52,0	877	38,8
V (Baxua <i>Baja</i>)	354	9,1	727	17,6	165	8,8	480	21,3
Ikasketa-maila <i>Nivel de estudios</i>								
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	893	23,0	1.178	28,5	544	29,1	839	37,2
Beheko BH <i>Secundaria, inferior</i>	710	18,3	719	17,4	364	19,5	446	19,7
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	1.531	39,4	1.305	31,5	650	34,7	602	26,7
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria</i>	749	19,3	935	22,6	314	16,8	371	16,4
Jaioterria <i>País de nacimiento</i>								
Bertakoa <i>Autóctona</i>	3.633	93,6	3.884	93,9	1.799	96,0	2.137	94,6
Etorkina <i>Inmigrante</i>	250	6,4	253	6,1	74	4,0	121	5,4
Hautemandako osasun-egoera <i>Estado de salud percibido</i>								
Ona <i>Bueno</i>	3.281	84,5	3.271	79,1	1.346	71,8	1.473	65,2
Txarra <i>Malo</i>	603	15,5	866	20,9	528	28,2	786	34,8
Arazo kronikoaren kopurua <i>Número de problemas crónicos</i>								
Bat ere ez <i>Ninguno</i>	1.910	49,2	1.887	45,6	318	17,0	402	17,8
Bat <i>Uno</i>	892	23,0	915	22,1	616	32,9	676	29,9
Bi <i>Dos</i>	510	13,1	512	12,4	412	22,0	424	18,8
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	571	14,7	824	19,9	527	28,1	756	33,5
Asegurantzaren mota <i>Tipo de aseguramiento</i>								
Osakidetza SVS	3.215	82,8	3.439	83,1	1.570	83,8	1.871	82,8
Bikoitza <i>Doble</i>	669	17,2	698	16,9	303	16,2	388	17,2
ESI / OSI								
Araba	520	13,4	527	12,7	287	15,3	310	13,7
Ezkerra.-Enk.-Cruces	302	7,8	301	7,3	112	6,0	165	7,3
Barakaldo-Sestao	234	6,0	270	6,5	126	6,7	173	7,7
Bilbo-Basurtu	612	15,8	703	17,0	312	16,7	426	18,9
Uribe	372	9,6	406	9,8	173	9,2	193	8,5
Barrualde-Galdakao	554	14,3	573	13,8	260	13,9	289	12,8
Debabarrena	131	3,4	136	3,3	56	3,0	75	3,3
Debagoiena	108	2,8	107	2,6	42	2,2	54	2,4
Goierri-Urola	170	4,4	172	4,2	89	4,8	80	3,5
Tolosaldea	126	3,2	115	2,8	56	3,0	68	3,0
Donostialdea	637	16,4	676	16,3	287	15,3	343	15,2
Bidasoa	118	3,0	149	3,6	72	3,9	83	3,7

Los datos de la tabla han sido ponderados (ver Anexo I. Métodos)



Tabla A2. Prevalencia (%) estandarizada por edad de buena continuidad de información, de gestión clínica y de relación.

	Gizonak <i>Hombres</i>			Emakumeak <i>Mujeres</i>		
	Informazioa <i>Información</i>	Kudeaketa Kl. <i>Gestión Cl.</i>	Harremana <i>Relación</i>	Informazioa <i>Información</i>	Kudeaketa Kl. <i>Gestión Cl.</i>	Harremana <i>Relación</i>
Guztira Total	74,0	83,4	93,8	69,4	84,0	93,8
Klase soziala <i>Clase social</i>						
I (Altua <i>Alta</i>)	63,4	80,2	94,0	55,8	82,3	93,1
II	73,5	88,6	98,2	67,0	77,4	93,6
III	76,7	83,1	95,5	69,1	82,8	92,4
IV	75,5	83,0	92,6	71,2	85,5	95,6
V (Baxua <i>Baja</i>)	79,6	84,3	93,6	75,5	87,4	95,0
Ikasketa-maila <i>Nivel de estudios</i>						
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	75,4	83,8	93,1	81,3	92,0	95,6
Behoko BH <i>Secundaria, inferior</i>	75,2	80,8	95,5	70,5	87,2	96,5
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	72,9	83,2	93,4	71,0	82,9	93,0
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria</i>	66,1	78,4	88,5	54,4	74,5	88,9
Jaioterria <i>País de nacimiento</i>						
Bertakoa <i>Autóctona</i>	73,9	83,7	93,9	68,6	84,0	93,7
Etorkina <i>Inmigrante</i>	63,2	69,7	79,6	72,6	82,3	92,4
Hautemandako osasun-egoera <i>Estado de salud percibido</i>						
Ona <i>Buena</i>	74,5	83,2	93,4	70,4	85,1	94,6
Txarra <i>Mala</i>	71,6	84,1	95,5	65,6	78,7	90,3
Araza kronikoaren kopurua <i>Número de problemas crónicos</i>						
Bat ere ez <i>Ninguno</i>	74,5	82,5	92,5	65,8	84,9	92,8
Bat <i>Uno</i>	76,0	84,4	92,8	71,1	85,9	94,2
Bi <i>Dos</i>	77,8	85,3	94,5	65,0	77,9	93,4
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	72,5	80,6	93,2	60,6	81,2	88,9
Asegurantzeta-mota <i>Tipo de aseguramiento</i>						
Osakidetza <i>SVS</i>	75,6	84,3	94,0	70,2	84,7	93,8
Bikoitza <i>Doble</i>	67,2	78,3	92,1	68,0	82,6	94,6
ESI / OSI						
Araba	82,3	82,9	94,4	79,9	82,4	93,2
Ezkerra.-Enk.-Cruces	80,3	84,5	90,8	62,5	88,5	98,9
Barakaldo-Sestao	76,2	84,4	95,4	71,8	86,8	93,4
Bilbo-Basurtu	63,9	80,5	93,1	64,4	80,9	90,7
Uribe	69,9	82,3	92,4	61,9	79,2	87,1
Barrualde-Galdakao	73,3	77,6	86,3	62,9	86,5	94,1
Debarrena	59,5	74,3	72,8	74,0	82,5	87,0
Debagoiena	83,3	90,2	91,2	67,2	75,8	84,4
Goierri-Urola	76,2	85,9	89,0	71,7	88,2	96,7
Tolosaldea	72,6	61,8	80,4	71,2	82,1	89,2
Donostialdea	68,4	85,2	92,8	71,5	86,5	96,0
Bidasoa	73,5	80,2	93,3	62,4	84,2	90,6



Tabla A3. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la información.

