



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Adaptación de instrumentos para la evaluación de la
Atención Primaria de Salud en Argentina.
Versiones para usuarios y para pacientes con
trastornos mentales.**

**Maestranda: Lic. Yanina Audisio
Directora de Tesis: Dra. Silvina Berra**

Córdoba, 2012

TRIBUNAL DE TESIS

Dra. Silvina Berra

Dr. Leandro Dionisio

Dra. Nuria Caspio

DEDICATORIA

A mis padres por su ayuda.

A mi directora por su apoyo.

A todos los profesionales de salud que asumen su tarea con compromiso en la asistencia, la investigación y la gestión.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, Dra. Silvina Berra por el asesoramiento constante.

A los profesionales que constituyeron el grupo de trabajo como expertos para revisar el contenido del instrumento: Lic. Verónica Mamondi, Dr. Iván Ase, Dra. Marcela Bella, Lic. Alicia Greco, Lic. Alicia Ludueña, Dr. José Mántaras. Lic. Valeria Nícora y Dra. Beatriz González.

Especialmente al Dr. Iván Ase, al Dr. José Mántaras y al Dr. Gabriel Acevedo por su asesoramiento en aspectos específicos del instrumento y por facilitar el contacto con los usuarios entrevistados durante el pretest en el Centro de Rehabilitación Sociolaboral y UPAS nº 4 de la ciudad de Córdoba,.

A las personas entrevistadas que colaboraron con su tiempo y disposición.

A la Escuela de Salud Pública por el apoyo material.

A la Dra. Barbara Starfield por facilitar la realización de este trabajo con el instrumento de su autoría y participar en el análisis de los resultados obtenidos, particularmente en la revisión de la equivalencia entre las versiones argentina y original, sobre la base del modelo teórico.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”.

INDICE

Tribunal de tesis.....	pág. 3
Dedicatoria.....	pág 4
Agradecimientos.....	pág. 5
Índice.....	pág. 7
Resumen.....	pág. 8
Introducción.....	pág. 9
Hipótesis.....	pág. 33
Objetivos.....	pág. 34
Metodología.....	pág. 35
Resultados.....	pág. 41
Discusión.....	pág. 67
Bibliografía.....	pág. 72

RESUMEN

La evaluación de la implementación de APS se recomienda como medida de fortalecimiento de la estrategia. El PCAT se construyó para valorar los dominios principales de APS.

Objetivo: Obtener versiones de los cuestionarios para usuarios (infantil y adultos) de los instrumentos PCAT, con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales (EUA) y adecuadas al ámbito cultural y sanitario argentino, enfocando aspectos de la atención a la salud mental.

Métodos: El procedimiento incluyó las siguientes fases: 1. Traducción directa y adaptación lingüística: dos traducciones independientes y reunión de consenso. 2. Revisión de validez de contenido por expertos locales y la autora del modelo teórico. 3. Retrotraducción: traducción al inglés de la versión en castellano y revisión. 4. Pre-test: entrevistas cognitivas con usuarios.

Resultados: Se modificaron 46 ítems pertenecientes a las dimensiones de APS, se eliminó uno y se propusieron 13 en los dominios Globalidad (7 de salud mental) y Orientación comunitaria. El proceso de adaptación permitió obtener versiones que miden las características definidas teóricamente como particulares de APS.

Discusión: Se obtuvieron versiones argentinas del PCAT-usuarios equivalentes culturalmente. La inclusión definitiva de los ítems nuevos, así como la validez y fiabilidad de las versiones obtenidas se analizarán en la siguiente fase, de prueba piloto.

SUMMARY

The evaluation of PC implementation is recommended in order to strength the strategy. The PCAT was developed to assess PC major domains.

Aim: To adapt the consumer-client (children and adults) PCAT, obtaining questionnaires semantically and conceptually equivalent to the original versions (USA), suitable to Argentina's health system, and focusing on specific aspects of mental health care.

Methods: The procedure included the following stages: 1. Translation and linguistic adaptation: two independent translations and a review meeting. 2. Content validity review by local experts and the author of the theoretical model. 3. Back translation: English translation of the Spanish version and review. 4. Pre-test: cognitive interviews with users.

Results: Forty-six items were modified from PC domains, one was removed and 13 items were proposed for addition in Comprehensiveness domain (7 about mental health) and Community orientation domain. Cross-cultural adaptation process reached versions that allow PC domains measures.

Discussion: Culturally equivalent Argentinean PCAT-consumer-client versions were obtained. The final inclusion of new items in a separate module will be discussed in future phases of the investigation. Validity and reliability of these versions will be evaluated in a pilot test.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.1. APS. Definiciones y Modelos

En el marco de la reafirmación de la salud como derecho humano fundamental y una fuerte adscripción de la responsabilidad de los gobiernos en la salud de las comunidades, se inscribe la Atención Primaria de Salud (APS) como clave en el desarrollo sanitario.

En 1966, el Informe Millis¹ consideró la APS como “entrega de primer contacto, la adopción de la responsabilidad longitudinal por el paciente independiente de la presencia o ausencia de enfermedad y la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud”, enfatizando el carácter biopsicosocial de la salud, tanto como la importancia de la globalidad y la accesibilidad en la atención.

La Declaración de Alma-Ata², resultante de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud, define a la APS como: “asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”.

Al respecto, el Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences de EEUU refiere APS como “la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales de la salud quienes son responsables de encarar la mayoría de las necesidades personales de salud, desarrollando una interrelación sostenida con los pacientes, y ejerciendo en el contexto de la familia y la comunidad”³.

La Canadian Medical Association⁴ considera la APS como puerta de entrada: “primer contacto y valoración del paciente, provisión de atención continua para un amplio conjunto de problemas de salud”. El alcance de la atención médica primaria incluye el diagnóstico, tratamiento y gestión de los problemas de salud, la prevención y promoción de la salud, e intervenciones con la familia y la comunidad.

En estas últimas definiciones, se reitera su carácter de primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, jerarquizando, a su vez, a la APS como función central y núcleo principal del sistema nacional de salud, incluyéndola como estrategia del desarrollo social y económico global de la comunidad. Incluyen como atributos de la APS accesibilidad, globalidad, coordinación, continuidad y responsabilidad^{2,3,4}.

Starfield⁵, por su parte, define la APS como “el primer nivel de asistencia dentro del sistema sanitario, accesible a todo nuevo problema o necesidad a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los trastornos (con excepción de los más raros o inhabituales) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales”.

