

La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares

A experiência de continuidade com o provedor de atenção primária em escolares

The experience of continuity with the primary care provider with schoolchildren

Carolina Rivera. Universidade Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina. caro05rivera@yahoo.com.ar (Autora correspondente)

Gabriela Felló. Universidade Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina. g.fello@hotmail.com

Silvina Berra. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Córdoba, Argentina. silvinaberra@gmail.com

Resumen

Objetivo: Conocer la experiencia de continuidad de escolares según sus cuidadores y analizar la asociación según el tipo de proveedor de Atención Primaria de la Salud (APS) (médico o centro de salud) y su financiamiento (público *versus* privado o de seguro médico). **Métodos:** Estudio transversal en cuatro escuelas primarias de la ciudad de Córdoba (Argentina) en 2011. Los cuidadores de los niños de 9 a 13 años respondieron a un cuestionario autoadministrado que incluyó el instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) para medir la función de continuidad (subdimensiones afiliación y continuidad interpersonal) y preguntas sobre características sociodemográficas y del proveedor. Se obtuvieron puntuaciones medias entre los ítems que componen la dimensión con un valor óptimo de ≥ 3 . **Resultados:** El 89% de las respuestas fueron suministradas por las madres de los niños. El proveedor de APS fue un centro de salud, hospital o clínica (79,9%), de financiamiento público (60,5%). Las puntuaciones medias del grado de afiliación al proveedor, fueron de 3,30 y 3,27 ($p=0,86$) cuando se referían a un médico y a un centro de salud, respectivamente; y las puntuaciones medias de la continuidad interpersonal fueron de 3,47 y 3,09 ($p=0,01$) refiriéndose a un médico y a un centro de salud, respectivamente. Entre quienes identificaron un centro de salud, la media del grado de afiliación fue 3,18 para centros públicos y 3,51 ($p=0,04$) para centros privados o del seguro médico. **Conclusiones:** Los cuidadores declaran mayor grado de afiliación cuando su proveedor es privado o del seguro médico; y mejor experiencia de continuidad interpersonal cuando identifican a un médico en vez de a un centro de salud.

Resumo

Objetivo: Conhecer a experiência de continuidade de escolares segundo seus cuidadores e analisar a associação conforme o tipo de provedor de Atenção Primária à Saúde (APS) (médico ou centro de saúde) e seu financiamento (público *versus* plano de saúde ou particular). **Métodos:** Estudo transversal em quatro escolas primárias da cidade de Córdoba (Argentina) em 2011. Os cuidadores das crianças de 9 a 13 anos responderam a um questionário autoadministrado que incluiu o instrumento PCAT (*Primary Care Assessment Tool*) para medir a função de continuidade (subdimensões afilição e continuidade interpessoal) e perguntas sobre características sociodemográficas e do provedor. Obtiveram-se pontuações médias entre os itens que compõem a dimensão com um valor ótimo de ≥ 3 . **Resultados:** 89% das respostas foram fornecidas pelas mães das crianças. O provedor de APS foi um centro de saúde, hospital ou clínica (79,9%), de financiamento público (60,5%). As pontuações médias do grau de afiliação ao provedor foram de 3,30 e 3,27 ($p=0,86$), quando se referiam a um médico e a um centro de saúde, respectivamente; e as pontuações médias de continuidade interpessoal foram de 3,47 e 3,09 ($p=0,01$). Entre quem identificou um centro de saúde, a média do grau de afiliação foi 3,18 para centros públicos e 3,51 ($p=0,04$) para centros de plano de saúde ou particulares. **Conclusões:** Os cuidadores declaram maior grau de afiliação quando seu provedor é um centro particular ou um plano de saúde; e melhor experiência de continuidade interpessoal quando identificam um médico em vez de um centro de saúde.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Continuidad de la Atención al Paciente
Salud del Niño
Cobertura de los Servicios de Salud

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Continuidade da Assistência ao Paciente
Saúde da Criança
Cobertura de Serviços de Saúde

Fonte de financiamento: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279; y la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT), Universidad Nacional de Córdoba, Resol. 162/2012, Argentina.

Parecer CEP: Hospital Nacional de Clínicas registro n. 066/10 17/03/2011.