	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Adin taldeak Grupos de edad				
15-24*				
25-44	0,96	[0,80 - 1,16]	0,97	[0,80 - 1,19]
45-64	1,18	[1,00 - 1,40]	1,18	[0,99 - 1,42]
65-74	1,25	[1,05 - 1,48]	1,32	[1,10 - 1,58]
>=75	1,30	[1,10 - 1,54]	1,45	[1,21 - 1,73]
Klase soziala Clase social				
I (Altua Alta)*				
II	1,15	[0,98 - 1,34]	1,21	[1,02 - 1,43]
III	1,14	[1,00 - 1,29]	1,21	[1,05 - 1,40]
IV	1,17	[1,04 - 1,32]	1,27	[1,11 - 1,46]
V (Baxua Baja)	1,23	[1,07 - 1,41]	1,30	[1,13 - 1,50]
Ikasketa-maila Nivel de estudios				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. Sin estudios, primaria	1,15	[1,05 - 1,25]	1,42	[1,26 - 1,59]
Behoko BH Secundaria, inferior	1,11	[1,00 - 1,22]	1,36	[1,20 - 1,53]
Goiko BH Secundaria, superior	1,06	[0,96 - 1,16]	1,29	[1,14 - 1,46]
Unibertsitate-ikask. Universitaria*				
Jaioterria País de nacimiento				
Bertakoa Autóctona*				
Etorkina Inmigrante	1,00	[0,83 - 1,21]	1,12	[0,98 - 1,30]
Hautemandako osasun-egoera Estado de salud percibido				
Ona Bueno*				
Txarra Malo	0,98	[0,92 - 1,03]	0,97	[0,92 - 1,02]
Arazo kronikoaren kopurua Número de problemas crónicos				
Bat ere ez Ninguno*				
Bat Uno	1,04	[0,94 - 1,15]	1,04	[0,94 - 1,16]
Bi Dos	1,03	[0,92 - 1,15]	1,00	[0,89 - 1,12]
Hiru edo gehiago Tres o más	0,99	[0,89 - 1,11]	1,02	[0,92 - 1,14]
Asegurantzamota Tipo de aseguramiento				
Osakidetza SVS*				
Bikoitza Doble	0,90	[0,83 - 0,98]	0,94	[0,87 - 1,02]
ESI / OSI**				
Araba	1,09	[1,03 - 1,15]	1,11	[1,06 - 1,17]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,05	[0,96 - 1,14]	0,96	[0,87 - 1,07]
Barakaldo-Sestao	0,99	[0,88 - 1,11]	1,00	[0,90 - 1,10]
Bilbo-Basurtu	0,90	[0,83 - 0,98]	0,94	[0,87 - 1,01]
Uribe	0,93	[0,85 - 1,03]	0,96	[0,87 - 1,05]
Barrualde-Galdakao	1,03	[0,96 - 1,11]	1,00	[0,92 - 1,08]
Debarrena	1,00	[0,89 - 1,12]	1,08	[0,97 - 1,21]
Debagoiena	1,13	[1,04 - 1,24]	1,08	[0,97 - 1,20]
Goierri-Urola	1,04	[0,94 - 1,15]	1,04	[0,92 - 1,16]
Tolosaldea	0,96	[0,82 - 1,12]	1,02	[0,87 - 1,19]
Donostialdea	0,95	[0,88 - 1,02]	1,04	[0,98 - 1,11]
Bidasoa	0,95	[0,84 - 1,08]	0,81	[0,70 - 0,94]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A4. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la información, por OSI, tomando como referencia la OSI con el valor más alto

ESI / OSI	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Araba	0,96	[0,86 - 1,06]	1*	
Ezkerra.-Enk.-Cruces	0,92	[0,81 - 1,05]	0,86	[0,77 - 0,97]
Barakaldo-Sestao	0,87	[0,75 - 1,01]	0,90	[0,80 - 1,00]
Bilbo-Basurtu	0,79	[0,70 - 0,90]	0,84	[0,77 - 0,92]
Uribe	0,82	[0,72 - 0,95]	0,86	[0,77 - 0,95]
Barrualde-Galdakao	0,91	[0,81 - 1,03]	0,90	[0,82 - 0,98]
Debarrena	0,88	[0,75 - 1,02]	0,97	[0,86 - 1,10]
Debagoiena	1*		0,97	[0,86 - 1,10]
Goierri-Urola	0,92	[0,80 - 1,05]	0,93	[0,82 - 1,06]
Tolosaldea	0,85	[0,70 - 1,02]	0,91	[0,77 - 1,08]
Donostialdea	0,84	[0,75 - 0,94]	0,94	[0,87 - 1,01]
Bidasoa	0,84	[0,71 - 0,99]	0,73	[0,62 - 0,85]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A5. Razón de prevalencia (RR) ajustada por el resto de variables de buena continuidad de la información