La APS ha sido comprendida en cuatro sentidos, los cuales no se excluyen mutuamente, pero el dar prioridad a un sentido u otro se referencia su extensión y su función en la política sanitaria. Vuori⁶ analiza los contenidos de la APS desde las diferentes interpretaciones⁷ que ha tenido a través del tiempo, a saber:

- Como **programa** o conjunto específico de acciones. El enunciado de algunas actividades que incluye la APS condujo a que fuera interpretada como un programa con objetivos y recursos diferenciales, restringidos específicamente a satisfacer las necesidades elementales de grupos humanos, considerados de extrema pobreza. Se posiciona, así, a la APS desde un nivel técnico, conduciendo a un impacto parcial sobre la salud de la comunidad. Esta interpretación es opuesta al principio de equidad reiteradamente expresado en las definiciones formales acordadas sobre la APS. El resultado concreto de esta interpretación es la definición y desarrollo de programas marginales, con recursos marginales para poblaciones marginales.
- Como **nivel de atención**. Algunas de las actividades esenciales que se propusieron en la declaración de Alma-Ata ya eran satisfechas en los países desarrollados, interpretándose la Atención Primaria como una estrategia para países en vías de desarrollo. El término Primaria se interpretó como primer nivel de atención y se aplicaron sus principios sólo a las Unidades de Salud. El nivel de atención es una concepción de tipo técnico-administrativo y se

basa en cómo debe ser el contacto de un individuo con un sistema de salud y su tránsito por este. Resalta la importancia de la atención a personas “sanas” y la inclusión de la participación comunitaria en el abordaje sanitario. Esta interpretación se asoció con las fases de la historia natural de la enfermedad, específicamente en las enfermedades para las cuales existen tecnologías eficaces (vacunas, saneamiento), pero este enfoque produce problemas de rendimiento decreciente y/o sostenibilidad a largo plazo, o aparentemente eficaces, (educación sanitaria) sin modificación de condiciones de vida. Reducir APS a nivel primario de atención preventiva, limita su potencial y excluye las acciones básicas en salud necesarias de acuerdo a la demanda del usuario y según el caso. Equiparar la APS a la asistencia ambulatoria es focalizar sólo el análisis en el primer contacto, ignorando el carácter de continuidad, coordinación, globalidad, orientación comunitaria e intersectorialidad que constituyen dominios esenciales de la estrategia. Las visiones economicistas de la APS se fundamentan en la supuesta orientación al recorte de gastos que acompañaría su implementación al disminuir la carga asistencial del segundo y tercer nivel. Sin embargo, estas posturas obvian ponderar la necesidad de una fuerte inversión para lograr un grado de desarrollo básico, de modo que su concreción redunde en una racionalización en la utilización de los recursos⁸.

- Como **filosofía**. Ubicada en un nivel de decisión político, la APS se ha interpretado como un principio de orientación de las acciones del sistema de salud en el sentido de la igualdad sanitaria en tanto defensa del derecho a la salud desde todos los recursos humanos y todos los niveles de complejidad.
- Como **estrategia organizadora del sistema de servicios de salud**. Supone la incorporación de los conceptos de niveles de atención, escalones de complejidad y de articulación de las diferentes unidades entre sí en la organización de los servicios. Comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población que supuestamente sirve este sistema. Esta concepción debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación entre países. Reconoce en esencia que alcanzar “Salud para Todos” constituye un problema socioeconómico. Orienta esta perspectiva, de implicancia socio-política, la definición de APS como conjunto central de elementos estructurales y

funcionales que procuran garantizar la cobertura y el acceso universal a servicios adecuados; ofrece cuidados abarcadores, integrados y apropiados en el tiempo; y enfatiza la prevención, la promoción y asegura la primera atención. Las familias y las comunidades son su base de planificación y acción, con prácticas de gestión optimizadas en todos los niveles para alcanzar calidad, eficiencia y eficacia, y con mecanismos activos para ampliar la participación individual y colectiva en salud. La atención primaria promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de salud y la equidad.

La última concepción se asume como referencia en este documento.

La implementación de la APS en los países permite identificar variadas modalidades y tendencias en la predominancia de los diferentes modelos. Su concreción varía de acuerdo a los sistemas de protección social y sistemas de servicios existentes. Persiste una tensión entre dos formas diferentes de concebir la APS: una más abarcadora, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados y del desarrollo económico-social de una sociedad, esto es APS como estrategia organizadora del sistema de servicios de salud; y otra más restrictiva, que la equipara con un tipo de cuidado dirigido a poblaciones pobres sin acceso a los recursos, esto es APS como programa⁷. La noción de APS selectiva se fortaleció a partir de la crítica a la concepción de atención primaria integral en la Declaración de Alma-Ata, interpretada como una concepción idealizada en el plazo definido por las metas del programa de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000) propuesto por la OMS⁹. Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en vías de desarrollo, desde la selección de algunas intervenciones, de mayor importancia epidemiológica y tecnológica. Configura un conjunto de medidas o servicios limitados pero con una buena relación costo-efectividad, orientados principalmente a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno-infantil¹⁰.

Dada la enorme carga de las demandas de salud y las limitaciones de los trabajadores y el financiamiento, este enfoque más selectivo se consideraba más viable, mensurable, rápido y menos arriesgado que capacitar a las

comunidades en la toma de decisiones. Los organismos de financiación valoraron este enfoque como especialmente atractivo, ya que permitió la formación, apoyo logístico, gestión, e implementación de sistemas de control para lograr los resultados que podrían ser medidos. Se concretaron actividades preventivas centradas en la provisión de servicios específicos como planificación familiar, inmunización, control de enfermedades endémicas y nutrición. Estas intervenciones se proveyeron principalmente a través de programas "verticalistas", alejando las decisiones de la comunidad, pero alcanzando rápidamente una alta cobertura, al menos, para algunas de las prioridades seleccionadas, en particular la planificación familiar y la inmunización¹¹.

Esta distinción conceptual y aplicada entre experiencias de APS integrales y selectivas, horizontales y verticales, de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba fue el principal tema de debate en la salud global en las décadas de 1980 y 1990. Una característica del debate fue la falta casi total de evidencia provista por evaluaciones de los diferentes enfoques¹¹.

Sin embargo, desde 2000 ha habido un cambio orientado a combinar los puntos fuertes de ambos enfoques, y de hecho, utilizar los programas selectivos para fortalecer gradualmente los sistemas sanitarios para poder ofrecer una atención más integral. Se reconoce que el abordaje selectivo de la atención primaria ha creado limitaciones en el acceso y utilización de los servicios, al ignorar la creciente presencia de problemas de salud que van más allá de aquellos que afectan específicamente a mujeres y niños y que no pueden resolverse sin estrategias integradas y continuas (como el caso de las enfermedades crónicas)¹².

