

Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales

Mariano Granero¹ , Mariela Weisbrot¹, Ignacio Ricci¹, Mercedes Laurenza² y Fernando Vázquez Peña¹ 

1. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Argentina

RESUMEN

Introducción: los modelos de ecuaciones estructurales constituyen una herramienta valiosa para orientar la toma de decisiones al permitir identificar las relaciones entre diferentes variables y explicar el comportamiento de aquellas más abstractas. Tal es el caso de la probabilidad de que una persona consulte en el sistema de salud, donde intervienen factores demográficos, sociales y psicológicos.

El presente trabajo se propuso construir un modelo explicativo de la utilización de los servicios médicos ambulatorios en una población con seguro de salud privado, relacionando variables demográficas, sociales y de autopercepción de salud.

Métodos: el estudio se llevó a cabo a través de un modelo de ecuaciones estructurales con diseño longitudinal (cohorte prospectiva). Para ello se realizaron dos encuestas en diferentes momentos, y luego se realizó el análisis longitudinal teniendo en cuenta la información obtenida.

Resultados: la utilización de los servicios médicos ambulatorios fue explicada en el siguiente orden, según su fuerza de asociación: *control periódico de salud (CPS)* coeficiente (0,57), la *utilización de los servicios* en el período anterior (0,23), la *salud percibida* en el último período (- 0,15), y los *problemas familiares* del último período (0,08). Las demás variables no tuvieron una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: la realización de CPS es la variable con mayor capacidad explicativa de la variabilidad de la utilización de servicios ambulatorios de salud de personas que tienen seguro de salud privado. Esto podría tener implicaciones importantes en la gestión para asegurar la sustentabilidad del sistema de salud a través de una organización racional de los recursos disponibles.

Palabras clave: planificación en salud, atención ambulatoria, calidad asistencial, medicina preventiva, economía de la salud.

Modeling the Utilization of Outpatient Medical Services for a Population with Private Health Insurance Using a Structural Equation Model

ABSTRACT

Introduction: Structural equation models serve as a valuable tool for guiding decision-making by enabling the identification of relationships between different variables and explaining the behavior of more abstract ones. Such is the case with the probability of an individual seeking consultation within the healthcare system, where demographic, social, and psychological factors come into play.

Autor para correspondencia: mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar, Granero M.

Recibido: 7/11/23 Aceptado: 11/06/24 En línea: 8/07/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i2.308>

Cómo citar: Granero M, Weisbrot M, Ricci I, Laurenza M, Vázquez Peña F. Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(2):e0000308

<https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/>

 BY-NC-SA 4.0

ISSN (en línea) 2314-3312

The current study aimed to construct an explanatory model of the utilization of outpatient medical services in a population with private health insurance, linking demographic, social, and self-perceived health variables.

Methods: A structural equation model with a longitudinal design (prospective cohort) was employed. For this purpose, two surveys were conducted at different moments, followed by a longitudinal analysis considering the information obtained.

Results: In order of strength of association, the use of outpatient medical services had the following explanatory variables: Regular health check-ups (RHC) coefficient (0.57), service utilization in the previous period (0.23), perceived health in the last period (-0.15), and family problems in the latest period (0.08). Other variables did not have a statistically significant association.

Conclusions: The performance of regular health check-ups (RHC) is the variable with the highest explanatory power for the variability in the utilization of outpatient health services by individuals with private health insurance. That could have significant implications for management to ensure the sustainability of the healthcare system through a rational organization of available resources.

Key words: health planning, outpatient care, quality of health care, preventive medicine.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información facilitan la generación y el acceso a la información. Esta sirve de insumo para la toma de decisiones basadas en evidencia, es decir, la utilización de datos verificables, sólidos y fiables, para tomar decisiones¹. Si bien es creciente el número de organizaciones que implementan análisis estadísticos y cuantitativos así como modelos exploratorios y predictivos para la definición de sus acciones, el principal desafío surge en torno a la generación de valor a partir de estos análisis¹.

Esta complejidad es mayor aún si los procesos que se intenta mensurar involucran variables con cierto nivel de abstracción y, por lo tanto, más difícilmente objetivables de forma directa. Tal es el caso de la variable de interés para este estudio que es la *utilización de los servicios de salud*.

La bibliografía describe múltiples variables que se relacionan con un aumento de la probabilidad de que una persona consulte en el sistema de salud. Las personas con más de 50 años tienen entre 10 y 15% más probabilidad de realizar una consulta². Las mujeres muestran mayor uso del sistema de salud, incluso luego de ajustar las variables relacionadas con la necesidad de atención³. Las personas con alguna alteración en su salud autopercebida tienen mayor necesidad de realizar una consulta⁴. También inciden sobre esta utilización de los servicios tener problemas familiares, económicos o laborales, y la falta de red de apoyo social^{5,6}. Por otra parte, las personas no solo consultan debido a comorbilidades y alteraciones en su salud autopercebida, sino también lo hacen para realizar sus controles periódicos de salud (CPS)^{5,7}. La probabilidad de realizar estos chequeos preventivos aumenta en las personas de clase media urbana que tienen algún seguro de salud⁸.

Si bien estas variables se encuentran estudiadas de manera individual en la bibliografía, son escasos los trabajos que las abordaron en forma conjunta a través de modelos con un diseño longitudinal.

Para estudiar la utilización de servicios de salud a través de las variables que permitan explicarla, este trabajo utilizó un modelo de ecuaciones estructurales. Esta es una técnica estadística de análisis multivariado donde es posible analizar una variable independiente, con una o más dependientes, con la ventaja frente a otras técnicas de modelar el error⁹.

El objetivo del presente estudio fue construir un modelo explicativo de la utilización de los servicios médicos ambulatorios en una población con seguro de salud privado, relacionando variables demográficas, sociales y de autopercepción de salud.

La hipótesis de la cual partimos es que las personas consultan en el sistema de salud para atender alguna dolencia o malestar biopsicosocial, lo cual haría de la *autopercepción de salud* la variable con mayor poder para predecir la *utilización de los servicios de salud*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño general

Se realizó el trabajo a través de un modelo de ecuaciones estructurales con un diseño longitudinal de cohorte prospectivo. Para ello se realizaron inicialmente dos encuestas en diferentes momentos, y luego el análisis longitudinal teniendo en cuenta la información obtenida.

El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (Número de expediente: #3786).