	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Adin taldeak Grupos de edad				
15-24*				
25-44	0,86	[0,79 - 0,93]	0,88	[0,81 - 0,96]
45-64	1,05	[1,00 - 1,10]	1,02	[0,97 - 1,08]
65-74	1,10	[1,04 - 1,16]	1,09	[1,03 - 1,16]
>=75	1,13	[1,06 - 1,19]	1,19	[1,12 - 1,26]
		p=<.0001		p=<.0001
Klase soziala Clase social				
I (Altua Alta)*				
II	1,03	[0,94 - 1,14]	1,08	[0,99 - 1,18]
III	1,00	[0,94 - 1,07]	1,00	[0,94 - 1,06]
IV	1,01	[0,96 - 1,07]	0,99	[0,94 - 1,05]
V (Baxua Baja)	1,05	[0,97 - 1,14]	1,01	[0,95 - 1,07]
		p=0.4326		p=0.4444
Ikasketa-maila Nivel de estudios				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. Sin estudios, primaria	1,04	[0,99 - 1,09]	1,13	[1,08 - 1,19]
Beheko BH Secundaria, inferior	1,01	[0,96 - 1,07]	1,08	[1,03 - 1,14]
Goiko BH Secundaria, superior	0,97	[0,92 - 1,02]	1,02	[0,96 - 1,08]
Unibertsitate-ikask. Universitaria*				
		p=0.2764		p=<.0001
Jaioterria País de nacimiento				
Bertakoa Autóctona*				
Etorkina Inmigrante	1,00	[0,91 - 1,09]	1,05	[0,97 - 1,13]
		p=0.9623		p=0.2444
Hautemandako osasun-egoera Estado de salud percibido				
Ona Bueno*				
Txarra Malo	0,98	[0,95 - 1,01]	0,97	[0,94 - 1,00]
		p=0.2157		p=0.0366
Arazo kronikoaren kopurua Número de problemas crónicos				
Bat ere ez Ninguno*				
Bat Uno	1,02	[0,97 - 1,06]	1,02	[0,98 - 1,07]
Bi Dos	1,02	[0,97 - 1,07]	0,98	[0,93 - 1,03]
Hiru edo gehiago Tres o más	1,00	[0,95 - 1,05]	1,01	[0,97 - 1,06]
		p=0.7875		p=0.6695
Asegurantza-mota Tipo de aseguramiento				
Osakidetzeta SVS*				
Bikoitza Doble	0,97	[0,93 - 1,01]	1,01	[0,96 - 1,05]
		p=0.1284		p=0.7904
ESI / OSI**				
Araba	1,10	[1,04 - 1,16]	1,12	[1,06 - 1,18]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,03	[0,94 - 1,12]	0,95	[0,86 - 1,04]
Barakaldo-Sestao	0,97	[0,87 - 1,09]	0,99	[0,89 - 1,09]
Bilbo-Basurtu	0,91	[0,83 - 0,99]	0,98	[0,91 - 1,06]
Uribe	0,94	[0,85 - 1,04]	0,97	[0,88 - 1,06]
Barrualde-Galdakao	1,04	[0,96 - 1,12]	1,00	[0,92 - 1,08]
Debarrena	1,00	[0,89 - 1,12]	1,07	[0,96 - 1,19]
Debagoiena	1,12	[1,02 - 1,22]	1,06	[0,96 - 1,17]
Goierri-Urola	1,04	[0,94 - 1,15]	1,02	[0,91 - 1,14]
Tolosaldea	0,97	[0,83 - 1,14]	1,00	[0,87 - 1,16]
Donostialdea	0,96	[0,89 - 1,03]	1,06	[0,99 - 1,13]
Bidasoa	0,95	[0,84 - 1,09]	0,81	[0,70 - 0,94]
		p=0.0085		p=0.0010

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A6. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la gestión clínica

	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^a	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^a
Adin taldeak Grupos de edad				
15-24*				
25-44	0,97	[0,84 - 1,11]	0,89	[0,80 - 0,99]
45-64	1,08	[0,96 - 1,23]	0,99	[0,91 - 1,08]
65-74	1,11	[0,98 - 1,26]	1,04	[0,95 - 1,13]
>=75	1,13	[1,00 - 1,29]	1,07	[0,98 - 1,17]
Klase soziala Clase social				
I (Altua Alta)*				
II	1,12	[1,01 - 1,24]	0,99	[0,88 - 1,10]
III	1,05	[0,96 - 1,16]	1,02	[0,94 - 1,12]
IV	1,06	[0,97 - 1,16]	1,05	[0,97 - 1,15]
V (Baxua Baja)	1,07	[0,96 - 1,20]	1,06	[0,97 - 1,16]
Ikasketa-maila Nivel de estudios				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. Sin estudios, primaria	1,03	[0,96 - 1,09]	1,15	[1,08 - 1,24]
Behoko BH Secundaria, inferior	0,98	[0,91 - 1,06]	1,12	[1,04 - 1,21]
Goiko BH Secundaria, superior	0,99	[0,92 - 1,06]	1,08	[1,00 - 1,17]
Unibertsitate-ikask. Universitaria*				
Jaioterrria País de nacimiento				
Bertakoa Autóctona*				
Etorkina Inmigrante	0,96	[0,82 - 1,12]	1,01	[0,90 - 1,12]
Hautemandako osasun-egoera Estado de salud percibido				
Ona Bueno*				
Txarra Malo	1,00	[0,96 - 1,04]	0,96	[0,93 - 1,00]
Arazo kronikoaren kopurua Número de problemas crónicos				
Bat ere ez Ninguno*				
Bat Uno	1,04	[0,96 - 1,12]	1,02	[0,96 - 1,10]
Bi Dos	1,03	[0,95 - 1,12]	0,97	[0,89 - 1,05]
Hiru edo gehiago Tres o más	1,02	[0,94 - 1,10]	1,00	[0,94 - 1,07]
Asegurantz-mota Tipo de aseguramiento				
Osakidetza SVS*				
Bikoitza Doble	0,97	[0,92 - 1,03]	0,97	[0,92 - 1,02]
ESI / OSI**				
Araba	0,98	[0,94 - 1,03]	0,98	[0,94 - 1,02]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,08	[1,02 - 1,14]	1,06	[0,99 - 1,13]
Barakaldo-Sestao	0,99	[0,91 - 1,08]	0,99	[0,92 - 1,06]
Bilbo-Basurtu	0,97	[0,91 - 1,03]	0,97	[0,93 - 1,02]
Uribe	0,98	[0,91 - 1,05]	1,01	[0,95 - 1,07]
Barrualde-Galdakao	0,97	[0,91 - 1,04]	1,00	[0,95 - 1,05]
Debarrena	1,03	[0,95 - 1,11]	1,04	[0,96 - 1,12]
Debagoiena	1,11	[1,04 - 1,17]	0,99	[0,90 - 1,09]
Goierri-Urola	1,04	[0,97 - 1,12]	1,03	[0,96 - 1,11]
Tolosaldea	0,91	[0,79 - 1,05]	1,00	[0,89 - 1,12]
Donostialdea	1,04	[0,99 - 1,09]	1,02	[0,98 - 1,07]
Bidasoa	0,92	[0,83 - 1,03]	0,93	[0,86 - 1,02]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza

Tabla A7. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la gestión clínica, por OSI, tomando como referencia la OSI con el valor más alto



