

Barcelona, 24 de Julio del 2020

A través del presente documento, nosotras, Verónica Espinel-Flores (directora), Ingrid Vargas (codirectora) y María Luisa Vázquez (codirectora) **AUTORIZAMOS** a **GABRIELA ALEJANDRA TIBURCIO LARA** para presentar la memoria del Trabajo de Fin de Máster (TFM) en Salud Pública de la UPF/UAB para el **curso 2018/2020** titulada:

***“Cambios en la continuidad de relación con los médicos de atención primaria y especializada de pacientes crónicos en Latinoamérica (2015-2017)”***

Además, proporcionamos la información de las normas de la revista a la que se presentará el artículo incluido en el TFM:

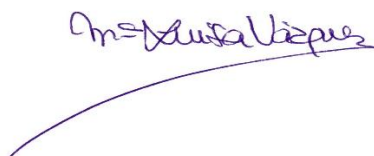
<b>NOMBRE DE LA REVISTA:</b> Gaceta Sanitaria		
	<b>Según normativa de la revista</b>	<b>Artículo incluido en el TFM</b>
Número de palabras del resumen	<b>250</b>	248
Número de palabras del texto* (sin contar resumen ni bibliografía)	<b>3000</b>	3276
Número de tablas y figuras	<b>6</b>	3
Número de referencias	<b>Recomendable 35</b>	38

*\*en el caso de que las normas de la revista no especifiquen número de palabras del texto se incluirán 5,000 palabras como máximo*

En constancia firmamos:



Verónica Espinel-Flores



María Luisa Vázquez



Ingrid Vargas Lorenzo



Universitat Pompeu Fabra  
Máster en Salud Pública


Consorci de Salut i Social de Catalunya  
Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS)

## TRABAJO DE FIN DE MÁSTER (TFM)

Cambios en la continuidad de relación con los  
médicos de atención primaria y especializada  
de pacientes crónicos en Latinoamérica  
(2015-2017)

Gabriela Alejandra Tiburcio Lara

**Directoras de TFM:**  
Verónica Espinel Flores  
Ingrid Vargas Lorenzo  
M. Luisa Vázquez Navarrete



# ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	3
1. ANTECEDENTES .....	4
Introducción.....	4
Marco conceptual.....	5
Evaluación de la continuidad de relación.....	7
Contexto del estudio .....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
Referencias bibliográficas.....	13
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	18
Hipótesis .....	18
Objetivo general .....	18
Objetivos específicos.....	18
4. CAMBIOS RESPECTO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN .....	19
5. ARTÍCULO CIENTÍFICO .....	20
6. LISTA DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA ALUMNA .....	44
7. ANEXOS .....	45
Anexo 1. Sistemas de salud de los países participantes .....	45
Anexo 2. Cuestionario CCAENA® .....	52
Anexo 3. Distribución de valores missings o pérdidas.....	54
Anexo 4. Métodos .....	71
8. CHECKLIST STROBE.....	87

## ABREVIATURAS

CR	Continuidad de relación
CA	Continuidad asistencial
SS	Sistemas de salud
EC	Enfermedades crónicas
AP	Atención primaria
AE	Atención especializada
RSS	Redes públicas de servicios de salud
NA	Nivel asistencial
CCAENA	Cuestionario de continuidad asistencial entre niveles de atención
RP	Razón de prevalencias
IC95%	Intervalo de confianza al 95%

## **1. ANTECEDENTES**

### **Introducción**

Los sistemas de salud (SS) de Latinoamérica se han caracterizado por un alto grado de segmentación y fragmentación<sup>1</sup>. Esto ha generado el uso ineficiente de los recursos e infraestructura, la prestación de servicios de baja calidad técnica, dificultad en el acceso a los servicios sanitarios, y baja satisfacción de los usuarios con la continuidad de la atención<sup>1-3</sup>.

Para hacer frente a esta problemática, agudizada por el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas (EC), y el aumento de las expectativas de los usuarios; se están exigiendo progresivamente respuestas más equitativas e integrales por parte de los SS<sup>1,3</sup>.

En este sentido, en los últimos años se ha observado una tendencia a introducir políticas que favorezcan la colaboración y coordinación entre los servicios de salud, como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención<sup>1,2</sup>. La integración organizativa de los servicios se ha convertido en una prioridad en muchos países latinoamericanos<sup>2</sup>. Especialmente para resolver problemas de salud en pacientes crónicos, que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios de salud<sup>2,3</sup>.

Los SS de Latinoamérica han reconocido la atención primaria (AP) como puerta de entrada al sistema, ya que así se garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales multidisciplinarios a toda la población<sup>1,4,5</sup>. Con la modificación de los SS se propone brindar, a partir de la AP, una atención de la salud centrada en la persona, la familia, y la comunidad, con amplia participación social, y acción intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud<sup>1,4,5</sup>. Además, en estos SS se ha reconocido que la AP es el componente de las redes públicas de servicios de salud (RSS) que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias, la comunidad y el resto de los sectores sociales<sup>1</sup>, favoreciendo así la continuidad de relación (CR) médico-paciente con el médico de AP<sup>1,4,5</sup>.

La CR engloba, tanto para pacientes con enfermedades agudas como para pacientes con EC, la confianza con el médico, la comunicación efectiva con el médico, la comprensión mutua, el sentimiento de pertenencia, y el sentimiento de responsabilidad de parte del médico hacia el paciente<sup>3,6-8</sup>. Un alto nivel de CR con los médicos de AP y los médicos de atención especializada (AE) se ha asociado a diagnósticos clínicos más rápidos, mejor adherencia terapéutica y menor tiempo de estancia intrahospitalaria<sup>3,6-8</sup>. A su vez, la CR favorece la

continuidad de información, al permitir la transferencia de la información y el conocimiento sobre la historia clínica previa del paciente<sup>8</sup>.

Una limitada CR puede conllevar un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento, así como la ausencia de información clínica relevante en la historia clínica; como consecuencias de la falta de comunicación efectiva y confianza entre médico-paciente, y de la dificultad para establecer un consenso terapéutico con el paciente<sup>2,6</sup>.

A pesar de la relevancia que tiene la CR para mejorar la calidad de la atención en salud, en Latinoamérica aún son escasos los estudios que la abordan, especialmente la CR con el médico de AE<sup>9</sup>. Este estudio tiene como objetivo analizar de manera comparativa la CR, con los médicos de AP y los médicos de AE, de pacientes con EC, y sus cambios entre el 2015 y 2017, en RSS de seis países latinoamericanos.

### **Marco conceptual**

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se han utilizado indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión de servicios de salud<sup>6</sup>.

La *coordinación asistencial* se define desde la perspectiva de los proveedores de salud, como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada<sup>6</sup>.

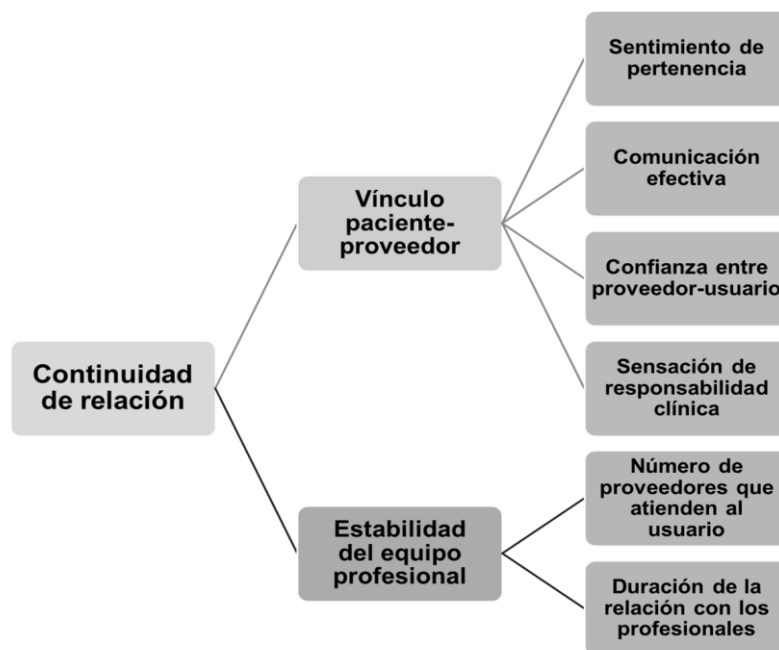
La *continuidad asistencial* (CA), por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario o paciente a lo largo del tiempo<sup>6-8</sup>.

No existe una definición única de CR, ya que se ha descrito en los diversos marcos conceptuales de CA<sup>8,10-12</sup>. Freeman et al.<sup>10</sup> consideraron la CR en dos dimensiones: la continuidad personal (establecimiento de la relación médico-paciente) y la longitudinal (ser atendido por el menor número de profesionales). Éstas también fueron utilizadas por Saultz et al.<sup>11</sup>, quienes reformularon la continuidad longitudinal como tener una fuente regular de atención médica.

De acuerdo con el marco teórico de Reid et al.<sup>8</sup> y Haggerty et al.<sup>12</sup>, dentro de la CA se engloban tres tipos interrelacionados de continuidad<sup>6-8</sup>: 1) la *continuidad de información* (percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de información de acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a la circunstancia actual del paciente); 2) la *continuidad de la gestión* (percepción del paciente sobre la provisión de la atención de manera coordinada en el tiempo, para que se complementen los servicios y no se pierdan o dupliquen las pruebas y servicios solicitados) y 3) la *continuidad de relación* (la interacción de un paciente con un proveedor de salud a lo largo del tiempo).

La continuidad de información y la continuidad de gestión se evalúan a partir del resultado entre la interacción de los proveedores de salud, por lo que pueden ser analizadas en cada nivel asistencial (NA), así como entre NA; mientras que la CR se refiere principalmente a la relación médico-paciente, por lo que solo puede analizarse en cada NA, de manera separada<sup>7,8</sup>.

Para el estudio de la CR (*Figura 1*) se consideran dos dimensiones: 1) La estabilidad del equipo profesional y 2) El vínculo paciente-proveedor<sup>3,7,8</sup>.



*Figura 1. Dimensiones y atributos para el estudio de la continuidad de relación, a partir de la adaptación del marco teórico de Reid et al.<sup>3,8</sup>. Fuente: Elaboración propia.*

En la dimensión de “*Estabilidad del equipo profesional*” se evalúa la percepción del usuario de ser atendido por los mismos profesionales en cada visita médica. Se incluyen atributos como el número de proveedores que atienden al usuario, y la duración de la relación con el profesional<sup>3,8</sup>. En la dimensión de “*Vínculo paciente-proveedor*” se hace referencia a la relación que se establece entre el paciente y el médico, y se considera como un vínculo de alto grado cuando los usuarios acuden a su médico para la atención de la mayoría de sus necesidades. En esta dimensión se incluyen atributos como el sentimiento de pertenencia, la comunicación efectiva, la confianza en el médico y el sentimiento de responsabilidad de parte del médico hacia el paciente<sup>3,8</sup>.

### **Evaluación de la continuidad de relación**

Para evaluar la CR es necesario preguntar al paciente sobre la percepción que tiene de la relación con su proveedor o proveedores de la salud<sup>8,13</sup>. Las preguntas se enfocan en evaluar los atributos relacionados con la CR<sup>3,14,15</sup>, y se realizan utilizando tanto métodos cualitativos como métodos cuantitativos<sup>3,14</sup>.

Desde las aproximaciones cualitativas es posible conocer en profundidad las experiencias de los usuarios en los servicios de salud, y la importancia y el significado que otorgan a la relación médico-paciente<sup>3,14</sup>. Dentro de las técnicas más utilizadas en los estudios cualitativos se encuentran la entrevista individual y los grupos focales; que se han utilizado especialmente para explorar las perspectivas de pacientes con EC<sup>3,14</sup>, incluyendo cáncer, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral, y enfermedades psiquiátricas<sup>3,14,16</sup>.

Por otro lado, las aproximaciones cuantitativas suelen ser de diseño transversal, empleando las encuestas o cuestionarios como instrumentos para la recogida de los datos<sup>3,14,15</sup>. Los estudios llevados a cabo de manera cuantitativa se han enfocado en medir la CR en el nivel de AP<sup>3,14,15</sup>, con poca o nula evaluación de la AE. Igualmente, se han utilizado para estudiar la CR en pacientes con un tipo de patología específico, abarcando períodos breves de la enfermedad y tratamientos de corta duración<sup>3,14,15</sup>.

### **Instrumentos para medir la continuidad de relación**

La mayoría de los instrumentos utilizados se encuentran diseñados para medir los tres tipos de CA, por lo que miden la CR como una sub-escala<sup>13</sup>. En la *Tabla 1* se resumen los principales instrumentos que se encuentran validados, y que cuentan con ítems para evaluar la CR<sup>13</sup>.



De los instrumentos mencionados, los que se encuentran enfocados primordialmente en evaluar la CR son el *Chao Perception of Continuity Scale* (con 87% de los ítems enfocados en la CR), el *Patient-Doctor Depth of Relationship* (con 88% de los ítems), y el *PDRQ-9: Patient Doctor Relationship Questionnaire* (con 100% de los ítems)<sup>8</sup>.

Por otro lado, la mayoría de los cuestionarios se encuentran dirigidos hacia la evaluación en el nivel de AP<sup>13</sup>. Los que incluyen ítems para evaluar también la CR en la AE son el *Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA®)*<sup>7,15,17</sup>, y el *Nijmegen Continuity Questionnaire*<sup>8</sup>.

<b>Instrumentos que cuentan con ítems para medir la continuidad de relación</b>			
<b>Cuestionario</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo del cuestionario</b>	<b>Lenguajes disponibles</b>
<b>Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA)</b>	Letelier et al. (2010) Aller et al. (2010) Aller et al. (2013) García-Subirats et al. (2015)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la continuidad asistencial entre niveles de <i>atención primaria y especializada</i>	Inglés, español, portugués
<b>Chao Perception of Continuity Scale</b>	Chao (1988)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la continuidad asistencial, principalmente la continuidad de relación, en la <i>atención primaria</i>	Inglés
<b>Genetic Measure of Continuity of Care</b>	Haggerty (2012)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la continuidad asistencial en la <i>atención primaria</i>	Inglés y francés
<b>Medical Care Questionnaire</b>	Harley (2009)	Evaluar las experiencias de los pacientes de la continuidad asistencial en la <i>atención primaria</i>	Inglés
<b>Nijmegen Continuity Questionnaire</b>	Uijen (2011)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la continuidad asistencial entre niveles de <i>atención primaria y especializada</i>	Inglés, holandés, noruego
<b>Patient-doctor depth of relationship</b>	Ridd et al. (2011)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la relación médico-paciente en la <i>atención primaria</i>	Inglés
<b>Patient-doctor relationship Questionnaire (PDRQ-9)</b>	Van der Feltz-Cornelis (2004)	Evaluar la perspectiva de los pacientes de la relación médico-paciente en la <i>atención primaria</i>	Inglés
<b>Primary Care Assessment Tool (PCAT)</b>	Shi et al. (2001)	Evaluar las experiencias de los pacientes en la <i>atención primaria</i>	Inglés, español, portugués, chino

Tabla 1. Instrumentos utilizados para medir la continuidad de relación médico-paciente.  
Fuente: Elaboración propia. Adaptado de la revisión sistemática de Ball et al.<sup>11</sup>.

Asimismo, la mayoría de los cuestionarios se encuentran disponibles únicamente en inglés, y no han sido adaptados para utilizarse en el contexto latinoamericano, a excepción del *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, que fue adaptado en Brasil, Uruguay y Argentina<sup>9</sup>; y el *Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA)*, que se adaptó inicialmente en Brasil y Colombia<sup>18</sup>, y posteriormente en Argentina, Chile, México y Uruguay<sup>19</sup>.

### **Hallazgos principales en estudios previos**

En el contexto europeo, la mayoría de los estudios cualitativos disponibles fueron llevados a cabo por el National Institute for Health Research (NHR), en Reino Unido<sup>16,20</sup>. Se realizaron seis estudios, uno en AP y cinco en AE; incluyendo a pacientes con EC. En todos los estudios los pacientes valoraron de forma positiva la relación con el profesional<sup>16</sup>. En las conclusiones de los estudios también se mostró una asociación entre la CR y la continuidad de información<sup>16</sup>.

De los estudios cuantitativos, destacan los estudios realizados por Aller et al.<sup>7,20,21</sup>; en Cataluña, quienes utilizaron el cuestionario CCAENA<sup>15,17</sup> para analizar la CR en los niveles de AP y AE, en pacientes atendidos en ambos NA por un mismo motivo de consulta<sup>7,21</sup>. En los resultados del 2010<sup>7</sup>, los encuestados valoraron positivamente el vínculo con los profesionales que les atendían, tanto en AP como en AE; con la mayoría de los pacientes (54%) reconociendo al médico de AE como responsable de la gestión del motivo de consulta<sup>7</sup>. En el 2013<sup>21</sup>, la percepción de una alta CR médico-paciente fue de 93.8% con el médico de AP, y 83.8% con el médico de AE. Se reconoció la estabilidad del equipo profesional como un elemento clave en la promoción de la CR, tanto en AP como en AE; considerando adecuada la duración de la relación cuando es superior a dos años<sup>21</sup>.

En el contexto latinoamericano aún se cuenta con un limitado número de estudios para evaluar la CR y sus factores asociados<sup>9</sup>. La mayoría de los estudios se han realizado en Brasil<sup>9,22,23</sup>, Colombia<sup>9,24</sup> y México<sup>25-27</sup>.

De los estudios disponibles, la mayoría son de metodología cuantitativa, utilizando los instrumentos validados para el contexto latinoamericano, como el *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*<sup>22,23</sup> y el *Cuestionario CCAENA*<sup>9</sup>. Se cuenta con escasos estudios de metodología cualitativa, por ejemplo, el llevado a cabo en Colombia por Jaramillo-Echeverri et al.<sup>24</sup>.

Asimismo, los estudios se han realizado principalmente en la AP<sup>22-25,27</sup>, y en pacientes con EC<sup>25,26</sup>, como el estudio realizado por Doubova et al.<sup>25</sup> en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión, y el realizado por Lazcano-Ponce<sup>26</sup> en pacientes con cáncer, VIH y artritis reumatoide.

Algunas investigaciones han medido la CR en varios países, con una posterior comparación de los resultados entre los países participantes<sup>28-31</sup>. Entre estas destaca el estudio realizado por Vargas et al.<sup>9</sup>, donde se estudió la CR en Brasil y en Colombia, incluyendo tanto AP como AE. Los participantes fueron pacientes que utilizaron los servicios de salud en los tres meses previos. Como resultados se encontró un alto grado de CR médico-paciente con el médico de AP y con el médico de AE, tanto en Brasil (82.4% de los casos en AP y 82.2% en AE), como en Colombia (70.1% y 72.9%, respectivamente). La diferencia entre ambos países fue estadísticamente significativa. Asimismo, en Colombia se reconoció mayor consistencia del equipo profesional en la AE, mientras que en Brasil fue mayor en la AP<sup>9</sup>.

Otro estudio con esta metodología es el realizado por Doubova et al.<sup>28</sup>, que incluyó a Brasil, Colombia, México y El Salvador. Los datos fueron recogidos a través de una encuesta telefónica. Participaron pacientes con cualquier tipo de patología, que hayan usado los servicios de salud en los últimos 12 meses. Se estudiaron como variables de CR: el tiempo que el médico pasa con el paciente, y la comunicación efectiva; en el nivel de AP. En los resultados se reportó dificultad en la comunicación con el médico en más del 40% de los casos en todos los países, siendo más alta en El Salvador (56.7%). En relación al tiempo que el médico pasa con el paciente, se consideró adecuado en aproximadamente 75% de los casos en Colombia y México, 59.9% de los casos en El Salvador, y 32.1% de los casos en Brasil<sup>28</sup>.

De igual manera, Guanais et al.<sup>29</sup> estudiaron los mismos países que Doubova et al.<sup>28</sup>, incluyendo también a Jamaica y Panamá. El instrumento para la recogida de los datos, la población de estudio y las variables de estudio de ambos estudios son similares. Los resultados de Guanais et al.<sup>29</sup> son consistentes con los de Doubova et al.<sup>28</sup>.

### **Factores asociados con la continuidad de relación**

Son escasos los estudios que han analizado los factores asociados con la CR, tanto en AP como en AE, o el efecto que pudiera tener la modificación de dichos factores<sup>9,16,21,27,32,33</sup>. La mayoría de los estudios que han hecho una identificación sistemática de los distintos factores relacionados con la CR lo han hecho en el contexto de países de renta alta, como Reino

Unido<sup>16</sup> o España<sup>21,32,33</sup>. Se cuentan con un número limitado de estudios en el contexto latinoamericano<sup>9,27</sup>.

En los estudios cualitativos<sup>16,32,33</sup> se ha concluido que los factores promotores de CR, tanto en AP como en AE, incluyen tener una mayor edad, y ser mujer<sup>16</sup>. La evidencia indica que los pacientes mayores y las mujeres prefieren mantener una buena relación médico-paciente, que tener un acceso más rápido a los servicios de salud<sup>16</sup>. También se han identificado, en ambos NA, el padecer al menos una EC<sup>32,33</sup>, padecer una enfermedad terminal<sup>32,33</sup>, o padecer una enfermedad mental<sup>32,33</sup>, y ser un padre joven<sup>32,33</sup>.

En contraparte, los factores que se han relacionado negativamente con la CR en los estudios cualitativos<sup>16,32,33</sup>, tanto en AP como en AE, incluyen el ser más joven y tener un mejor estado físico, ya que se considera que estos pacientes prefieren la rapidez de acceso a los servicios<sup>16</sup>. De igual manera, se ha asociado negativamente con la CR a los pacientes que tienen una EC que requiere atención de emergencia<sup>32,33</sup>, los pacientes con enfermedades agudas<sup>32,33</sup>, y los pacientes con pluripatología<sup>32,33</sup>; debido a que, además de preferir la rapidez de acceso a los servicios, requieren también la atención de múltiples profesionales<sup>32,33</sup>.