En los países latinoamericanos, la APS fue interpretada desde diferentes perspectivas, pero en una gran parte de los casos se partió de una concepción selectiva de canasta mínima de servicios de salud de baja calidad, dirigidos a grupos poblacionales de baja renta y no integrados con los otros niveles de atención. En general, la implementación fue muy heterogénea y condicionada por la segmentación de los sistemas de salud.

En muchos países de la región, las reformas destinadas a extender la cobertura de servicios de salud a la población de menores ingresos y en las zonas rurales más remotas se ha llevado a cabo instalando centros de atención

primaria en zonas periféricas, contratando proveedores externos a las entidades públicas, aprovechando infraestructura privada existente y construyendo nuevos centros. Los intentos de fortalecer la APS han conducido a la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de la incidencia de la tuberculosis, el dengue y la malaria, entre otras. La profundidad, extensión y continuidad de los esfuerzos, así como sus resultados, han guardado directa relación con el volumen de recursos financieros destinados y con el grado de desarrollo institucional de cada país. Dada la escasez de recursos, la estrategia de concentrarlos en la atención de los problemas más serios de la población vulnerable ha resultado exitosa, pero su viabilidad en el tiempo requiere que la estrategia esté sostenida en una red articulada de servicios sanitarios y estrechamente coordinada con políticas intersectoriales¹³.

Así, algunos países, como Bolivia, El Salvador y Nicaragua, han focalizado la aplicación de APS en el desarrollo de programas materno-infantiles, brindando cobertura a mujeres y niños hasta 5 años de edad a partir de prestaciones específicas que no han podido garantizar un acceso integral a la atención sanitaria¹⁴.

La segmentación de los sistemas de salud implica división de la población beneficiaria, superposición de funciones, fragmentación de la red asistencial sin garantía de acceso a niveles de mayor complejidad, discontinuidad del cuidado y desigualdades de acceso. Todo ello se traduce en mayor inequidad e ineficiencia en la provisión de servicios e incide negativamente sobre la cohesión social. Esta segmentación y fragmentación imponen desafíos importantes para la implementación de una APS con enfoque abarcador como estrategia de reorganización del sistema de salud⁷.

Sin embargo, en los últimos tiempos se han puesto en marcha iniciativas importantes que reflejan el reconocimiento y defensa de una APS integradora como base para la organización de los sistemas de salud. Los sistemas sanitarios con principios universales, como Costa Rica, Chile y Brasil, apuntan con mayor fuerza hacia la definición de la APS como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud¹⁴.

La integración de los servicios de primer nivel en el sistema de salud es un aspecto crucial para la reorganización de un sistema de salud en torno a la

APS integral. Es un atributo fundamental de una APS abarcadora en contraposición a la APS selectiva, cuya característica básica es la restricción de la oferta a una canasta básica de servicios de bajo costo en el primer nivel de atención, sin garantía de acceso a servicios de salud especializados de acuerdo a las necesidades de la población y produciendo importantes desigualdades en el acceso y en el ejercicio del derecho universal a la atención en salud⁷.

1.1.2. APS como estrategia privilegiada de organización del Sistema Sanitario

Siguiendo el modelo teórico de Barbara Starfield⁵, en este trabajo se asume una noción abarcadora de APS, considerándola como una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo. Aunque sus prácticas corresponden al primer nivel de atención, se constituye en un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad de los cuidados. Se sustenta en la orientación a dar respuesta a los más amplios determinantes de la salud; brindar cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.

Desde la perspectiva de los determinantes de salud, se observa la acción de APS. Dichos determinantes son definidos como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Pueden agruparse en cuatro grupos: los servicios de salud; las características genéticas y biológicas, individuales o poblacionales; las conductas de individuos y grupos; y el entorno socio-ambiental (condiciones políticas, socioeconómicas, productivas, de educación, culturales)¹⁵.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud plantea mejorar las condiciones de vida cotidianas, creando entornos saludables, prácticas justas de empleo y trabajo, brindar protección social a lo largo de la vida y atención de salud universal. En este último aspecto, se destaca el acceso y la utilización de servicios como elemento fundamental para alcanzar la equidad sanitaria, orientando las prácticas hacia la prevención y la promoción, centradas en la APS^{16, 17,18}.

Se trata, así, de una intervención integral, intersectorial e integrada, de alto impacto sanitario, que promueve el uso racional de recursos disponibles, mejorar la efectividad de las acciones de salud, priorizar la participación social, descentralizar y optimizar los servicios, y favorecer la accesibilidad a aquellos¹⁹.

Los beneficios de la atención sanitaria centrada en APS sobre la salud de la población pueden asociarse a los mecanismos de su práctica, a saber^{7,20}:

1. Accesibilidad. Se orienta hacia facilitar el contacto de la comunidad con los servicios que necesita, favoreciendo la cobertura universal de la población desde su función de primer contacto o puerta de entrada al sistema de salud, a partir del trabajo de equipos multiprofesionales y en relación con acciones intersectoriales,
2. Prevención. Las intervenciones desde un enfoque “genérico” de la prevención (no dirigidas a una patología específica), propio de APS, resultan más eficaces. Algunos ejemplos son: la promoción de la lactancia materna, la actividad física, una dieta saludable, dejar fumar.
3. Atención temprana. Respecto de los problemas más comunes de salud, donde entre el 80 y el 90% de éstos deben ser resueltos a partir de acciones amplias e integradas;
4. Enfoque multidimensional. El énfasis en la persona y sus necesidades a partir de una perspectiva integral, incluyendo los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y económicos, y no sólo el manejo de las enfermedades, podría explicar el impacto favorable de APS en la salud. Los cuidados continuos, propios de una fuente regular de atención, incrementan las posibilidades de que los profesionales puedan identificar y abordar problemas psicosociales. La participación

comunitaria propicia el involucramiento de las personas en la planificación y sistematización del trabajo de los equipos de salud, amplificando la inclusión de factores no biológicos en la definición de los problemas a tratar.

La importancia de definir atributos específicos de APS y discutir su integración en el sistema para favorecer la efectivización de su papel de coordinación se fue haciendo evidente con el avance de la evaluación del desempeño de los servicios, resultante en el planteo de la relación entre calidad de la estructura y proceso de cuidado para obtener adecuados resultados en salud⁷.

Son dominios, atributos o dimensiones característicos de la APS, los que se detallan a continuación⁵:

1. **Primer contacto:** supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional sanitario concreto que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población. La *accesibilidad* es el elemento estructural necesario para el primer contacto. La *utilización* de los servicios interesa, en cuanto al primer contacto, como el grado en que se hace la primera consulta por un problema nuevo al centro o profesional habitual.