La investigación se desarrolló en tres etapas principales (Fig. 1):

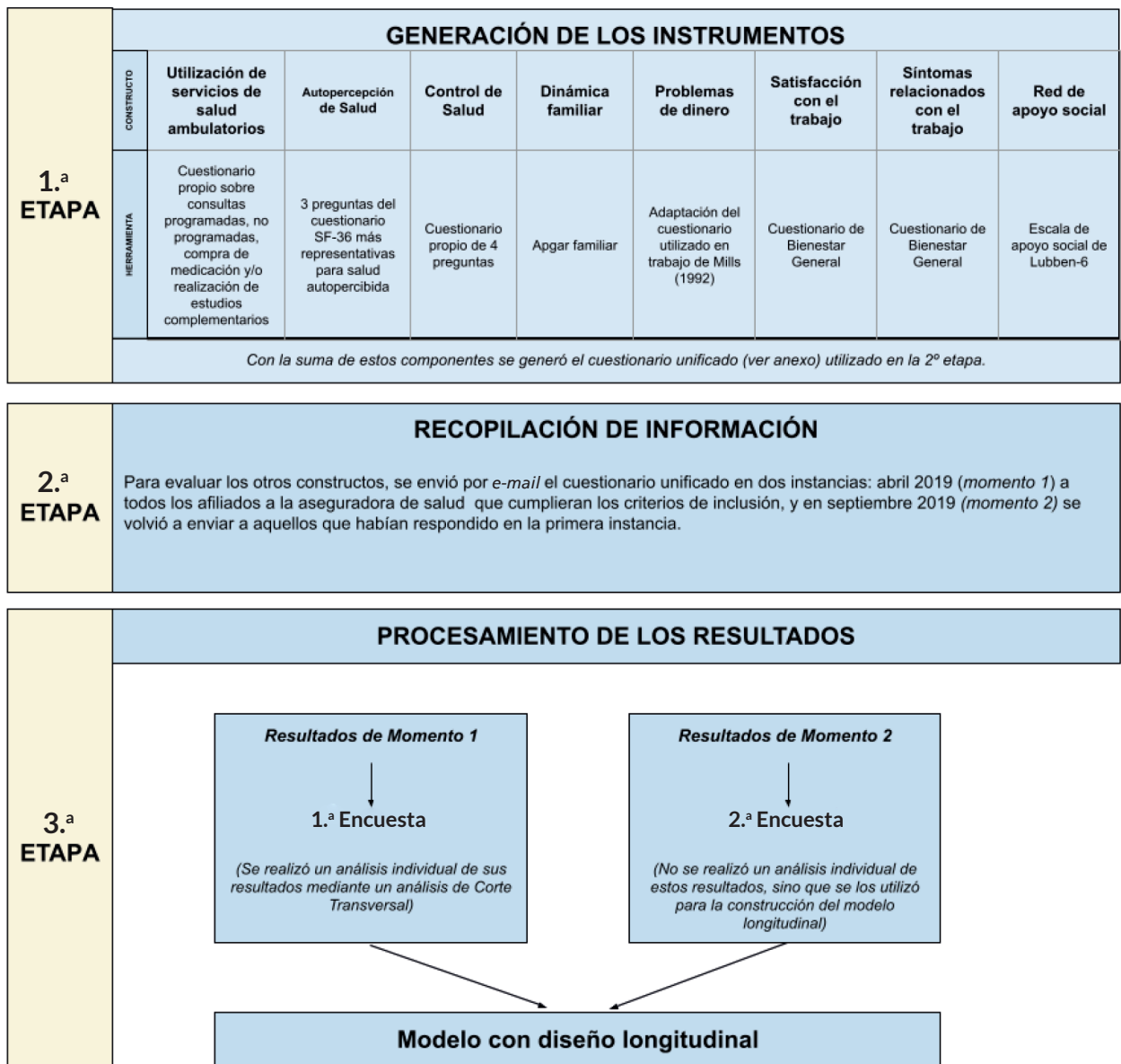


Figura 1. Representación gráfica de las etapas sucesivas y las tareas específicas correspondientes a cada una de ellas.

- 1.^a) Generación de los instrumentos necesarios para recopilar la información.
- 2.^a) Recopilación de la información.
- 3.^a) Procesamiento de los resultados obtenidos.

1) Generación de los instrumentos

Para objetivar la *utilización de servicios de salud* se generó un cuestionario propio de cuatro ítems que indaga sobre las veces que cada paciente durante los últimos dos meses concurrió a una consulta no programada (central de emergencias o demanda espontánea), y/o programada, y/o compró medicación, y/o realizó estudios complementarios. Con el fin de calibrar este instrumento y de

analizar si estas cuatro variables pueden ser utilizadas como indicadores *proxy* de utilización de los servicios de salud, el cuestionario fue administrado en un lapso de 30 días a pacientes elegidos al azar de la cápsula de dos de los médicos autores (véase *población 1* en Tabla 1). La información obtenida con este cuestionario fue contrastada con la de los registros de la Historia Clínica Electrónica de cada paciente (*prueba de referencia*), evaluando su validez de criterio externo mediante una prueba de correlación.

Se corroboró que las cuatro preguntas y los cuatro datos numéricos recogidos a través de las historias clínicas tuvieran cada uno una estructura unidimensional a través de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Se

Tabla 1. Principales características de las poblaciones

Nombre	n	Edad promedio	% de mujeres	% con estudios terciarios y/o universitarios completos
Población 1	54	47,1	55,4	*
Población 2	51	41	86	86
Población 3	100	42	67	(99% secundario completo)
Población 4	5425	49	70	53
Población 5	1251	50	72	55,8
Población 6	564	47	73	61

* Este dato no se recabó. Sin embargo, son pacientes del Plan de Salud de entre 30 y 64 años, por lo tanto presentarían en principio un porcentaje similar al de la población 4.

consideró que el *n* era suficiente dado que, tal como se sugiere, contábamos con más de 10 casos por indicador y más de 50 en total^{10,11}. Se consideró que el instrumento se comportaba de forma unidimensional si solo un factor presentaba un autovalor (*eigenvalue*) mayor de 1, y si el cociente entre la diferencia del primer autovalor y el segundo, y la diferencia entre el segundo autovalor y el tercero, era mayor de 3¹²⁻¹⁴. También fue evaluada la consistencia interna de cada uno a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach. Se consideraron aceptables valores mínimos de 0,6 a 0,7¹¹. Luego se calcularon sus puntuaciones factoriales y se guardaron como variables independientes con el programa SPSS® (método Regresión). Finalmente, se realizó el análisis de correlación considerando que –frente a dos instrumentos que miden constructos vinculados (pero no exactamente el mismo constructo)– es esperable documentar una correlación estadística moderada (coeficientes de correlación entre 0,3 y 0,7)¹³.