Conflicto de intereses:

declaram não haver.
Recebido em: 16/04/2013
Aprovado em: 20/08/2013

Como citar: Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):227-34. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)739](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)739)

Abstract

Objective: To know the schoolchildren experience of continuity of care according to their caregivers' perspective and to analyse its association with the type of Primary Health Care provider (PHC) (doctor or health center) and its funding modality (public *versus* private, or social security). **Methods:** A cross-sectional study was carried out in four elementary schools in the city of Cordoba, Argentina, in 2011. Caregivers of children between 9 and 13 years old responded to a self-administered questionnaire that included the Primary Care Assessment Tool (AR-PCAT-CE) to measure the continuity function (affiliation and interpersonal continuity subdomains), the type of PHC providers, and children's socio-demographic characteristics. Mean scores of affiliation and interpersonal continuity were obtained, and a value ≥ 3 was considered optimal. **Results:** Eighty-nine percent of the respondents ($n=230$) were schoolchildren's mothers. PHC provider was mainly (79.9%) a first level PHC unit, a hospital or a clinic, publicly funded in 60.5% of cases. The mean scores of the degree of affiliation to their PHC provider were 3.30 and 3.27 ($p=0.86$) when referring to a doctor and center, respectively, and the mean scores for interpersonal continuity were 3.47 and 3.09 ($p=0.01$), respectively. Among those who identified a health center as PHC provider, the affiliation score was 3.18 for public centers and 3.51 for social security or private centers ($p=0.04$). **Conclusions:** Caregivers report stronger affiliation when the PHC provider is private or a social security center; and a better experience of interpersonal continuity when they identify a physician as their provider rather than a health center.

Keywords:

Primary Health Care
Continuity of Patient Care
Child Health
Health Services Coverage

Introducción

La continuidad en la atención es una función esencial de la Atención Primaria de la Salud (APS)¹. Se han definido tres tipos de continuidad que capturan la esencia del concepto: la continuidad de información, la continuidad de gestión y la continuidad de relación².

La continuidad relacional (en inglés, *ongoingcare*) o longitudinalidad, se refiere a la relación personal a lo largo del tiempo entre el usuario y el profesional o centro de salud, aún en ausencia de enfermedad, desarrollada en base a la confianza y al conocimiento de la persona y su familia. Requiere que el usuario sea capaz de identificar una fuente habitual de atención de la salud, así como que el proveedor pueda reconocer la población de la que es responsable y enfoque el cuidado en la persona más que en el proceso de enfermedad que motiva la consulta³.

La continuidad con una fuente de cuidado mejora la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes⁴. Y aunque existen múltiples maneras de medirla⁵, un enfoque innovador de evaluación de calidad de la atención es el que plantea el modelo conceptual de las funciones de la APS de Starfield⁶, que valora esta función de continuidad integrando como aspecto estructural el grado de afiliación de las personas con una fuente de APS y como aspecto funcional las habilidades de comunicación del proveedor y la medida en que se conoce al paciente.

Argentina es un país federal, donde las provincias tienen autonomía en materia de organización del sistema de salud. A su vez, el mismo está compuesto por tres subsistemas: a) el público, financiado por rentas generales y provisto por instituciones de jurisdicción nacional, provincial o municipal; b) el de seguridad social, provisto por seguros médicos de trabajadores formales que hacen aportes obligatorios; y c) el sector privado, financiado por el pago directo a una organización privada o contratando el servicio de un seguro médico de manera privada, a lo que se denomina prepaga. Existe un marco legislativo⁷ que pretende garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios públicos e indica que la APS debe ser organizadora del sistema; sin embargo, no se han realizado estudios que den cuenta del cumplimiento de este rol de la APS a través de los diferentes subsistemas. Por eso es importante una evaluación que permita reflexionar sobre la situación de la APS en entornos tan diversos, ya que se podría esperar que la experiencia de continuidad de las personas fuera diferente según el tipo de subsistema en el que buscan atención.

Nuestro objetivo fue conocer la experiencia de continuidad en APS de escolares a partir de la declaración de sus cuidadores, y analizar su asociación con el tipo de proveedor identificado.