	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
ESI / OSI				
Araba	0,89	[0,82 - 0,96]	0,93	[0,86 - 1,01]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	0,98	[0,90 - 1,06]	1*	
Barakaldo-Sestao	0,89	[0,80 - 1,00]	0,93	[0,85 - 1,03]
Bilbo-Basurtu	0,88	[0,80 - 0,95]	0,92	[0,85 - 1,00]
Uribe	0,88	[0,80 - 0,98]	0,95	[0,87 - 1,05]
Barrualde-Galdakao	0,88	[0,80 - 0,96]	0,94	[0,87 - 1,03]
Debarrena	0,93	[0,84 - 1,03]	0,98	[0,89 - 1,09]
Debagoiena	1*		0,94	[0,83 - 1,06]
Goierri-Urola	0,94	[0,86 - 1,04]	0,98	[0,88 - 1,08]
Tolosaldea	0,83	[0,70 - 0,97]	0,94	[0,82 - 1,09]
Donostialdea	0,94	[0,87 - 1,01]	0,97	[0,89 - 1,05]
Bidasoa	0,84	[0,73 - 0,96]	0,88	[0,79 - 0,99]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A8. Razón de prevalencia (RR) ajustada por resto de variables de buena continuidad de la gestión clínica

	Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Adin taldeak <i>Grupos de edad</i>				
15-24 [*]				
25-44	0,92	[0,87 - 0,98]	0,92	[0,87 - 0,97]
45-64	1,02	[0,98 - 1,06]	1,00	[0,97 - 1,04]
65-74	1,04	[1,00 - 1,09]	1,02	[0,98 - 1,06]
>=75	1,06	[1,01 - 1,11]	1,06	[1,02 - 1,10]
		p=0.0205		p=0.0013
Klase soziala <i>Clase social</i>				
I (Altua <i>Alta</i>) [*]				
II	1,06	[1,00 - 1,12]	0,99	[0,93 - 1,06]
III	1,00	[0,95 - 1,05]	1,00	[0,96 - 1,04]
IV	1,00	[0,96 - 1,05]	1,00	[0,96 - 1,03]
V (Baxua <i>Baja</i>)	1,01	[0,95 - 1,08]	1,00	[0,96 - 1,04]
		p=0.2763		p=0.9936
Ikasketa-maila <i>Nivel de estudios</i>				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	1,01	[0,97 - 1,05]	1,06	[1,03 - 1,10]
Beheko BH <i>Secundaria, inferior</i>	0,98	[0,94 - 1,03]	1,04	[1,00 - 1,07]
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	0,98	[0,95 - 1,02]	0,99	[0,96 - 1,03]
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria*</i>				
		p=0.6386		p=0.0015
Jaioterrria <i>País de nacimiento</i>				
Bertakoa <i>Autóctona*</i>				
Etorkina <i>Inmigrante</i>	0,98	[0,90 - 1,05]	1,00	[0,95 - 1,05]
		p=0.5190		p=0.9620
Hautemandako osasun-egoera <i>Estado de salud percibido</i>				
Ona <i>Bueno*</i>				
Txarra <i>Malo</i>	1,00	[0,97 - 1,02]	0,97	[0,95 - 0,99]
		p=0.8180		p=0.0089
Arazo kronikoaren kopurua <i>Número de problemas crónicos</i>				
Bat ere ez <i>Ninguno*</i>				
Bat <i>Uno</i>	1,01	[0,98 - 1,05]	1,02	[0,99 - 1,05]
Bi <i>Dos</i>	1,01	[0,97 - 1,05]	0,97	[0,93 - 1,00]
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	1,00	[0,96 - 1,04]	1,01	[0,98 - 1,04]
		p=0.8800		p=0.2017
Asegurantzaren mota <i>Tipo de aseguramiento</i>				
Osakidetza <i>SVS*</i>				
Bikoitza <i>Doble</i>	0,99	[0,96 - 1,02]	1,00	[0,97 - 1,03]
		p=0.6263		p=0.8407
ESI / OSI**				
Araba	0,99	[0,94 - 1,04]	0,98	[0,94 - 1,03]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,08	[1,02 - 1,14]	1,04	[0,98 - 1,12]
Barakaldo-Sestao	0,98	[0,90 - 1,07]	0,98	[0,92 - 1,05]
Bilbo-Basurtu	0,97	[0,91 - 1,03]	0,99	[0,94 - 1,04]
Uribe	0,98	[0,90 - 1,05]	1,02	[0,96 - 1,08]
Barrualde-Galdakao	0,97	[0,91 - 1,04]	1,00	[0,95 - 1,05]
Debabarrena	1,03	[0,95 - 1,12]	1,03	[0,96 - 1,11]
Debagoiena	1,10	[1,03 - 1,17]	0,98	[0,89 - 1,07]
Goierri-Urola	1,04	[0,97 - 1,12]	1,03	[0,96 - 1,10]
Tolosaldea	0,91	[0,79 - 1,05]	0,99	[0,89 - 1,11]
Donostialdea	1,04	[0,99 - 1,09]	1,03	[0,98 - 1,07]
Bidasoa	0,93	[0,83 - 1,04]	0,94	[0,86 - 1,02]
		p=0.0304		p=0.7641

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A9. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la relación.