Los lineamientos de unifactorialidad y alpha de Cronbach descriptos se tomaron como referencia para este y los demás análisis que formaron parte de este trabajo.

Para indagar sobre la *autopercepción de la salud* se utilizó la versión en español del cuestionario SF-36 que evalúa calidad de vida relacionada con la salud¹⁶. Nuestro equipo consensuó utilizar las tres preguntas más representativas para salud autopercebida, incluyendo una sobre salud general, otra sobre la esfera física y otra sobre la afectivo-emocional. A fin de valorar las propiedades psicométricas de estas tres preguntas se las incluyó en el cuestionario descripto anteriormente para el constructo *utilización de los servicios de salud*. Se corroboró que se comportaran unifactorialmente y que su consistencia interna (alpha de Cronbach) fuera aceptable, ya que las tres preguntas serían consideradas integrando un solo factor en los modelos de ecuaciones estructurales analizados.

Para evaluar si lo que motivaba la consulta era realizar un *control de salud*, diseñamos un cuestionario que inicialmente contaba con 4 ítems. Se evaluaron sus propiedades

psicométricas con una muestra de 51 personas (véase *población 2* en Tabla 1). Se evaluó la unifactorialidad y el valor de alpha de Cronbach.

Las demás variables fueron exploradas a través de instrumentos preexistentes o de sus adaptaciones. Para evaluar la *dinámica de la familia* se utilizó el cuestionario de función familiar (Apgar-familiar), validado al español¹⁷. Para *problemas con el dinero* realizamos una adaptación del cuestionario utilizado en un estudio similar a este¹⁸. Para *satisfacción con el trabajo y síntomas relacionados con lo laboral* se empleó el cuestionario de Bienestar Laboral General¹⁹. Se consideraron los factores *satisfacción y síntomas*, ambos como constructos individuales. Dentro del factor satisfacción no se incluyeron los 4 ítems que tuvieron menos carga factorial en el trabajo original. Para medir la *red de apoyo social* se utilizó el cuestionario de Lubben-6 validado en la Argentina²⁰. Se tomaron como factores individuales las tres preguntas sobre familia y las tres preguntas sobre amigos.

Con la suma de los componentes enumerados en el párrafo anterior se generó un cuestionario unificado. Este fue puesto a prueba en dos instancias. Primero se realizaron 10 entrevistas cognitivas bajo el formato de “pensar en voz alta”, en las que los entrevistados transmitían si tenían dificultades para entender cualquier parte del cuestionario. Posteriormente el instrumento fue administrado a 100 personas (véase *población 3* en Tabla 1) para verificar que todos los aspectos o factores evaluados se comportaran unifactorialmente y tuvieran un valor de alpha de Cronbach apropiado. Para ambas pruebas se tuvo en cuenta que las muestras fueran similares demográficamente a la muestra final con la que se realizó el estudio.

2) Recopilación de información

Con la suma de los componentes desarrollados en el apartado anterior se construyó un cuestionario unificado (Anexo 1). Este se adaptó al formato de formularios de Google y se envió por correo electrónico a los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires

(aseguradora de salud) que tuvieran entre 30 y 64 años. El primer envío se realizó en abril de 2019. Cinco meses después se volvió a enviar el mismo cuestionario a quienes ya lo habían respondido durante la primera instancia. La información obtenida se volcó en una base de datos.

3) Procesamiento de los resultados

El análisis de la información se realizó inicialmente a través de un corte transversal de la primera encuesta, y, una vez obtenida la segunda encuesta, se realizó un modelo con diseño longitudinal.

En el primer modelo de corte transversal se trabajó sobre cuatro grupos: mujeres menores de 50 años, mujeres mayores de 50 años, hombres menores de 50 años y hombres mayores de 50 años. Se evaluó la asociación entre la utilización de los servicios médicos ambulatorios y las variables identificadas.

Posteriormente, se realizó un segundo corte transversal con la segunda encuesta, que no se analizó individualmente sino formando parte de un modelo con diseño longitudinal que incluyó los resultados de las dos encuestas (ambas con las mismas variables latentes o dominios). Se agregó, en el segundo corte transversal, el constructo de control de salud.

En el diseño longitudinal se realizó un segundo análisis tomando en cuenta solo a los pacientes sanos (sin patologías crónicas) para explorar si este subgrupo presentaba un comportamiento distinto del predicho por el modelo general.

Dado que en el constructo *utilización de los servicios ambulatorios* la variable *demanda espontánea* no mostró una carga factorial relativamente alta, también se verificó el mismo modelo pero sin considerar esta variable.

RESULTADOS

El primer envío se realizó a todos los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires que

tuvieran entre 30 y 64 años (aproximadamente 60 000 afiliados). Este fue respondido por un total de 5425 (tasa de respuesta de 9%, véase *población 4* en Tabla 1). El segundo envío se realizó a los 5425 afiliados que habían respondido el primer envío, y fue respondido por 1251 personas (tasa de respuesta de 23%, véase *población 5* en Tabla 1).

La base completa de 5425 pacientes fue subdividida en 4 subgrupos según edad y género: mujeres de 30 a 49 años, mujeres de 50 a 64 años, hombres de 30 a 49 años y hombres de 50 a 64 años. En ningún caso, el Índice de Mardia (utilizado para evaluar la distribución entre las variables) tuvo un resultado inferior a 3, señalando la falta de Normalidad Multivariada.

En la tabla 2 se pueden ver los resultados relacionados con el comportamiento unifactorial de los indicadores *proxy* de *utilización de los servicios de salud* y de los cuatro valores correspondientes recogidos de las historias clínicas. El valor de correlación de Spearman entre ambos factores fue 0,605 ($p < 0,00001$). El valor de la curtosis de la puntuación factorial de las preguntas fue de 2,8, lo cual significa que su distribución no es estrictamente normal. Esto nos llevó a utilizar la correlación de Spearman en lugar de la de Pearson, ya que esta última se utiliza en variables con distribución normal²¹. En la misma tabla se observan también los valores acerca del comportamiento unifactorial de las tres preguntas sobre *autopercepción de la salud*. También se pueden observar los valores respecto del comportamiento unifactorial de los distintos cuestionarios utilizados en la población 3.