En los estudios cuantitativos<sup>9,21,27</sup>, los factores que se han asociado positivamente con la CR, tanto en AP como en AE, son: edad (mayor de 65 años<sup>9</sup> o menor de 17 años<sup>9</sup>), ser mujer<sup>9</sup>, la mayor morbilidad<sup>21</sup>, padecer al menos una EC<sup>9</sup>, y la consistencia con el personal médico<sup>9</sup>. El nivel educativo bajo o primario<sup>21</sup> y estar embarazada o en puerperio<sup>27</sup> también se han asociado positivamente con la CR, pero únicamente en el nivel de AP.

Por otro lado, el factor que se ha asociado negativamente con la CR, tanto en AP como en AE, es la menor morbilidad<sup>21</sup>. En la AP también se ha asociado negativamente el ser de origen extranjero<sup>21</sup>; mientras que en la AE se han asociado negativamente el sexo masculino<sup>21</sup>, y considerar su estado de salud como malo<sup>21</sup>.

### **Contexto del estudio**

Este estudio se enmarca dentro del proyecto Equity-LA II<sup>19,34</sup>, que es un proyecto de investigación llevado a cabo con el objetivo de evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención clínica, en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención, de las RSS en América Latina.

El proyecto adoptó un diseño cuasi-experimental con un enfoque de investigación-acción participativa, dividiéndose en 4 fases secuenciales: 1) Estudio de base, 2) Diseño e

implementación de las intervenciones (en el 2015), 3) Evaluación de las intervenciones (realizada en el 2017), y 4) Análisis comparativo entre países<sup>19,34</sup>.

De acuerdo al Banco Mundial, de los países seleccionados, Colombia, Brasil, Argentina y México pertenecen al grupo de países con un ingreso medio alto, y Uruguay y Chile al grupo de países con un ingreso alto<sup>35</sup>. La mayoría de los países participantes tienen un gasto corriente en salud per cápita bajo (en \$USD: \$340.37 Colombia, \$461.79 México, \$955.20 Argentina, \$1,015.93 Brasil, \$1,190.55 Chile, y \$1,379.10 Uruguay)<sup>36</sup>.

Los SS de los países seleccionados<sup>37-42</sup> segmentan a la población conforme el estatus socioeconómico o la situación laboral, dividiéndose en el sector público, y el sector privado<sup>43</sup>. El proyecto de Equity LA II se implementó en el sector público, en RSS que incluyeran los niveles de AP y AE<sup>19,34,43</sup>.

De manera general, en todos los países el sector público depende de al menos un Ministerio de Salud, y posteriormente se descentraliza en los diferentes niveles gubernamentales (departamentos, provincias o municipios)<sup>43</sup>. Se financia a través de impuestos y de las contribuciones de la seguridad social<sup>43</sup>. A su vez, también engloba un subsistema que presta atención gratuita a toda persona que lo demande, que no cuente con seguridad social, y que no tenga capacidad de pago<sup>43</sup>.

La proporción de la población que está cubierta en el sistema público varía en cada país (*Anexo I*). En Brasil cubre al 75% de la población, a través del Sistema Único de Salud<sup>37</sup>; en Chile cubre al 73% de la población, a través del Fondo Nacional de Salud<sup>38</sup>; en México cubre al 58.4% de la población, a través de la Secretaría de Salud<sup>39</sup>; en Colombia cubre al 53.7% de la población, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>40</sup>; y en Argentina y Uruguay cubre al 36% de la población, a través del Ministerio de Salud nacional y provinciales, y la Administración de Servicios de Salud del Estado, respectivamente<sup>41,42</sup>.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Los SS de América Latina se han caracterizado por un alto grado de segmentación y fragmentación<sup>1-3</sup>; lo que ha empeorado debido a la transición epidemiológica y demográfica que enfrentan los países latinoamericanos<sup>1-3</sup>.

En respuesta a esta problemática, dentro de los SS de Latinoamérica se han intentado promover políticas que favorezcan la colaboración y coordinación entre los servicios de salud<sup>1,2</sup>, fomentando una atención de salud centrada en la persona, la familia, y la comunidad;

con amplia participación social, y acción intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud<sup>1,4,5</sup>. Se ha reconocido la AP como puerta de entrada al sistema, y como el componente de las RSS que más favorece la CR médico-paciente<sup>1,4</sup>.

Un alto nivel de CR con los médicos de AP y los médicos de AE se ha asociado a diagnósticos clínicos más rápidos, mejor adherencia terapéutica y menor tiempo de estancia intrahospitalaria<sup>3,6-8</sup>. A su vez, la CR se encuentra interrelacionada con los otros tipos de CA<sup>8</sup>.

A pesar de la relevancia que tiene la CR para la mejora en la calidad de la atención en salud, en Latinoamérica aún son escasos los estudios que la abordan, especialmente la CR con el médico de AE<sup>9</sup>. Este estudio tiene como objetivo analizar de manera comparativa la CR, con los médicos de AP y los médicos de AE, de pacientes con EC, y sus cambios entre el 2015 y 2017, en RSS de seis países latinoamericanos. Los resultados que se obtengan permitirán comparar las percepciones de CR, entre países (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay), entre años (entre el 2015 y el 2017), y en ambos NA (AP y AE).

### **Referencias bibliográficas**

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. 2010. 102 p.
2. Vázquez Navarrete ML et al. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. Rev Esp Salud Publica. 2005;79(6):633–43.
3. Aller Hernández MB. La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
4. Starfield B, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.
5. Giovanella L et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate. 2015;39(105):300–22.
6. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6):485–95.
7. Aller Hernández MB et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por

- usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84(4):371–87.
8. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation; 2002. 50 p.
  9. Vargas Lorenzo I et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy Plan*. 2017;32(4):549–62.
  10. Freeman GK et al. Continuity of care 2006 : what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? *Rep Natl Co-ord Cent NHS Serv Deliv Organ R D*. 2007;131.
  11. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134–43.
  12. Haggerty JL et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br Med J*. 2003;327(7425):1219–21.
  13. Ball LE et al. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–12.
  14. Waibel S. Continuity of health care across care levels in different healthcare areas in the Catalan national health system: The patient's perspective. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
  15. Letelier MJ 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.
  16. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. *Rep Natl Inst Heal Res Serv Deliv Organ Program*. 2010;1–141.
  17. Aller Hernández MB et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: An extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:1–11.
  18. Garcia-Subirats I et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA para evaluar la

- continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit.* 2015;29(2):88–96.
19. Ollé-Espluga L et al. Continuity of care for patients with chronic conditions in Latin America: results of a cross-sectional study in public healthcare networks in Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Uruguay. *Gac Sanit.* 2018;36.
  20. Fernández Moyano A, Ollero Baturone M. Percepción de la continuidad asistencial. *Conocer para actuar. Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(4):349–51.
  21. Aller Hernández MB et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. 2013;27(3):207–13.
  22. Carneiro M do SM et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate.* 2014;38(special):279–95.
  23. Silva SA da, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate.* 2014;38(103):692–705.
  24. Jaramillo Echeverri LG et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del hospital de Caldas, Manizales (Colombia). *Index de Enfermería.* 2004;13(46):1–7.
  25. Doubova SV et al. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2009;51(3).
  26. Lazcano-Ponce E et al. Ethics and communication between physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico. *Arch Med Res.* 2004;35(1):66–75.
  27. Holt K et al. Factors associated with positive user experience with primary healthcare providers in Mexico: A multilevel modelling approach using national cross-sectional data. *BMJ Open.* 2020;10(1):1–10.
  28. Doubova S V. et al. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy Plan.* 2016;31(7):834–43.



29. Guanais F et al. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med.* 2018;15(10):1–19.
30. Macinko J et al. Gaps in primary care and health system performance in six latin American and Caribbean countries. *Health Aff.* 2016;35(8):1513–21.
31. Pinto DM et al. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. *Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.* 2018.
32. Waibel S et al. Relational continuity with primary and secondary care doctors: A qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1–11.
33. Waibel S et al. What do we know about patients’ perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Heal Care.* 2012;24(1):39–48.
34. Vázquez Navarrete ML et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The Equity-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open.* 2015;5(7):1–10.
35. The World Bank Group. *World Bank Country and Lending Groups.* 2018.
36. The World Bank Group. *Current health expenditure per capita (current US\$).* 2017.
37. Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. El Sistema de Salud en Brasil. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):120–31.
38. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. El Sistema de Salud de Chile. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):132–43.
39. Gómez Dantés O et al. El Sistema de Salud de México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):220–32.
40. Guerrero R et al. El sistema de salud en Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):144–55.
41. Belló M, Becerril-Montekio VM. El Sistema de Salud en Argentina. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):96–108.

42. Aran D, Laca H. El Sistema de Salud de Uruguay. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):265–74.
43. Vázquez-Navarrete ML et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors . A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med.* 2017;182:10–9.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **Hipótesis**

- El nivel de percepción de CR con los médicos de AP es mayor que el grado de percepción de CR con los médicos de AE.
- El nivel de percepción de CR con los médicos de AP y con los médicos de AE es más alto en el 2017, respecto al grado de percepción de CR observado en el 2015.

#### **Objetivo general**

- Analizar de manera comparativa la CR, con los médicos de AP y los médicos de AE, de pacientes con EC, y sus cambios entre el 2015 y 2017, en RSS de seis países latinoamericanos.

#### **Objetivos específicos**

- Analizar los cambios en la percepción de CR con los médicos de AP, en las RSS de los seis países, entre el 2015 y el 2017.
- Analizar los cambios en la percepción de CR con los médicos de AE, en las RSS de los seis países, entre el 2015 y el 2017.

#### **4. CAMBIOS RESPECTO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

En el protocolo de investigación se propuso analizar de manera comparativa la CR de pacientes con EC, con los médicos de AP y los médicos de AE, y sus cambios entre el 2015 y 2017, en RSS de seis países latinoamericanos.

Se realizaron los análisis estadísticos exploratorios iniciales para cumplir con ambos objetivos. Sin embargo, dada la extensión de los mismos, se decidió excluir el análisis de los factores asociados con la CR del artículo científico.

Se considera que, para tratar el análisis de los cambios en los factores asociados con la CR de forma adecuada, se necesitaría trabajar en un segundo artículo. Por lo tanto, se eliminan las hipótesis relacionadas con los factores asociados, y se realizan los cambios pertinentes en el objetivo general y en los objetivos específicos del TFM.

Se incluye como anexo del TFM el trabajo realizado hasta el momento en el análisis estadístico de los factores asociados con la CR y sus cambios entre el 2015 y el 2017 (*Anexo 4.2*).

## 5. ARTÍCULO CIENTÍFICO

**Cambios en la continuidad de relación con los médicos de atención primaria y especializada de pacientes crónicos en Latinoamérica (2015-2017).**

### **Autores:**

Gabriela Alejandra Tiburcio Lara<sup>1,2</sup>, Verónica Espinel-Flores<sup>1</sup>, Ingrid Vargas,<sup>1</sup> Amparo Susana Mogollón-Pérez<sup>3</sup>, Pamela Eguiguren<sup>4</sup>, Marina Ferreira de Medeiros Mendes<sup>5</sup>, Julieta López<sup>6</sup>, Fernando Bertolotto<sup>7</sup>, Delia Inés Amarilla<sup>8</sup>, María-Luisa Vázquez Navarrete<sup>1</sup>

1. Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS), Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España.
2. Maestría en Salud Pública, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
3. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia
4. Escuela de Salud Pública Salvador Allende Gossens, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile
5. Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil
6. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Veracruz, México
7. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay
8. Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

### **Autora para correspondencia:**

Gabriela Alejandra Tiburcio Lara

Av. Tibidabo 21, 08022, Barcelona, España.

[gabrielaalejandra.tiburcio01@estudiant.upf.edu](mailto:gabrielaalejandra.tiburcio01@estudiant.upf.edu)

**Revista:** Gaceta Sanitaria

**Resumen:** 248 palabras + 6 palabras clave

**Abstract:** 223 palabras + 6 palabras clave

**Manuscrito:** 3276

**Tablas y figuras:** 3

**Bibliografía:** 38

## **Declaración de transparencia y agradecimientos**

### **Contribuciones de autoría**

GATL preparó y unificó las bases de datos del 2015 y 2017, realizó los análisis estadísticos con ayuda de VEF y redactó la primera versión del manuscrito. VEF, MLVN e IV contribuyeron al análisis, interpretación y discusión de los resultados y a la redacción del artículo. MLVN e IV son responsables del diseño del proyecto Equity-LA II y supervisaron todas las etapas de su desarrollo. Junto con VEF diseñaron y supervisaron este sub-estudio. ASMP, PE, MFMM, JL, FB y DIA coordinaron el trabajo de campo, la construcción de las bases de datos en sus países y contribuyeron al análisis e interpretación de los resultados. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

### **Declaración de transparencia**

La autora para la correspondencia en nombre del resto de las personas firmantes garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida; y que todas las discrepancias entre autores han sido adecuadamente resueltas y descritas.

### **Financiación**

Este estudio se enmarca en el proyecto de investigación Equity-LA II, que fue financiado por el VII Programa Marco de Investigación y Desarrollo (7PM/2007-2013) de la Comisión Europea, bajo el acuerdo N° 305197.

GATL recibió la beca otorgada por el Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), en su convenio de colaboración con el Máster de Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra y la Universidad Autónoma de Barcelona.

### **Agradecimientos**

Los autores se encuentran agradecidos con los pacientes e instituciones que participaron y colaboraron con el proyecto Equity-LA II, en búsqueda de la mejora en la coordinación clínica y la continuidad asistencial. Asimismo, se agradece al VII Programa Marco de Investigación y Desarrollo (7PM/2007-2013) de la Comisión Europea, que financió el proyecto bajo el acuerdo N° 305197 y al CSC, que otorgó la beca que permitió la realización de este estudio como Trabajo de Fin de Máster.

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en este manuscrito.

## Resumen

### **Cambios en la continuidad de relación con los médicos de atención primaria y especializada de pacientes crónicos en Latinoamérica (2015-2017).**

**Objetivo:** Analizar de manera comparativa la continuidad de relación (CR), con los médicos de atención primaria (AP) y los médicos de atención especializada (AE), de pacientes con enfermedades crónicas (EC), y sus cambios entre el 2015 y 2017, en redes públicas de servicios de salud (RSS) de seis países latinoamericanos.

**Métodos:** Comparación de dos estudios transversales (2015-2017), basados en encuestas de aplicación presencial del Cuestionario CCAENA® a una muestra aleatoria de pacientes con EC (784/país-4704/año). Variables de resultado: *consistencia del médico, confianza en el médico, comunicación efectiva con el médico e índice de CR*. Análisis descriptivo y uso de modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para medir los cambios en la CR, por nivel asistencial (NA), país y año.

**Resultados:** En el 2015, el índice de CR y sus atributos con los médicos de AP y los médicos de AE fueron elevados en todos los países, excepto en Colombia; siendo más altos en AP, excepto en Chile y Uruguay. En 2017, el índice de CR con los médicos de AE aumentó en Chile y México, donde también aumentó la consistencia del médico y la confianza con el médico en AE.

**Conclusiones:** Las diferencias observadas entre países y entre NA en la CR en AP y AE, denotan la necesidad de continuar la implementación y el fortalecimiento de la AP en la región. Aunque la CR entre años no reflejó diferencias en la mayoría de los países, se debe considerar que el intervalo de tiempo ocurrido entre ambos estudios es corto.

**Palabras clave:** *Continuidad asistencial. Continuidad de relación. Relación médico-paciente. Primer nivel de atención. Segundo nivel de atención. Latinoamérica.*

## Abstract

### **Changes in relational continuity with primary care and with secondary care doctors, in chronic patients in Latin America (2015-2017).**

**Objective:** To analyze in a comparative way the relational continuity (RC) with primary care (PCD) and with secondary care doctors (SCD), in patients with chronic diseases (CD), and its changes between 2015 and 2017, in the public healthcare networks of six Latin American countries.

**Methods:** Comparison of two cross-sectional studies (2015-2017), based on a face-to-face application of surveys using the CCAENA® questionnaire, on a random sample of patients with CD (784/country and 4704/year). Outcome variables: *consistency of physician, confidence in the physician, effective communication with the physician, and RC index*. Descriptive analysis and estimation of prevalence ratios through Poisson regression models with robust variance used to analyze changes in the RC, stratified by level of care, country, and year.

**Results:** In 2015, the RC index and its attributes with the PCD and SCD was high in all countries, but Colombia; being higher in primary care (PC), but Chile and Uruguay. In 2017, there was an increase in RC index with SCD in Chile and Mexico, where the consistency and confidence in SC also increased.

**Conclusions:** The differences observed between countries and levels of care in the RC in PC and SC denote the need to continue the implementation and strengthening of PC in the region. Although the RC between years did not reflect differences in most countries, the short time interval between both studies must be consider.

**Keywords:** *Continuity of patient care. Relational continuity. Physician-patient relationship. Primary health care. Secondary health care. Latin America.*



## Introducción

La *continuidad de relación* (CR) ha adquirido progresivamente mayor importancia para los sistemas de salud (SS) latinoamericanos, caracterizados por un alto grado de fragmentación<sup>1</sup>; especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas (EC), atendidos por múltiples profesionales y servicios de salud<sup>2,3</sup>. Un alto nivel de CR con los médicos de atención primaria (AP) y especializada (AE) está asociado con mayor satisfacción de los usuarios con la atención, diagnósticos clínicos más rápidos, mejor adherencia terapéutica, menor tiempo de estancia intrahospitalaria y menor duplicación de pruebas diagnósticas<sup>2-4</sup>.

No existe una definición única de la CR, sino que se describe en diversos marcos conceptuales de continuidad asistencial (CA)<sup>5-8</sup>. Freeman et al.<sup>6</sup> y Saultz et al.<sup>7</sup> la consideraron en dos dimensiones: continuidad personal (relación médico-paciente<sup>6,7</sup>) y longitudinal (ser atendido por el menor número de profesionales<sup>6</sup> y tener una fuente regular de atención médica<sup>7</sup>). Este estudio adopta la propuesta de Reid et al.<sup>5</sup> y Haggerty et al.<sup>8</sup>, definiendo la CR como “*la interacción de un paciente con un proveedor de salud a lo largo del tiempo*”. Abarca dos dimensiones: estabilidad del equipo profesional (consistencia del médico<sup>9</sup>) y vínculo médico-paciente (sentimiento de pertenencia, comunicación efectiva, confianza en el médico y sentimiento de responsabilidad del médico hacia el paciente<sup>9</sup>)<sup>5,8</sup>.

A pesar del creciente interés en la CR, la evidencia existente corresponde esencialmente a países de renta alta<sup>2,3,10-12</sup>, que la han estudiado en ambos niveles asistenciales (NA) incluyendo sus factores asociados, principalmente los relacionados al paciente<sup>2,3,11,12</sup>. Estudios cuantitativos realizados en Cataluña<sup>10,11</sup> encontraron un alto nivel de CR con los médicos de AP y AE, identificando éste último como principal responsable del seguimiento del paciente. Asociaron positivamente con la CR en ambos NA ser mujer<sup>11</sup> y tener mayor edad<sup>11</sup>. Estudios cualitativos realizados en Cataluña<sup>2,3</sup> y Reino Unido<sup>12</sup> analizaron la consistencia del médico como principal atributo de la CR en AP y AE<sup>2,3,12</sup>, y destacaron como factores promotores de la CR en ambos NA ser mujer<sup>12</sup>, tener mayor edad<sup>12</sup>, padecer una enfermedad terminal<sup>2,3</sup>, una enfermedad mental<sup>2,3</sup>, al menos una EC<sup>2,3</sup> y ser padre joven<sup>2,3</sup>.

En Latinoamérica la mayoría de estudios cuantitativos realizados en Brasil<sup>13-15</sup>, Colombia<sup>13,16</sup> y México<sup>17-19</sup> se han centrado en la CR de pacientes crónicos con los médicos de AP<sup>14-17,19</sup>, siendo limitada la evidencia en AE<sup>13,18</sup>. Reportaron un alto nivel de CR relacionado con la comunicación efectiva (el paciente comprende la información dada por el médico, resuelve sus dudas y participa en las decisiones terapéuticas) y la confianza con el

médico<sup>13-19</sup>. Por el contrario, estudios comparativos entre países (Brasil, Colombia, México, El Salvador, Jamaica y Panamá)<sup>20-23</sup> reportaron un bajo nivel de CR con los médicos de AP, consecuencia de una limitada consistencia del médico en El Salvador<sup>20-23</sup>, Brasil<sup>20-23</sup> y Colombia<sup>22,23</sup>, falta de comunicación con el médico en El Salvador<sup>20-22</sup>, e insuficiente tiempo de duración de la consulta en Brasil<sup>20-23</sup> y Panamá<sup>23</sup>.

En concordancia con estudios de países europeos, los factores asociados positivamente con la CR en ambos NA en Brasil<sup>13</sup> y Colombia<sup>13</sup> y en AP en México<sup>19</sup> fueron ser menor de 17 años<sup>13</sup> o mayor de 65 años<sup>13,19</sup>, ser mujer<sup>13</sup>, y padecer al menos una EC<sup>13</sup>. En la AP también se asoció positivamente estar embarazada/en puerperio<sup>19</sup> y tener nivel educativo primario<sup>13,19</sup>, y negativamente ser de origen extranjero<sup>13</sup>. En la AE se asoció negativamente ser hombre<sup>13</sup> y considerar el estado de salud como malo<sup>13</sup>.

Este estudio se enmarca en el proyecto Equity-LA II<sup>24</sup>, que evaluó la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y calidad de la atención en redes públicas de servicios de salud (RSS) de Latinoamérica.

De los países seleccionados, Argentina, Brasil, Colombia y México tienen un ingreso medio-alto, y Chile y Uruguay un ingreso alto. La mayoría tienen un gasto corriente en salud per cápita bajo (en \$USD: entre \$340.37 Colombia y \$1,379.10 Uruguay). Sus SS segmentan a la población conforme estatus socioeconómico y situación laboral, en el subsector privado y público (en el que se realiza este estudio). La proporción de población cubierta en el subsistema público varía por país (entre 36,0% en Argentina y Uruguay y 75,0% en Brasil)<sup>25</sup>. Los subsistemas públicos de los países seleccionados tienen políticas y programas similares que fomentan la integración de las RSS, siendo la AP el punto de entrada al sistema y coordinadora de la atención (más detalles en otras publicaciones<sup>25</sup>).