	Gizonak <i>Hombres</i>		Emakumeak <i>Mujeres</i>	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Adin taldeak <i>Grupos de edad</i>				
15-24*				
25-44	0,94	[0,88 - 1,00]	1,03	[0,95 - 1,12]
45-64	1,01	[0,97 - 1,07]	1,05	[0,97 - 1,13]
65-74	1,00	[0,95 - 1,06]	1,07	[0,99 - 1,16]
>=75	1,02	[0,97 - 1,07]	1,09	[1,01 - 1,17]
Klase soziala <i>Clase social</i>				
I (Altua <i>Alta</i>)*				
II	1,06	[1,00 - 1,11]	1,02	[0,97 - 1,08]
III	1,02	[0,97 - 1,07]	0,99	[0,94 - 1,04]
IV	1,01	[0,96 - 1,06]	1,02	[0,98 - 1,07]
V (Baxua <i>Baja</i>)	1,03	[0,97 - 1,09]	1,02	[0,97 - 1,07]
Ikasketa-maila <i>Nivel de estudios</i>				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. <i>Sin estudios, primaria</i>	1,03	[0,99 - 1,07]	1,02	[0,98 - 1,06]
Beheko BH <i>Secundaria, inferior</i>	1,04	[0,99 - 1,08]	1,03	[0,99 - 1,07]
Goiko BH <i>Secundaria, superior</i>	1,01	[0,96 - 1,06]	1,00	[0,96 - 1,05]
Unibertsitate-ikask. <i>Universitaria*</i>				
Jaioterria <i>País de nacimiento</i>				
Bertakoa <i>Autóctona*</i>				
Etorkina <i>Inmigrante</i>	1,00	[0,92 - 1,08]	1,01	[0,96 - 1,07]
Hautemandako osasun-egoera <i>Estado de salud percibido</i>				
Ona <i>Bueno*</i>				
Txarra <i>Malo</i>	1,02	[1,00 - 1,04]	0,98	[0,95 - 1,00]
Arazo kronikoaren kopurua <i>Número de problemas crónicos</i>				
Bat ere ez <i>Ninguno*</i>				
Bat <i>Uno</i>	0,98	[0,94 - 1,03]	1,01	[0,97 - 1,05]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	0,98	[0,93 - 1,02]	1,01	[0,97 - 1,05]
Hiru edo gehiago <i>Tres o más</i>	0,99	[0,95 - 1,03]	1,00	[0,96 - 1,05]
Asegurantz-mota <i>Tipo de aseguramiento</i>				
Osakidetza SVS*				
Bikoitza <i>Doble</i>	0,99	[0,96 - 1,03]	1,00	[0,97 - 1,03]
ESI / OSI**				
Araba	1,00	[0,98 - 1,03]	1,00	[0,97 - 1,03]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,03	[1,02 - 1,05]	1,04	[1,02 - 1,06]
Barakaldo-Sestao	0,99	[0,94 - 1,04]	0,98	[0,94 - 1,03]
Bilbo-Basurtu	1,01	[0,98 - 1,04]	0,98	[0,96 - 1,02]
Uribe	0,99	[0,94 - 1,03]	0,98	[0,95 - 1,02]
Barrualde-Galdakao	0,99	[0,95 - 1,03]	0,99	[0,96 - 1,02]
Debarrena	0,99	[0,93 - 1,05]	0,97	[0,91 - 1,04]
Debagoiena	1,01	[0,97 - 1,06]	1,00	[0,94 - 1,06]
Goierri-Urola	0,98	[0,93 - 1,04]	1,01	[0,97 - 1,06]
Tolosaldea	1,03	[0,98 - 1,07]	1,02	[0,98 - 1,07]
Donostialdea	0,99	[0,96 - 1,03]	1,03	[1,00 - 1,05]
Bidasoa	1,00	[0,95 - 1,05]	0,99	[0,94 - 1,03]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza

Tabla A10. Razón de prevalencia (RR) ajustada por edad de buena continuidad de la relación, por OSI, tomado como referencia la OSI con el valor más alto.



ESI / OSI	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Araba	0,97	[0,95 - 1,00]	0,96	[0,93 - 0,99]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1*		1*	
Barakaldo-Sestao	0,96	[0,91 - 1,01]	0,94	[0,89 - 0,99]
Bilbo-Basurtu	0,97	[0,94 - 1,00]	0,95	[0,92 - 0,98]
Uribe	0,95	[0,91 - 1,00]	0,95	[0,90 - 0,99]
Barrualde-Galdakao	0,96	[0,92 - 0,99]	0,95	[0,92 - 0,99]
Debarrena	0,95	[0,89 - 1,02]	0,93	[0,87 - 1,00]
Debagoiena	0,98	[0,93 - 1,03]	0,96	[0,90 - 1,02]
Goierri-Urola	0,95	[0,89 - 1,01]	0,98	[0,93 - 1,02]
Tolosaldea	0,99	[0,95 - 1,04]	0,98	[0,94 - 1,03]
Donostialdea	0,96	[0,93 - 0,99]	0,99	[0,96 - 1,01]
Bidasoa	0,97	[0,92 - 1,02]	0,95	[0,90 - 1,00]

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza



Tabla A11. Razón de prevalencia (RR) ajustada por resto de variables de buena continuidad de la relación.