Métodos

Se realizó un estudio transversal, que incluyó a todos los cuidadores de los alumnos de 4° a 6° grado, en cuatro escuelas primarias de la ciudad de Córdoba, cuya matrícula en 2011, era de 441 escolares. Los escolares de entre 8 y 11 años provenían de familias en situación de desventaja socioeconómica respecto al resto de las escuelas de la ciudad. Dos escuelas se encontraban próximas al área del servicio donde las autoras (CR y GF) se desempeñaban como residentes en la especialidad de Medicina Familiar y General, cuya población habita en viviendas de condiciones precarias y trabaja, en su mayoría, de

manera informal. Se seleccionaron otras dos escuelas cercanas a la misma área geográfica, pero de un sector asalariado, cuyas viviendas cuentan con los servicios básicos, con el fin de contar en el estudio con familias en otras condiciones de vida.

Las madres, padres u otros cuidadores fueron invitados a una reunión en cada escuela, en la cual se explicaron las características del estudio, y se les entregó un cuestionario para responderlo por autoadministración guiada en un tiempo estimado de 35 minutos. A los padres que no concurren se les envió dicho cuestionario a través de los niños, solicitándoles que lo completasen y devolviesen; y se recogieron en la escuela en los días posteriores, sin aplicar otros criterios de inclusión ni exclusión. Además, en las escuelas se expusieron carteles con información sobre el estudio y se ofrecieron teléfonos de contacto para solventar dudas. Las personas respondieron aceptando participar, una vez que fueron informadas adecuadamente, y firmaron el consentimiento. El protocolo fue aprobado por el comité de ética del Hospital Nacional de Clínicas.

El cuestionario estaba compuesto por dos secciones: la primera correspondiente al instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) evaluaba las funciones de la APS y las características del proveedor; y la segunda indagaba sobre las características sociodemográficas del niño y su familia. La experiencia de continuidad se evaluó mediante el estudio de dos subdimensiones: el grado de afiliación y la continuidad interpersonal, utilizando la versión infantil del instrumento PCAT desarrollado por Starfield⁸ y adaptado para la población argentina^{9,10} (AR-PCAT-CE). El grado de afiliación es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud, a través de 3 preguntas del cuestionario AR-PCAT-CE donde debían indicar si tenían: 1) un lugar o médico adonde llevan al niño cuando enferma o necesita indicaciones acerca de su salud; 2) un lugar o profesional donde conozcan al niño; y, 3) un lugar o profesional responsable por la atención de su salud; las opciones de respuesta eran “sí”, “no” o “no sé”. Para obtener un puntaje del grado de afiliación las respuestas se categorizaron en una escala de 1 a 4, asignándosele un valor de afiliación: 4 “Muy fuerte”, si identifica en los 3 casos al mismo lugar; 3 “Fuerte”, si 2 son iguales o identifica los 3 pero son diferentes; 2 “Débil”, si identifica 1 o 2 lugares pero diferentes; y 1 “Ninguna”, cuando no logra nombrar ninguno. La continuidad interpersonal es la atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad), que se mide con 13 ítems del cuestionario PCAT. Se responde con opciones que suman los puntajes: 1 “no, en absoluto”; 2 “probablemente no”; 3 “probablemente sí”; 4 “sí, sin duda” y 2,5 para la opción “no sé”. El puntaje de continuidad se obtiene del promedio de esas respuestas. Para facilitar la interpretación de los resultados se estableció como estándar de calidad una media igual o mayor a 3, correspondiente a la respuesta “probablemente sí”, como un nivel mínimo que deberíamos esperar en la valoración de la experiencia de continuidad¹¹.

Las variables independientes estudiadas fueron: el tipo de proveedor de APS, que se clasificó según su naturaleza como un centro de salud, hospital, clínica o un profesional que el usuario reconoce como su fuente de APS; y el financiamiento del proveedor, considerando todas aquellas coberturas de las que la persona declaró ser beneficiaria y que se categorizó como público *versus* privado o de seguro médico. Además se indagaron las características sociodemográficas del niño y su familia: edad y sexo del niño/a y del cuidador; el parentesco o relación de la persona que responde el cuestionario con el niño/a; nivel de escolaridad de la madre; cobertura sanitaria del niño/a; características del proveedor, la especialidad del médico/a que atiende al niño; y número de veces que el niño/a asistió al proveedor identificado.