El objetivo del presente estudio es analizar de manera comparativa la CR, con los médicos de AP y los médicos de AE, de pacientes con EC, y sus cambios entre el 2015 y 2017, en RSS de seis países latinoamericanos.

## **Material y métodos**

### **Diseño y áreas de estudio**

Comparación de dos estudios transversales (2015-2017), basados en encuestas de aplicación presencial del Cuestionario de Continuidad Asistencial entre Niveles de Atención (CCAENA®) en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. En cada país se

seleccionaron dos RSS, aplicando los criterios de inclusión: provisión del continuo de servicios de salud, incluyendo al menos AP y AE; a una población definida; en un entorno urbano de ingreso bajo/medio-bajo; y voluntad para participar en el estudio (más detalles en otras publicaciones<sup>24,26</sup>).

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

La población de estudio eran personas mayores de 18 años que padecían al menos una EC, atendidas en AP y AE de las RSS seleccionadas en los últimos 6 meses, por una misma patología (aguda/crónica)<sup>24,26</sup>. Se estimó un tamaño muestral de 392 pacientes por cada RSS (784 pacientes/país-4704/año), para detectar un 10% de variación en la CA percibida en un contraste bilateral entre redes y entre años (poder estadístico del 80% y nivel de confianza de 95%)<sup>24,26</sup>. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio simple (más detalles en<sup>24,26</sup>). La muestra final fue de 4881 pacientes en 2015 y 4889 en 2017 (*Tabla 1*).

### **Cuestionario**

El contenido del Cuestionario CCAENA® fue adaptado y validado al contexto de cada país<sup>27</sup>. Cuenta con once secciones: 1) Problema de salud, 2-5) Experiencias de continuidad entre NA, 6) Accesibilidad entre NA, 7) Percepción de continuidad entre NA, 8) *Continuidad de relación en AP y AE* (enfoque de este estudio), 9-11) Características sociodemográficas, de morbilidad y utilización de servicios.

### **Recogida de datos**

Las entrevistas presenciales fueron realizadas por entrevistadores específicamente capacitados, entre mayo-2015/diciembre-2015, excepto en Argentina (abril-2016) y Uruguay (febrero-2016); y entre noviembre-2017/enero-2018. Las estrategias para asegurar la calidad de los datos se describen en detalle en otras publicaciones<sup>24,26</sup>.

### **Variables**

Las variables de resultado para la CR con los médicos de AP y AE fueron: *consistencia del médico*, *confianza en el médico*, y *comunicación efectiva con el médico*. Se dicotomizaron a partir de una escala Likert, con las categorías de respuesta siempre/muchas veces–nivel alto y pocas veces/nunca–nivel bajo. Se construyó un índice sintético (*índice de CR*) para medir el grado de CR en AP y AE, para el que cada variable se puntuó de 0-4 (pérdidas–0, categoría siempre–4), con una puntuación final máxima de 12 puntos. La variable se categorizó como: puntuación mayor a 6–alto grado; puntuación menor/igual a 6–bajo grado. Como variables

explicativas se incluyeron sociodemográficas (*sexo, edad, nivel educativo alcanzado, tiempo de residencia en el área*), de morbilidad (*número de enfermedades crónicas y salud autopercebida*), y de utilización de servicios de salud: si acudía siempre a la misma RSS (*fuentes regular de atención*) y si consultó en otro servicio de salud distinto a la RSS seleccionada (*uso de servicios fuera de la red pública*).

### **Análisis**

Se realizó un análisis descriptivo bivariado para conocer la distribución en la muestra de las variables de resultado y explicativas. Para identificar diferencias entre años se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Para analizar los cambios en la prevalencia de la CR entre años se estimaron razones de prevalencias (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustados por las variables explicativas. Todos los análisis estadísticos fueron estratificados por país, año y NA y se realizaron utilizando el software Stata v.15.

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue aprobado por un comité ético de cada país. Se firmó un acuerdo de confidencialidad y privacidad de los datos con las instituciones participantes y un consentimiento informado para todos los entrevistados (más detalles en<sup>24,26</sup>).

### **Resultados**

Para facilitar la descripción, a partir de aquí los nombres de los países se utilizan para referirse a las RSS de estudio.

#### **Características de la muestra**

En 2015, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (entre 73,5% en Chile y 86,1% en Brasil), de edades entre 40-64 años (entre 48,5% en Uruguay y 72,2% en Argentina), excepto en Colombia y Chile (entre 48,3% y 50,5% con edades de 65 años o más); y con educación primaria (entre 43,9% en México y 61,1% en Uruguay), excepto en Chile (41,4% secundaria) y Colombia (46,4% sin estudios/primaria incompleta). La gran mayoría había residido en el área 10 años o más (entre 72,9% en Colombia y 90,1% en Uruguay), utilizaban la RSS como fuente regular de la atención (entre 89,6% en México y 96,4% en Chile); y no habían utilizado otros servicios fuera de la RSS (entre 71,1% en Chile y 96,2% en Uruguay), excepto en México (54,0% los había utilizado). La proporción de pacientes que padecía una EC (entre 43,4% en México y 49,8% en Argentina), dos (37,5% en Colombia) o

tres o más (entre 46,7% en Brasil y 56,4% en Chile) varió considerablemente entre países; y la gran mayoría consideraba que su estado de salud era malo (entre 69,4% en Colombia y 84% en Brasil), excepto en Argentina (54,9%) y Uruguay (55,6%) (*Tabla 1*).

En 2017 se observaron algunas diferencias respecto al 2015. La proporción de mujeres disminuyó en Chile y aumentó en Uruguay. El grupo de edad entre los 40-64 años disminuyó en Argentina y México y aumentó en Uruguay. La proporción de participantes sin estudios/primaria incompleta aumentó en Argentina, Brasil y Chile, pero disminuyó en México y Uruguay. La población que había residido en el área 10 años o más aumentó en Uruguay. El porcentaje de participantes que utilizó la RSS como fuente regular de la atención aumentó en Brasil, México y Uruguay y el uso de servicios fuera de la RSS aumentó en Colombia y disminuyó en México. En todos los países, excepto Chile y Uruguay, aumentaron los participantes que padecían tres o más EC, y en Argentina, México y Uruguay aumentaron los participantes que consideraban tener un estado de salud malo.

### **Percepción de la continuidad de relación**

En 2015, el *índice de CR* fue elevado en todos los países, tanto en AP (entre 84,2% en Chile y 99,6% en Argentina) como en AE (entre 81,6% en Chile y 97,0% en Uruguay). No obstante, fue siempre mayor en AP, excepto en Uruguay (AP: 96,8%; AE:97,0%) (*Tabla 2*).

El nivel de *consistencia del médico* fue alto en AP y AE, aunque con importantes diferencias entre países y NA (AP: entre 55,6% en Chile y 97,6% en Argentina; AE: entre 55,2% en Chile y 93,8% en Uruguay); excepto en Colombia (AE:46,3%). Predominó la consistencia del médico en AP en todos los países, excepto en Uruguay (AP:92,1%; AE:93,8%). Las diferencias en AP y AE intra-país fueron notables en México (AP:90,3%; AE:55,4%), Brasil (AP:94,3%; AE:72,8%), y Colombia (AP:68,9%; AE:46,3%).

El nivel de *confianza en el médico* también fue alto en AP y AE (AP: entre 75,8% en Chile y 96,3% en Uruguay; AE: entre 78,0% en Chile y 96,2% en Uruguay). Predominó la confianza con el médico en AP en todos los países, excepto en Chile (AP:75,8%; AE:78,0%;).

Asimismo, la mayoría refirió una alta *comunicación efectiva con el médico* tanto en AP como en AE, aunque con importantes diferencias entre países (AP: entre 69,8% en Chile y 94,2% en Uruguay; AE: entre 70,3% en Chile y 95,3 en Uruguay), predominando en AP en todos los países, excepto en Chile (AP:69,8%; AE:70,4%;) y Uruguay (AP:94,2%; AE:95,3%).

### **Cambios en la continuidad de relación entre años**

No se observaron cambios entre el 2015 y 2017 en el índice de CR con el médico de AP. Por el contrario, el índice de CR con el médico de AE aumentó en Chile (RP:1,07; IC95%:1,03-1,11) y México (RP:1,07; IC95%:1,03-1,10) (*Tabla 3*).

Respecto a los atributos de la CR, se observaron mejoras en la consistencia del médico (RP:1,31; IC95%:1,22-1,40), y la confianza en el médico (RP:1,05; IC95%:1,01-1,08) en la AE en México. En cambio, disminuyó la percepción de consistencia del médico en AE en Colombia (RP:0,76; IC95%:0,67-0,86), y la comunicación efectiva, tanto en AP (RP:0,97; IC95%:0,94-0,99) como en AE (RP: 0,96; IC95% 0,94-0,98) en Uruguay.

### **Discusión**

A pesar de la creciente importancia otorgada a la CR para mejorar la calidad de la atención de pacientes crónicos<sup>2-4</sup>, continúa siendo poco explorada en Latinoamérica, especialmente en AE<sup>13,18</sup>. Este estudio, a diferencia de otros realizados dentro y fuera de Latinoamérica, analiza comparativamente los cambios entre años en la CR de pacientes crónicos con los médicos de AP y AE; utilizando un instrumento común, validado y adaptado a los seis países seleccionados (Cuestionario CCAENA®), que mide diferentes atributos de la CR<sup>27</sup>. Estos resultados complementan el análisis comparativo de la CA realizado en las mismas RSS (excepto en Argentina), en el proyecto Equity-LA II<sup>25,26,28-35</sup>.

#### **Alto nivel de continuidad de relación percibida, principalmente en atención primaria**

El índice de CR con los médicos de AP y AE y sus atributos mostraron un alto nivel en todos los países, excepto en Colombia; siendo más elevados en AP, excepto en Chile y Uruguay.

El alto nivel de CR observado en AP es congruente con la organización de los subsistemas públicos de las RSS seleccionadas, que establecen la AP como eje del sistema<sup>1</sup>. Sin embargo, las diferencias observadas entre países y entre NA, principalmente en la consistencia del médico y la comunicación efectiva con el médico, evidencian que existen áreas de oportunidad en la implementación de los modelos basados en AP en la región. Esto se ha reflejado igualmente en otros estudios de CR en AP en Latinoamérica<sup>20-23</sup>, en los que posterior a evaluar éstos atributos de la CR, demostraron que la alta rotación del personal médico y la falta de claridad del médico al explicar y resolver dudas al paciente son barreras para el establecimiento de la CR<sup>20-23</sup>.

Aunque fue mayor de lo esperado, la CR con el médico de AE fue menor que con el médico de AP. Lo que se explica ya que, en el caso de los especialistas, los pacientes priorizan la rapidez de la consulta<sup>12,23</sup>, tener una segunda opinión médica<sup>2-4</sup> y las competencias clínicas del profesional sobre la CR<sup>2-4</sup>. Además, es también congruente con los SS basados en AP, dónde el médico de AP debería ser responsable del seguimiento al paciente<sup>33-35</sup>.

En el caso de Chile y Uruguay, algunos atributos de la CR fueron más altos con los médicos de AE, lo que podría sugerir que son éstos quienes hacen el seguimiento del paciente en estos países<sup>30</sup>. A pesar de que sus modelos de atención se basan en la AP, los estudios de coordinación asistencial realizados en éstas RSS<sup>25,31</sup> muestran que no están implementados en su totalidad<sup>1</sup>; ya que los flujos entre NA no son suficientes para toda la red y los sistemas de referencia-contrarreferencia entre AP-AE funcionan con carencia<sup>1,25,30,36,37</sup>, condicionando a los médicos de AE el seguimiento del paciente. Además, los prolongados tiempos de espera para acceder a la AE<sup>1</sup> predisponen la utilización de los servicios hospitalarios<sup>1,36</sup>; lo que supone que los especialistas se conviertan en la fuente regular de cuidados.

Contrario a lo observado en el estudio de Vargas et al<sup>13</sup>, Colombia tuvo un nivel más bajo de consistencia del médico de AE en ambos años. Posiblemente también relacionado con la escasa accesibilidad a la AE, dada la limitada disponibilidad de especialistas<sup>22,23</sup>. Las condiciones laborales inadecuadas, tipo de contrato (de media-jornada/temporales), sobrecarga laboral (mayor 40 horas/semanales) y énfasis centrado en la productividad<sup>1,25,30,31,37</sup>, generan una alta rotación del personal médico, condicionando la consistencia de los médicos, principalmente en AE.

### **Aumento en la continuidad de relación en Chile y en México**

Respecto al 2015, mejoró el índice de CR con los médicos de AE en Chile y México. En este último también aumentó la consistencia del médico y la confianza con el médico en AE.

Se consideran las características sociodemográficas y organizacionales de las RSS seleccionadas para explicar los cambios en la CR. México fue el país con las mejores condiciones laborales (más del 80% de médicos con más de 3 años de antigüedad laboral, contrato indefinido, jornada laboral menor a 40 horas/semanales, y duración de la consulta superior a 15 minutos, en AP y AE)<sup>25,31</sup>. Además, en el 2017 disminuyó el uso de servicios fuera de la red pública y aumento el porcentaje de participantes que utilizó la RSS como fuente regular de la atención. Lo que posiblemente se relaciona con el aumento en la consistencia del

médico observado. Estudios que analizaron la CR en AP en Latinoamérica (comparativamente entre países, incluyendo México) reportaron que fue el país con mejores indicadores en la calidad de la atención y en el cual se reportó mayor confianza hacia el SS<sup>22</sup> (considerando accesibilidad<sup>22</sup>, consistencia del médico<sup>20,22</sup>, comunicación efectiva con el médico<sup>20,22</sup>, entre otras). Por otro lado, Chile destaca por su implementación de políticas y programas para reforzar la AP, como la Reforma de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que han favorecido la CR en todos sus atributos, al implementar estrategias como consejerías familiares, visitas domiciliarias integrales, y asignación de equipos multidisciplinarios para establecer relaciones con la comunidad<sup>1,37,38</sup>.

Cabe mencionar que en el proyecto Equity-LA II<sup>24</sup> se implementaron diferentes estrategias de integración de la atención en las RSS participantes entre 2015-2017<sup>30-32</sup>. Chile, y en menor medida, México, destacaron por haber llevado a cabo un proceso de implementación más participativo, con alto apoyo institucional y voluntad para participar<sup>30</sup>. Si bien los cambios observados en la CR no son atribuibles a dichas intervenciones, posiblemente su implementación fortaleció la coordinación y la CA en estos países. En Chile aumentó la identificación del médico de AP como coordinador entre NA<sup>31</sup>, y en México el apoyo organizacional en AP y AE para la coordinación entre NA<sup>31</sup>. También mejoró el seguimiento del paciente entre NA en ambos países, desde la perspectiva de los médicos<sup>31</sup> y los pacientes<sup>32</sup> (mayor percepción de conocimiento y acuerdo por parte del médico de AE hacia los tratamientos y recomendaciones dadas por el médico de AP).

Debido a que el estudio fue llevado a cabo en dos RSS específicas de cada área, los resultados no deben ser generalizados nacionalmente en cada país. Al ser estudios transversales son descriptivos y no establecen causalidad. Además, el intervalo de tiempo ocurrido entre ambos estudios es corto. Dicotomizar las variables de CR para facilitar la interpretación de los resultados puede haber conducido a pérdida de información. Los posibles sesgos de cortesía y del entrevistador fueron compensados con estrategias para asegurar la calidad de los datos<sup>24,26</sup>.

## **Conclusiones**

Este estudio aporta evidencia comparativa entre países y años de la CR de pacientes crónicos con los médicos de AP y AE, en los subsistemas públicos de seis países latinoamericanos. El índice de CR y sus atributos fueron elevados en todos los países, principalmente en AP, lo que es congruente con la organización basada en AP de las RSS estudiadas. Sin embargo, las diferencias observadas entre países y entre NA, principalmente en



la consistencia del médico y la comunicación efectiva con el médico, evidencian que aún existen áreas de oportunidad en el fortalecimiento de la AP en la región. Lo que también se refleja al encontrar una CR más alta en AE en Chile y Uruguay (relacionada con los flujos entre NA y la accesibilidad a los servicios de salud) y un nivel más bajo de consistencia del médico en AE en Colombia (relacionado con las condiciones laborales inadecuadas de los médicos). La CR entre años no reflejó diferencias en la mayoría de los países, no obstante, el intervalo de tiempo ocurrido entre ambos estudios es corto. Este estudio sirve como base para estudios posteriores, en los que se sugiere ahondar en la exploración de factores individuales, y sobretodo, contextuales, asociados con la CR en ambos NA en cada país.

## Tablas y figuras

**Tabla 1. Características sociodemográficas, de morbilidad y de utilización de servicios de salud, de la muestra de pacientes de las redes de servicios de salud de estudio, por país y por año. CCAENA 2015-2017.**

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
<b>Sexo</b>												
Hombre	150 (19,0)	180 (23,0)	110 (13,9)	146 (17,7)	<b>233</b> <b>(26,5)</b>	<b>280</b> <b>(31,4)*</b>	182 (23,0)	153 (19,1)	198 (25,1)	166 (21,0)	<b>215</b> <b>(26,0)</b>	<b>154</b> <b>(19,4)*</b>
Mujer	639 (81,0)	604 (77,0)	683 (86,1)	680 (82,2)	<b>647</b> <b>(73,5)</b>	<b>613</b> <b>(68,7)*</b>	611 (77,1)	649 (80,9)	591 (74,9)	624 (79,0)	<b>622</b> <b>(74,3)</b>	<b>639</b> <b>(80,6)*</b>
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	<b>161</b> <b>(20,4)</b>	<b>150</b> <b>(19,1)**</b>	112 (14,1)	131 (15,8)	39 (4,4)	33 (3,7)	30 (3,8)	25 (3,1)	<b>87</b> <b>(11,0)</b>	<b>120</b> <b>(15,2)*</b>	<b>40</b> <b>(4,8)</b>	<b>85</b> <b>(10,7)**</b>
40 a 64 años	<b>570</b> <b>(72,2)</b>	<b>531</b> <b>(67,7)**</b>	481 (60,7)	518 (62,6)	397 (45,1)	360 (40,3)	380 (47,9)	391 (48,8)	<b>452</b> <b>(57,3)</b>	<b>426</b> <b>(53,9)*</b>	<b>406</b> <b>(48,5)</b>	<b>416</b> <b>(52,5)**</b>
≥ 65 años	<b>58</b> <b>(7,4)</b>	<b>103</b> <b>(13,1)**</b>	198 (25,0)	174 (21,0)	444 (50,5)	500 (56,0)	383 (48,3)	386 (48,1)	<b>250</b> <b>(31,7)</b>	<b>244</b> <b>(30,9)*</b>	<b>387</b> <b>(46,2)</b>	<b>292</b> <b>(36,8)**</b>
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios –	<b>136</b> <b>(17,2)</b>	<b>186</b> <b>(23,7)*</b>	299 (37,7)	325 (39,3)	<b>245</b> <b>(27,8)</b>	<b>291</b> <b>(32,6)*</b>	368 (46,4)	354 (44,1)	<b>336</b> <b>(42,6)</b>	<b>285</b> <b>(36,1)*</b>	<b>215</b> <b>(25,7)</b>	<b>141</b> <b>(17,8)**</b>
Primarios incompletos	<b>458</b> <b>(58,1)</b>	<b>422</b> <b>(53,8)*</b>	353 (44,5)	325 (39,3)	<b>262</b> <b>(29,8)</b>	<b>297</b> <b>(33,3)*</b>	348 (43,9)	344 (42,9)	<b>346</b> <b>(43,9)</b>	<b>362</b> <b>(45,8)*</b>	<b>511</b> <b>(61,1)</b>	<b>522</b> <b>(65,8)**</b>
Primarios	<b>195</b> <b>(24,7)</b>	<b>173</b> <b>(22,1)*</b>	138 (17,4)	170 (20,6)	<b>364</b> <b>(41,4)</b>	<b>299</b> <b>(33,5)*</b>	76 (9,6)	102 (12,7)	<b>107</b> <b>(13,6)</b>	<b>142</b> <b>(18,0)*</b>	<b>108</b> <b>(12,9)</b>	<b>126</b> <b>(15,9)**</b>
Secundarios o más												
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	159 (20,2)	151 (19,3)	139 (17,5)	151 (18,3)	105 (11,9)	95 (10,6)	215 (27,1)	186 (23,2)	86 (10,9)	93 (11,8)	<b>52</b> <b>(6,2)</b>	<b>51</b> <b>(6,4)**</b>
> 10 años	627 (79,5)	630 (80,4)	650 (82,0)	671 (81,1)	775 (88,1)	796 (89,1)	578 (72,9)	616 (76,8)	703 (89,1)	696 (88,1)	<b>754</b> <b>(90,1)</b>	<b>737</b> <b>(92,9)**</b>