	Gizonak Hombres		Emakumeak Mujeres	
	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o	RR	(% 95eko K.T.) ^a (I.C. del 95%) ^o
Adin taldeak Grupos de edad				
15-24 [*]				
25-44	0,95	[0,89 - 1,01]	1,04	[0,96 - 1,13]
45-64	1,03	[0,97 - 1,08]	1,06	[0,98 - 1,14]
65-74	1,01	[0,96 - 1,07]	1,07	[0,99 - 1,16]
>=75	1,02	[0,96 - 1,08]	1,09	[1,01 - 1,19]
		p=0.0128		p=0.0558
Klase soziala Clase social				
I (Altua Alta)*				
II	1,05	[1,00 - 1,10]	1,02	[0,97 - 1,08]
III	1,00	[0,95 - 1,05]	0,98	[0,93 - 1,04]
IV	0,98	[0,93 - 1,03]	1,02	[0,97 - 1,07]
V (Baxua Baja)	0,99	[0,93 - 1,05]	1,01	[0,96 - 1,07]
		p=0.0169		p=0.2329
Ikasketa-maila Nivel de estudios				
Ikasketarik gabe-Lehen Hezk. Sin estudios, primaria	1,05	[1,00 - 1,10]	1,01	[0,97 - 1,06]
Behoko BH Secundaria, inferior	1,06	[1,00 - 1,12]	1,03	[0,99 - 1,08]
Goiko BH Secundaria, superior	1,02	[0,97 - 1,07]	1,01	[0,96 - 1,05]
Unibertsitate-ikask. Universitaria*				
		p=0.0668		p=0.2720
Jaioterrria País de nacimiento				
Bertakoa Autóctona*				
Etorkina Inmigrante	1,00	[0,92 - 1,08]	1,01	[0,96 - 1,07]
		p=0.9546		p=0.7093
Hautemandako osasun-egoera Estado de salud percibido				
Ona Bueno*				
Txarra Malo	1,02	[0,99 - 1,04]	0,97	[0,95 - 1,00]
		p=0.1802		p=0.0442
Arazo kronikoaren kopurua Número de problemas crónicos				
Bat ere ez Ninguno*				
Bat Uno	0,98	[0,93 - 1,02]	1,01	[0,97 - 1,05]
Bi Dos	0,97	[0,93 - 1,02]	1,01	[0,97 - 1,05]
Hiru edo gehiago Tres o más	0,98	[0,94 - 1,03]	1,01	[0,97 - 1,05]
		p=0.6682		p=0.9668
Asegurantz-mota Tipo de aseguramiento				
Osakidetza SVS*				
Bikoitza Doble	0,99	[0,96 - 1,03]	1,01	[0,98 - 1,04]
		p=0.7010		p=0.4990
ESI / OSI**				
Araba	1,00	[0,98 - 1,03]	1,00	[0,98 - 1,03]
Ezkerra.-Enk.-Cruces	1,04	[1,02 - 1,06]	1,04	[1,02 - 1,06]
Barakaldo-Sestao	0,99	[0,94 - 1,04]	0,98	[0,93 - 1,03]
Bilbo-Basurtu	1,01	[0,98 - 1,04]	0,99	[0,96 - 1,02]
Uribe	0,99	[0,94 - 1,04]	0,99	[0,95 - 1,03]
Barrualde-Galdakao	0,99	[0,95 - 1,03]	0,99	[0,96 - 1,03]
Debarrena	0,98	[0,93 - 1,05]	0,97	[0,91 - 1,03]
Debagoiena	1,02	[0,97 - 1,07]	1,00	[0,94 - 1,06]
Goierri-Urola	0,98	[0,92 - 1,03]	1,01	[0,97 - 1,06]
Tolosaldea	1,03	[0,98 - 1,07]	1,02	[0,98 - 1,06]
Donostialdea	0,99	[0,96 - 1,03]	1,03	[1,01 - 1,05]
Bidasoa	1,00	[0,95 - 1,05]	0,99	[0,94 - 1,03]
		p=0.0675		p=0.0402

* Erreferentzia-kategoria / Categoría de referencia

** EAE osoa da erreferentzia-kategoria / La categoría de referencia es el conjunto de la CAPV

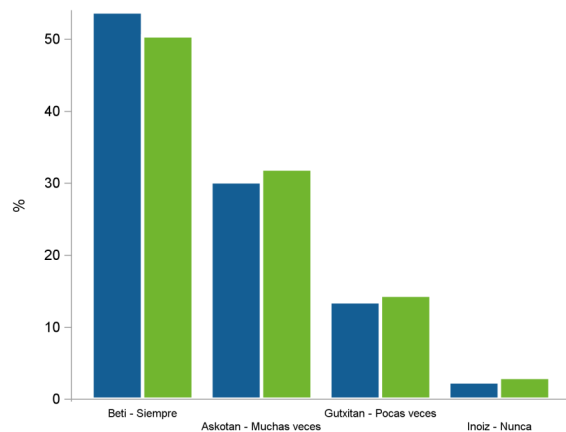
^a Konfiantza-tartea / Intervalo de confianza

ANEXO III. Figuras de la distribución por sexo de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems (10)

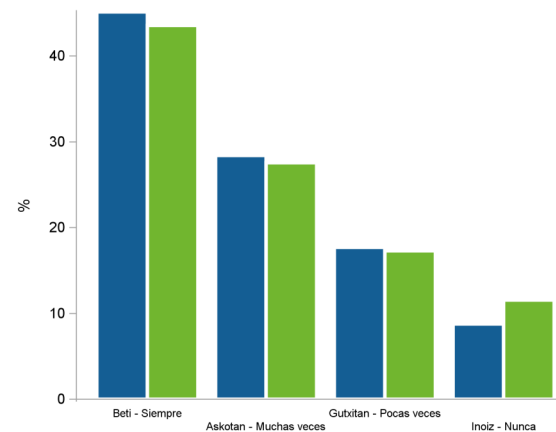
Continuidad de la información



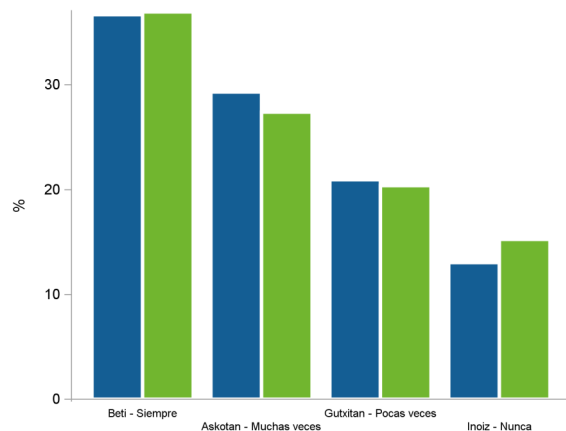
Arreta ematen didaten osasun-langileek nire historia klinikoa ezagutzen dute
Los/las profesionales que me atienden conocen mi historia clínica



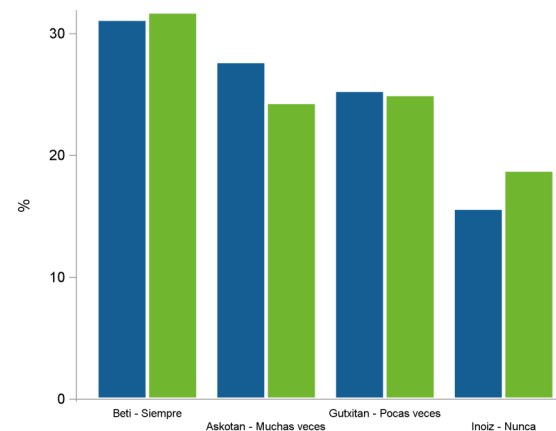
Especialistaren bisita familia-medikuak eta biok komentatzen dugu
El/la médico/a de familia me comenta la visita realizada a un/a especialista



Especialistak niri esandakoaren berri badu nire familia-medikuak
Mi médico/a de familia conoce las indicaciones del/la especialista



Familia-medikuak niri esandakoaren berri badu especialistak
El/la especialista conoce las indicaciones del/la médico/a de familia