Los datos se analizaron con el programa SPSS para Windows versión 18.0. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión y distribuciones de frecuencias que permitieron la descripción de la muestra. Se obtuvieron puntuaciones para valorar la experiencia de continuidad, calculando la media, y el desvío estándar (DE) entre los ítems que componen esta función. Finalmente se exploraron las diferencias de medias con el test T de Student de acuerdo al tipo de proveedor y al financiamiento del mismo.

Resultados

Del total de la muestra respondieron el cuestionario 230 personas, siendo casi en su totalidad las madres de los niños/as (89%), con un promedio de edad de 37,3 años (DE: 7,8). La tasa de participación fue de 52,1%, debido a inasistencia a clases de los niños (n=42) y a la falta de respuesta a los cuestionarios (n=169). Los niños tenían entre 9 y 13 años, con una media de 10,7 (DE: 1,00), de los cuales el 51,3% (118) eran de sexo femenino. En cuanto a la cobertura de salud de los niños, 55,1% de los cuidadores declararon que contaban sólo con cobertura de salud pública y el resto con una o más coberturas privadas o de seguro médico. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la familia del niño.

Tabla 1. Características sociodemográficas del niño y su familia.

	Totales
Sexo del niño	n=230
Femenino	48,7%
Masculino	51,3%
Sexo de quien responde	n=226
Femenino	94,2%
Masculino	5,8%
Relación con el niño de quien responde el cuestionario	n=227*
Madre	89,0%
Padre	4,8%
Madre y padre	1,3%
Otros (abuelos, hermanos, tutores, etc.)	4,9%
Nivel máximo de escolaridad materna	n=221 [†]
No fue a la escuela o Primaria incompleta	17,2%
Primaria completa	26,7%
Secundaria incompleta	23,5%
Secundaria completa	16,7%
Terciario o universitario	15,8%
Cobertura sanitaria	n=227 [‡]
Sólo pública	55,1%
Una o más privadas o de seguro médico	44,9%

No respuesta: *3, [†]9, [‡]3.

El 18,3% de las personas identificaron a un médico como su proveedor de APS mientras que el resto se refirieron a un centro de salud, ya sea, un centro de primer nivel, un hospital o clínica, que identificaron como de financiamiento público (60,5%), seguido por el de seguro médico (30%). El 37,4% refirió que el niño fue a este lugar más de 30 veces en toda su vida y, en mayor proporción el profesional que nombraron como su proveedor de APS fue un médico pediatra y en menor proporción un médico de familia o generalista (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los proveedores APS de los niños/as declarada por sus cuidadores.

Tipo de proveedor	n=219*
Un centro de salud, hospital o clínica	79,9%
Un médico/a	15,1%
Centro de salud y médico	3,2%
Otro	1,8%
Financiamiento del proveedor	n=220 [†]
Pública	60,5%
Privada	9,5%
Seguro médico	30,0%
Veces que el niño ha asistido en toda su vida	n=214 [‡]
1 a 4 veces	22,0%
5 a 10 veces	12,6%
11 a 20 veces	16,8%
21 a 30 veces	11,2%
Más de 30 veces	37,4%
Especialidad del médico/a que le atiende allí habitualmente	n=223 [§]
Médico/a pediatra	78,5%
Médico/a general o de medicina familiar y comunitaria	11,7%
Médico/a clínico	5,8%
Médico/a con otra especialidad	2,7%
Varios	0,8%
No sé	0,4%

No respuesta: *11, [†]10, [‡]16, [§]7.

Con respecto a la identificación de una fuente habitual de APS, en las tres preguntas de la subdimensión grado de afiliación: el 90,1% de los cuidadores refirieron que tenían un proveedor adonde llevar al niño cuando se enferma o necesita un consejo sobre su salud; el 72,7% declaró que existía un centro de salud o médico que conocía al niño como persona; y el 79,1% identificó al responsable por el cuidado de su salud (Figura 1). Cuando se realizó la suma de las tres respuestas, para conocer el grado de afiliación, el 58% de los cuidadores declaró una muy fuerte afiliación con su fuente de APS (Figura 2).