<b>Número de enfermedades crónicas</b>												
Una enfermedad	<b>393</b> (49,8)	<b>342</b> (43,6)*	<b>203</b> (25,6)	<b>161</b> (19,5)*	145 (16,5)	149 (16,7)	<b>236</b> (29,8)	<b>160</b> (20,0)**	<b>342</b> (43,4)	<b>286</b> (36,2)**	386 (46,1)	363 (45,8)
Dos enfermedades	<b>229</b> (29,0)	<b>258</b> (32,9)*	<b>220</b> (27,7)	<b>241</b> (29,1)*	239 (27,1)	236 (26,4)	<b>297</b> (37,5)	<b>262</b> (32,7)**	<b>288</b> (36,5)	<b>270</b> (34,9)**	268 (32,0)	233 (29,4)
Tres o más enfermedades	<b>167</b> (21,2)	<b>184</b> (23,5)*	<b>370</b> (46,7)	<b>425</b> (51,4)*	496 (56,4)	508 (56,9)	<b>260</b> (32,8)	<b>380</b> (47,4)**	<b>159</b> (20,2)	<b>228</b> (28,9)**	183 (21,9)	197 (24,8)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>												
Muy Bueno - Bueno	<b>433</b> (54,9)	<b>377</b> (48,1)*	125 (15,8)	138 (16,7)	210 (23,9)	209 (23,4)	243 (30,6)	274 (34,2)	<b>214</b> (27,1)	<b>202</b> (25,6)*	<b>465</b> (55,6)	<b>380</b> (47,9)**
Regular - Malo - Muy malo	<b>353</b> (44,7)	<b>404</b> (51,5)*	666 (84,0)	686 (83,0)	670 (76,1)	684 (76,6)	550 (69,4)	528 (65,8)	<b>569</b> (72,1)	<b>588</b> (74,4)*	<b>354</b> (42,3)	<b>412</b> (52,0)**
<b>Fuente regular de la atención</b>												
Sí	747 (94,7)	759 (96,8)	<b>716</b> (90,3)	<b>800</b> (96,7)**	848 (96,4)	860 (96,3)	725 (91,4)	743 (92,6)	<b>707</b> (89,6)	<b>747</b> (94,6)**	<b>761</b> (90,9)	<b>772</b> (97,4)**
No	41 (5,2)	23 (2,9)	<b>75</b> (9,5)	<b>27</b> (3,3)**	31 (3,5)	32 (3,6)	68 (8,6)	59 (7,4)	<b>78</b> (9,9)	<b>42</b> (5,3)**	<b>35</b> (4,2)	<b>19</b> (2,4)**
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>												
Sí	166 (21,0)	159 (20,3)	96 (12,1)	112 (13,5)	254 (28,9)	256 (28,7)	<b>48</b> (6,1)	<b>179</b> (22,3)**	<b>426</b> (54,0)	<b>364</b> (46,1)*	32 (3,8)	659 (7,4)
No	623 (79,0)	625 (79,7)	697 (87,9)	711 (86,0)	626 (71,1)	637 (71,3)	<b>745</b> (94,0)	<b>620</b> (77,3)**	<b>363</b> (46,0)	<b>426</b> (53,9)*	805 (96,2)	734 (92,6)

p-valor obtenido utilizando Prueba chi-cuadrada. \* p-valor <0.05. \*\* p-valor ≤0.001

Algunas categorías contienen valores *missings/pérdidas*

**Tabla 2. Distribución de la percepción de alto nivel de continuidad de relación en atención primaria y en atención especializada, de la muestra de pacientes de las redes de servicios de salud de estudio, por país y por año. CCAENA 2015-2017.**

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
<b>Continuidad de relación en atención primaria (AP)</b>												
<b>Consistencia del médico en AP</b>												
Cuándo usted pide hora con el médico general, ¿es atendido por el mismo médico?	770 (97,6)	768 (98,0)	748 (94,3)	759 (91,8)	489 (55,6)	500 (56,0)	546 (68,9)	557 (69,5)	<b>712</b> <b>(90,2)</b>	<b>700</b> <b>(88,6)*</b>	771 (92,1)	719 (90,7)
<b>Confianza en el médico en AP</b>												
¿Confía en la capacidad profesional del médico general que le atiende?	759 (96,2)	756 (96,4)	716 (90,3)	719 (86,9)	667 (75,8)	696 (77,9)	707 (89,2)	721 (89,9)	718 (91,0)	732 (92,7)	<b>806</b> <b>(96,3)</b>	<b>761</b> <b>(96,0)**</b>
<b>Comunicación efectiva con el médico en AP</b>												
¿La información que le da el médico general sobre su enfermedad es suficiente?	732 (92,8)	714 (91,1)	659 (83,1)	676 (81,7)	614 (69,8)	657 (73,6)	641 (80,8)	651 (81,2)	696 (88,2)	713 (90,3)	<b>788</b> <b>(94,2)</b>	<b>720</b> <b>(90,8)**</b>
<b>Índice de continuidad de relación en AP</b>	786 (99,6)	776 (99,0)	764 (96,3)	787 (95,2)	741 (84,2)	771 (86,3)	744 (93,8)	749 (93,4)	756 (95,8)	763 (96,6)	810 (96,8)	769 (97,0)
<b>Continuidad de relación en atención especializada (AE)</b>												
<b>Consistencia del médico en AE</b>												
Cuándo usted pide hora con el especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?	690 (87,5)	698 (89,0)	577 (72,8)	564 (68,2)	486 (55,2)	512 (57,3)	<b>367</b> <b>(46,3)</b>	<b>281</b> <b>(35,0)**</b>	<b>437</b> <b>(55,4)</b>	<b>610</b> <b>(77,2)**</b>	785 (93,8)	740 (93,3)

<b>Confianza en el médico en AE</b>												
¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que le atiende?	738 (93,5)	742 (94,6)	669 (84,4)	691 (83,6)	<b>686</b> <b>(78,0)</b>	<b>733</b> <b>(82,1)**</b>	669 (84,4)	672 (83,8)	<b>683</b> <b>(86,6)</b>	<b>722</b> <b>(91,4)*</b>	805 (96,2)	755 (95,2)
<b>Comunicación efectiva con el médico en AE</b>												
¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?	711 (90,1)	690 (88,0)	612 (77,2)	625 (75,6)	<b>619</b> <b>(70,3)</b>	<b>678</b> <b>(75,9)**</b>	620 (78,2)	632 (78,8)	669 (84,8)	694 (87,9)	<b>798</b> <b>(95,3)</b>	<b>724</b> <b>(91,3)**</b>
<b>Índice de continuidad de relación en AE</b>	759 (96,2)	752 (95,9)	704 (88,8)	715 (86,5)	<b>718</b> <b>(81,6)</b>	<b>782</b> <b>(87,6)**</b>	691 (87,1)	682 (85,0)	<b>691</b> <b>(87,6)</b>	<b>736</b> <b>(93,2)**</b>	812 (97,0)	771 (97,2)

Los datos que se presentan en la tabla muestran la distribución de las respuestas de las categorías "Siempre" o "Muchas veces".

p-valor obtenido utilizando Prueba chi-cuadrada. \* p-valor <0.05. \*\* p-valor ≤0.001

Algunas categorías contienen valores *missings/pérdidas*

**Tabla 3. Cambios en la percepción de la continuidad de relación en la atención primaria y en la atención especializada, por país. CCAENA 2015-2017.**

	<b>Argentina</b> <i>2017/2015</i>	<b>Brasil</b> <i>2017/2015</i>	<b>Chile</b> <i>2017/2015</i>	<b>Colombia</b> <i>2017/2015</i>	<b>México</b> <i>2017/2015</i>	<b>Uruguay</b> <i>2017/2015</i>
<b>VARIABLES</b>	<i>RPa (IC95%)</i>	<i>RPa (IC95%)</i>	<i>RPa (IC95%)</i>	<i>RPa (IC95%)</i>	<i>RPa (IC95%)</i>	<i>RPa (IC95%)</i>
<b>Continuidad de relación en atención primaria (AP)</b>						
<b>Consistencia del médico en AP</b>						
Cuándo usted pide hora con el médico general, ¿es atendido por el mismo médico?	1,00 (0,99 – 1,02)	0,98 (0,96 – 1,01)	1,01 (0,93 – 1,10)	1,01 (0,94 – 1,08)	0,97 (0,94 – 1,00)	0,98 (0,95 – 1,00)
<b>Confianza en el médico en AP</b>						
¿Confía en la capacidad profesional del médico general que le atiende?	1,00 (0,98 – 1,02)	0,97 (0,93 – 1,00)	1,03 (0,97 – 1,08)	1,01 (0,98 – 1,05)	1,02 (1,00 – 1,05)	0,98 (0,97 – 1,00)
<b>Comunicación efectiva con el médico en AP</b>						
¿La información que le da el médico general sobre su enfermedad es suficiente?	0,98 (0,96 – 1,01)	0,98 (0,94 – 1,03)	1,05 (0,99 – 1,11)	1,02 (0,98 – 1,08)	1,03 (1,00 – 1,07)	<b>0,97</b> <b>(0,94 – 0,99)</b>
<b>Índice de continuidad de relación en AP</b>	0,99 (0,99 – 1,00)	0,99 (0,97 – 1,01)	1,02 (0,98 – 1,06)	1,00 (0,98 – 1,03)	1,01 (0,99 – 1,03)	1,01 (0,99 – 1,03)
<b>Continuidad de relación en atención especializada (AE)</b>						
<b>Consistencia del médico en AE</b>						
Cuándo usted pide hora con el especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?	1,00 (0,97 – 1,04)	0,95 (0,89 – 1,01)	1,06 (0,98 – 1,14)	<b>0,76</b> <b>(0,67 – 0,86)</b>	<b>1,31</b> <b>(1,22 – 1,40)</b>	1,00 (0,98 – 1,02)
<b>Confianza en el médico en AE</b>						
¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que le atiende?	1,01 (0,99 – 1,03)	0,99 (0,96 – 1,03)	1,01 (0,97 – 1,05)	0,99 (0,95 – 1,03)	<b>1,05</b> <b>(1,01 – 1,08)</b>	1,00 (0,98 – 1,01)

**Comunicación efectiva con el médico en AE**

¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?	0,97 (0,94 – 1,00)	0,98 (0,93 – 1,04)	1,03 (0,98 – 1,09)	1,03 (0,98 – 1,09)	1,03 (0,99– 1,07)	<b>0,96</b> <b>(0,94 – 0,98)</b>
<b>Índice de continuidad de relación en AE</b>	1,00 (0,98 – 1,02)	0,97 (0,94 – 1,01)	<b>1,07</b> <b>(1,03 – 1,11)</b>	0,99 (0,95 – 1,03)	<b>1,07</b> <b>(1,03 – 1,10)</b>	1,01 (0,99 – 1,03)

RPa: Ajustadas por variables sociodemográficas (sexo, edad, tiempo de residencia en el área, nivel educativo), de morbilidad (número de enfermedades crónicas), y de utilización de servicios de salud (uso de servicios fuera de la red pública). Grupo de referencia: Año 2015.

## **Cuadro final**

### **¿Qué se sabe sobre el tema?**

A pesar de la creciente importancia otorgada a la CR para mejorar la calidad de la atención de pacientes crónicos, ésta continúa siendo un tema poco explorado en Latinoamérica. La mayoría de estudios se han realizado en Brasil<sup>9,22,23</sup>, Colombia y México, centrados en la CR de pacientes crónicos con los médicos de AP, siendo limitada la evidencia con los médicos de AE.

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

Este estudio aporta evidencia comparativa entre países y años de la CR de pacientes crónicos, tanto con los médicos de AP como con los médicos de AE, en los subsistemas públicos de seis países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. Los resultados obtenidos sirven como base para estudios posteriores, en los que se sugiere ahondar en la exploración de factores individuales y contextuales, asociados con la CR.



## **Bibliografía**

1. Giovanella L et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015;39(105):300–22.
2. Waibel S et al. Relational continuity with primary and secondary care doctors: A qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–11.
3. Waibel S et al. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Heal Care*. 2012;24(1):39–48.
4. Waibel S. Continuity of health care across care levels in different healthcare areas in the Catalan national health system: The patient's perspective. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation; 2002. 50 p.
6. Freeman GK et al. Continuity of care 2006 : what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? *Rep Natl Co-ord Cent NHS Serv Deliv Organ R D*. 2007;131.
7. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134–43.
8. Haggerty JL et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br Med J*. 2003;327(7425):1219–21.
9. Letelier MJ 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 Hernández MB et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84(4):371–87.
11. Aller Hernández MB et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. 2013;27(3):207–13.
12. Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO

- Programme's research on continuity of care. 2010.
13. Vargas Lorenzo I et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy Plan.* 2017;32(4):549–62.
  14. Carneiro M do SM et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate.* 2014;38(special):279–95.
  15. Silva SA da, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate.* 2014;38(103):692–705.
  16. Jaramillo Echeverri LG et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del hospital de Caldas, Manizales (Colombia). *Index de Enfermería.* 2004;13(46):1–7.
  17. Doubova SV et al. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2009;51(3).
  18. Lazcano-Ponce E et al. Ethics and communication between physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico. *Arch Med Res.* 2004;35(1):66–75.
  19. Holt K et al. Factors associated with positive user experience with primary healthcare providers in Mexico: A multilevel modelling approach using national cross-sectional data. *BMJ Open.* 2020;10(1):1–10.
  20. Doubova S V. et al. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy Plan.* 2016;31(7):834–43.
  21. Guanais F et al. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med.* 2018;15(10):1–19.
  22. Macinko J et al. Gaps in primary care and health system performance in six latin American and Caribbean countries. *Health Aff.* 2016;35(8):1513–21.

23. Pinto DM et al. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. 2018.
24. Vázquez Navarrete ML et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The Equity-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7):1–10.
25. Vázquez-Navarrete ML et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors . A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10–9.
26. Ollé-Espluga L et al. Continuity of care for patients with chronic conditions in Latin America: results of a cross-sectional study in public healthcare networks in Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Uruguay. *Gac Sanit*. 2018;36.
27. Garcia-Subirats I et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2015;29(2):88–96.
28. Cisneros Luján AI et al. Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. *Universalud*. 2016;13(25):7–24.
29. Vitaloni M. Users perception of relational continuity of care in six Latin America countries healthcare. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):72–3.
30. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. What are the key success factors in the implementation of participatory action research interventions to improve care coordination across levels: Evaluation of the implementation process in five Latin American countries. *Heal Policy Plan Submitt*. 2020;
31. Miranda Mendizabal A et al. Effectiveness of interventions developed through a participatory approach in improving clinical coordination between care levels in public healthcare networks in Latin America: a quasi-experimental study. *Draft*. 2020;
32. Espinel Flores V et al. Effectiveness of interventions developed through a participatory approach in improving continuity of care between care levels in public healthcare networks in Latin America: a quasi-experimental study. *Draft*. 2020;

33. León-Arce HG et al. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac Sanit Press* [Internet]. 2019; Available at: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.005>
34. Puzzolo J et al. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la red municipal de salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública*. 2019;23(1):26–40.
35. Ferreira de Oliveira CR et al. Awareness and use of mechanism for clinical coordination between levels in two health care networks in Pernambuco State , Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):1–16.
36. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the unified health system: How to fill a void. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(3):941–51.
37. Salud IS de G en. *Atención Primaria de Salud en Suramérica*. 2015.
38. García-Huidobro D et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1–9.

## 6. LISTA DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA ALUMNA

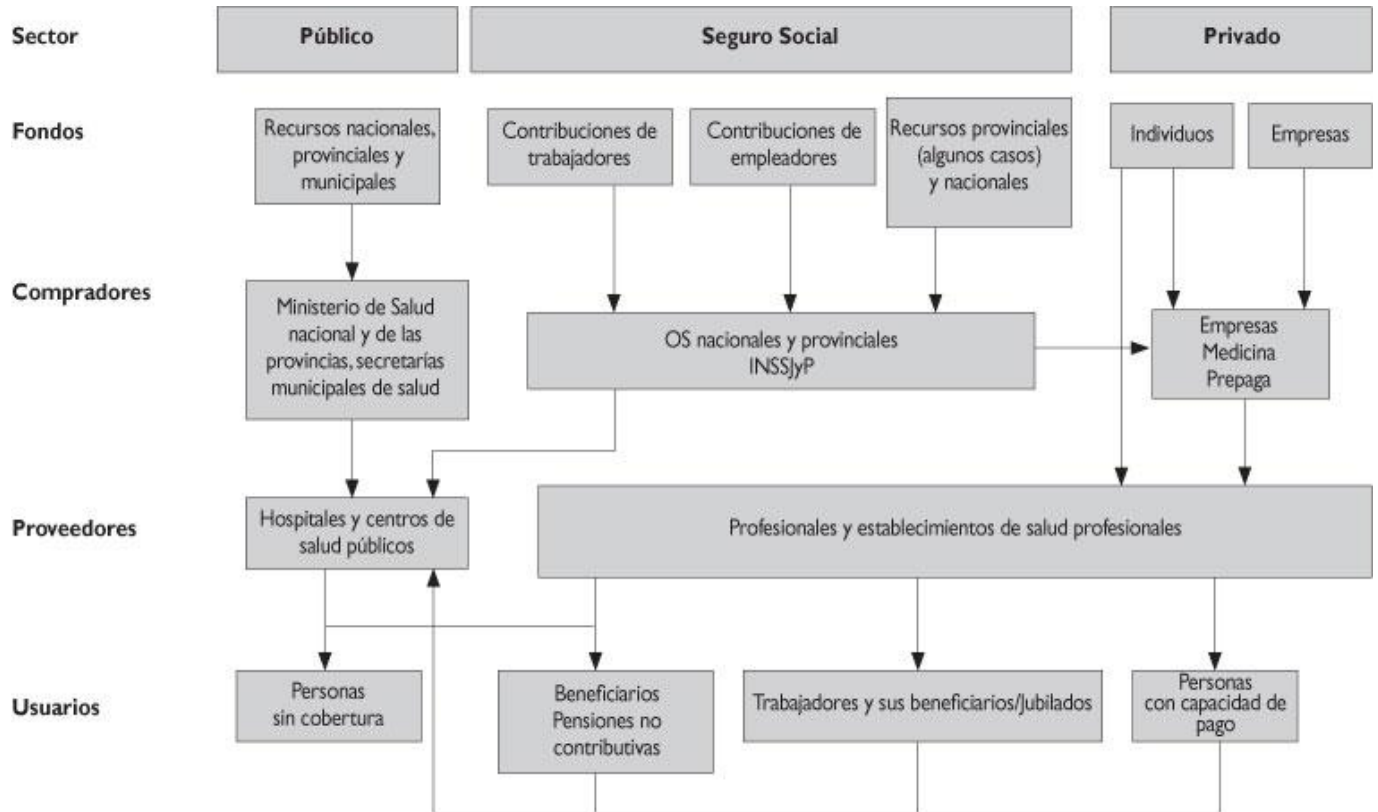
MES	2019			2020						
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
<b>ACTIVIDAD</b>										
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Primera fase: Protocolo</b>										
Entrega del Protocolo			25							
Defensa del Protocolo				11						
<b>Segunda fase: TFM</b>										
Limpieza de bases de datos				■	■	■	■	■	■	■
Procesamiento y análisis de datos					■	■	■	■	■	■
Descripción de los resultados							■	■	■	■
Interpretación y discusión de resultados							■	■	■	■
Redacción preliminar de TFM							■	■	■	■
Entrega de TFM										24

- Revisión bibliográfica de CR en AP y en AE
- Revisión bibliográfica de factores asociados con la CR, en AP y en AE
- Redacción del protocolo de investigación
- Limpieza de las bases de datos, procesamiento y análisis de datos del cuestionario CCAENA® 2015 y 2017
- Interpretación y discusión de los resultados principales
- Redacción de artículo científico
- Redacción de Trabajo de Fin de Máster

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Sistemas de salud de los países participantes

#### Anexo 1.1 Argentina



OS: Obras Sociales

INSSyP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

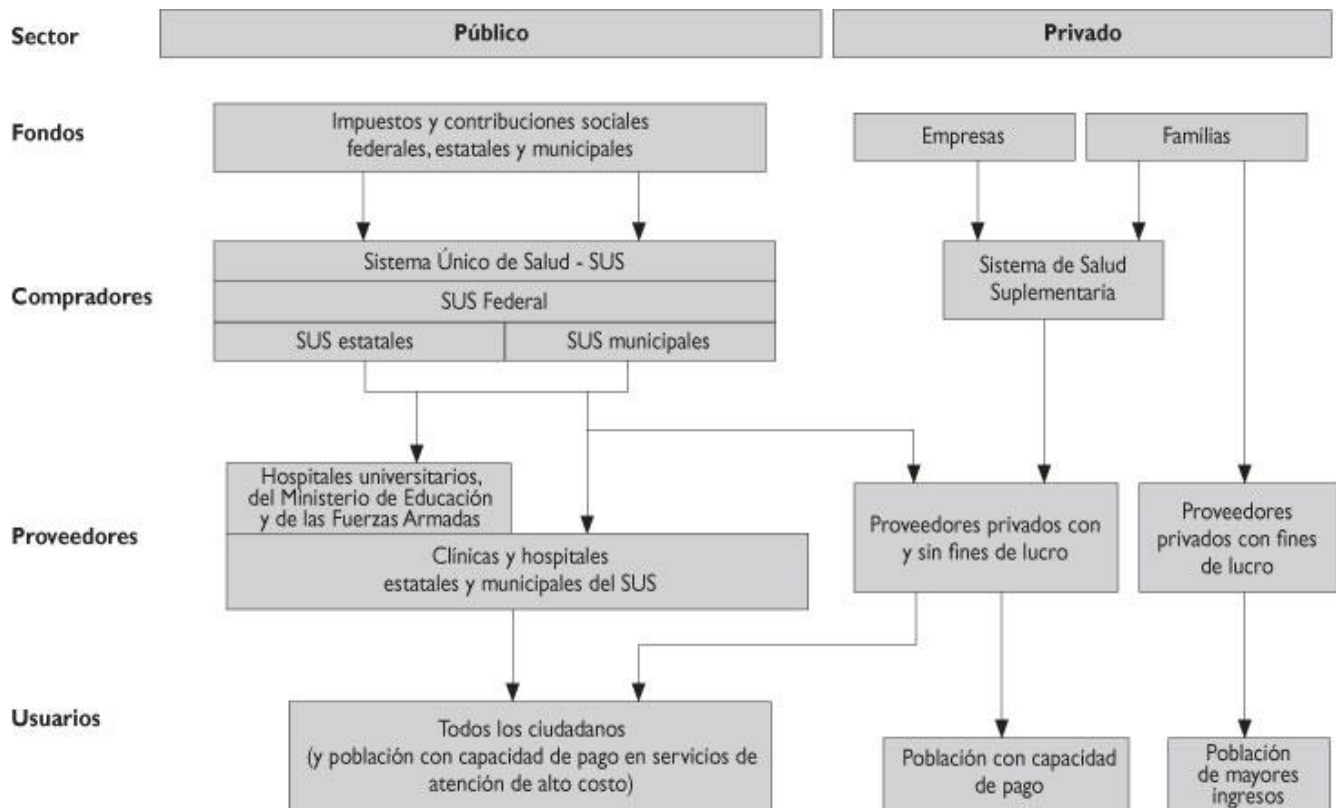
Fuente: Referencia 1

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados.