Resultados del estudio longitudinal (dos instancias temporales consecutivas)

El tamaño muestral (n) del estudio longitudinal fue de 1251. Este modelo explicó el 49% de la variabilidad de la *utilización de los servicios* en el segundo momento ($R^2: 0,49$). En la figura 2 se puede observar que la mayor parte de las variaciones en la *utilización de los servicios* en

Tabla 2. Propiedades psicométricas de las variables incluidas en el cuestionario (unifactorialidad de los indicadores y los cuestionarios utilizados)

Cuestionarios / indicadores	1. ^a	2. ^a	3. ^a	C
Indicadores <i>proxy</i> de utilización de los servicios (4 indicadores) ^b	2,8	0,6	0,4	0,9
Valores de registros hospitalarios (4 indicadores)	2,4	0,8	0,5	0,7
Salud percibida (3 ítems)	1,9	0,7	0,4	0,7
Dinámica familiar (5 ítems)	2,8	0,8	0,6	0,8
Problemas de dinero (5 ítems)	3,7	0,5	0,4	0,9
Satisfacción con el trabajo (4 ítems)	4	0,7	0,5	0,9
Síntomas por el trabajo (5 ítems)	2,6	0,9	0,7	0,8
Red familiar (3 ítems)	1,8	0,6	0,6	0,7
Red amigos (3 ítems)	2,4	0,4	0,2	0,9
Control de salud	3,1	0,6	0,1	0,9

a: autovalor (*eigenvalue*). 1: primero, 2: segundo y 3: tercero. C: coeficiente alpha de Cronbach.

b: Indicadores *proxy*: consultas programadas, consultas no programadas, compra de medicamentos y realización de estudios complementarios.

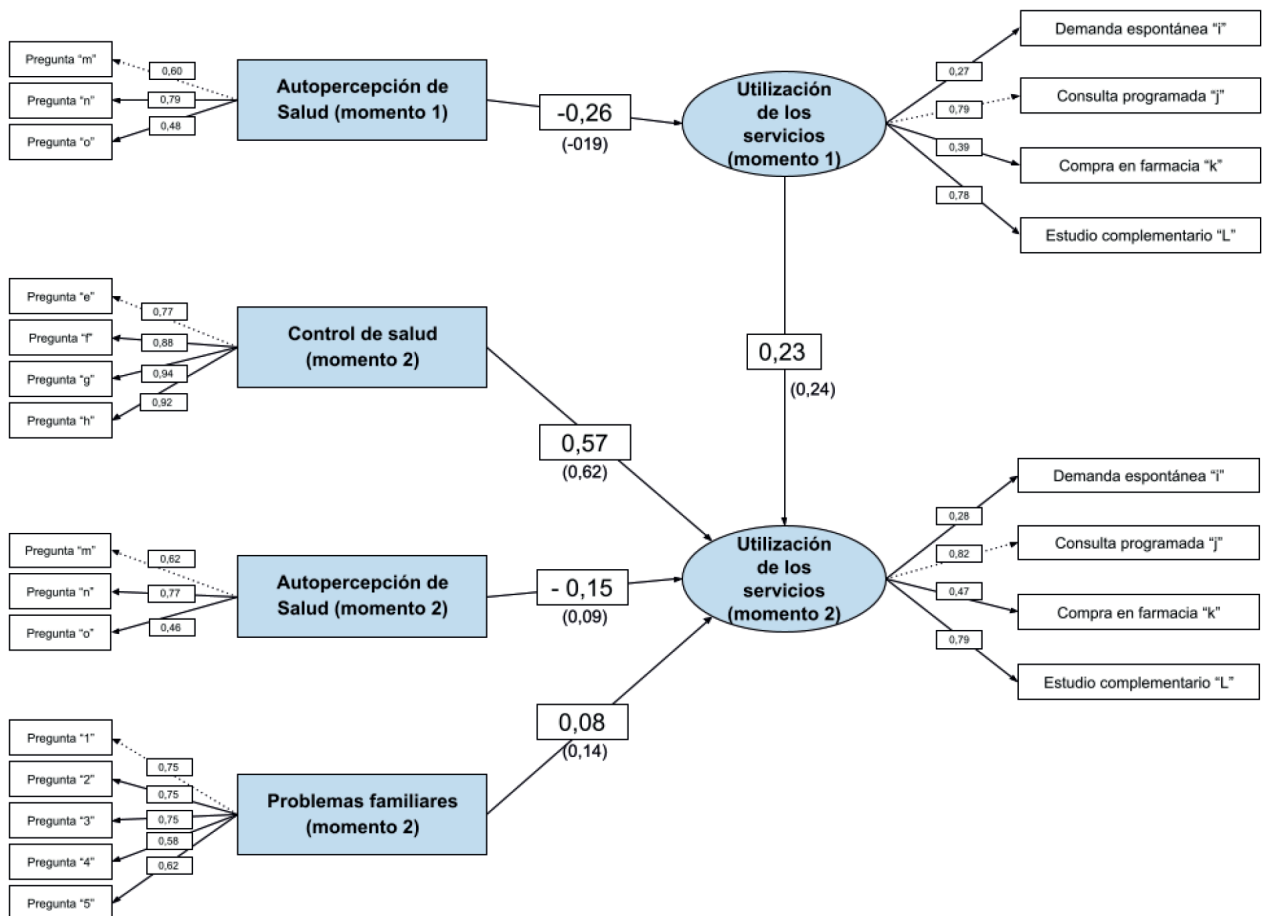


Figura 2. Representación gráfica del modelo con diseño longitudinal en el que se incluye la variable *demanda espontánea*.

Dentro de los recuadros grandes se presentan los coeficientes estandarizados de regresión (magnitud de asociación) de las variables del modelo general, mientras que entre paréntesis se expresan los valores obtenidos del modelo con pacientes sin enfermedades crónicas.

Las letras y números contenidos entre comillas (") se ofrecen para localizar estos ítems en el Anexo 1.

el segundo momento son explicadas por variaciones en la realización de *controles de salud* (coeficiente de 0,57) y en la *utilización de los servicios* del primer momento (0,23). La *salud percibida* en el segundo momento incurre sobre la utilización en el mismo período con un coeficiente de (-0,15), mientras que los *problemas familiares* del segundo momento inciden sobre la utilización con un coeficiente de 0,08. Todos los coeficientes referidos fueron estadísticamente significativos (valores de t superiores a 1,96). Si se excluye el constructo *control de salud*, el R^2 del modelo se reduce a 27%. Dado que la carga factorial de las visitas a los consultorios *demanda espontánea* fue muy baja (0,27 en el primer período y 0,28 en el segundo período), se realizó el mismo modelo pero excluyendo esta variable de ambos períodos. Se obtuvieron valores similares: *control de salud* presenta un coeficiente de 0,58, *utilización de los servicios* en el período anterior 0,23, *salud percibida* de momento uno asociada a *utilización de los servicios* en momento uno (-0,25), *salud percibida* de momento dos (-0,14), y los *problemas familiares* del último período 0,08. El R^2 resultó el mismo (Tabla 3).