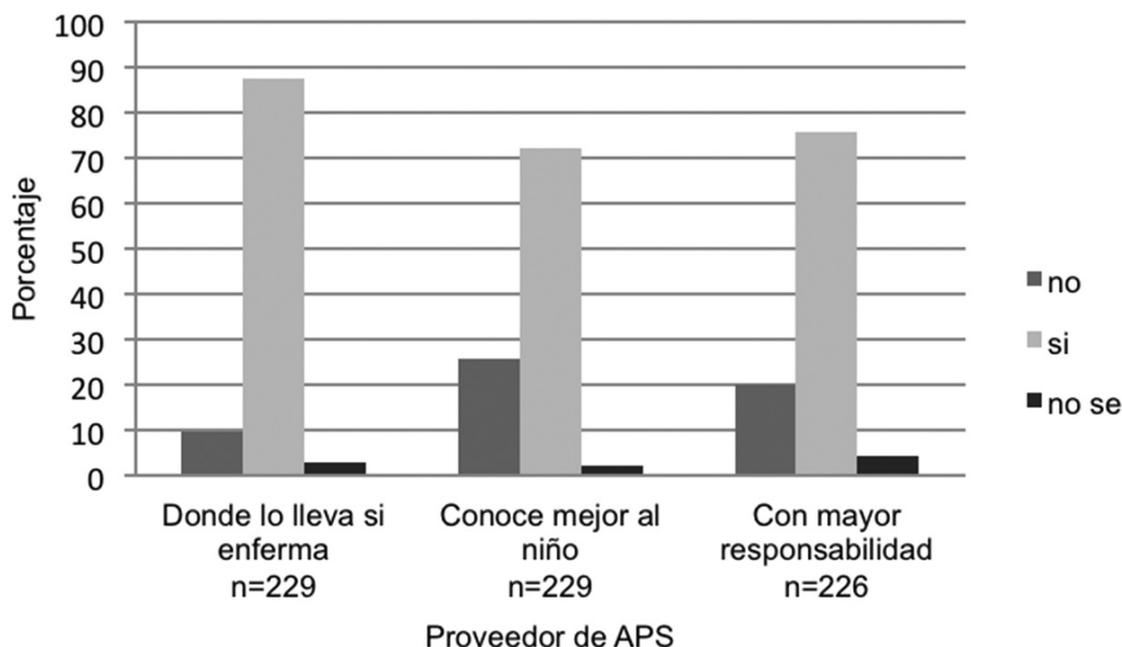


Figura 1. Situaciones o características por las cuales los cuidadores identifican a su proveedor de APS.

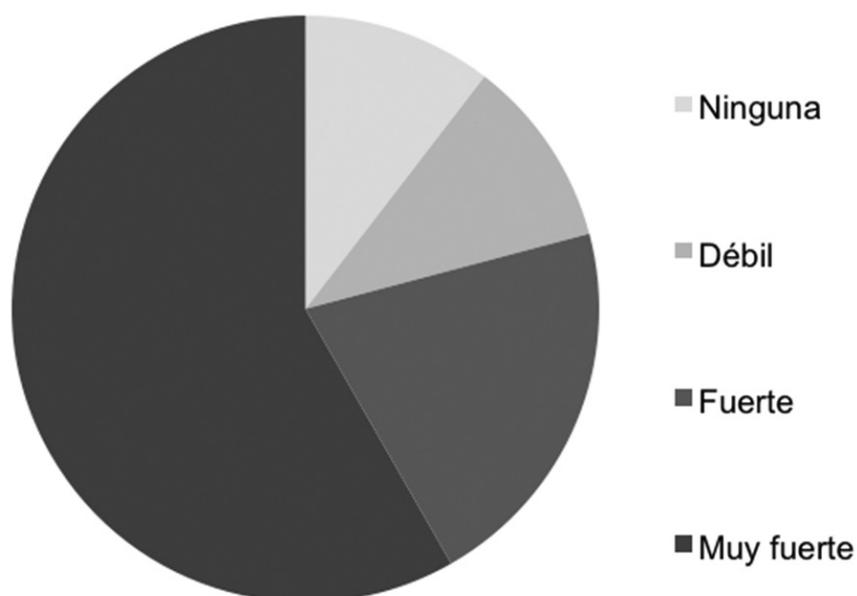


Figura 2. Grado de afiliación de los cuidadores a su proveedor de APS.