#### Referencia bibliográfica:

Belló M, Becerril-Montekio VM. El Sistema de Salud en Argentina. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):96–108.

## Anexo 1.2 Brasil



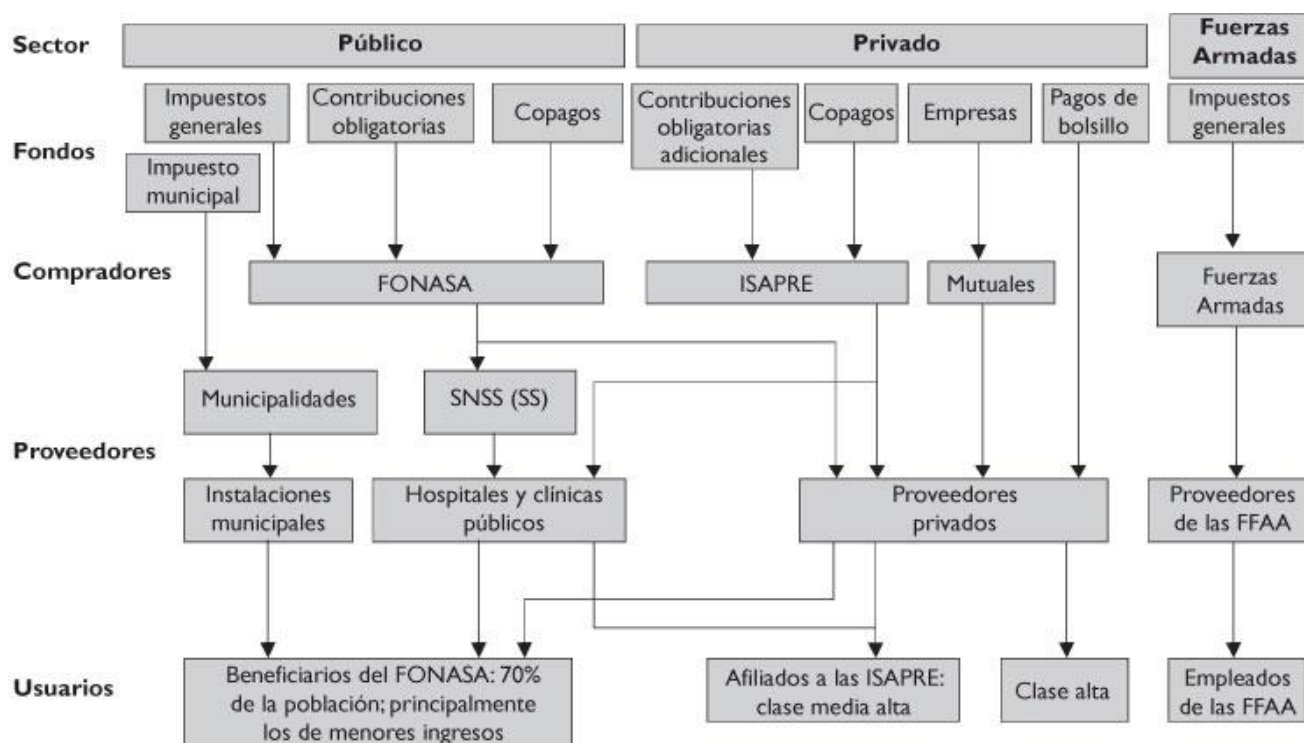
Salud Suplementaria: Medicina de Grupo, Planes Autoadministrados, cooperativas médicas y seguros individuales

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas), y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de mayores ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad.

### Referencia bibliográfica:

Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. El Sistema de Salud en Brasil. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):120–31.

## Anexo 1.3 Chile



FONASA: Fondo Nacional de Salud  
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud  
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional  
 SS: Servicios de Salud Regionales

Fuente: modificado de referencia 1

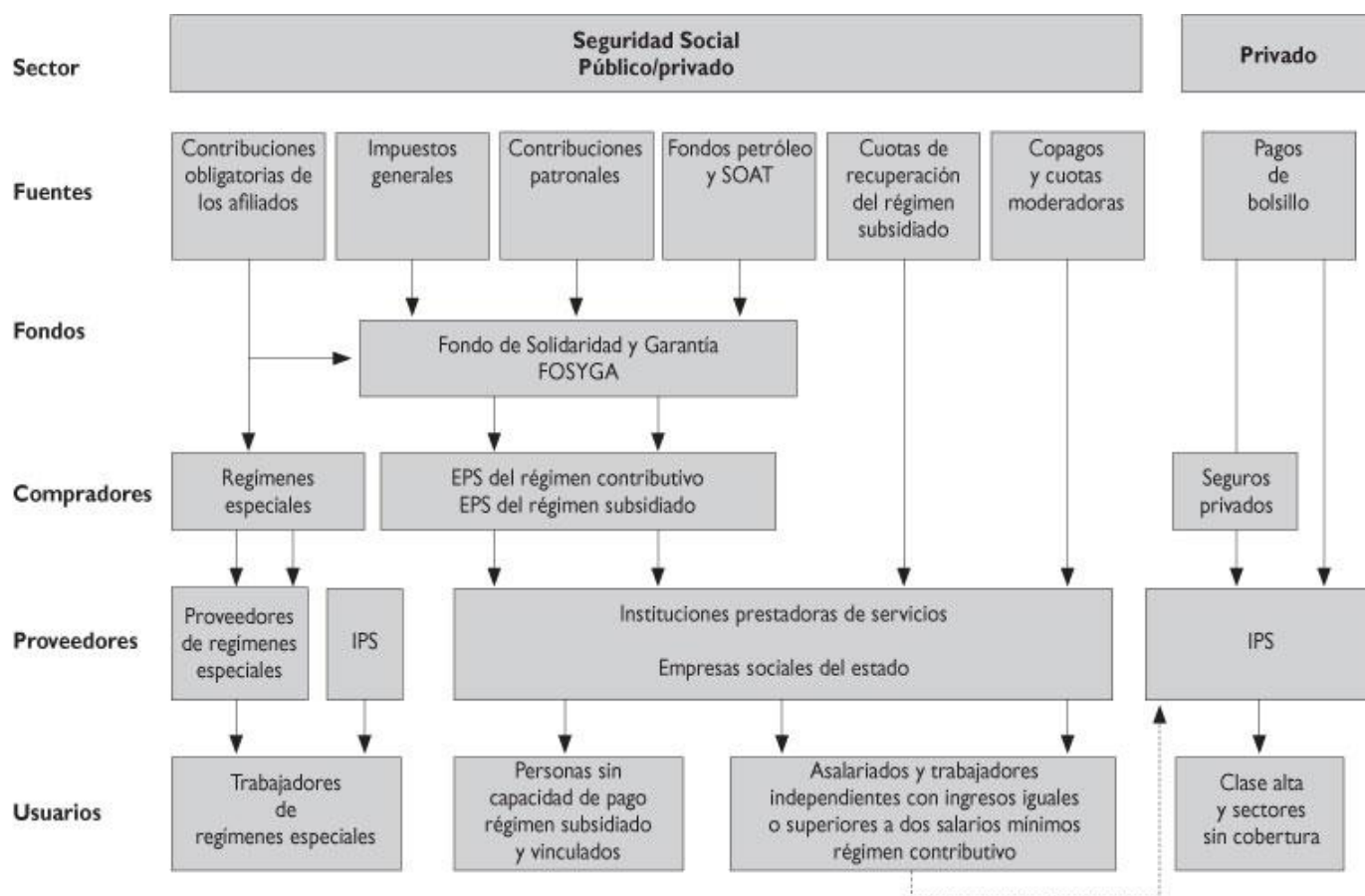
El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

### Referencia bibliográfica:

Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. El Sistema de Salud de Chile. Salud Publica Mex. 2011;53(2):132–43.



## Anexo 1.4 Colombia



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades

EPS: entidades promotoras de salud

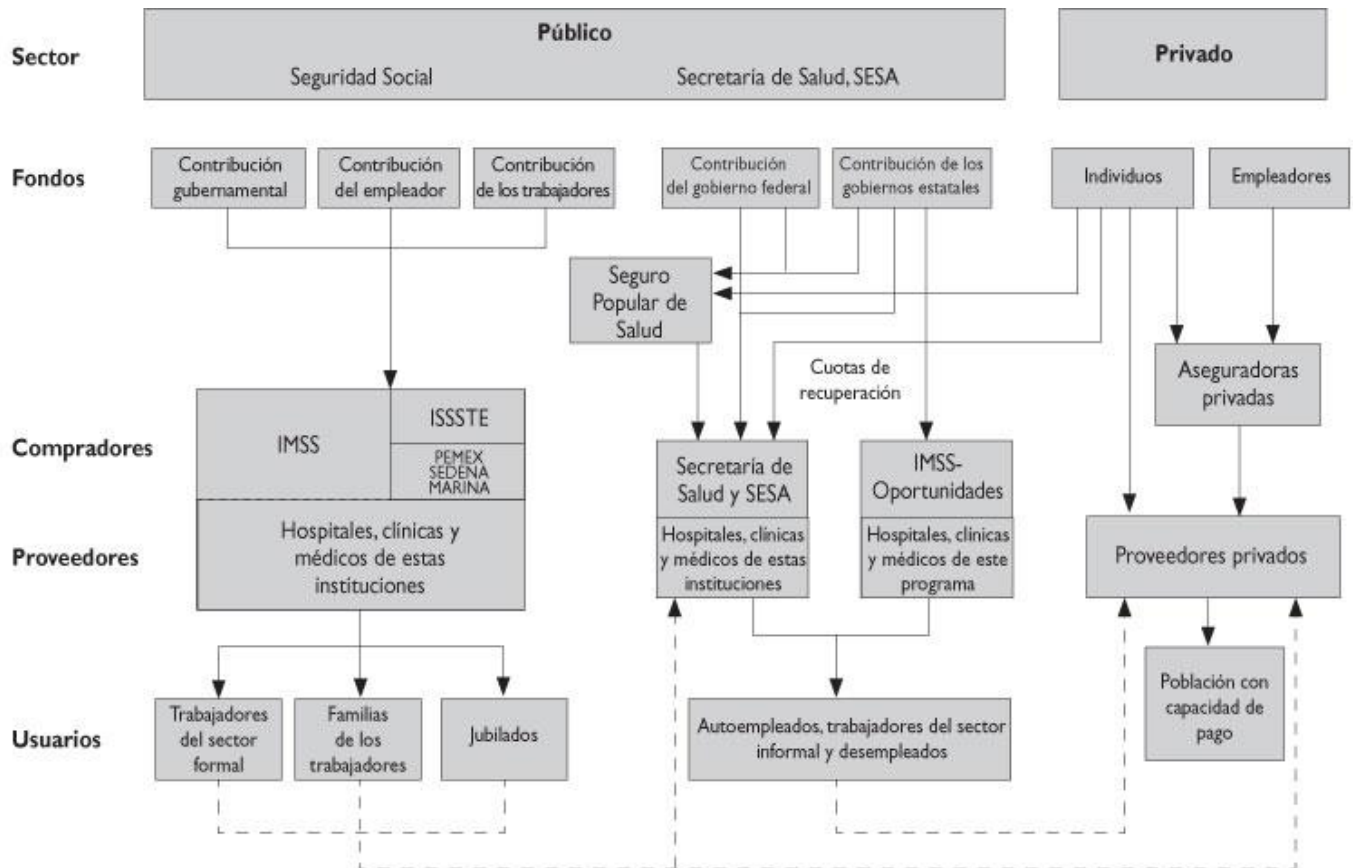
IPS: instituciones prestadoras de servicios

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas. En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aún cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

### Referencia bibliográfica:

Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. El sistema de salud en Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):144–55.

## Anexo 1.5 México

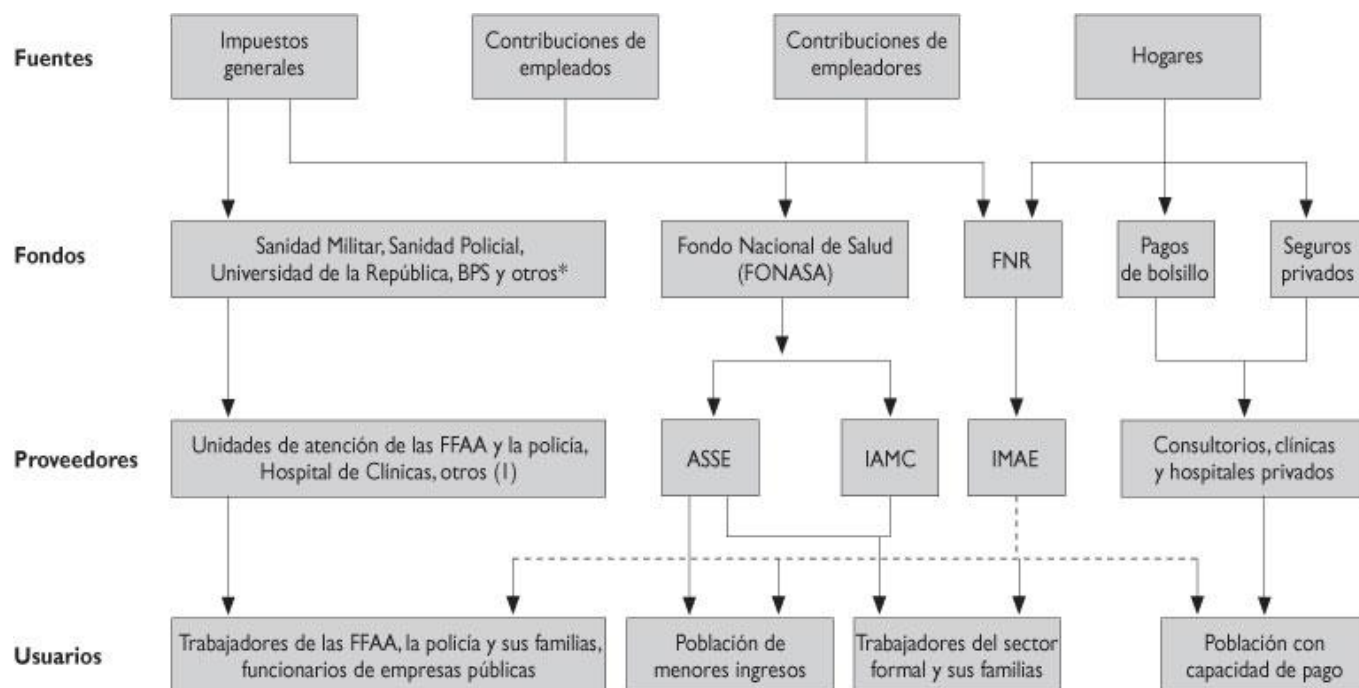


El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

### Referencia bibliográfica:

Gómez Dantés O, Sesma S, Becerill-Montekio V, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. El Sistema de Salud de México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):220–32.

## Anexo 1.6 Uruguay



\* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma

BPS: Banco de Previsión Social

FNR: Fondo Nacional de Recursos

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

El sistema de salud uruguayo tiene dos grandes fuentes de financiamiento, pública y privada. Las fuentes públicas incluyen las contribuciones obligatorias de los trabajadores y empresas del sector formal de la economía, las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público y los impuestos generales. Estos recursos se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones catastróficas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica y alto costo. Existen otros fondos que cubren coberturas catastróficas a grupos de funcionarios (fuerzas armadas y policías). Los hogares son las fuentes del gasto de bolsillo y los seguros privados. El principal proveedor de servicios son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de los uruguayos, los beneficiarios de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias. El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor del 2% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados. Los proveedores públicos incluyen a la red de hospitales públicos que están agrupados en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital Universitario, las unidades de atención de las fuerzas armadas y policiales, y las unidades de atención primaria de los municipios. La ASSE y el Hospital Universitario dan cobertura a 37% de la población y las unidades de las fuerzas armadas al 5%. Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios. Los otros prestadores públicos reciben sus recursos de leyes específicas. El Ministerio de Salud Pública, órgano rector de la política de salud, también asegura con recursos del estado la salud de la población indigente.

### Referencia bibliográfica:

Aran D, Laca H. El Sistema de Salud de Uruguay. Salud Publica Mex. 2011;53(2):265–74.



## **Anexo 2. Cuestionario CCAENA®**

El Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA®), adaptado y validado al contexto de cada país, así como traducido al portugués para Brasil, se encuentra disponible para su consulta en la página web del proyecto Equity-LA II: <http://www.equity-la.eu/es/publicaciones.php?t=IS>



### Anexo 3. Distribución de valores missings o pérdidas

En los *Anexos 3.1 – Anexos 3.8* se presenta la distribución de los valores missings o pérdidas de las variables independientes en correlación con las variables de resultado en AP y AE. Los *Anexos 3.1 y 3.2* muestran los valores de las variables de resultado de CR en AP y AE por año, agrupando el total de los países. Mientras que los *Anexos 3.3 a 3.8* los muestran estratificados por país, por año, y por NA.

Considerando el total de las observaciones (9970), ningún porcentaje máximo de missings es superior al 5% (el porcentaje de missings más alto se encontró en variable consistencia del médico en AE: 4,46%).

Anexo 3.1 Distribución de valores missings o pérdidas en correlación con las variables de resultado de CR en Atención Primaria (AP), por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Consistencia del médico en AP				Confianza del médico en AP				Comunicación efectiva con el médico en AP			
	2015		2017		2015		2017		2015		2017	
	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
<b>Sexo</b>												
Missings	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	4036	809	4002	868	4373	470	4384	478	4130	715	4130	730
	(83,3)	(16,7)	(82,2)	(17,8)	(90,3)	(9,7)	(90,2)	(9,8)	(85,2)	(14,8)	(85,0)	(15,0)
<b>Edad</b>												
Missings	5	1	4	0	5	0	4	0	4	2	4	0
	(83,3)	(16,7)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(100,0)	(0,0)
No missings	4031	808	3999	868	4368	470	4381	478	4126	713	4121	730
	(83,3)	(16,7)	(82,2)	(17,8)	(90,3)	(9,7)	(90,2)	(9,8)	(85,3)	(14,7)	(85,0)	(15,0)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Missings	11	4	19	4	15	0	19	4	14	2	19	4
	(73,3)	(26,7)	(82,6)	(17,8)	(100,0)	(0,0)	(82,6)	(17,4)	(87,5)	(12,5)	(82,6)	(17,4)
No missings	4025	805	3984	864	4358	470	4366	474	4116	713	4112	726
	(83,3)	(16,7)	(82,2)	(17,8)	(90,3)	(9,7)	(90,2)	(9,8)	(85,2)	(14,8)	(85,0)	(15,0)

<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
Missings	<b>35</b> <b>(94,6)</b>	<b>2</b> <b>(5,41)</b>	<b>15</b> <b>(93,8)</b>	<b>1</b> <b>(6,2)</b>	<b>36</b> <b>(97,3)</b>	<b>1</b> <b>(2,7)</b>	<b>16</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>35</b> <b>(94,6)</b>	<b>2</b> <b>(5,4)</b>	<b>15</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>
No missings	4001 (83,2)	807 (16,8)	3988 (82,1)	867 (17,9)	4337 (90,2)	469 (9,8)	4369 (90,1)	478 (9,9)	4095 (85,2)	713 (14,8)	4116 (85,0)	730 (15)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>												
Missings	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No missings	4036 (83,3)	809 (16,7)	4003 (82,2)	868 (17,8)	4373 (90,3)	470 (9,7)	4385 (90,2)	478 (9,8)	4130 (85,2)	715 (14,8)	4131 (85,0)	730 (15,0)
<b>Estado de salud auto-percibida</b>												
Missings	<b>25</b> <b>(89,3)</b>	<b>3</b> <b>(10,7)</b>	<b>7</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>26</b> <b>(92,9)</b>	<b>2</b> <b>(7,1)</b>	<b>7</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>26</b> <b>(92,9)</b>	<b>2</b> <b>(7,1)</b>	<b>7</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>
No missings	4011 (83,3)	806 (16,7)	3996 (82,1)	868 (17,9)	4347 (90,3)	468 (9,7)	4378 (90,2)	478 (9,8)	4104 (85,2)	713 (14,8)	4124 (85,0)	730 (15,0)
<b>Fuente regular de atención</b>												
Missings	<b>42</b> <b>(93,3)</b>	<b>3</b> <b>(6,7)</b>	<b>6</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>44</b> <b>(97,8)</b>	<b>1</b> <b>(2,2)</b>	<b>6</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>45</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>6</b> <b>(100,0)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>
No missings	3994 (83,2)	806 (16,8)	3997 (82,1)	868 (17,8)	4329 (90,2)	469 (9,8)	4379 (90,2)	478 (9,8)	4085 (85,1)	715 (14,9)	4125 (85,0)	730 (15,0)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>												
Missings	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No missings	4036 (83,3)	809 (16,7)	4003 (82,2)	868 (17,8)	4373 (90,3)	470 (9,7)	4385 (90,2)	478 (9,8)	4130 (85,2)	715 (14,8)	4131 (85,0)	730 (15,0)