En el modelo solo con pacientes que no tenían ningún problema crónico de salud, el n fue de 564 (véase *población 6* en Tabla 1), representando un 45,08% del total de la muestra del estudio longitudinal. Con respecto a los resultados, las diferencias con el modelo completo son mínimas: el R^2 es el mismo (0,49), el coeficiente de *control de salud* tiene un resultado apenas mayor, igual que el coeficiente de la *utilización previa de los servicios* (véanse Tabla 3 y Fig. 2). La *salud percibida* en el período último se asocia con la *utilización de los servicios* en el mismo período con un coeficiente de (-0,09) y deja de ser significativo estadísticamente. Si se excluye el constructo *control de salud preventivo*, el R^2 del modelo se reduce a 16%. Al igual que lo explicado en el párrafo anterior, se realizó el mismo modelo pero excluyendo la variable *demanda espontánea*, y se obtuvieron valores similares: *control de salud* presenta un coeficiente de 0,62, *utilización de los servicios* en el período anterior 0,22, *salud percibida* de momento uno asociada a utilización en momento uno (-0,16), *salud percibida* en el último período (-0,09), dejando de ser estadísticamente significativa, y los *problemas familiares*

Tabla 3. Indicadores de ajuste de los Modelos de Ecuaciones Estructurales: estudios de corte transversal (según género y edad) y estudio longitudinal (modelo general y modelo sin pacientes con enfermedades crónicas)

Modelos	N	Chi 2 (1)	RMSEA (2)	NFI (3)	CFI (3)	RMRs (4)	R ² (porcentaje explicado por el modelo)	CF Sign.	% de CF < 0,5 (con un decimal) (5)	EM Sign.
M 30 a 49	1690	0,0	0,06	0,94	0,95	0,06	7%	100%	9%	100%
M 50 a 64	1493	0,0	0,05	0,96	0,97	0,05	9%	100%	8,6 %	100%
H 30 a 49	668	0,0	0,06	0,92	0,94	0,06	11,4%	100%	9 %	100%
H 50 a 64	833	0,0	0,05	0,94	0,96	0,05	14%	100%	10 %	100%
ELC	1251	0,0	0,068	0,92	0,93	0,076	49%	100%	13%	100%
ELC, sin DE	1251	0,0	0,074	0,93	0,94	0,078	49%	100%	4%	100%
ELC, sin CPS	1251	0,0	0,074	0,89	0,90	0,068	27%	100%	13%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS	564	0,0	0,058	0,91	0,94	0,062	49%	100%	13%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS, y sin DE	564	0,0	0,059	0,92	0,94	0,059	48%	100%	9,5%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS, y sin CPS	564	0,0	0,063	0,87	0,91	0,063	16%	100%	13%	100%

Abreviaturas: M = Mujeres // H=Hombres // N = tamaño muestral // CF=Cargas Factoriales // Sign.=significativos/as // EM=Errores de medida // ELC=Estudio Longitudinal Completo / DE= Demanda Espontánea / CPS= Control Periódico de salud / PCS=Problemas crónicos de salud / (1)=Por n y cantidad de variables es esperable un valor de Chi 2 significativo 11; (2) Bueno < de 0,08, Mediocre de 0,08 a 0,1, malo > 0,1 (Brown, 2006) // (3) Bueno > 0,9 (Norman and Streiner, 2008) // (4) Menor de 0,08 (Brown, 2006) // Se recomienda que las CF sean mayores de 0,5 e idealmente de 0,7¹¹.

del último período 0,13. El R² fue de 48%. Excluyendo el constructo relacionado con lo estrictamente preventivo, el R² del modelo se reduce a 14%.

Resultados del análisis del primer corte transversal (simultaneidad temporal)

Los valores de coeficientes estandarizados de regresión (magnitud de asociación) de los modelos de ecuaciones estructurales de los cuatro subgrupos del primer corte transversal (5425 participantes) y los valores de R² se pueden observar en la tabla 4. En ella podemos observar que son escasas las variables que se asocian significativamente a *utilización de los servicios* en forma directa, y que en general lo hacen a través de la variable *salud percibida*. Destacamos además que la proporción de la variabilidad explicada por estos modelos (R²) es baja.

Los indicadores de ajuste de los cuatro modelos muestran valores aceptables según la literatura, y se presentan en la tabla 3.

Valores cercanos a 0 de los coeficientes de regresión estandarizados representan nula asociación y valores cercanos a 1 representan una asociación fuerte. Dado que se trabaja con factores, se decide no computar datos faltantes (no alcanzaron el 13%) para lograr más exactitud, eliminando los casos que los hayan tenido.

En los modelos, los valores de las relaciones entre variables estadísticamente significativas se destacan en negrita. Los valores no destacados corresponden a las relaciones no significativas previas a ser eliminadas del modelo final.

Para los modelos utilizamos el estimador ML (*Maximum Likelihood* o Máxima Verosimilitud) Robust (Robusto), ya que los ítems o indicadores tienen todos una escala

Tabla 4. Coeficientes de regresión y valores de R² de los modelos de ecuaciones estructurales de los 4 subgrupos del primer corte transversal