2. **Longitudinalidad o continuidad:** incluye la *capacidad*, como identificación de la fuente habitual y continuada de atención por parte del usuario y de la población elegible o candidata a sus servicios por parte del centro; y la *realización*, como utilización del centro referente a lo largo del tiempo para todos los problemas de salud, a excepción de los que son objeto de derivación por el médico de APS. Este dominio involucra la relación personal a largo plazo entre el paciente o usuario y el profesional o centro de salud, redundando en el conocimiento más integral del paciente y la comunicación más fluida, aspectos que mejoran la atención sanitaria.

La continuidad de los cuidados permite efectivizar la distribución de recursos en tanto que orienta más de ellos a mayor necesidad, es decir, a los pacientes más complejos y/o graves. De este modo, la APS ejecutada según este atributo contribuiría a revertir la “ley de cuidados inversos” (quien más cuidados precisa, menos recibe)²¹.

3. **Integralidad o globalidad:** es una función del sistema de salud como un todo que incluye el énfasis en la promoción de la salud y un catálogo integral de servicios con la articulación de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas en todos los niveles de complejidad tecnológica, es decir primaria, secundaria y terciaria. La garantía de esa oferta se organiza a partir de los servicios de APS. Esta dimensión se evalúa respecto de los *servicios disponibles* y los *servicios recibidos*. La cartera de servicios es un listado explícito de la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de la población, es el mínimo común denominador que se ofrecerá a los ciudadanos a partir de las necesidades identificadas a las que se decide dar respuesta. En el sistema sanitario público debería establecerse en un proceso abierto, con participación ciudadana, en que se tuviera en cuenta los problemas de efectividad, equidad y autonomía del paciente, constando los recursos, costes, objetivos e indicadores adecuados. Lo crítico en su cumplimiento es la adecuación según la necesidad, de forma que reciban el servicio todos cuantos lo necesitan y no lo reciban quienes no lo necesitan (lo primero puede verse como seguridad; lo segundo, como eficiencia, y el equilibrio, como calidad)²¹.

4. **Coordinación:** se relaciona con el elemento estructural de la continuidad o *integración* asistencial y determina el grado con que los eventos en los servicios de salud son percibidos como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades. Garantías de continuidad son la relación entre los usuarios y el equipo y/o los profesionales de salud, tanto como los *sistemas de información*. La coordinación o integración de los servicios presupone alguna forma de continuidad, bien porque la atención es brindada por profesional, o bien porque se comparte información de las historias clínicas, o por ambos motivos. La coordinación permite además el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.

La coordinación de servicios sanitarios facilita que la APS optimice su capacidad de respuesta. En ausencia de reglas claras y de incentivos para la sustitución de servicios, la integración de la atención primaria y la especializada puede resultar en sobrecarga sobre el segundo nivel, dada la habitual diferencia de tamaño, funcional y estructural. Por ello, se recomienda una asignación territorial integrada de recursos, según capitación corregida por

complejidad de problemas de salud. Se suman a las diferencias de recursos, inversiones de la gestión y actitudes profesionales, la tendencia de los usuarios a asociar los hospitales con mejor atención sanitaria y el problema de credibilidad de la APS cuando su capacidad de respuesta es muy limitada²¹.

A su vez, se identifican dimensiones secundarias de APS, a saber⁵:

1. **Enfoque familiar** para centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano, identificando los factores familiares involucrados en el origen y el cuidado de las enfermedades y en la promoción de la salud.
2. **Orientación comunitaria** para dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana, conociendo sus necesidades desde datos epidemiológicos y contacto directo. Involucra también la relación con la comunidad, el planteamiento y la evaluación conjunta de los servicios.
3. **Competencia cultural** de los proveedores para adaptarse y establecer relaciones que faciliten la atención a los problemas de salud de diferentes grupos sociales y con características culturales diversas de la población asignada.

Esta caracterización de los atributos esenciales que la APS debe cumplimentar orienta las estrategias de evaluación de servicios o sistemas de salud, favoreciendo la diferenciación entre atención mínima y APS. La atención mínima o básica, propia de las concepciones vinculadas a APS selectiva, presentan incapacidad estructural para responsabilizarse por una atención integral de la salud, respondiendo sólo a la demanda espontánea o brindando servicios específicos sin la complementación necesaria con otros niveles de atención²², es decir, configurando una alternativa sanitaria pobre “para pobres”. Se espera que la implementación de servicios de APS que responde a los dominios principales de esta estrategia se asocie con un mejor funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto, mayor efectividad preventiva, sistema de referencia, coordinación y continuidad de la atención⁵.

La capacidad de respuesta de la APS supone seleccionar e implementar los cursos de acción diagnósticos y terapéuticos óptimos ante los problemas de salud, esto es que responder no significa siempre resolver, pero sí proponer las

mejores opciones. Existen cuatro funciones que deben ser consideradas en el análisis de la capacidad de respuesta: prevención, resolución (curar, contener, cuidar, ayudar, consolar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial). Para esto es imprescindible el apoyo de una adecuada gestión, cuyo trabajo puede frenar o catalizar la capacidad de respuesta de los servicios²¹.

Una buena capacidad de respuesta es favorable para mejorar la valoración de los servicios de APS por parte de la población usuaria. La credibilidad plantea lo que se conoce como la “*paradoja de la atención primaria*”, esto es la relativa fragilidad de este nivel de atención frente a la intención de hacerle asumir una función estratégica en el sistema²¹.

1.1.3. Integración de APS en América Latina

Si bien América Latina presenta una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural, es posible encontrar situaciones comunes en lo que se refiere a la forma en que los Estados nacionales han enfrentado la organización sanitaria.

En la década de 1980 se intensificaron los procesos de reforma sectorial en el contexto del ajuste estructural, fuertemente motivados por el control del gasto, resultando en cambios desencadenantes de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud. De modo que complicaron más que resolver las desigualdades y los problemas de eficiencia⁷.

Los procesos de gestión sanitaria han sido muy diferentes en cuanto a grado de desarrollo, aún con patrones semejantes de segmentación de acceso y utilización de servicios y de financiamiento altamente dependiente de aportes de la economía formal. La reforma, esencialmente administrativa, supone énfasis en la modificación de la arquitectura legal de las políticas y programas. Los organismos internacionales (Banco Mundial, CEPAL, OPS) proporcionan financiamiento, estableciendo condiciones explícitas en la agenda de políticas sociales, incluidas las sanitarias: disminución de la intervención del estado en la provisión de bienes y servicios, direccionando la esfera pública para los grupos carenciados y reorientando la oferta para priorizar la prestación de servicios de bajo costo, la descentralización de las responsabilidades hacia los

niveles subnacionales, la introducción de mercados competitivos y la recuperación de costos²³.

La descentralización de la gestión de salud del estado nacional a las instancias subnacionales (provincias, estados o municipios) se fundamenta en la búsqueda de la equidad, con la provisión de servicios de APS y un abordaje regional más adaptado a los problemas locales.