Anexo 3.2 Distribución de valores missings o pérdidas en correlación con las variables de resultado de CR en Atención Especializada (AE), por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Consistencia del médico en AE				Confianza del médico en AE				Comunicación efectiva con el médico en AE			
	2015		2017		2015		2017		2015		2017	
	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Bajo</b>
<b>Sexo</b>												
Missings	0	0	<b>1</b>	0	0	0	<b>1</b>	0	0	0	<b>1</b>	0
	(0,0)	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)	(0,0)	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)	(0,0)	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)
No missings	3342	1303	3404	1284	4250	492	4314	483	4029	720	4042	765
	(72,0)	(28,0)	(72,6)	(27,4)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,8)	(15,2)	(84,1)	(15,9)
<b>Edad</b>												
Missings	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	0	<b>4</b>	0	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
	<b>(83,3)</b>	<b>(16,7)</b>	<b>(75,0)</b>	<b>(25,0)</b>	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(66,7)</b>	<b>(33,3)</b>	<b>(75,0)</b>	<b>(25,0)</b>
No missings	3337	1302	3402	1283	4244	492	4311	483	4025	718	4040	764
	(71,9)	(28,1)	(72,6)	(27,4)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,7)	(15,1)	(84,1)	(15,9)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Missings	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>4</b>
	<b>(80,0)</b>	<b>(20,0)</b>	<b>(86,4)</b>	<b>(13,6)</b>	<b>(93,3)</b>	<b>(6,7)</b>	<b>(87,0)</b>	<b>(13,0)</b>	<b>(93,3)</b>	<b>(6,7)</b>	<b>(82,6)</b>	<b>(17,4)</b>
No missings	3330	1300	3386	1281	4236	491	4295	480	4015	719	4024	761
	(71,9)	(28,1)	(72,5)	(27,5)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,8)	(15,2)	(84,1)	(15,9)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
Missings	<b>37</b>	0	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>37</b>	0	<b>16</b>	0	<b>37</b>	0	<b>16</b>	0
	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(93,7)</b>	<b>(6,3)</b>	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(100)</b>	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)
No missings	3305	1303	3390	1283	4213	492	4299	483	3992	720	4027	765
	(71,7)	(28,3)	(72,5)	(27,5)	(89,5)	(10,5)	(89,9)	(10,1)	(84,7)	(15,3)	(84,0)	(16,0)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>												
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	3342	1303	3405	1284	4250	492	4315	483	4029	720	4043	765
	(72,0)	(28,0)	(72,6)	(27,4)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,8)	(15,2)	(84,1)	(15,9)
<b>Estado de salud auto-percibida</b>												
Missings	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
	<b>(82,1)</b>	<b>(17,9)</b>	<b>(85,7)</b>	<b>(14,3)</b>	<b>(96,4)</b>	<b>(3,6)</b>	<b>(85,7)</b>	<b>(14,3)</b>	<b>(96,3)</b>	<b>(3,7)</b>	<b>(85,7)</b>	<b>(14,3)</b>
No missings	3319	1298	3399	1283	4223	491	4309	482	4003	719	4037	764
	(71,9)	(28,1)	(72,6)	(27,4)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,8)	(15,2)	(84,1)	(15,9)

<b>Fuente regular de atención</b>												
Missings	<b>45</b>	0	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	0	<b>6</b>	0	<b>44</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	0
	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(72,6)</b>	<b>(16,7)</b>	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(100,0)</b>	(0,0)	<b>(97,8)</b>	<b>(2,2)</b>	<b>(100,0)</b>	(0,0)
No missings	3297	1303	3400	1283	4205	492	4309	483	3985	719	4037	765
	(71,7)	(28,3)	(72,6)	(27,4)	(89,5)	(10,5)	(89,9)	(10,1)	(84,7)	(15,3)	(84,1)	(15,9)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>												
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	3342	1303	3405	1284	4250	492	4315	483	4029	720	4043	765
	(72,0)	(28,0)	(72,6)	(27,4)	(89,6)	(10,4)	(89,9)	(10,1)	(84,8)	(15,2)	(84,1)	(15,9)

Anexo 3.3 Distribución de valores missings o pérdidas en correlación con la variable “Consistencia del médico en AP”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay													
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017												
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793												
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)													
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo												
<b>Sexo</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	
No missings	770	19	768	15	748	44	758	64	489	385	500	391	546	245	557	245	712	65	700	87	771	51	719	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(56,0)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(89,0)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,6)	(8,4)
<b>Edad</b>																								
Missings	0	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	770	19	768	15	746	44	755	64	489	385	500	391	546	245	557	245	712	65	700	87	768	50	719	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(56,0)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(89,0)	(11,1)	(93,9)	(6,1)	(91,6)	(8,4)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>																								
Missings	0	0	3	0	3	0	6	1	5	3	3	3	0	1	2	0	0	0	1	0	3	0	4	0
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(85,7)	(14,3)	(62,5)	(37,5)	(50,0)	(50,0)	(0,0)	(100,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	770	19	765	15	745	44	753	63	484	382	497	388	546	244	555	245	712	65	699	87	771	51	715	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,3)	(7,7)	(55,9)	(44,1)	(56,2)	(43,8)	(69,1)	(30,9)	(69,4)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(88,9)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,6)	(8,5)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>																								
Missings	3	0	3	0	4	0	4	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	28	2	5	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(80,0)	(20,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(93,3)	(6,7)	(100,0)	(0,0)
No missings	767	19	765	15	744	44	755	63	489	385	498	391	546	245	557	245	712	65	699	87	743	49	714	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,3)	(7,7)	(56,0)	(44,1)	(56,0)	(44,0)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(88,9)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,5)	(8,5)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	770	19	768	15	748	44	759	64	489	385	500	391	546	245	557	245	712	65	700	87	771	51	719	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(56,0)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(89,0)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,6)	(8,4)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>																								
Missings	3	0	3	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	16	1	1	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(94,1)	(5,9)	(100,0)	(0,0)
No missings	767	19	765	15	746	44	756	64	489	385	500	391	546	245	557	245	708	63	700	87	755	50	718	66
	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(56,0)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,9)	(8,2)	(89,0)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,6)	(8,4)

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(92,1)</b>	<b>(7,9)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>
	769	19	766	15	746	44	759	64	488	385	499	391	546	245	557	245	709	65	699	87	736	48	717	66
<b>No missings</b>	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(55,9)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(68,9)	(30,9)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(88,9)	(11,1)	(93,9)	(6,1)	(91,6)	(8,4)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>
	770	19	768	15	748	44	759	64	489	385	500	391	546	245	557	245	712	65	700	87	771	51	719	66
<b>No missings</b>	(97,6)	(2,4)	(98,1)	(1,9)	(94,4)	(5,6)	(92,2)	(7,8)	(56,0)	(44,1)	(56,1)	(43,9)	(69,0)	(31,0)	(69,5)	(30,6)	(91,6)	(8,4)	(89,0)	(11,1)	(93,8)	(6,2)	(91,6)	(8,4)

Anexo 3.4 Distribución de valores *missings* o *pérdidas* en correlación con la variable “Consistencia del médico en AE”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
<b>Sexo</b>												
<b>Missings</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	690	78	698	73	577	190	563	229	486	326	512	303
	(89,9)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,2)	(24,8)	(71,0)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,8)	(37,2)
<b>Edad</b>												
<b>Missings</b>	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(75,0)	(25,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	690	78	698	73	576	189	561	229	486	326	512	303
	(89,9)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,3)	(24,7)	(71,0)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,8)	(37,2)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
<b>Missings</b>	0	0	3	0	2	1	6	1	6	2	5	0
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(85,7)	(14,3)	(75,0)	(25,0)	(100,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	690	78	695	73	575	189	558	229	480	324	507	303
	(89,9)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,3)	(24,7)	(70,9)	(29,1)	(59,7)	(40,3)	(62,6)	(37,4)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
<b>Missings</b>	3	0	3	0	4	0	4	1	0	0	2	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(80,0)	(20,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	687	78	695	73	573	190	560	229	486	326	510	303
	(89,8)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,1)	(24,9)	(71,0)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,7)	(37,3)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>												
<b>Missings</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	690	78	698	73	577	190	564	230	486	326	512	303
	(89,9)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,2)	(24,8)	(71,0)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,8)	(37,2)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>												
<b>Missings</b>	3	0	3	0	2	0	2	1	0	0	0	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	687	78	695	73	575	190	562	229	486	326	512	303
	(89,8)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,2)	(24,8)	(71,1)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,8)	(37,2)

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	1	0	2	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	38	0	2	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	689	78	696	73	575	190	564	230	485	326	511	303	367	399	281	500	434	273	610	138	747	37	738	39
	(89,8)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,2)	(24,8)	(71,0)	(29,0)	(59,8)	(40,2)	(62,8)	(37,2)	(47,9)	(52,1)	(36,0)	(64,0)	(61,4)	(38,6)	(81,6)	(18,5)	(95,3)	(4,7)	(94,5)	(5,0)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	690	78	698	73	577	190	564	230	486	326	512	303	367	399	281	500	437	273	610	139	785	37	740	39
	(89,9)	(10,2)	(90,5)	(9,5)	(75,2)	(24,8)	(71,0)	(29,0)	(59,9)	(40,2)	(62,8)	(37,2)	(47,9)	(52,1)	(36,0)	(64,0)	(61,6)	(38,5)	(81,4)	(18,6)	(95,5)	(4,5)	(95,0)	(5,0)

Anexo 3.5 Distribución de valores *missings* o *pérdidas* en correlación con la variable “Confianza en el médico en AP”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina				Brasil				Chile				Colombia				México				Uruguay			
	2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017	
	n= 789		n= 784		n= 793		n= 827		n= 880		n= 893		n= 793		n= 802		n= 789		n= 790		n= 837		n=793	
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
<b>Sexo</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	759	30	756	26	716	69	718	99	667	212	696	194	707	82	721	80	718	65	732	51	806	12	761	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,1)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,5)	(3,6)
<b>Edad</b>																								
Missings	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	759	30	756	26	715	69	715	99	667	212	696	194	707	82	721	80	718	65	732	51	802	12	761	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,8)	(12,2)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,5)	(3,6)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>																								
Missings	0	0	3	0	2	0	6	1	9	0	4	2	1	0	2	0	0	0	1	0	3	0	3	1
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(85,7)	(14,3)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)
No missings	759	30	753	26	714	69	713	98	658	212	692	192	706	82	719	80	718	65	731	51	803	12	758	27
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,1)	(75,6)	(24,4)	(78,3)	(21,7)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,6)	(3,4)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>																								
Missings	3	0	3	0	3	1	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	0	5	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	756	30	753	26	713	68	714	99	667	212	694	194	707	82	721	80	718	65	731	51	776	12	756	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,7)	(87,8)	(12,2)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,4)	(3,6)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	759	30	756	26	716	69	719	99	667	212	696	194	707	82	721	80	718	65	732	51	806	12	761	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,1)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,5)	(3,6)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>																								
Missings	3	0	3	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	17	0	1	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	756	30	753	26	714	69	716	99	667	212	696	194	707	82	721	80	714	63	732	51	789	12	760	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,2)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,9)	(8,1)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,5)	(3,6)

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(97,4)</b>	<b>(2,6)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>
<b>No missings</b>	758	30	754	26	714	69	719	99	666	212	695	194	707	82	721	80	715	65	731	51	769	11	759	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,1)	(75,9)	(24,2)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,6)	(1,4)	(96,4)	(3,6)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	759	30	756	26	716	69	719	99	667	212	696	194	707	82	721	80	718	65	732	51	806	12	761	28
	(96,2)	(3,8)	(96,7)	(3,3)	(91,2)	(8,8)	(87,9)	(12,1)	(75,9)	(24,1)	(78,2)	(21,8)	(89,6)	(10,4)	(90,0)	(10,0)	(91,7)	(8,3)	(93,5)	(6,5)	(98,5)	(1,5)	(96,5)	(3,6)



Anexo 3.6 Distribución de valores *missings* o *pérdidas* en correlación con la variable “Confianza en el médico en AE”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay														
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017													
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793													
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)														
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo													
<b>Sexo</b>																									
Missings	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	
No missings	738	39	742	30	669	100	690	109	686	144	733	144	669	103	672	118	683	91	722	61	805	15	755	21	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,0)	(13,0)	(86,4)	(13,6)	(82,7)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,2)	(1,8)	(97,3)	(2,7)	
<b>Edad</b>																									
Missings	0	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	738	39	742	30	667	100	687	109	686	144	733	144	669	103	672	118	683	91	722	61	801	15	755	21	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,0)	(13,0)	(86,3)	(13,7)	(82,7)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,2)	(1,8)	(97,3)	(2,7)	
<b>Nivel educativo alcanzado</b>																									
Missings	0	0	3	0	2	1	6	1	8	0	5	1	1	0	2	0	0	0	1	0	3	0	3	1	
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(85,7)	(14,3)	(100,0)	(0,0)	(83,3)	(16,7)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	
No missings	738	39	739	30	667	99	685	108	678	144	728	143	668	103	670	118	683	91	721	61	802	15	752	20	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,1)	(12,9)	(86,4)	(13,6)	(82,5)	(17,5)	(83,6)	(16,4)	(86,6)	(13,4)	(85,0)	(15,0)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,2)	(1,8)	(97,4)	(2,6)	
<b>Tiempo de residencia en el área</b>																									
Missings	3	0	3	0	4	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	0	5	0	
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	
No missings	735	39	739	30	665	100	686	109	686	144	731	144	669	103	672	118	683	91	721	61	775	15	750	21	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(86,9)	(13,1)	(86,3)	(13,7)	(82,7)	(17,4)	(83,5)	(16,5)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,1)	(1,9)	(97,3)	(2,7)	
<b>Número de enfermedades crónicas</b>																									
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	
No missings	738	39	742	30	669	100	691	109	686	144	733	144	669	103	672	118	683	91	722	61	805	15	755	21	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,0)	(13,0)	(86,4)	(13,6)	(82,7)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,2)	(1,8)	(97,3)	(2,7)	
<b>Estado de salud auto-percibido</b>																									
Missings	3	0	3	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	17	0	1	0	
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	
No missings	735	39	739	30	668	99	689	108	686	144	733	144	669	103	672	118	677	91	722	61	788	15	754	21	
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,1)	(12,9)	(86,5)	(13,6)	(82,7)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,9)	(92,2)	(7,8)	(98,1)	(1,9)	(97,3)	(2,7)	

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>
<b>No missings</b>	737	39	740	30	667	100	691	109	685	144	732	144	669	103	672	118	680	91	721	61	767	15	753	21
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,0)	(13,0)	(86,4)	(13,6)	(82,6)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,1)	(1,9)	(97,3)	(2,7)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
<b>No missings</b>	738	39	742	30	669	100	691	109	686	144	733	144	669	103	672	118	683	91	722	61	805	15	755	21
	(95,0)	(5,0)	(96,1)	(3,9)	(87,0)	(13,0)	(86,4)	(13,6)	(82,7)	(17,4)	(83,6)	(16,4)	(86,7)	(13,3)	(85,1)	(14,9)	(88,2)	(11,8)	(92,2)	(7,8)	(98,2)	(1,8)	(97,3)	(2,7)

Anexo 3.7 Distribución de valores *missings* o *pérdidas* en correlación con la variable “Comunicación efectiva con el médico en AP”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay													
	2015		2017		2015		2017		2015		2017													
	n= 789		n= 784		n= 793		n= 827		n= 880		n= 893													
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)													
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo												
<b>Sexo</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	
No missings	732	54	714	63	659	129	675	146	614	263	657	234	641	150	651	148	696	89	713	74	788	30	720	65
	(93,1)	(6,9)	(91,9)	(8,1)	(83,6)	(16,4)	(82,2)	(17,8)	(70,0)	(30,0)	(73,7)	(26,3)	(81,0)	(19,0)	(81,5)	(18,5)	(88,7)	(11,3)	(90,6)	(9,4)	(96,3)	(3,7)	(91,7)	(8,3)
<b>Edad</b>																								
Missings	0	0	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	732	54	714	63	658	128	672	146	614	263	657	234	641	150	651	148	696	89	713	74	785	29	720	65
	(93,1)	(6,9)	(91,9)	(8,1)	(83,7)	(16,3)	(82,2)	(17,9)	(70,0)	(30,0)	(73,7)	(26,3)	(81,0)	(19,0)	(81,5)	(18,5)	(88,7)	(11,3)	(90,6)	(9,4)	(96,4)	(3,6)	(91,7)	(8,3)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>																								
Missings	0	0	2	1	2	1	7	0	9	0	4	2	0	1	2	0	0	0	1	0	3	0	3	1
	(0,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(66,7)	(33,3)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(100,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)
No missings	732	54	712	62	657	128	669	146	605	263	653	232	641	149	649	148	696	89	712	74	785	30	717	64
	(93,1)	(6,9)	(92,0)	(8,0)	(83,7)	(16,3)	(82,1)	(17,9)	(69,7)	(30,3)	(73,8)	(26,2)	(81,1)	(18,9)	(81,1)	(18,6)	(88,7)	(11,3)	(90,6)	(9,4)	(96,3)	(3,7)	(91,8)	(8,2)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>																								
Missings	2	1	3	0	3	1	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	0	4	0
	(66,7)	(33,3)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	730	53	711	63	656	128	671	146	614	263	655	234	641	150	651	148	696	89	712	74	758	30	716	65
	(93,2)	(6,8)	(91,9)	(8,1)	(83,7)	(16,3)	(82,1)	(17,9)	(70,0)	(30,0)	(73,9)	(26,3)	(81,0)	(19,0)	(81,5)	(18,5)	(88,7)	(11,3)	(90,6)	(9,4)	(96,2)	(3,8)	(91,7)	(8,3)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	732	54	714	63	659	129	676	146	614	263	657	234	641	150	651	148	696	89	713	74	788	30	720	65
	(93,1)	(6,9)	(91,9)	(8,1)	(83,6)	(16,4)	(82,2)	(17,8)	(70,0)	(30,0)	(73,7)	(26,3)	(81,0)	(19,0)	(81,5)	(18,5)	(88,7)	(11,3)	(90,6)	(9,4)	(96,3)	(3,7)	(91,7)	(8,3)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>																								
Missings	3	0	3	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	17	0	1	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	729	54	711	63	657	129	673	146	614	263	657	234	641	150	651	148	692	87	713	74	771	30	719	65
	(93,1)	(6,9)	(91,9)	(8,1)	(83,6)	(16,4)	(82,2)	(17,8)	(70,0)	(30,0)	(73,7)	(26,3)	(81,0)	(19,0)	(81,5)	(18,5)	(88,8)	(11,2)	(90,6)	(9,4)	(96,3)	(3,8)	(91,7)	(8,3)

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	1 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	38 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)
<b>No missings</b>	731 (93,1)	54 (6,9)	712 (91,9)	63 (8,1)	657 (83,6)	129 (16,4)	676 (82,2)	146 (17,8)	613 (70,0)	263 (30,0)	656 (73,7)	234 (26,3)	641 (81,0)	150 (19,0)	651 (81,5)	148 (18,5)	693 (88,6)	89 (11,4)	712 (90,6)	74 (9,4)	750 (96,2)	30 (3,9)	718 (91,7)	65 (8,3)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>No missings</b>	732 (93,1)	54 (6,9)	714 (91,9)	63 (8,1)	659 (83,6)	129 (16,4)	676 (82,2)	146 (17,8)	614 (70,0)	263 (30,0)	657 (73,7)	234 (26,3)	641 (81,0)	150 (19,0)	651 (81,5)	148 (18,5)	696 (88,7)	89 (11,3)	713 (90,6)	74 (9,4)	788 (96,3)	30 (3,7)	720 (91,7)	65 (8,3)

Anexo 3.8 Distribución de valores *missings* o *pérdidas* en correlación con la variable “Comunicación efectiva con el médico en AE”, por país y por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil				Chile				Colombia				México				Uruguay					
	2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017		2015		2017	
	n= 789		n= 784		n= 793		n= 827		n= 880		n= 893		n= 793		n= 802		n= 789		n= 790		n= 837		n=793	
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
<b>Sexo</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	711	64	690	81	612	160	624	176	619	215	678	204	620	154	632	159	669	106	694	89	798	21	724	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,5)	(79,3)	(20,7)	(78,0)	(22,0)	(74,2)	(25,8)	(76,9)	(23,1)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,4)	(2,6)	(92,8)	(7,2)
<b>Edad</b>																								
Missings	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(75,0)	(25,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	711	64	690	81	611	159	622	175	619	215	678	204	620	154	632	159	669	106	694	89	795	20	724	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,5)	(79,4)	(20,7)	(78,0)	(22,0)	(74,2)	(25,8)	(76,9)	(23,1)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,6)	(2,5)	(92,8)	(7,2)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>																								
Missings	0	0	3	0	2	1	7	0	8	0	3	3	1	0	2	0	0	0	1	0	3	0	3	1
	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(66,7)	(33,3)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(75,0)	(25,0)
No missings	711	64	687	81	610	159	618	176	611	215	675	201	619	154	630	159	669	106	693	89	798	21	721	55
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,6)	(79,3)	(20,7)	(77,8)	(22,2)	(74,0)	(26,0)	(77,1)	(23,0)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,2)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,4)	(2,6)	(92,9)	(7,1)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>																								
Missings	3	0	3	0	4	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	0	5	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	708	64	687	81	608	160	620	176	619	215	676	204	620	154	632	159	669	106	693	89	768	21	719	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,6)	(79,2)	(20,8)	(77,9)	(22,1)	(74,2)	(25,8)	(76,8)	(23,2)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,3)	(2,7)	(92,8)	(7,2)
<b>Número de enfermedades crónicas</b>																								
Missings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
No missings	711	64	690	81	612	160	625	176	619	215	678	204	620	154	632	159	669	106	694	89	798	21	724	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,5)	(79,3)	(20,7)	(78,0)	(22,0)	(74,2)	(25,8)	(76,9)	(23,1)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,4)	(2,6)	(92,8)	(7,2)
<b>Estado de salud auto-percibido</b>																								
Missings	2	0	3	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	17	0	1	0
	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(50,0)	(50,0)	(66,7)	(33,3)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)
No missings	709	64	687	81	611	159	623	175	619	215	678	204	620	154	632	159	663	106	694	89	781	21	723	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,6)	(79,4)	(20,7)	(78,1)	(21,9)	(74,2)	(25,8)	(76,9)	(23,1)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,2)	(13,8)	(88,6)	(11,4)	(97,4)	(2,6)	(92,8)	(7,2)

<b>Fuente regular de la atención</b>																								
<b>Missings</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(50,0)</b>	<b>(50,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(100,0)</b>	<b>(0,0)</b>
<b>No missings</b>	710	64	688	81	611	159	625	176	618	215	677	204	620	154	632	159	666	106	693	89	760	21	722	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,5)	(79,4)	(20,7)	(78,0)	(22,0)	(74,2)	(25,8)	(76,8)	(23,2)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,3)	(2,7)	(92,8)	(7,2)
<b>Uso de servicios fuera de la red pública</b>																								
<b>Missings</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>	<b>(0,0)</b>
<b>No missings</b>	711	64	690	81	612	160	625	176	619	215	678	204	620	154	632	159	669	106	694	89	798	21	724	56
	(91,7)	(8,3)	(89,5)	(10,5)	(79,3)	(20,7)	(78,0)	(22,0)	(74,2)	(25,8)	(76,9)	(23,1)	(80,1)	(19,9)	(79,9)	(20,1)	(86,3)	(13,7)	(88,6)	(11,4)	(97,4)	(2,6)	(92,8)	(7,2)



## Anexo 4. Métodos

### Anexo 4.1 Selección del Modelo

Para analizar los cambios en la prevalencia de la CR entre años se estimaron razones de prevalencias (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustados por las variables explicativas.