Subgrupos por edad y género	Variabilidad de la variable de resultado explicada por el modelo	Dinámica familiar	Problemas de dinero	Síntomas por problemas laborales	Satisfacción con el trabajo	Red de amigos	Red familiar	Salud percibida
Mujeres de 30 a 49 años (n = 1690)	Salud percibida R ² = 0,24	0,14 (t = 4,32)	-0,13 (t = -4,18)	-0,34 (t = -9,63)	0,07 (t = 2,08)	0,01 (t = 0,23)	0,03 (t = 0,67)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,07	0,13 (t = 3,67)	-0,04 (t = -1,20)	-0,09 (t = -2,44)	0,02 (t = 0,51)	0,001 (t = 0,03)	-0,001 (t = -0,03)	-0,27 (t = -5,86)
Mujeres de 50 a 64 años (n = 1493)	Salud percibida R ² = 0,28	0,21 (t = 5,97)	-0,06 (t = -1,73)	-0,4 (t = 9,15)	0,12 (t = 3,35)	-0,03 (t = -0,92)	-0,01 (t = -0,29)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,09	0,14 (t = 3,67)	0,001 (t = 0,06)	-0,001 (t = -0,11)	0,06 (t = 1,81)	0,02 (t = 0,48)	0,02 (t = 0,39)	-0,28 (t = -5,05)
Hombres de 30 a 49 años (n = 668)	Salud percibida R ² = 0,2	0,15 (t = 2,86)	-0,12 (t = -2,63)	-0,35 (t = -6,21)	0,06 (t = 1,18)	0,08 (t = 1,59)	-0,07 (t = -1,00)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,11	-0,02 (t = -0,3)	-0,12 (t = -2,56)	-0,06 (t = -1,12)	0,03 (t = 0,69)	0,11 (t = 1,91)	-0,01 (t = -0,19)	-0,32 (t = -4,31)
Hombres de 50 a 64 años (n = 833)	Salud percibida R ² = 0,32	0,11 (t = 2,35)	-0,10 (t = -1,90)	-0,52 (t = -8,94)	0,05 (t = 1,13)	0,09 (t = 2,24)	-0,04 (t = -0,65)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,14	0,18 (t = 3,52)	-0,04 (t = -0,78)	0,09 (t = -1,38)	0,06 (t = 1,14)	-0,02 (t = 1,13)	0,05 (t = 0,86)	-0,32 (t = -4,46)

t = valor para explicar la significancia estadística. Debe ser mayor de 1,96.

de respuesta de likert de 6 categorías y en conjunto un índice de Mardia de Normalidad Multivariada mayor de 3 (Finney y DiStefano, 2013). Trabajamos con el programa Lisrel®.

DISCUSIÓN

En nuestros modelos se identificó el *control de salud* como principal variable que explica la variabilidad observada en la *utilización de servicios de salud*, seguido por *utilización de los servicios* en el período anterior. En el modelo longitudinal no se encontró una relación significativa entre esta *utilización de los servicios* y las demás variables desarrolladas por la bibliografía (problemas de trabajo, red de apoyo social escasa, etc.). En

el modelo de corte transversal de la primera encuesta, algunas de estas variables sí alcanzaron significancia estadística, aunque tuvieron un R² muy bajo, es decir que explican poco de la variabilidad de la *utilización de los servicios de salud*.

En cuanto a las otras variables que sí dieron valores estadísticamente significativos en el modelo longitudinal se encuentran *autopercepción de salud* y *problemas familiares*. Sin embargo, su influencia fue de -0,15 y 0,08, respectivamente, es decir, cuantitativamente muy inferiores a los 0,57 que midió *control de salud*. Se destaca además que, en el modelo con solo pacientes sanos, la *autopercepción de salud* no tuvo una asociación significativa.

Es destacable la magnitud de la capacidad explicativa que muestra la *realización de controles de salud* sobre la *utilización de los servicios* de salud. En los estudios con modelos longitudinales, por lo general lo que más explica un determinado fenómeno es ese mismo fenómeno pero en una instancia previa²². Por ejemplo, en nuestro modelo, lo esperable hubiera sido que lo que más explicara la *utilización de los servicios* de una persona en el momento dos sea la *utilización de los servicios* de esa misma persona pero en el momento uno. Esto es así porque al comparar una misma persona en dos instantes distintos, dentro del constructo *utilización de los servicios* en momento uno, se agrupan características personales que pueden motivar a realizar una consulta (por ejemplo, sexo, edad, temores, si la persona es hiperconsultadora, etc.) y que suelen mantenerse constantes en su paso del momento uno al momento dos. No obstante, en nuestro trabajo, el *control de salud* evidenció una asociación 2,5 veces más fuerte que la *utilización* en el momento anterior. Esto puede interpretarse como que sobre la decisión de realizar una consulta operan principalmente factores externos a cada persona que actúan a nivel poblacional, dejando en un segundo plano la historia, características personales, valores y preferencias de cada persona a nivel individual. Dentro de estos factores externos podrían incluirse la cultura de realizar un control de salud periódico, la presión social y de los profesionales de la salud, y las campañas de concientización, entre otras.

Dos de cada tres personas que tienen alguna dolencia no consultan al sistema de salud (fenómeno conocido como "iceberg de la enfermedad"^{23,24}). Debido a esto, además de *utilización de los servicios*, analizamos la *autopercepción de salud* como variable dependiente de las demás variables en estudio. Esto nos permitió explorar si las variables propuestas, independientemente de si motivaban una consulta o no, hacían empeorar la autopercepción de salud de las personas. En los modelos de corte transversal se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas, aunque con valores de influencia muy bajos, lo cual coincide con lo identificado por estudios previos realizados también con Modelos de Ecuaciones Estructurales donde se evaluó la fuerza de los efectos de distintas variables sobre la salud percibida^{25,26}.

Las implicaciones de este estudio se relacionan estrechamente con sus resultados. Nuestra hipótesis al inicio era que el principal motivo por el cual las personas consultaban en el sistema de salud era atender alguna dolencia o malestar biopsicosocial, lo cual haría de la *autopercepción de salud* la variable con mayor poder para predecir la *utilización de los servicios*. Sin embargo, en nuestros resultados puede observarse que un número importante de las personas que utilizan los servicios médicos ambulatorios son personas sanas, asintomáticas, y que parecen consultar respondiendo a cierta cultura que establece que *hay que hacerse controles preventivos*. Esto nos genera interrogantes en varios niveles. En primer lugar, en cuanto a la calidad de los cuidados que se proveen. Existe evidencia creciente de que los chequeos generales de salud parecen no tener el beneficio neto (relación entre

potenciales beneficios y potenciales daños) que los profesionales de la salud y la comunidad en general solemos atribuirles. Por ejemplo, un metanálisis de 2019 concluye que estos chequeos médicos de control de salud tienen poco o ningún efecto sobre la mortalidad por todas las causas, la mortalidad por cáncer, y probablemente tengan poco o ningún efecto sobre la mortalidad cardiovascular²⁷. En este escenario, la presencia de tantas personas sanas en el sistema de salud probablemente no se asocie a un claro beneficio neto, dado que tienen un riesgo aumentado de sufrir algún daño a través de falsos positivos y/o sobrediagnósticos^{28,29}. Por otra parte, representa un problema con respecto a la equidad en el acceso a los servicios de salud. Dado que los recursos son finitos, cuando se le asigna un recurso a una persona que no lo necesita existe la posibilidad de que se le niegue o postergue a alguien que sí lo necesita³⁰. Esta situación en la que el sistema de salud se satura con personas que no lo necesitan y excluyen a los que sí lo hacen ("ley de cuidados inversos") es un problema vigente y de gran magnitud en nuestro sistema de salud³¹. Finalmente, esta dinámica de utilización atenta contra la sustentabilidad del sistema de salud, ya que los recursos con los que cuenta deben utilizarse para dar respuesta a necesidades cada vez mayores a expensas del desarrollo tecnológico, crecimiento demográfico y envejecimiento poblacional³². En este escenario, los tomadores de decisiones deberían jerarquizar aquellas estrategias de cuidados de la salud que aporten el mayor valor (entendido como la mejor relación posible entre el beneficio a la salud que generan en función del costo de la intervención) a la mayor cantidad de personas³². Entendemos que lo planteado aquí representa una problemática compleja sobre la que convergen muchas variables²⁹. Responder a estos interrogantes escapa a los objetivos de este trabajo, y serán necesarias investigaciones futuras para contribuir a su abordaje.