El grado de afiliación y la continuidad interpersonal obtuvieron unas puntuaciones medias de 3,27 y 3,16 respectivamente, ambas por encima del nivel considerado como favorable (Tabla 3). La experiencia de continuidad interpersonal fue mejor valorada cuando las personas identificaban a un médico (3,47 puntos) que cuando se referían a un centro de salud (3,09 puntos; $p=0,01$). Al estratificar por financiamiento del proveedor, esa ventaja en la continuidad interpersonal se mantiene, particularmente cuando el médico es de un centro de salud público, pero no alcanza significación estadística. En cambio, la media del grado de afiliación entre los que identifican un centro de salud, fue mayor en aquellos que declararon que su proveedor es privado o de seguro médico (3,51 puntos) que en aquellos otros cuyo proveedor es de financiamiento público (3,18; $p=0,04$).

Tabla 3. Valoración de la experiencia de continuidad de los niños/as desde la perspectiva de los cuidadores según el tipo de proveedor de APS y su financiamiento. Escala 1 a 4.

	Todos	Tipo de proveedor		Financiamiento del proveedor			
		Médico	Centro	Público		Pr/Sm	
				Médico	Centro	Médico	Centro
	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)
Grado de afiliación	3,27 (1,02)	3,30 (0,85)	3,27 (1,04)	3,33 (0,50)	3,18 [†] (1,09)	3,24 (1,00)	3,51 [†] (0,88)
Continuidad interpersonal	3,16 (0,70)	3,47* (0,49)	3,09* (0,72)	3,49 (0,46)	3,02 (0,75)	3,43 (0,51)	3,23 (0,64)

DE indica desvío estándar. Pr/Sm indica privado o de seguro médico. * $p<0,05$ de prueba T de Student para la diferencia entre médico y centro. [†] $p<0,05$ de prueba T de Student para la diferencia entre centro público y centro privado o de seguro médico.

Discusión

Este estudio recogió la experiencia de continuidad en la relación interpersonal con el proveedor de APS desde la perspectiva de los usuarios, por primera vez en el sistema sanitario argentino. Esta experiencia de continuidad interpersonal fue mejor para aquellos que identificaron a un médico y no sólo a un centro como proveedor de APS a los niños/as.

La continuidad en el cuidado de la salud es una función esencial de la APS. Conocer sus características a partir de la experiencia de los usuarios del sistema sanitario, puede conducir a mejoras en la calidad de la atención de la salud. Además, valorar estas funciones a partir de experiencias concretas, y no de valoraciones subjetivas de satisfacción de los usuarios, permite identificar aquellas características que podrían ser cambiadas o reforzadas⁶.

La experiencia de continuidad fue en promedio muy favorable en los dos aspectos estudiados, uno de carácter estructural y otro funcional. Aunque nuestro estudio no permite dilucidar relaciones causales, es posible que la mejor relación médico-paciente, que describen las preguntas del cuestionario aplicado, se deba a una identificación más clara de una persona como responsable de la APS, ya que la continuidad interpersonal ha sido mejor valorada cuando se identificó a un médico como proveedor. Además, la mayor afiliación declarada entre los que identifican a un centro privado puede deberse a que se trata de un grupo que ha tenido la posibilidad de elegir el lugar o el profesional. Y esto puede estar ocurriendo también para quienes tienen seguro médico, debido a que en Argentina es posible elegirlo y cambiarlo de manera opcional, mostrando por otra parte que existe posiblemente una desigualdad socioeconómica en la calidad de la experiencia con la APS. Conocer esas características es muy importante porque se ha visto que, así como el alto grado de afiliación entre el médico y la familia del niño se relaciona con la recepción de una mayor calidad de la APS, las políticas que restringen la libertad de elección del paciente conducen a una disminución de calidad de la misma¹².