De manera inicial, se propusieron cuatro modelos para cada una de las variables de resultado. En el modelo 1 se incluyeron todas las variables explicativas, las cuales posteriormente se separaron en bloques: sociodemográficas (modelo 2), de morbilidad (modelo 3) y de utilización de servicios de salud (modelo 4). Se utilizó el Criterio de información de Akaike (AIC) como medio para la selección del modelo, eligiendo el Modelo 1 en todas las variables de resultado, al tener el menor valor AIC (*Anexo 4.1.1*).

#### Anexo 4.1.1 Modelos propuestos

Modelo	Variabes	Variable dependiente	AIC
<b>Modelo 1</b> Todas las variables: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemográficas</li> <li>• De morbilidad</li> <li>• De utilización de servicios de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad</li> <li>• Nivel educativo alcanzado</li> <li>• Tiempo de residencia en el área</li> <li>• Número de enfermedades crónicas</li> <li>• Salud auto-percibida</li> <li>• Fuente regular de la atención</li> <li>• Uso de servicios fuera de la red pública</li> </ul>	Consistencia del médico en AP	18761,0
		Consistencia del médico en AE	17481,8
		Confianza en el médico en AP	18983,4
		Confianza en el médico en AE	18646,4
		Comunicación efectiva con el médico en AP	18818,3
		Comunicación efectiva con el médico en AE	18506,2
<b>Modelo 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables sociodemográficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad</li> <li>• Nivel educativo alcanzado</li> </ul>	Consistencia del médico en AP	18914,7
		Consistencia del médico en AE	17665,6
		Confianza en el médico en AP	19131,0
		Confianza en el médico en AE	18789,3



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de residencia en el área</li> </ul>	Comunicación efectiva con el médico en AP	18986,8
		Comunicación efectiva con el médico en AE	18669,1
<b>Modelo 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables de morbilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de enfermedades crónicas</li> <li>• Salud auto-percibida</li> </ul>	Consistencia del médico en AP	19039,4
		Consistencia del médico en AE	17774,4
		Confianza en el médico en AP	19241,5
		Confianza en el médico en AE	18905,7
		Comunicación efectiva con el médico en AP	19095,9
		Comunicación efectiva con el médico en AE	18784,5
<b>Modelo 4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables de utilización de servicios de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente regular de la atención</li> <li>• Uso de servicios fuera de la red pública</li> </ul>	Consistencia del médico en AP	19020,9
		Consistencia del médico en AE	17750,6
		Confianza en el médico en AP	19213,5
		Confianza en el médico en AE	18875,4
		Comunicación efectiva con el médico en AP	19076,2
		Comunicación efectiva con el médico en AE	18761,6

A su vez, se utilizó la prueba de independencia chi-cuadrada para valorar la asociación entre las variables de los bloques de morbilidad (número de enfermedades crónicas y salud auto-percibida) y de utilización de servicios de salud (fuente regular de la atención y uso de servicios fuera de la red pública). Dado que se obtuvo un p-valor  $<0,001$  en ambos bloques, se eliminó una variable de cada bloque en el modelo debido a la correlación de las variables.

Considerando el marco teórico del estudio y la distribución de los missings (*Anexo 3*), se decidió eliminar las variables salud auto-percibida y fuente regular de la atención, por lo que propuso el **Modelo 5** como modelo final para el análisis de los cambios de la CR: **ajustado por sexo, edad, nivel educativo alcanzado, tiempo de residencia en el área, número de enfermedades crónicas, y uso de servicios fuera de la red pública.**

Se realizó un modelo para cada país, estratificado por NA, utilizando las variables dependientes en AP y AE: *Consistencia del médico*, *Confianza en el médico*, y *Comunicación efectiva con el médico* y la variable *año* como variable independiente.



## **Anexo 4.2. Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación**

Para analizar los factores asociados con un alto grado de CR en el 2015 y 2017 se estimaron razones de prevalencias (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustados por las variables explicativas.

Se utilizó el procedimiento explicado en el Anexo 4 para la selección del modelo.

Se realizó un modelo para todos los países (*Anexo 4.2.1*) y un modelo para cada país (*Anexo 4.2.2 – Anexo 4.2.5*), estratificado por año y por NA, utilizando las variables dependientes en AP y AE: *Índice de CR*, y las *variables explicativas* como variables independientes.

Las variables de ajuste fueron: **sexo, edad, nivel educativo alcanzado, tiempo de residencia en el área, número de enfermedades crónicas, y uso de servicios fuera de la red pública.**

### **Resultados principales:**

Teniendo en cuenta los modelos ajustados de cada país en AP, estratificado por año (*Anexo 4.2.3*):

#### **En AP, los factores asociados positivamente con un alto grado de CR fueron:**

- Edad mayor o igual a 65 años en Argentina (RPa:1,06; IC95%:1,01-1,12 en 2015) y en Uruguay (RPa:1,11; IC95%:1,03-1,18 en 2015)
- No tener una fuente regular de atención médica en Uruguay (RPa:1,03; IC95%:1,01-1,06 en 2015)
- No usar servicios fuera de la red pública en Chile (RPa:1,08; IC95%:1,01-1,15 en 2017) y Colombia (RPa:1,22; IC95%:1,05-1,43 en 2015).

#### **En AP, los factores asociados negativamente con un alto grado de CR fueron:**

- Estado de salud auto-percibido regular, malo o muy malo en Brasil (RPa:0,95; IC95%:0,93-0,98 en 2017), Chile (RPa:0,94; IC95%:0,88-0,99 en 2015) y Uruguay (RPa:0,97; IC95%:0,95-0,99 en 2017)
- No tener una fuente regular de atención médica en Chile (RPa:0,70; IC95%:0,52-0,94 en 2015 y RPa:0,64; IC95%:0,46-0,88 en 2017) y Uruguay (RPa:0,90; IC95%:0,85-0,95 en 2017)

Teniendo en cuenta los modelos ajustados de cada país en AE, estratificado por año (*Anexo 4.2.5*):

**En AE, los factores asociados positivamente con un alto grado de CR fueron:**

- Edad entre 40 y 64 años en Brasil (RPa:1,14; IC95%:1,03-1,27 en 2015) y México (RPa:1,15; IC95%:1,02-1,30 en 2015)
- Edad mayor o igual a 65 años en Brasil (RPa:1,16; IC95%:1,04-1,30 en 2015) y en México (RPa:1,18; IC95%:1,04-1,34 en 2015)
- Estudios secundarios o más alcanzados en Argentina (RPa:1,06; IC95%:1,01-1,12 en 2015)
- No tener una fuente regular de atención médica en Uruguay (RPa:1,03; IC95%:1,01-1,04 en 2015)
- No usar servicios fuera de la red pública en Chile (RPa:1,11; IC95%:1,04-1,18 en 2017) y Colombia (RPa:1,32; IC95%:1,08-1,62 en 2015).

**En AE, los factores asociados negativamente con un alto grado de CR fueron:**

- Ser mujer en Brasil (RPa:0,92; IC95%:0,87-0,98 en 2017),
- Tiempo de residencia en el área mayor a 10 años (RPa:0,95; IC95%:0,93-0,97 en 2015),
- Estado de salud auto-percibido regular, malo o muy malo en Brasil (RPa:0,93; IC95%:0,87-0,99 en 2017) y Colombia (RPa:0,88; IC95%:0,84-0,93 en 2017)
- No tener una fuente regular de atención médica en Chile (RPa:0,69; IC95%:0,50-0,94 en 2015)
- No usar servicios fuera de la red pública en Argentina (RPa:0,96; IC95%:0,93-0,98 en 2017)

Anexo 4.2.1. Características de la muestra y Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación en Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Todos los países, por año. CCAENA 2015-2017.

Variables	Atención Primaria (AP)						Atención Especializada (AE)					
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889	n= 4881	n= 4889
	n (%)		RPC (IC95%)		RPa (IC95%)		n (%)		RPC (IC95%)		RPa (IC95%)	
<b>Sexo</b>												
Hombre	1034 (22,5)	1031 (22,3)	1,00	1,00	1,00	1,00	972 (22,2)	996 (22,4)	1,00	1,00	1,00	1,00
Mujer	3567 (77,5)	3583 (77,6)	0,99 (0,97 – 1,01)	0,98 (0,97 – 1,00)	0,99 (0,98 – 1,00)	0,99 (0,97 – 1,00)	3403 (77,8)	3441 (77,5)	1,00 (0,98 – 1,03)	0,98 (0,96 – 1,00)	1,01 (0,98 – 1,03)	0,98 (0,96 – 1,00)
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	435 (9,5)	510 (11,1)	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>400</b> <b>(9,1)</b>	<b>497</b> <b>(11,2)*</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 64 años	2536 (55,1)	2493 (54,0)	1,02 (0,99 – 1,05)	1,01 (0,98 – 1,03)	1,01 (0,99 – 1,04)	1,01 (0,99 – 1,03)	<b>2420</b> <b>(55,3)</b>	<b>2385</b> <b>(53,7)*</b>	<b>1,06</b> <b>(1,02 – 1,10)</b>	0,99 (0,96 – 1,02)	<b>1,06</b> <b>(1,01 – 1,10)</b>	0,99 (0,96 – 1,02)
≥ 65 años	1625 (35,3)	1608 (34,8)	1,02 (0,99 – 1,05)	1,01 (0,99 – 1,03)	1,02 (0,99 – 1,05)	1,02 (0,99 – 1,04)	<b>1549</b> <b>(35,4)</b>	<b>1552</b> <b>(35,0)*</b>	<b>1,06</b> <b>(1,01 – 1,10)</b>	1,00 (0,97 – 1,03)	<b>1,06</b> <b>(1,02 – 1,11)</b>	0,99 (0,97 – 1,03)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios – Primarios incompletos	1512 (32,9)	1491 (32,3)	1,00	1,00	1,00	1,00	1423 (32,5)	1427 (32,2)	1,00	1,00	1,00	1,00
Primarios	2163 (47,0)	2165 (46,9)	1,0 (0,99 – 1,02)	1,01 (1,0 – 1,03)	1,00 (0,99 – 1,02)	1,01 (0,99 – 1,03)	2071 (47,3)	2080 (46,9)	1,02 (1,00 – 1,04)	1,01 (0,99 – 1,04)	1,02 (1,00 – 1,05)	1,01 (0,99 – 1,04)
Secundarios o más	912 (19,8)	938 (20,3)	0,98 (0,96 – 1,00)	0,98 (0,96 – 1,00)	0,98 (0,96 – 1,00)	0,98 (0,96 – 1,01)	867 (19,8)	909 (20,5)	0,99 (0,96 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,03)	1,00 (0,97 – 1,02)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	<b>701</b> <b>(15,2)</b>	<b>684</b> <b>(14,8)*</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>678</b> <b>(15,5)</b>	<b>641</b> <b>(14,4)*</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
> 10 años	<b>3863</b> <b>(84,0)</b>	<b>3915</b> <b>(84,8)*</b>	1,02 (1,00 – 1,04)	1,00 (0,98 – 1,02)	1,02 (1,00 – 1,04)	1,00 (0,98 – 1,02)	<b>3660</b> <b>(83,7)</b>	<b>3781</b> <b>(85,2)*</b>	1,00 (0,97 – 1,03)	<b>1,03</b> <b>(1,01 – 1,06)</b>	1,00 (0,97 – 1,02)	1,03 (1,00 – 1,06)

Número de enfermedades crónicas												
Una enfermedad	<b>1640</b> <b>(35,6)</b>	<b>1410</b> <b>(30,6)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>1551</b> <b>(35,5)</b>	<b>1347</b> <b>(30,4)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
Dos enfermedades	<b>1460</b> <b>(31,7)</b>	<b>1432</b> <b>(31,0)**</b>	0,98 (0,97 – 1,00)	0,99 (0,97 – 1,00)	0,98 (0,97 – 1,00)	0,98 (0,97 – 1,00)	<b>1388</b> <b>(31,7)</b>	<b>1371</b> <b>(30,9)**</b>	0,99 (0,97 – 1,01)	0,99 (0,97 – 1,01)	0,99 (0,97 – 1,01)	0,99 (0,97 – 1,01)
Tres o más enfermedades	<b>1501</b> <b>(32,6)</b>	<b>1773</b> <b>(38,4)**</b>	<b>0,95</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	<b>0,96</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	<b>0,96</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	<b>0,96</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	<b>1436</b> <b>(32,8)</b>	<b>1720</b> <b>(38,8)**</b>	<b>0,97</b> <b>(0,94 – 0,99)</b>	<b>0,97</b> <b>(0,95 – 0,99)</b>	0,97 (0,94 – 1,00)	<b>0,97</b> <b>(0,95 – 0,99)</b>
Estado de salud auto-percibido												
Muy Bueno - Bueno	<b>1634</b> <b>(35,5)</b>	<b>1525</b> <b>(33,0)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>1566</b> <b>(35,8)</b>	<b>1491</b> <b>(33,6)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular - Malo - Muy malo	<b>2940</b> <b>(63,9)</b>	<b>3083</b> <b>(66,8)**</b>	<b>0,96</b> <b>(0,95 – 0,97)</b>	<b>0,97</b> <b>(0,95 – 0,98)</b>	<b>0,98</b> <b>(0,96 – 0,98)</b>	<b>0,97</b> <b>(0,96 – 0,99)</b>	<b>2782</b> <b>(63,6)</b>	<b>2941</b> <b>(66,3)**</b>	<b>0,95</b> <b>(0,93 – 0,97)</b>	<b>0,94</b> <b>(0,93 – 0,96)</b>	<b>0,96</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	<b>0,95</b> <b>(0,93 – 0,96)</b>
Fuente regular de la atención médica												
Sí	<b>4258</b> <b>(92,6)</b>	<b>4438</b> <b>(96,2)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>4058</b> <b>(92,8)</b>	<b>4263</b> <b>(96,1)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
No	<b>290</b> <b>(6,5)</b>	<b>171</b> <b>(3,7)**</b>	0,96 (0,93 – 1,00)	<b>0,89</b> <b>(0,84 – 0,95)</b>	0,97 (0,94 – 1,00)	<b>0,90</b> <b>(0,85 – 0,95)</b>	<b>272</b> <b>(6,2)</b>	<b>169</b> <b>(3,8)**</b>	<b>0,92</b> <b>(0,88 – 0,97)</b>	<b>0,92</b> <b>(0,86 – 0,98)</b>	<b>0,92</b> <b>(0,88 – 0,97)</b>	<b>0,92</b> <b>(0,88 – 0,98)</b>
Uso de servicios fuera de la red pública												
Sí	<b>933</b> <b>(20,3)</b>	<b>1041</b> <b>(22,6)*</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>870</b> <b>(19,9)</b>	<b>1008</b> <b>(22,7)**</b>	1,00	1,00	1,00	1,00
No	<b>3668</b> <b>(79,7)</b>	<b>3574</b> <b>(77,4)*</b>	<b>1,04</b> <b>(1,02 – 1,06)</b>	<b>1,03</b> <b>(1,01 – 1,05)</b>	<b>1,04</b> <b>(1,01 – 1,06)</b>	<b>1,03</b> <b>(1,01 – 1,05)</b>	<b>3505</b> <b>(80,1)</b>	<b>3430</b> <b>(77,3)**</b>	<b>1,07</b> <b>(1,04 – 1,10)</b>	1,02 (1,0 – 1,05)	<b>1,06</b> <b>(1,03 – 1,09)</b>	1,02 (1,00 – 1,04)

Los datos que se presentan en la tabla muestran la distribución de la categoría "Alto grado" en el *Índice de CR* p-valor obtenido utilizando Prueba chi-cuadrada. \* p-valor <0.05. \*\* p-valor ≤0.001

Algunas categorías contienen valores *missings*

RPc: Razones de prevalencia crudas

RPa: Ajustadas por variables sociodemográficas (sexo, edad, tiempo de residencia en el área, nivel educativo), de morbilidad (número de enfermedades crónicas), y de utilización de servicios de salud (uso de servicios fuera de la red pública).

Anexo 4.2.2 Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación en Atención Primaria (AP). Por país y por año. Modelos crudos. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793
	RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)	
<b>Sexo</b>												
Hombre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mujer	1,00 (0,99 – 1,02)	0,99 (0,98 – 1,01)	0,98 (0,95 – 1,01)	0,97 (0,94 – 1,01)	0,97 (0,92 – 1,04)	<b>0,94</b> <b>(0,89 – 0,98)</b>	0,96 (0,93 – 1,00)	0,98 (0,94 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,03)	0,98 (0,95 – 1,00)	0,98 (0,96 – 1,01)	1,00 (0,97 – 1,04)
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 64 años	1,00 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,01)	1,03 (0,98 – 1,08)	1,00 (0,96 – 1,05)	1,07 (0,89 – 1,28)	1,07 (0,89 – 1,29)	1,11 (0,94 – 1,31)	1,04 (0,90 – 1,21)	1,05 (0,99 – 1,12)	1,02 (0,98 – 1,08)	1,10 (0,97 – 1,24)	<b>1,09</b> <b>(1,01 – 1,17)</b>
≥ 65 años	1,01 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,02)	1,10 (1,0 – 1,11)	1,02 (0,97 – 1,07)	1,13 (0,95 – 1,34)	1,12 (0,94 – 1,34)	1,15 (0,98 – 1,35)	1,09 (0,94 – 1,26)	1,04 (0,97 – 1,11)	1,04 (0,99 – 1,10)	1,13 (1,0 – 1,27)	<b>1,10</b> <b>(1,03 – 1,19)</b>
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios – Primarios incompletos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primarios	1,00 (0,99 – 1,00)	1,01 (0,99 – 1,04)	1,01 (0,98 – 1,04)	1,00 (0,97 – 1,03)	0,98 (0,91 – 1,06)	0,98 (0,92 – 1,05)	0,99 (0,96 – 1,03)	0,99 (0,94 – 1,03)	0,97 (0,94 – 1,00)	1,00 (0,98 – 1,03)	1,00 (0,97 – 1,02)	1,02 (0,98 – 1,06)
Secundarios o más	0,99 (0,98 – 1,00)	1,02 (1,00 – 1,04)	1,00 (0,96 – 1,04)	0,99 (0,94 – 1,03)	0,99 (0,93 – 1,06)	0,96 (0,90 – 1,03)	1,01 (0,95 – 1,07)	0,99 (0,93 – 1,05)	0,99 (0,94 – 1,03)	0,99 (0,95 – 1,03)	0,98 (0,94 – 1,03)	1,00 (0,95 – 1,05)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 10 años	1,00 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,01)	1,00 (0,96 – 1,04)	1,02 (0,98 – 1,07)	1,10 (0,98 – 1,21)	0,99 (0,91 – 1,07)	1,03 (0,99 – 1,08)	1,02 (0,97 – 1,07)	1,01 (0,96 – 1,06)	1,0 (0,96 – 1,04)	1,05 (0,97 – 1,14)	1,01 (0,95 – 1,07)

Número de enfermedades crónicas												
Una enfermedad	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dos enfermedades	1,01	1,00	0,99	0,98	1,00	1,00	1,01	1,00	0,99	0,99	1,00	1,00
Tres o más enfermedades	(1,00 – 1,02)	(0,99 – 1,02)	(0,95 – 1,02)	(0,94 – 1,02)	(0,92 – 1,09)	(0,92 – 1,08)	(0,96 – 1,05)	(0,99 – 1,05)	(0,96 – 1,02)	(0,96 – 1,02)	(0,97 – 1,02)	(0,98 – 1,03)
	1,01	0,99	0,99	0,99	0,99	0,97	0,99	0,98	0,96	0,97	0,98	0,97
	(1,00 – 1,02)	(0,97 – 1,01)	(0,96 – 1,02)	(0,95 – 1,03)	(0,91 – 1,07)	(0,90 – 1,04)	(0,94 – 1,03)	(0,93 – 1,03)	(0,92 – 1,00)	(0,93 – 1,00)	(0,94 – 1,01)	(0,94 – 1,01)
Estado de salud auto-percibido												
Muy Bueno - Bueno	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular - Malo - Muy malo	1,00	1,00	0,99	<b>0,95</b>	<b>0,92</b>	0,96	0,96	0,98	0,98	0,99	0,99	0,97
	(0,99 – 1,01)	(0,98 – 1,01)	(0,96 – 1,03)	<b>(0,93 – 0,97)</b>	<b>(0,87 – 0,98)</b>	(0,91 – 1,03)	(0,93 – 1,00)	(0,95 – 1,02)	(0,95 – 1,01)	(0,97 – 1,02)	(0,97 – 1,02)	(0,95 – 1,00)
Fuente regular de la atención médica												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,00	1,01	0,97	0,89	<b>0,68</b>	<b>0,64</b>	0,95	0,94	0,97	0,93	<b>1,03</b>	0,92
	(1,00 – 1,01)	(1,00 – 1,02)	(0,91 – 1,03)	(0,76 – 1,04)	<b>(0,50 – 0,92)</b>	<b>(0,47 – 0,87)</b>	(0,88 – 1,03)	(0,85 – 1,03)	(0,92 – 1,03)	(0,85 – 1,03)	<b>(1,02 – 1,05)</b>	(0,79 – 1,08)
Uso de servicios fuera de la red pública												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,00	1,00	1,02	1,05	1,04	1,09	<b>1,23</b>	1,01	1,03	1,01	1,03	0,99
	(0,99 – 1,02)	(0,98 – 1,01)	(0,97 – 1,07)	(0,99 – 1,12)	(0,97 – 1,11)	(1,02 – 1,16)	<b>(1,05 – 1,44)</b>	(0,96 – 1,06)	(1,0 – 1,06)	(0,99 – 1,04)	(0,94 – 1,13)	(0,95 – 1,02)