Los estudios muestran un mejor acceso en el primer nivel de atención, pero identifican dificultades en cuanto la referencia y la contrarreferencia²³.

Muchos programas de APS no se desprenden de una política global, de modo que su financiamiento es esporádico, generando discontinuidad en la provisión de servicios y dispersión del equipo profesional capacitado. Suelen constituir acciones aisladas sin articulación con la red de servicios de salud, lo que compromete su capacidad resolutoria. Sin embargo, logran ampliar la cobertura, enfocando principalmente al grupo materno-infantil⁷.

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación, en las “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”, señala a la APS como organizadora del sistema (capítulo 6.2), y se han verificado reformas en curso con diversas experiencias en diferentes zonas del país, como los programas de Salud Familiar. Sin embargo, resulta prioritario unificar criterios para la toma de decisiones sanitarias.

1.2.1. Necesidades de atención en Salud Mental. Frecuencia de trastornos mentales.

Un aspecto fundamental en la definición de las necesidades en salud de la población se concentra en torno a los problemas mentales, que afectan no sólo la calidad de vida sino la autonomía de las personas. A su vez, se encuentra que los problemas de salud mental no se concentran en ningún grupo en particular. Se manifiestan de modo universal en personas de todas las regiones, diversas en edad, género y condiciones socioeconómicas. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales o problemas psicosociales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida al menos un trastorno mental. Entre el 17% y el 22% de los

menores de 18 años, sufre problemas emocionales o de conducta y uno de cada ocho padece un trastorno mental²⁴. Estudios epidemiológicos realizados en los últimos 20 años en América Latina estimaron la prevalencia de trastornos mentales en un año, encontrando que la media de las psicosis no afectivas fue de 1,0%, la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o dependencia de alcohol, de 5,7%²⁵.

Una revisión sobre la epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe encontró tres estudios multicéntricos nacionales realizados en Brasil y Chile que identificaron a la depresión, la ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias como los más prevalentes en adultos²⁶. En la población infantil y adolescente, la prevalencia de trastornos mentales es de 20%, siendo más frecuentes los de ansiedad y de conducta²⁷. La mayoría de los estudios latinoamericanos fueron realizados en entorno de tratamiento o escolares, con muestras no representativas, dificultando la extrapolación de resultados y la evaluación de factores de riesgo y de pronóstico²⁸.

Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial²⁸. La depresión mayor configura la principal causa de discapacidad, y es la cuarta entre las diez principales causas de carga de morbilidad a nivel mundial.

Se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 22,2% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) observados en América Latina y el Caribe. El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas²⁹.

Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente²⁹.

1.2.2. Necesidades de atención en Salud Mental y APS.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. La significativa carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales es consecuencia de la manifestación temprana de los síntomas y de la alta prevalencia de los trastornos. Una pequeña proporción de las personas que requieren tratamiento concurren a los servicios de atención de salud mental especializados o servicios de atención de salud general³⁰.

En estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados, se expresa la preocupación por esta brecha detectada entre las necesidades de la población (personas que requieren tratamiento) y el acceso a los tratamientos. Mientras las escalas de detección informan que la prevalencia oscila entre 10 y 30%, la población efectivamente atendida escasamente constituye una tercera parte³¹.

La brecha en la atención de los problemas de salud mental se ha relacionado con factores subjetivos, asociados a la demanda, tales como la negación de problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco eficaz, la creencia de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa, el estigma, la carencia de conocimientos sobre trastornos mentales²⁸.

Los estudios comienzan a ocuparse entonces de las diferencias entre la calificación “académica” de trastorno (constituida por los manuales diagnósticos y las descripciones sintomáticas) y la calificación de las personas (constituida por su propia percepción de necesidad de ayuda). Las últimas investigaciones muestran que, aunque una pequeña parte recibe tratamiento por medio de recursos alternativos, resta una porción importante sin demanda manifiesta en los servicios de salud³¹.

En América Latina y el Caribe existe una amplia diferencia entre las tasas de prevalencia de los trastornos y la población efectivamente tratada. En diferentes muestras, más de una tercera parte de las personas con psicosis no afectivas, más de la mitad de las que presentaban trastornos de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las personas diagnosticadas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibieron atención de salud mental en el sistema de salud formal³².

En Argentina, existe muy poca información sistematizada sobre demanda de servicios en salud mental³¹.

También se refieren factores objetivos, asociados a la atención, respecto de la brecha entre necesidades y asistencia: aspectos financieros, escasa disponibilidad de servicios, problemas de accesibilidad y adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios³⁰.

Las enfermedades mentales afectan en mayor grado a los grupos poblacionales de los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son aún más escasos³³.

En el abordaje de estos problemas de salud, debe priorizarse la organización de servicios incluyendo principios clave: accesibilidad, coordinación y continuidad de los cuidados, efectividad y equidad, en el marco de una atención de naturaleza comunitaria, descentralizada, participativa, integral y con un componente manifiesto de prevención³⁴.

Para ello, se establece que la atención en materia de salud mental debe integrarse en la atención primaria y basarse en servicios establecidos en la comunidad³⁵.

Varios estudios epidemiológicos realizados en Europa han encontrado que aproximadamente un 25% de los pacientes que consultan en atención primaria presentan algún problema de salud mental³⁶.

Por su parte, el Informe sobre la salud en el mundo 2001 de la Organización Mundial de la Salud refiere, a partir de un estudio multicéntrico en 14 ciudades del mundo, que los trastornos mentales y conductuales son frecuentes en los pacientes que consultan en centros de APS, por lo que identificar a los usuarios con dichas problemáticas optimizaría la prestación de servicios asistenciales necesarios en ese nivel³⁷. Los dos centros de América Latina incorporados en el estudio (Río de Janeiro, Brasil y Santiago, Chile) registraron las tasa más altas (35,5% y 52,5%, respectivamente) para cualquier diagnóstico. Los diagnósticos más frecuentes en el primer nivel son los trastornos de ansiedad (22,6% y 18,7% en Brasil y Chile, respectivamente), depresivos (15,8% y 29,5% en Brasil y Chile, respectivamente) y asociados al consumo y abuso de sustancias (4,1% y 12,5% en Brasil y Chile, respectivamente)³⁸.

Un sistema sanitario organizado desde la estrategia de APS podría detectar y abordar más eficientemente necesidades en salud mental. El manejo de casos

en las patologías detectadas y la atención integral que incluye a la salud mental como un factor de importancia en el abordaje a la persona demandan habilidades en los profesionales tratantes, infraestructura e insumos tanto como un sistema eficaz de referencia¹¹. Resultados de estudios transversales concluyen que el médico generalista es el profesional más activo en salud mental²⁶.