Consideramos que la principal fortaleza de este trabajo radica en su diseño metodológico, ya que contar con variables dependientes e independientes a la vez y tener un diseño longitudinal permite generar modelos con una mayor similitud con la dinámica real que lo que logran las regresiones tradicionales o los estudios con diseño de corte transversal. En cuanto a las limitaciones, destacamos que la muestra no fue al azar sino que solo tenemos información de aquellos que contestaron el cuestionario enviado (tasa de respuesta del 9%). Algo similar sucede con respecto al hecho de que el cuestionario fue enviado por correo electrónico ya que, dada la brecha tecnológica, quedaron fuera de la muestra aquellas personas entre 30 y 64 años que no tienen y/o no saben utilizarlo. Además, podría pensarse como aspecto negativo que incluimos la variable control de salud recién en la segunda encuesta. Como se mencionó, partimos de la hipótesis de que *autopercepción de salud* era la variable con mayor poder explicativo de la utilización de servicios de salud. No obstante, durante el corte transversal de la primera encuesta, los resultados señalaron que las variables incluidas mostraban un bajo R² de *utilización de los servicios* (tal como se puede ver en la tabla 4). Se decidió entonces

incluir control de salud en el momento 2, dado que una revisión sistemática sugería cierta asociación en poblaciones de altos estudios y con seguro privado de salud³. Entendemos que hubiera sido ideal incluir esta variable desde el inicio del estudio; no obstante, consideramos que los resultados alcanzados no pierden rigor científico debido a esta inclusión tardía.

Finalmente, destacamos que el estudio se hizo sobre afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, y que estos resultados no necesariamente son extrapolables a afiliados de otras coberturas que se atiendan en esta u otra institución.

CONCLUSIÓN

La realización de CPS es la variable con mayor capacidad explicativa de la variabilidad de la utilización de servicios ambulatorios de salud de personas que tienen seguro de salud privado. Esto podría tener implicaciones importantes a nivel de gestión para asegurar la sustentabilidad del sistema de salud a través de una organización racional de los recursos disponibles.

Contribuciones de los autores: Supervisión: MG. Investigación: MG, MW, IR, ML. Escritura borrador, Edición de manuscrito final: MG, FVP. Visualización: MG. Recursos: IR. Metodología, análisis formal: FVP.

Consideraciones éticas: el presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (Número de expediente: #3786). Buenos Aires, Argentina.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

- Zhu S, Dong T, Luo X. A longitudinal study of the actual value of big data and analytics: the role of industry environment. *Int J Inform Manag.* 2021;60:102389. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2021.102389>.
- Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(4):360-369.
- Krasnik A, Hansen E, Keiding N, et al. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull.* 1997;44(5):542-546.
- Zebiene E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos išskirti priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų [Influence of patient's social and demographic characteristics on patient's expectations for medical consultation]. *Medicina (Kaunas).* 2004;40(5):467-474.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):819-832. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400016>.
- Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. *Arch Fam Med.* 1995;4(3):253-260. <https://doi.org/10.1001/archfam.4.3.253>.
- Fernández de la Hoz K, León DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol.* 1996;25(3):593-603. <https://doi.org/10.1093/ije/25.3.593>.
- Kronenfeld JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behav.* 1978;19(1):68-76.
- Escobedo Portillo MT, Hernández Gómez JA, Estebane Ortega V, et al. Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Cienc Trab.* 2016;18(55):16-22.
- Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry.* 1994;39(3):135-140. <https://doi.org/10.1177/070674379403900303>.
- Hair JF. *Multivariate data analysis.* 8th ed. Andover, Hampshire: Cengage; 2019.
- Kaiser HF. A second generation little jiffy. *Psychometrika.* 1970;35(4):401-415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>.
- Hattie J. Methodology review: assessing unidimensionality of tests and items. *Appl Psychol Meas.* 1985;9(2):139-164. <https://doi.org/10.1177/014662168500900204>.
- Burga León A. La unidimensionalidad de un instrumento de medición: perspectiva factorial. *Rev Psicol.* 2006;24(1): 53-80.
- Streiner DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J Psychiatry.* 1993;38(2):140-148. <https://doi.org/10.1177/070674379303800214>.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104(20):771-776.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-296.
- Mills RJ, Grasmick HG, Morgan CS, et al. The effects of gender, family satisfaction, and economic strain on psychological well-being. *Fam Relat.* 1992;41(4):440-445. <https://doi.org/10.2307/585588>.
- Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, et al. Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. *Rev Psicol Trab Organ.* 2010;26(2):157-170. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n2a7>.
- Granero M, Perman G, Vázquez Peña F, et al. Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2020;77(4):296-300. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>.
- George D, Maller P. *SPSS for windows step by step: a simple study guide and reference, 17.0 update.* 10th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2010.
- Gutiérrez Doña B. *Modelos lineales estructurales: conceptos básicos, aplicaciones y programación con LISREL.* San José, CR: Universidad de Costa Rica. Instituto de Investigaciones Psicológicas; 2008. (Cuadernos metodológicos; 2).
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961;265:885-892. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>.
- Last JM, Adelaide DP. The iceberg: 'completing the clinical picture' in general practice. 1963. *Int J Epidemiol.* 2013;42(6):1608-1613. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt113>.
- Gutiérrez Doña EB. *Coping with stress at work: a longitudinal study on health outcomes and quality of life [dissertation].* Berlin: Freien Universität. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie; 2003.
- Schröder K. *Self-regulation competence in coping with chronic disease.* New York: Waxmann; 1997.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>.
- Kopitowski KS. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2013;33(3): 90-95.
- Granero M, Velázquez A. Medicalización de la vida y daño poblacional: revisión bibliográfica no sistematizada. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2020; 40(4):208-218.
- Castillo-Riquelme M, Zárate V. La evaluación económica en salud. *Rev Méd Chile.* 2010;138(supl 2):67.
- Tafani R, Gaspio N, Acevedo G. Producción hospitalaria y ley de cuidados inversos en Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba).* 2006; 10(2):8-30.
- Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg.* 2008;248(4):503-509. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>.