RPC: Razones de prevalencia crudas



Anexo 4.2.3. Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación en Atención Primaria (AP). Por país y por año. Modelos ajustados. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015 n= 789	2017 n= 784	2015 n= 793	2017 n= 827	2015 n= 880	2017 n= 893	2015 n= 793	2017 n= 802	2015 n= 789	2017 n= 790	2015 n= 837	2017 n=793
	RPa (IC95%)		RPa (IC95%)		RPa (IC95%)		RPa (IC95%)		RPa (IC95%)		RPa (IC95%)	
<b>Sexo</b>												
Hombre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mujer	1,00 (0,99 – 1,02)	0,99 (0,98 – 1,01)	0,98 (0,95 – 1,01)	0,97 (0,94 – 1,01)	0,99 (0,93 – 1,05)	0,95 (0,90 – 1,00)	0,97 (0,94 – 1,01)	0,99 (0,95 – 1,03)	1,00 (0,97 – 1,04)	0,98 (0,96 – 1,01)	0,99 (0,97 – 1,02)	1,01 (0,98 – 1,04)
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 64 años	1,00 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,01)	1,03 (0,99 – 1,09)	0,99 (0,95 – 1,04)	1,06 (0,88 – 1,29)	1,07 (0,89 – 1,30)	1,11 (0,94 – 1,31)	1,04 (0,90 – 1,21)	1,05 (0,98 – 1,12)	1,03 (0,98 – 1,09)	1,10 (0,97 – 1,24)	1,07 (1,00 – 1,15)
≥ 65 años	1,00 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,03)	<b>1,06</b> <b>(1,01 – 1,12)</b>	1,01 (0,96 – 1,07)	1,13 (0,93 – 1,36)	1,12 (0,93 – 1,35)	1,14 (0,97 – 1,35)	1,09 (0,94 – 1,26)	1,03 (0,96 – 1,10)	1,05 (0,99 – 1,11)	1,12 (0,99 – 1,26)	<b>1,11</b> <b>(1,03 – 1,18)</b>
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios – Primarios incompletos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primarios	1,00 (0,99 – 1,00)	1,01 (0,99 – 1,04)	1,01 (0,98 – 1,04)	1,00 (0,97 – 1,04)	1,00 (0,92 – 1,07)	1,00 (0,94 – 1,06)	1,01 (0,97 – 1,04)	1,00 (0,95 – 1,04)	0,97 (0,94 – 1,00)	1,01 (0,98 – 1,04)	1,00 (0,97 – 1,03)	1,04 (1,00 – 1,08)
Secundarios o más	1,00 (0,99 – 1,01)	1,02 (1,00 – 1,04)	1,02 (0,98 – 1,06)	0,99 (0,95 – 1,04)	1,02 (0,95 – 1,10)	0,98 (0,92 – 1,05)	1,04 (0,98 – 1,11)	1,01 (0,95 – 1,08)	1,00 (0,96 – 1,04)	0,99 (0,96 – 1,05)	0,99 (0,94 – 1,03)	1,02 (0,98 – 1,07)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 10 años	1,00 (0,99 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,01)	0,99 (0,96 – 1,02)	1,02 (0,98 – 1,07)	1,08 (0,97 – 1,20)	0,98 (0,90 – 1,06)	1,03 (0,99 – 1,08)	1,02 (0,97 – 1,07)	1,01 (0,95 – 1,06)	0,99 (0,95 – 1,04)	1,04 (0,96 – 1,13)	1,00 (0,94 – 1,06)

Número de enfermedades crónicas												
Una enfermedad	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dos enfermedades	1,01	1,00	0,98	0,98	0,99	0,99	1,01	1,00	0,99	0,98	0,99	1,00
Tres o más enfermedades	(1,00 – 1,02)	(0,99 – 1,02)	(0,95 – 1,02)	(0,93 – 1,02)	(0,91 – 1,08)	(0,92 – 1,07)	(0,96 – 1,05)	(0,95 – 1,05)	(0,96 – 1,02)	(0,95 – 1,01)	(0,96 – 1,02)	(0,98 – 1,02)
	1,01	0,99	0,98	0,99	0,97	0,96	0,98	0,98	0,96	0,96	0,98	0,97
	(1,00 – 1,02)	(0,97 – 1,01)	(0,95 – 1,01)	(0,95 – 1,03)	(0,90 – 1,06)	(0,90 – 1,03)	(0,94 – 1,03)	(0,93 – 1,02)	(0,92 – 1,01)	(0,93 – 1,00)	(0,94 – 1,01)	(0,93 – 1,00)
Estado de salud auto-percibido												
Muy Bueno - Bueno	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular - Malo - Muy malo	1,00	1,00	1,00	<b>0,95</b>	<b>0,94</b>	0,99	0,98	0,98	0,98	0,99	1,00	<b>0,97</b>
	(0,99 – 1,01)	(0,98 – 1,01)	(0,96 – 1,04)	<b>(0,93 – 0,98)</b>	<b>(0,88 – 0,99)</b>	(0,93 – 1,04)	(0,54 – 1,01)	(0,95 – 1,02)	(0,96 – 1,01)	(0,96 – 1,02)	(0,97 – 1,03)	<b>(0,95 – 0,99)</b>
Fuente regular de la atención médica												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,01	1,01	0,98	0,90	<b>0,70</b>	<b>0,64</b>	0,97	0,94	0,99	0,93	<b>1,03</b>	<b>0,90</b>
	(1,00 – 1,01)	(1,00 – 1,02)	(0,92 – 1,04)	(0,76 – 1,06)	<b>(0,52 – 0,94)</b>	<b>(0,46 – 0,88)</b>	(0,90 – 1,05)	(0,85 – 1,03)	(0,92 – 1,05)	(0,80 – 1,08)	<b>(1,01 – 1,06)</b>	<b>(0,85 – 0,95)</b>
Uso de servicios fuera de la red pública												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,00	0,99	1,01	1,06	1,04	<b>1,08</b>	<b>1,22</b>	1,00	1,03	1,01	1,01	0,99
	(0,99 – 1,02)	(0,98 – 1,01)	(0,97 – 1,05)	(0,99 – 1,12)	(0,97 – 1,11)	<b>(1,01 – 1,15)</b>	<b>(1,05 – 1,43)</b>	(0,95 – 1,05)	(1,00 – 1,06)	(0,98 – 1,04)	(0,93 – 1,10)	(0,95 – 1,02)

RPa: Ajustadas por variables sociodemográficas (sexo, edad, tiempo de residencia en el área, nivel educativo), de morbilidad (número de enfermedades crónicas), y de utilización de servicios de salud (uso de servicios fuera de la red pública).

Anexo 4.2.4. Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación en Atención Especializada (AE). Por país y por año. Modelos crudos. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015 n= 789	2017 n= 784	2015 n= 793	2017 n= 827	2015 n= 880	2017 n= 893	2015 n= 793	2017 n= 802	2015 n= 789	2017 n= 790	2015 n= 837	2017 n=793
	RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)	
<b>Sexo</b>												
Hombre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mujer	1,02 (0,98 – 1,06)	1,01 (0,98 – 1,05)	0,97 (0,91 – 1,04)	<b>0,92</b> <b>(0,87 -0,97)</b>	1,02 (0,95 – 1,10)	0,99 (0,94 – 1,04)	0,99 (0,93 – 1,05)	0,94 (0,88 – 1,0)	1,00 (0,94 – 1,07)	0,99 (0,95 – 1,03)	0,99 (0,97 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,03)
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 64 años	1,01 (0,97 – 1,05)	1,01 (0,97 – 1,05)	<b>1,14</b> <b>(1,03 – 1,27)</b>	0,96 (0,89 – 1,03)	1,02 (0,86 – 1,20)	0,97 (0,85 – 1,11)	1,03 (0,87 – 1,21)	0,99 (0,83 – 1,18)	<b>1,14</b> <b>(1,02 – 1,30)</b>	1,00 (0,95 – 1,06)	1,08 (0,97 – 1,19)	1,07 (1,0 – 1,14)
≥ 65 años	1,03 (0,98 – 1,09)	1,01 (0,96 – 1,06)	<b>1,17</b> <b>(1,05 – 1,29)</b>	1,04 (0,96 – 1,13)	1,04 (0,88 – 1,22)	1,01 (0,88 – 1,15)	1,07 (0,91 – 1,26)	1,03 (0,87 – 1,23)	<b>1,16</b> <b>(1,03 – 1,31)</b>	1,02 (0,96 – 1,08)	1,09 (0,98 – 1,21)	1,06 (0,99 – 1,13)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios – Primarios incompletos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primarios	1,03 (0,98 – 1,08)	1,03 (0,99 – 1,07)	0,98 (0,93 – 1,03)	1,03 (0,96 – 1,09)	0,98 (0,90 – 1,06)	0,95 (0,90 – 1,01)	1,00 (0,95 – 1,06)	0,98 (0,92 – 1,04)	0,99 (0,94 – 1,05)	0,97 (0,94 – 1,01)	1,02 (0,99 – 1,05)	0,99 (0,96 – 1,02)
Secundarios o más	1,05 (1,00 – 1,10)	1,01 (0,96 – 1,06)	0,98 (0,91 – 1,06)	1,00 (0,93 – 1,08)	0,99 (0,92 – 1,07)	0,98 (0,93 – 1,04)	0,93 (0,83 – 1,04)	0,98 (0,89 – 1,08)	0,99 (0,91 – 1,07)	0,94 (0,88 – 1,00)	0,98 (0,93 – 1,03)	1,01 (0,97 – 1,04)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 10 años	<b>0,95</b> <b>(0,94 – 0,97)</b>	1,00 (0,96 – 1,04)	1,04 (0,97 – 1,12)	1,00 (0,94 – 1,08)	1,01 (0,91 – 1,11)	1,07 (0,97 – 1,18)	1,00 (0,94 – 1,06)	1,06 (0,98 – 1,15)	0,98 (0,90 – 1,05)	0,98 (0,93 – 1,04)	1,01 (0,95 – 1,07)	1,01 (0,96 – 1,07)

Número de enfermedades crónicas												
Una enfermedad	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dos enfermedades	1,02	1,00	1,07	0,99	1,03	1,04	1,00	0,98	0,99	1,00	0,99	1,01
Tres o más enfermedades	(0,99 – 1,05)	(0,97 – 1,04)	(1,00 – 1,14)	(0,92 – 1,08)	(0,92 – 1,15)	(0,95 – 1,13)	(0,93 – 1,06)	(0,91 – 1,06)	(0,93 – 1,05)	(0,96 – 1,05)	(0,97 – 1,02)	(0,99 – 1,04)
	1,03	1,00	1,01	1,01	1,09	1,05	1,00	0,97	0,95	1,01	0,96	1,02
	(0,99 – 1,06)	(0,96 – 1,04)	(0,95 – 1,08)	(0,93 – 1,08)	(0,99 – 1,20)	(0,97 – 1,13)	(0,94 – 1,07)	(0,90 – 1,04)	(0,88 – 1,02)	(0,97 – 1,06)	(0,92 – 1,0)	(0,99 – 1,05)
Estado de salud auto-percibido												
Muy Bueno - Bueno	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular - Malo - Muy malo	0,98	0,97	0,98	<b>0,93</b>	1,02	1,00	<b>0,94</b>	<b>0,89</b>	0,99	0,97	0,99	1,00
	(0,95 – 1,00)	(0,94 – 1,00)	(0,92 – 1,04)	<b>(0,88 – 0,98)</b>	(0,94 – 1,10)	(0,94 – 1,06)	<b>(0,89 – 0,99)</b>	<b>(0,84 – 0,93)</b>	(0,94 – 1,05)	(0,93 – 1,00)	(0,96 – 1,01)	(0,98 – 1,03)
Fuente regular de la atención médica												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	0,96	1,00	1,01	0,85	<b>0,70</b>	0,89	0,88	0,95	<b>0,88</b>	0,92	<b>1,03</b>	0,97
	(0,88 – 1,05)	(0,91 – 1,09)	(0,93 – 1,09)	(0,68 – 1,07)	<b>(0,52 – 0,95)</b>	(0,74 – 1,07)	(0,78 – 1,01)	(0,84 – 1,08)	<b>(0,78 – 0,99)</b>	(0,81 – 1,04)	<b>(1,02 – 1,04)</b>	(0,88 – 1,08)
Uso de servicios fuera de la red pública												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,01	<b>0,96</b>	1,06	0,97	0,99	<b>1,11</b>	<b>1,32</b>	1,02	<b>1,07</b>	1,02	1,04	1,01
	(0,98 – 1,05)	<b>(0,93 – 0,98)</b>	(0,97 – 1,16)	(0,91 – 1,05)	(0,93 – 1,07)	<b>(1,04 – 1,18)</b>	<b>(1,08 – 1,62)</b>	(0,95 – 1,10)	<b>(1,02 – 1,13)</b>	(0,98 – 1,06)	(0,95 – 1,13)	(0,96 – 1,06)

RPc: Razones de prevalencia crudas

Anexo 4.2.5. Factores asociados con un alto grado de continuidad de relación en Atención Especializada (AE). Por país y por año. Modelos ajustados. CCAENA 2015-2017.

Variables	Argentina		Brasil		Chile		Colombia		México		Uruguay	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	n= 789	n= 784	n= 793	n= 827	n= 880	n= 893	n= 793	n= 802	n= 789	n= 790	n= 837	n=793
	RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)		RPC (IC95%)	
<b>Sexo</b>												
Hombre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mujer	1,02 (0,98 – 1,06)	1,01 (0,98 – 1,05)	0,97 (0,91 – 1,04)	<b>0,92</b> <b>(0,87 – 0,98)</b>	1,02 (0,94 – 1,09)	1,00 (0,95 – 1,05)	0,99 (0,93 – 1,06)	0,94 (0,89 – 1,01)	1,02 (0,96 – 1,08)	0,98 (0,94 – 1,03)	1,00 (0,97 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,03)
<b>Edad</b>												
18 a 39 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 64 años	1,02 (0,98 – 1,06)	1,00 (0,96 – 1,05)	<b>1,14</b> <b>(1,03 – 1,27)</b>	0,96 (0,88 – 1,04)	1,02 (0,86 – 1,21)	0,96 (0,84 – 1,10)	1,00 (0,85 – 1,17)	0,99 (0,83 – 1,17)	<b>1,15</b> <b>(1,02 – 1,30)</b>	0,99 (0,93 – 1,05)	1,08 (0,97 – 1,19)	1,06 (1,00 – 1,13)
≥ 65 años	1,05 (0,99 – 1,11)	1,01 (0,96 – 1,07)	<b>1,16</b> <b>(1,04 – 1,30)</b>	1,04 (0,95 – 1,14)	1,03 (0,86 – 1,23)	0,99 (0,86 – 1,14)	1,03 (0,88 – 1,21)	1,02 (0,86 – 1,21)	<b>1,18</b> <b>(1,04 – 1,34)</b>	0,99 (0,93 – 1,06)	1,09 (0,98 – 1,21)	1,04 (0,98 – 1,11)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>												
Sin estudios – Primarios incompletos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primarios	1,03 (0,99 – 1,09)	1,04 (0,99 – 1,08)	0,99 (0,94 – 1,04)	1,04 (0,98 – 1,11)	0,98 (0,90 – 1,07)	0,96 (0,91 – 1,03)	1,02 (0,97 – 1,08)	0,99 (0,92 – 1,06)	1,01 (0,95 – 1,07)	0,97 (0,93 – 1,01)	1,02 (0,99 – 1,05)	0,99 (0,96 – 1,02)
Secundarios o más	<b>1,06</b> <b>(1,01 – 1,12)</b>	1,01 (0,96 – 1,06)	1,02 (0,95 – 1,10)	1,02 (0,94 – 1,11)	1,00 (0,93 – 1,09)	1,01 (0,95 – 1,07)	0,96 (0,85 – 1,08)	0,99 (0,90 – 1,10)	1,03 (0,94 – 1,12)	0,93 (0,87 – 1,00)	0,98 (0,93 – 1,04)	1,01 (0,98 – 1,04)
<b>Tiempo de residencia en el área</b>												
≤ 10 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 10 años	<b>0,95</b> <b>(0,93 – 0,97)</b>	1,00 (0,96 – 1,03)	1,03 (0,96 – 1,11)	1,00 (0,93 – 1,09)	1,01 (0,91 – 1,12)	1,07 (0,97 – 1,18)	1,00 (0,94 – 1,06)	1,06 (0,98 – 1,14)	0,97 (0,90 – 1,05)	0,98 (0,93 – 1,04)	1,00 (0,94 – 1,06)	1,01 (0,95 – 1,07)

Número de enfermedades crónicas												
Una enfermedad	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dos enfermedades	1,02 (0,99 – 1,05)	1,00 (0,97 – 1,03)	1,06 (1,00 – 1,14)	0,99 (0,91 – 1,08)	1,04 (0,93 – 1,16)	1,04 (0,95 – 1,13)	0,99 (0,93 – 1,06)	0,98 (0,91 – 1,06)	0,98 (0,93 – 1,04)	1,00 (0,95 – 1,05)	0,99 (0,97 – 1,01)	1,01 (0,98 – 1,04)
Tres o más enfermedades	1,03 (0,99 – 1,06)	0,99 (0,96 – 1,03)	1,00 (0,94 – 1,08)	1,01 (0,94 – 1,08)	1,08 (0,98 – 1,20)	1,04 (0,96 – 1,12)	1,00 (0,93 – 1,07)	0,97 (0,90 – 1,05)	0,96 (0,88 – 1,03)	1,01 (0,97 – 1,06)	0,96 (0,92 – 1,00)	1,01 (0,98 – 1,04)
Estado de salud auto-percibido												
Muy Bueno - Bueno	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular - Malo - Muy malo	0,97 (0,95 – 1,00)	0,97 (0,94 – 1,00)	0,98 (0,92 – 1,05)	<b>0,93</b> <b>(0,87 – 0,99)</b>	1,01 (0,93 – 1,09)	1,01 (0,95 – 1,07)	0,95 (0,90 – 1,00)	<b>0,88</b> <b>(0,84 – 0,93)</b>	1,00 (0,94 – 1,05)	0,96 (0,92 – 1,00)	1,00 (0,97 – 1,02)	1,00 (0,98 – 1,02)
Fuente regular de la atención médica												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	0,97 (0,89 – 1,05)	1,00 (0,91 – 1,09)	1,01 (0,93 – 1,10)	0,87 (0,69 – 1,10)	<b>0,69</b> <b>(0,50 – 0,94)</b>	0,90 (0,75 – 1,09)	0,90 (0,79 – 1,03)	0,96 (0,84 – 1,09)	0,90 (0,80 – 1,02)	0,91 (0,80 – 1,04)	<b>1,03</b> <b>(1,01 – 1,04)</b>	0,98 (0,88 – 1,09)
Uso de servicios fuera de la red pública												
Sí	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
No	1,02 (0,98 – 1,06)	<b>0,96</b> <b>(0,93 – 0,98)</b>	1,03 (0,95 – 1,12)	0,99 (0,91 – 1,06)	1,00 (0,93 – 1,07)	<b>1,11</b> <b>(1,04 – 1,18)</b>	<b>1,32</b> <b>(1,08 – 1,62)</b>	1,00 (0,94 – 1,09)	1,07 (1,01 – 1,12)	1,02 (0,98 – 1,06)	1,02 (0,93 – 1,11)	1,01 (0,96 – 1,06)

RPa: Ajustadas por variables sociodemográficas (sexo, edad, tiempo de residencia en el área, nivel educativo), de morbilidad (número de enfermedades crónicas), y de utilización de servicios de salud (uso de servicios fuera de la red pública).



## 8. CHECKLIST STROBE

	Punto	Recomendación	Nº Página/Apartado
<b>Título y Resumen</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual</li> <li>✓ Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado</li> </ul>	Apartados de Métodos y resultados del Resumen/Abstract Páginas 22 y 23
<b>Introducción</b>			Introducción Páginas 24 y 25
Contexto/fundamentos	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica</li> </ul>	
Objetivos	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre-especificada</li> </ul>	
<b>Métodos</b>			Material y métodos Páginas 25, 26 y 27 (Apartados Diseño y áreas de estudio, Población de estudio y muestra, Cuestionario, Recogida de datos, Variables, y Análisis)
Diseño del estudio	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio</li> </ul>	
Contexto	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos</li> </ul>	
Participantes	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes</li> </ul>	
Variables	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto.</li> </ul>	Más detalles en: Vázquez et al. <sup>23</sup> y Ollé et al. <sup>24</sup>
Fuentes de datos/medidas	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida).</li> </ul>	Missing data - Anexos
Sesgos	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo</li> </ul>	
Tamaño muestral	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explique cómo se determinó el tamaño muestral</li> </ul>	
Variables cuantitativas	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué</li> </ul>	
Métodos estadísticos	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión</li> <li>✓ Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones</li> <li>○ Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)</li> </ul>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo</li> <li>○ Describa los análisis de sensibilidad</li> </ul>	
<b>Resultados</b>			
Participantes	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados</li> <li>○ Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase</li> </ul>	Resultados Páginas 27, 28 y 29 (Apartados Características de la muestra, Percepción de la continuidad de relación y Cambios en la continuidad de relación entre años)
Datos descriptivos	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Considere el uso de un diagrama de flujo</li> <li>✓ Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión</li> </ul>	Tablas y figuras Página 33 – 38  Missing data - Anexos
Datos de las variables de resultado	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés</li> <li>✓ Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen</li> </ul>	
Resultados principales	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%).</li> <li>✓ Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos</li> <li>○ Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos</li> <li>○ Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante</li> </ul>	
<b>Otros análisis</b>	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)</li> </ul>	Análisis de factores asociados (Anexo 4.2)
<b>Discusión</b>			
Resultados clave	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio</li> </ul>	Discusión Páginas 29, 30, y 31
Limitaciones	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo</li> </ul>	Conclusiones Página 31

Interpretación	20	✓ Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes	
Generabilidad	21	✓ Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)	
<b>Otra información</b> Financiación	22	✓ Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo	Declaraciones y agradecimientos Página 21