Un reporte de la OMS revisó las barreras para el desarrollo de servicios de salud mental en países con ingresos bajos y medios a través de una encuesta cualitativa a expertos internacionales y gestores, encontrando que la localización centralizada de la mayoría de los recursos se ha planteado como una barrera para el progreso en una atención a la salud mental efectiva. En contrapartida, se recomienda que los recursos se descentralicen geográficamente para proveer una atención disponible y accesible a las comunidades³⁹.

Respecto de las barreras para integrar la salud mental en APS, se identifica que: 1- los servicios de APS suelen estar sobrecargados con tareas múltiples, sin contar con el tiempo necesario para brindar un cuidado apropiado a los pacientes con problemas mentales; 2- los profesionales de APS no reciben suficiente supervisión y apoyo de los servicios especializados como para optimizar el entrenamiento en la atención de estos pacientes; 3- los psicofármacos no están disponibles de modo continuo en los centros de APS.

Así, el trabajo con la salud mental desde la APS permite abordar tanto los problemas psicológicos y psiquiátricos que puedan ser tratados a este nivel como los factores de riesgo y protectores asociados al estilo de vida personal y comunitaria. Los estilos de afrontamiento de la vida, el apoyo emocional y estímulos educativos que desarrollan capacidades emocionales y cognitivas en los primeros años de vida, el reforzamiento de la contención familiar y social, la integración del sufrimiento, el dolor, la recompensa, la relación consigo mismo y las redes sociales de apoyo, las habilidades personales y sociales, la resolución de crisis vitales esperables, son aspectos abordables desde estrategias de promoción y prevención en salud mental que pueden favorecer estilos de vida saludables psíquicamente.

Por otra parte, el trabajo intersectorial sobre servicios públicos diversos vinculados con la salud (educativos, laborales, culturales, deportivos,

recreativos, de transporte) también se constituye en coproductor de un capital humano impactante a nivel sanitario en los individuos y las comunidades⁴⁰.

La promoción de estilos de vida saludables y de vínculos funcionales y el fortalecimiento de redes sociales operan, desde el primer contacto, como abordajes integrales, donde la Salud Mental es un elemento de trabajo continuo con todos los usuarios. En esta dirección, se fundamenta la evaluación de APS en relación con las necesidades en Salud Mental.

La organización a partir de APS como filtro del sistema favorecería el control sobre las variaciones de la práctica médica, dado que aumentaría la resolución de aquellos problemas que no requieren de diagnósticos específicos. El primer contacto permite que el acceso a las especialidades se produzca por derivación, reduciendo los procedimientos innecesarios⁴¹.

1.3.1. Evaluación de APS

La evaluación en el sistema sanitario, tanto de proceso como de resultado y de impacto, se visualiza actualmente como la vía privilegiada para la toma de decisiones. La asignación de recursos, su organización y gestión puede hacerse más eficientemente si se dispone de criterios apropiados y consensuados, así como de instrumentos que permitan obtener valoraciones válidas y fiables⁴².

Los modelos de evaluación sugeridos por organismos internacionales reconocen la interdependencia de tres grandes conjuntos de indicadores para el desempeño de los servicios: los determinantes (ambientales, socio-económicos y demográficos, de comportamiento y biológicos), las condiciones de salud de la población (morbilidad, estado funcional, bienestar, mortalidad) y la estructura (conducción, financiamiento, recursos)⁷.

Diferencias históricas en el estado de salud entre los ricos y los pobres pueden explicarse en parte debido a diferencias en el acceso a los servicios básicos de salud. Esta evidencia resulta más llamativa cuando la unidad de análisis trasciende la evaluación genérica para orientarse a componentes específicos del sistema sanitario, encontrándose que ciertos tipos de atención pueden ser más beneficiosos que otros en la reducción de la carga global de enfermedad de un país¹⁶.

La crisis sanitaria actual, asociada a la demanda creciente de la población, el aumento de los costos y el retorno a la atención predominantemente curativa y hospitalaria, torna relevante y oportuna la exploración de APS y sus características primordiales¹¹.

A su vez, los cambios y reformas ocurridos en los sistemas sanitarios en las últimas décadas, plantean la necesidad de adoptar un enfoque renovado en la estrategia de APS, de modo de efectivizar su impacto en el nivel de salud de la población. Para esto, la evaluación de la implementación de APS se recomienda como medida de fortalecimiento de la estrategia, principalmente en los países en desarrollo, donde el potencial para mejorar sanitariamente es mayor⁴³.

El informe sobre renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas de la OPS plantea como líneas de acción estratégica: la evaluación de los diferentes sistemas basados en la APS, la valoración de los servicios sanitarios, la identificación y divulgación de la información sobre mejores prácticas con vistas a mejorar su implementación y el desarrollo de la metodología y los indicadores para monitorear y evaluar los avances^{44,45}. Además, se ha recomendado aumentar y mejorar la información que permita la comparabilidad entre centros y proveedores acerca de la capacidad asistencial o la estructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención⁴⁶.

En América Latina, se encuentran algunos antecedentes sobre la evaluación de APS. Un estudio de casos y controles apareados realizado en México encontró que la coordinación adecuada y la continuidad en los cuidados tuvieron un importante efecto independiente en la reducción de las probabilidades de morir de los niños de áreas carenciadas⁴⁷.

Otro estudio realizado en Bolivia reportó una reducción en la mortalidad infantil de niños menores de 5 años de zonas pobres a partir de la planificación de base comunitaria de servicios de APS, en comparación con otras regiones⁴⁸.

La reforma basada en APS de Costa Rica supuso incrementar los centros de atención primaria y se reorganizaron los equipos de salud asignándoles población a cargo. En un estudio cuasi-experimental se encontró que por cada 5 años posteriores a la reforma la mortalidad infantil se redujo en 13% y la mortalidad de adultos en 4%⁴⁹.

Dos estudios en diferentes áreas de Brasil encontraron asociaciones entre la adecuación de los servicios con las características básicas de APS y la salud autopercebida en adultos y niños^{22,50}.

La evaluación de la APS en la Argentina tiene como antecedentes un estudio sobre servicios de salud del noroeste argentino (Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán) y otro en el primer nivel de atención en las provincias de Catamarca, Córdoba, Misiones y Santiago del Estero, ambos con indagación de elementos estructurales del sistema sanitario y aplicación de encuestas semiestructuradas a efectores de APS respecto de los principales dominios o dimensiones de la estrategia. Se encuentran como resultados diversidad de definiciones de APS por parte de los efectores y dificultades en la ejecución de las acciones, con atención orientada fuertemente a la asistencia a demanda y por patologías, aplicación escasa de programas preventivos, coordinación limitada a la derivación para internación. Sin embargo, las entrevistas fueron diseñadas específicamente para dicho estudio y no se informa acerca de la adecuación al modelo teórico y la evaluación de la validez y fiabilidad, por lo que resulta necesario generar nuevos instrumentos que contemplen dichos factores⁵¹.