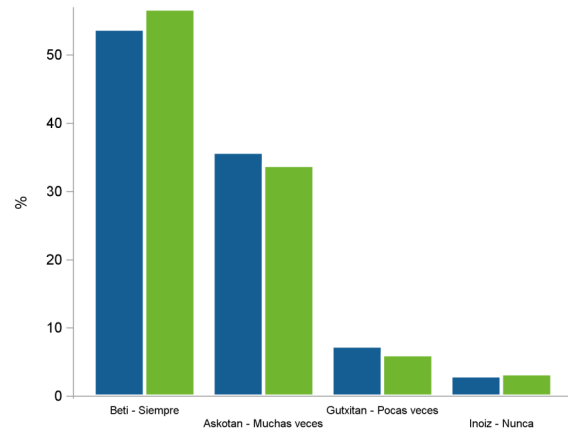


■ Gizonezkoak-Hombres
■ Emakumezkoak-Mujeres

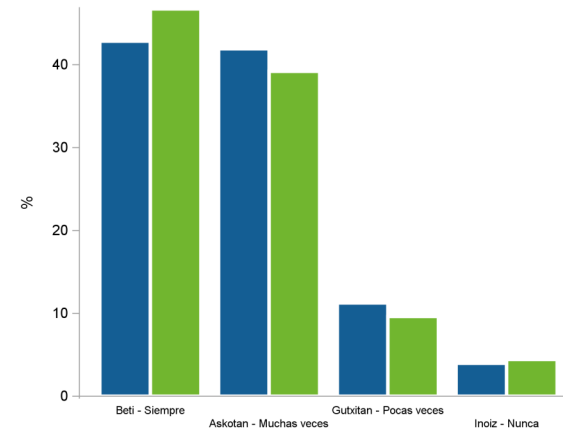


Continuidad de la gestión clínica

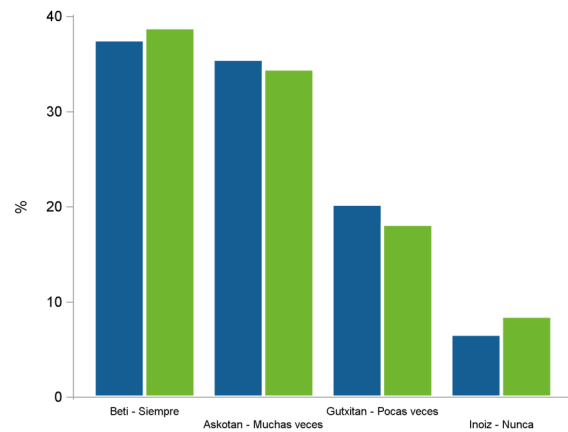
Familia-medikua ados dago espezialistak esandakoarekin
El/la médico/a de familia está de acuerdo con las indicaciones del/la especialista



Espezialista ados dago familia-medikuak esandakoarekin
El/la especialista está de acuerdo con las indicaciones del/la médico/a de familia



Familia medikuaren asistentzia eta mediku espezialistarena koordinatuta daude
La atención recibida del/la médico/a de familia y del/la especialista está coordinada

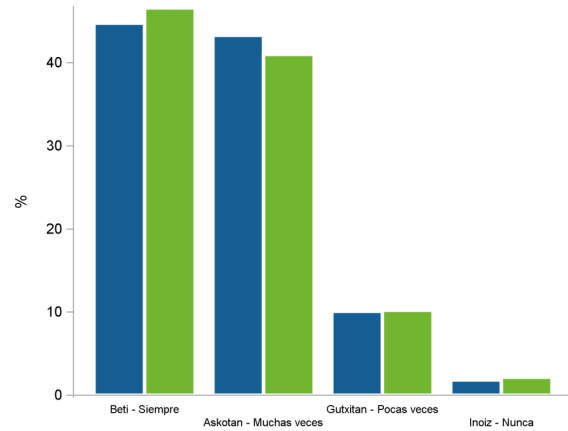


■ Gizonezkoak-Hombres
■ Emakumezkoak-Mujeres

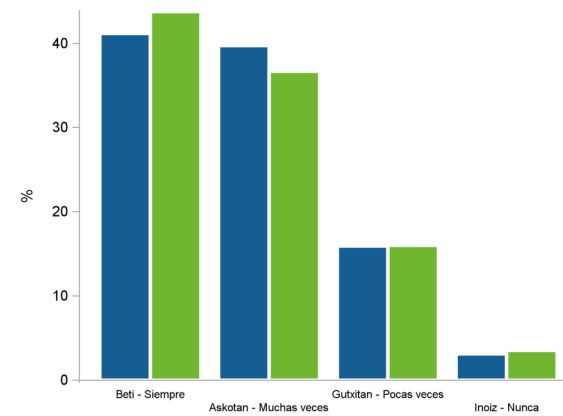


Continuidad de la relación

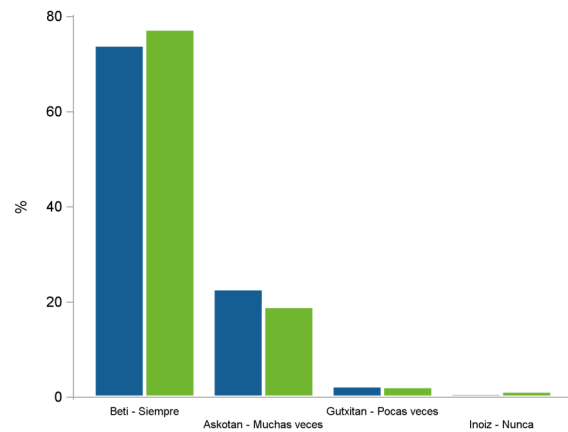
Hitzordua eskatzen dudanean familia-mediku berak ikusten nau beti
 Cuando pido cita para el/la médico/a de familia siempre me ve el/la mismo/a médico/a



Arazo bera dela-eta hitzordua eskatzen dudanean espezialista berak ikusten nau beti
 Cuando pido cita con el/la especialista por un mismo problema siempre me ve el/la mismo/a médico/a