Que la mayoría de los cuidadores haya identificado el espacio físico institucional como el proveedor de APS, y que su experiencia de continuidad haya sido favorable, específicamente en aspectos que tienen que ver con la comunicación y la confianza, además de identificar el alto grado de afiliación que tienen con el mismo, nos permite deducir que existe un vínculo con el profesional que allí trabaja. Por otra parte, se encontraron diferencias en cuanto al financiamiento del proveedor sólo cuando se identificó a un centro privado o de seguro médico en vez de un centro público, lo que fundamenta la importancia de favorecer en la APS aquellas políticas que propicien una relación médico-paciente estable en el tiempo, en

todos los subsistemas. Además, en otros contextos se ha visto que algunas características de la organización de las instituciones y de los profesionales podrían mejorar la función de continuidad, como por ejemplo disponer de atención por la tarde o aumentar la continuidad de información¹³.

La población estudiada no es representativa de la ciudad de Córdoba, pero corresponde a una porción de la población que presenta desventajas socioeconómicas, respecto de aquella que tiene acceso económico a escuelas privadas, que, sin embargo, queda fuera de la población diana de este estudio. En Argentina y en la ciudad de Córdoba, en términos globales, aproximadamente seis de cada diez personas cuentan con cobertura privada o de seguro médico, lo que puede considerarse un indicador indirecto de acceso económico; esta cifra se reduce a un 44,9% en la muestra estudiada. Otra limitación de nuestro estudio es que las personas respondieron al cuestionario por autoadministración, por lo que la declaración de la cobertura de salud puede tener errores de información¹¹. Por otra parte, la baja tasa de respuesta conseguida es una limitación importante de nuestro trabajo, y especialmente considerando que la tasa de participación fue menor en las escuelas de los barrios más precarios. Se podría pensar que aquellos cuidadores que no respondieron pueden tener relativamente menor nivel de escolaridad, actitudes diferentes hacia las instituciones educativas y sanitarias, peores condiciones laborales y menos posibilidades para pagar por un servicio de medicina prepaga o privado, lo que podría producir una estimación desigual de la experiencia de continuidad aquí informada.

La metodología usada en este estudio tiene el interés de obtener información de la población respecto de un atributo esencial que se espera de la APS. Además, el mismo instrumento podría aplicarse en otros estudios para constatar si se encuentran resultados similares. El hecho de que el cuestionario PCAT haya sido adaptado transculturalmente en otros países de la región¹⁴⁻¹⁸ y del mundo^{19,20}, amplía la posibilidad de comparar resultados entre sistemas de salud diversos.

Conclusiones

Los padres declararon una fuerte afiliación, en mayor grado cuando su proveedor era un centro privado o de seguro médico en vez de un centro público. Además, se observó una favorable experiencia de continuidad interpersonal siendo aún mejor cuando el proveedor identificado era un médico en vez de un centro de salud.

Referencias

1. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
2. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425): 1219-1221. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
3. Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tools [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University. [acceso en 2011 Abr 5]. Disponible em: http://www.jhsph.edu/pccp/pca_tools.html
4. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004; 2:445-451. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.91>
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. [acceso en 2011 Abr 5]. Disponible em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
6. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998; 46(3): 216-26. Disponible em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Starfield%201998.pdf>
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. Buenos Aires; 2004. [acceso en 2011 May 20]. Disponible em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=732>
8. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergl LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4 Pt 2): 998-1003. [acceso en 2011 May 20]. Disponible em: http://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_3/998.full.html
9. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8): 6-14. [acceso 2012 Mar 15]. Disponible em: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>

10. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(1): 30-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000100005>
11. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*. 2007; 53:1056-1057. [acceso en 2011 Nov 5]. Disponible em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Haggerty%202001.pdf>
12. Stevens GD, Shi L. Effect of managed care on children's relationships with their primary care physicians: differences by race. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156(4): 369-377. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.156.4.369>
13. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*. 2008 6: 116-123. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
14. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012 Sep; 28(9): 1772-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
15. Pasarín MI, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(Supl 2): 49-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(11\)70029-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(11)70029-X)
16. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 Dec 5; 6: 156. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
17. Grupo PCAT.UY, Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug* 2011; 27(3): 187-189. Disponible em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952011000300009&lng=es.
18. Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, Russell G, Devlin RA, Tugwell P, et al. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BMC Public Health* 2010; 10: 151. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-151>
19. Jatrana SH, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *N Z Med J* 2011; 124(1329): 16-25. <http://journal.nzma.org.nz/journal/124-1329/4536/>
20. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010; 48(7): 628-34. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182459f45>