Un estudio, organizado en colaboración con la OPS, evaluó la implementación de APS en la ciudad de Rosario, analizando las inconsistencias entre las propuestas programáticas y las actividades ejecutadas, encontrando amplias dificultades para lograr el acceso de la mayoría de las familias a la atención primaria⁵².

1.3.2. Instrumentos de Valoración de APS (Primary Care Assessment Tools – PCAT)

Históricamente, definir la APS ha sido problemático porque los conceptos no permitían operacionalizar medidas del grado de consecución de los componentes relacionados con la atención primaria. Sin embargo, el análisis de los elementos estructurales y de proceso de un sistema de servicios de salud permite obtener información sobre el grado en que se consiguen las metas en relación a los atributos de la estrategia⁴². Los elementos estructurales incluyen: accesibilidad, oferta de servicios, definición de la población de referencia y

continuidad de la atención. Los elementos de proceso incluyen la utilización de servicios y el reconocimiento de los problemas de salud. Los cuatro atributos o dominios principales de la APS se pueden medir examinando estos elementos estructurales y de proceso, medida que se basa en la definición de APS de la IOM³ y es consistente con al menos dos reportes internacionales^{2,53}. La APS se valora como “buena” de acuerdo a cómo se implementan estos atributos.

En este sentido, B. Starfield y L. Shi han desarrollado un conjunto de herramientas para valorar la APS, recogidas bajo el nombre de PCAT: Primary Care Assessment Tools, que tienen como objetivo valorar la APS a partir de la medida de cada uno de sus cuatro dominios atributos y sus dos características: Primer contacto (accesibilidad y utilización); Atención centrada en la persona y a lo largo del tiempo (afiliación a un proveedor y relación interpersonal); Globalidad de la atención (disponibilidad de servicios y servicios proveídos); Coordinación (sistemas de información e integración de servicios). Además constan de escalas para medir: orientación comunitaria, enfoque familiar y competencia cultural⁵⁴.

La información que aporta un instrumento de estas características permite identificar aquellos problemas y dificultades en la organización del sistema que produzcan mayor impacto en la salud poblacional tanto como promover iniciativas que involucren acciones de promoción de salud, prevención y manejo de las enfermedades, de manera resolutiva y de calidad, de modo que propicien cambios en el nivel de salud de la población⁵.

El PCAT se constituye por un conjunto de cuestionarios agrupados según la fuente de información: proveedores de APS, responsables de equipos de APS y usuarios, en la que se basa este trabajo.

Estos instrumentos, a través de respuestas tipo *Likert* de 4 puntos (1 = definitivamente no; 2 = probablemente no; 3 = sí, probablemente; y 4 = sí, definitivamente), posibilitan construir valores de APS con rango de 1-4 para cada dimensión. El valor final de cada una de estas dimensiones es dado por la media de las respuestas de sus ítems. Originalmente, la suma de las medias de los valores de las 7 dimensiones y subdimensiones esenciales con la media del valor del grado de afiliación al servicio de salud produce el Valor Esencial de APS. La suma de la media de estos 8 valores esenciales con las medias de los 3 valores derivados produce el Valor General de APS⁵⁴.

Los atributos de las versiones originales del PCAT presentan una adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo^{54,55}.

1.3.3. Adaptación del PCAT-usuarios para su uso en Argentina

En la Argentina no se ha realizado una evaluación de la implementación de la APS que se ajuste al modelo teórico, las características del entorno social y sanitario y los aportes de los diferentes actores involucrados.

El interés por evaluar la implementación de APS en Argentina está orientado a la valoración del impacto de los programas de APS, que si bien con desarrollo heterogéneo y a menudo discontinuado, comienzan a ensayar la consecución de una estrategia de suma importancia para el sistema sanitario. Aparece, entonces, la necesidad de evaluar los cambios tanto desde el proceso de provisión de servicios como desde los resultados⁴².

Es evidente en nuestro medio la necesidad de disponer de instrumentos con validez y fiabilidad conocida, que posibiliten la comparabilidad entre centros y proveedores respecto de la capacidad asistencial o la estructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención⁵. Tales herramientas serían útiles en la evaluación de los servicios sanitarios de Argentina y para señalar aquellos cambios que se produzcan por la puesta en marcha de nuevos programas, para sustentar la toma de decisiones en la gestión de los recursos destinados a ese fin. Es necesario contar con instrumentos que, sobre la base de conceptos ampliamente aceptados para la valoración de la APS, incluyan especificidades de cada subsistema de salud y aportes de todos los actores involucrados.

Asumiendo que el foco de atención de la APS no lo constituyen los problemas de salud, sino las personas, resulta insuficiente abordar la seguridad, la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la atención sin valorar el factor humano, el impacto de los programas y prestaciones, a través de las experiencias de los usuarios, informantes esenciales sobre aspectos de la atención sanitaria que influyen en los resultados y la satisfacción de sus necesidades y expectativas⁵⁶. La mayor parte de los estudios coinciden en que los pacientes conceden una mayor importancia a aspectos como la disponibilidad de tiempo y servicios, la accesibilidad, la continuidad de la

atención, la información que reciben sobre sus problemas de salud o la relación médico- paciente, mientras que ponen menos énfasis en los aspectos organizativos que los proveedores o gestores^{57,58}.

El aumento de las exigencias sobre la atención que brinda el sistema sanitario se vincula al desarrollo del nivel cultural y educativo de los ciudadanos, así como el uso creciente de las nuevas tecnologías de la información, que han posibilitado su acceso a fuentes más específicas.

De este modo, cobra importancia facilitar la expresión desde la perspectiva de los usuarios para incluir sus aportes en la toma de decisiones sobre el sistema sanitario.

La comprensión de las experiencias en APS de los usuarios (más que su satisfacción), incluyendo la medida en que reciben los servicios apropiados a sus necesidades y la coordinación e integración de la atención, aporta elementos esenciales para la evaluación de la adecuación de los servicios sanitarios²⁰. Dado que los instrumentos PCAT-usuarios han sido diseñados para su uso en Estados Unidos, es necesario realizar una adaptación transcultural del PCAT para usuarios, tanto por el idioma como porque el entorno sanitario y social de aquel país presenta diferencias importantes respecto al contexto argentino.