ANEXO 1. Cuestionario enviado por correo electrónico (e-mail)

En el Plan de Salud del Hospital Italiano nos interesa conocer mejor a nuestros pacientes, para mejorar la calidad de nuestros servicios. Usted no deberá decir su nombre; lo que le pediremos es que escriba su correo electrónico, para poder unir sus respuestas actuales a las respuestas que Ud. generosamente realizó en abril de este año. Luego, se eliminará del registro el dato de su correo electrónico, de manera de asegurar la estricta confidencialidad.

- a. Indique por favor su edad
- b. Indique por favor su máximo nivel educativo alcanzado: Primario incompleto | Primario completo | Secundario incompleto | Secundario completo | Universitario/terciario incompleto | Universitario completo/posgrado
- c. Indique por favor su género: Femenino | Masculino | Otro
Escriba por favor su dirección de correo electrónico:
- d. Indique si está en tratamiento de alguno de estos problemas de salud (marque todas las respuestas que correspondan): Hipertensión | Diabetes | Colesterol alto | Tiroides | No me encuentro en tratamiento | Otro:
- e. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. ha tenido la inquietud de hacerse controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- f. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. ha sacado turno para hacerse controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- g. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. se ha hecho estudios por controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- h. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. consultó en su centro médico por su control de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- i. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha concurrido a la demanda espontánea de alguna sede del Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- j. En estos últimos 2 meses por cuestiones relativas a Ud. mismo, ¿cuántas veces ha concurrido a algún turno (ya sea programado o sobretorno) con algún médico especialista o de cabecera del Hospital Italiano?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- k. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha adquirido medicación de la farmacia de cualquier sede del Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- l. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha realizado algún estudio (ya sea de laboratorio, de imágenes, o cualquier otro tipo de estudio) en el Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- m. En los últimos 2 meses, en general, Ud. diría que su salud fue : Muy mala | Mala | Regular | Buena | Muy buena | Excelente
- n. En los últimos 2 meses ¿con qué frecuencia sus problemas físicos le han dificultado sus tareas y deberes de la vida diaria como trabajar o hacer las cosas de la casa?: Nunca | Alguna vez | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Todos los días
- o. En los últimos 2 meses, ¿con qué frecuencia sus problemas emocionales le han dificultado sus tareas y deberes de la vida diaria como trabajar o hacer las cosas de la casa?: Nunca | Alguna vez | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Todos los días
1. Pensando en los últimos 2 meses: ¿se sintió satisfecho con la ayuda que ha recibido de su familia cuando tuvo algún problema? Marque la opción que más refleje lo que sintió: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
2. Pensando en los últimos 2 meses: ¿han conversado en su familia los problemas que tienen?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
3. Pensando en los últimos 2 meses: ¿las decisiones importantes se han tomado en conjunto en su familia?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
4. Pensando en los últimos 2 meses: ¿está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
5. ¿Siente que su familia lo quiere?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
6. En estos últimos 2 meses, ¿ha tenido problemas de dinero?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
7. En estos últimos 2 meses, ¿ha pasado mucho tiempo preocupándose por asuntos vinculados al dinero?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

8. En estos últimos 2 meses, ¿los problemas de dinero han interferido con su trabajo o rutina diaria?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

9. En estos últimos 2 meses, ¿los problemas de dinero han interferido en sus relaciones con otras personas?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

10. En estos últimos 2 meses, ¿ha creído que no llegaba a fin de mes?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

11. Considerando a la familia como las personas con las que usted tiene algún parentesco, ¿con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes? 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

12. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

13. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

14. Considerando como amigos a aquellos con quienes tiene algún vinculo pero no son familia, ¿con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

15. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

16. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

17. En los últimos 2 meses ¿ha trabajado?: SÍ | NO

Pensando en los 2 últimos meses, en su trabajo sintió:

18.

Insatisfacción

Satisfacción

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19.

Intranquilidad

Tranquilidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20.

Impotencia

Potencia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21.

Malestar

Bienestar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22.

Insatisfacción

Satisfacción

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23.

Incertidumbre

Certidumbre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Para terminar, en los últimos 2 meses por causa de su trabajo sintió:

24. Trastornos digestivos

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

25. Dolores de cabeza

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

26. Insomnio

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

27. Dolores de espalda

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

28. Tensiones musculares

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

Desde el punto de vista legal, nos ceñiremos a la Ley 25326, sobre protección de los datos personales, sancionada en el año 2000. Según esta, Ud. tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar rectificación en caso de ser necesario y a que sus datos no sean tratados en el futuro en caso de retirarse, salvo los recolectados hasta ese momento. Enmarcándonos en esta normativa, permítanos ofrecerle información sobre el estudio y sobre sus derechos como participante. Responder el cuestionario le llevará 5 minutos. No hay respuestas correctas e incorrectas. Usted debe elegir las opciones que mejor indiquen cuál es su caso. Usted no deberá decir su nombre; lo que le pediremos es que escriba su correo electrónico, ya que en 5 o 6 meses volveremos a realizarle la misma encuesta. Los datos provistos por usted serán tratados de manera confidencial, y las normas de seguridad no permitirán asociarlos a su nombre ni a otros datos personales que lo identifiquen. Sus respuestas aparecerán en una hoja de cálculo (similar Excel), y solo podrán ser vistas por el investigador principal. Luego de la segunda encuesta, se eliminará del registro el dato de su correo electrónico, de manera de asegurar la estricta confidencialidad. Sus respuestas no se sumarán a la información médica que pueda haber en su historia clínica; lo que usted decida no modificará la atención de salud que recibe habitualmente. Su participación en este estudio sería voluntaria, por lo que no recibirá compensación económica ni beneficios personales de otro tipo. Aunque haya aceptado participar, usted tiene el derecho de dejar de responder en cualquier momento, pero es muy valioso que intente responder a todas las preguntas. Este protocolo ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en protocolos de investigación y autorizado por la Dirección Médica del Hospital. Si tiene mayores inquietudes puede ponerse en contacto con