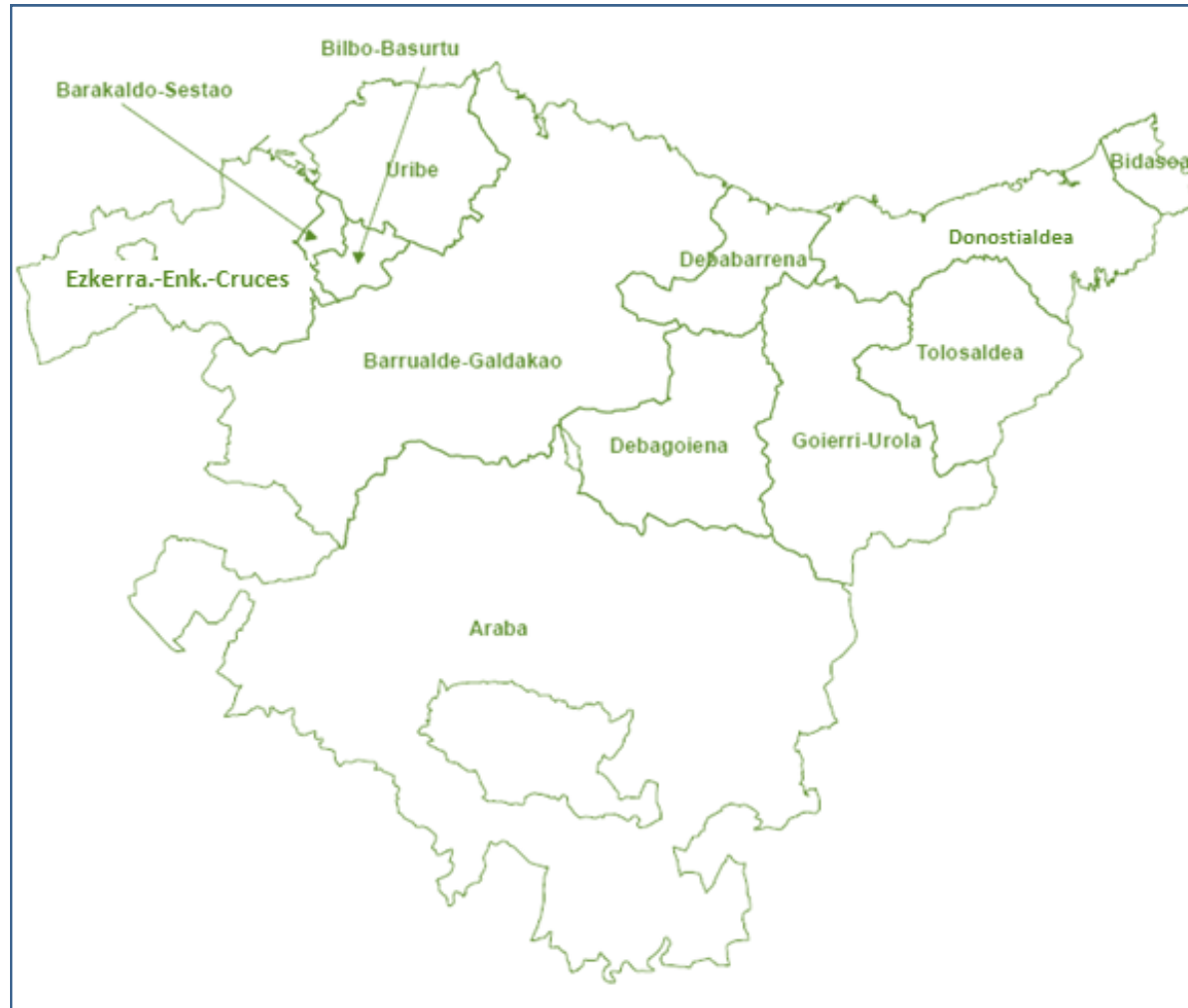
Toki berera jotzen dut beti nire osasun-arazoari buruzko asistentzia edo aholku bila
 Acudo al mismo lugar en busca de atención o consejo sobre mi problema de salud



■ Gizonezkoak-Hombres
 ■ Emakumezkoak-Mujeres



ANEXO IV. Delimitación geográfica de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs)



Bibliografía



1. Gröne O, Garcia-Barbero M; WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.
2. Jauregui ML. Experiencia en el País Vasco: Organización Sanitaria Integrada. Disponible en: <http://www.fundaq.org/imagenes/cargaweb/files/ExperienciaenelPaisVasco.pdf>.
3. Nuño R, Sauto R, Toro N. Integrated care initiatives in the Spanish Health System/Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España: Abstracts from the Third Spanish Conference on Chronic Care, San Sebastián, 19–20 May 2011/Resúmenes de Comunicaciones al III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Donostia-San Sebastián, 19 y 20 de mayo del 2011. *International Journal of Integrated Care*. 2012;12(Suppl2):e35.
4. Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
5. Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016. Departamento de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2014. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/lineas_estrategicas_%20castellano.pdf
6. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International Journal of Integrated Care* 2013;13:e050.
7. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
8. Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. Accessibility and Continuity of Healthcare: A Study of Primary Care in Québec. Research Report. March 2009. Research report presented to the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation. Montreal: Gouvernement du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné. Disponible en: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/911_ServicesPremLigneANGLAIS.pdf
9. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010; 24 (4): 339-46.
10. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sanchez-Perez I, Colomes L, et al. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *International Journal of Quality in Health Care*. 2013;25(3):291–9. doi: 10.1093/intqhc/mzt010.
11. Encuesta de Salud del País Vasco 2007. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav/adjuntos/Encuesta%20salud%202007.pdf



12. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit.* 2013 May-Jun;27(3):207-13. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.06.011.
13. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient Experiences with Coordination of Care: The Benefit of Continuity and Primary Care Physician as Referral Source. *Journal of General Internal Medicine.* 2009;24(2):170-7. doi:10.1007/s11606-008-0885-5.
14. Aller MB. La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. [Tesis doctoral]. Barcelona. UAB : Universidad Autònoma de Barcelona. 2014.
15. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 513-59. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958.
16. Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A First Approach to Differences in Continuity of Care Perceived by Immigrants and Natives in the Catalan Public Healthcare System . *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2013;10(4):1474-88. doi:10.3390/ijerph10041474.
17. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011. *Gac Sanit.* 2013;27:263–72.
18. Rothman Modern Epidemiology 2nd edition. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008.
19. Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Int J Epidemiol.* 2004 Apr 1;159(7):702-6.