Los ítems, las opciones de respuesta y las instrucciones del instrumento de medida requieren un proceso de adaptación que garantice no sólo la traducción idiomática sino la adaptación a la cultura y a particularidades del contexto en que será aplicado, de modo de mantener la validez de contenido a nivel conceptual. Sólo de esta manera es posible asumir que la versión local consigue medidas similares a la original.

Se trabaja para alcanzar equivalencia semántica (de modo de asegurar que las palabras utilizadas signifiquen lo mismo y abordar las dificultades gramaticales), idiomática (para lograr expresiones equivalentes a las del cuestionario original), práctica (tal que los ítems incluyan experiencias cotidianas) y conceptual (obteniendo en la versión de adaptación términos con definiciones semejantes)⁵⁹.

El proceso de respuesta de las preguntas es complejo e involucra diversos pasos cognitivos, que no siguen una secuencia invariante, incluyendo algunas

operaciones concientes y otras automáticas (de las que el encuestado no es conciente)⁶⁰.

Los procesos cognitivos implementados en la respuesta de cuestionarios varían de acuerdo al tipo de pregunta, pero en general suponen cuatro fases: 1) comprensión de la pregunta (su intención y significado de los términos); 2) recuperación de información relevante desde la memoria (tipo de información necesaria y estrategia de recuperación); 3) procesos de decisión (motivación para responder, aceptabilidad social de la respuesta); 4) procesos de respuesta (apareamiento de la respuesta generada internamente con las categorías de respuesta ofrecidas en el cuestionario)⁶⁰.

Este instrumento está disponible o está siendo adaptado en numerosos países como Canadá⁶¹, Brasil⁵⁰, España⁴², además de Estados Unidos. Por lo cual, la adaptación del PCAT al contexto argentino posibilitaría la comparación con los sistemas sanitarios países mencionados.

La adaptación transcultural incluye cuatro fases diferenciadas⁵⁹:

- a) Fases lingüísticas: traducción al castellano y traducción inversa al inglés.
- b) Fase de evaluación de validez de contenido: reunión de consenso con profesionales de la APS para valorar la adecuación de las preguntas en el contexto del sistema sanitario argentino, diferente al de EUA.
- c) Fase de pre-test: entrevistas cognitivas para valorar la comprensión, dificultades e interés de los ítems.
- d) Fase de evaluación: propiedades métricas.

Este trabajo incluye el desarrollo de las primeras 3 fases (a, b y c), quedando pendiente para otro proyecto la evaluación de las propiedades métricas de la versión argentina obtenida.

A su vez, se trabaja en un módulo de ítems que incluyan la evaluación de APS en cuestiones específicas de usuarios con necesidades en Salud Mental.

1.4. Hipótesis

1. El método de adaptación transcultural permitirá obtener versiones argentinas del PCAT-usuarios (Primary Care Assessment Tools, Customer-client Survey) equivalentes a las originales, válidas como medida de las dimensiones propuestas en el modelo teórico y culturalmente adecuado para ser aplicado en población infantil y adulta en la Argentina.
2. La versión argentina del PCAT-usuarios permite detectar diferencias en la implementación de los dominios principales de la APS en usuarios con distintos tipos de trastornos mentales.

1.5.1. Objetivo General

- Obtener versiones de los cuestionarios para usuarios (infantil y adultos) de los instrumentos de PCAT, con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales (Estados Unidos de América) y adecuadas a la población y al sistema sanitario argentino.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Adaptar transculturalmente las versiones largas del cuestionario PCAT para usuarios (PCAT-CE y PCAT-AE, para niños y adultos respectivamente).
- Evaluar la validez de contenido y la adecuación al sistema sanitario argentino de las versiones argentinas del PCAT-usuarios con la participación de expertos de diferentes ámbitos de la APS.
- Valorar la comprensión y la equivalencia semántica del contenido de las versiones adaptadas en muestras de usuarios con trastornos mentales y sin trastornos mentales.

2. METODOLOGÍA

Se utilizó el método de adaptación transcultural de instrumentos de medidas de salud percibida siguiendo normas internacionales⁵⁹, con modificaciones mínimas atendiendo a la necesidad de adaptar el instrumento también a un sistema sanitario diferente. El procedimiento incluyó subestudios con propósitos, participantes y poblaciones diferentes, en las siguientes fases (Figura 1):

2.1. Traducción y adaptación lingüística

Se realizaron dos traducciones independientes del PCAT-usuarios (Primary Care Assessment Tools, Consumer-client Survey) original en inglés (Estados Unidos) al español de uso en Argentina, con el propósito de conseguir equivalencia semántica (significados similares). Una profesional lingüista y la investigadora tradujeron los cuestionarios, puntuando para cada ítem el grado de dificultad en la traducción de 1 (mínima) a 10 (máxima) y el grado de equivalencia semántica de 1 (totalmente equivalente) a 10 (totalmente diferente), de la siguiente manera: 1) ítems sin problemas de adaptación, 2) ítems con problemas en algunas palabras o necesidad de adaptación para su uso en Argentina y 3) ítems sin equivalencia cultural. En una segunda instancia, ambas personas y la directora de beca revisaron sistemáticamente las dos traducciones del cuestionario, analizando la composición y redacción de los ítems y las opciones de respuesta propuestas para identificar discordancias y resolverlas, seleccionando la alternativa más adecuada, hasta obtener una única versión común. Los resultados de esta reunión y dudas sobre algunos ítems concretos se discutieron con la autora del PCAT, Barbara Starfield. En este momento también se tuvo en cuenta la versión adaptada en España y se analizó la equivalencia semántica y práctica (experiencias similares) en cuanto a la aplicación de los ítems en diferentes sistemas sanitarios (EEUU, España, Argentina), con referencia a los conceptos subyacentes en cada dimensión del modelo teórico.

En cuanto a los instrumentos implicados en esta fase, se utilizaron las versiones originales extensas de los cuestionarios destinados a usuarios (121

ítems en la versión infantil, aplicable al adulto responsable del niño y 128 en la versión para adultos) del PCAT y una tabla Excel, organizada por columnas según la versión original, las traducciones y puntuaciones de dificultad y equivalencia y la versión consensuada, presentando un ítem por fila, de modo de favorecer la comparación.

El análisis de datos consistió en la evaluación de la equivalencia semántica y la equivalencia práctica en cuanto a la aplicación de los ítems en diferentes sistemas sanitarios (EEUU, España, Argentina)⁵⁹.

2.2. Revisión por expertos locales en APS y la autora del modelo teórico.

Con el propósito de asegurar el mantenimiento de la validez de contenido del instrumento, se convocó a un grupo de expertos en atención primaria de salud para analizar la equivalencia en los conceptos y las diferencias entre los sistemas sanitarios de las versiones de Estados Unidos, España y Argentina.

La validez de contenido se revisó en los aspectos conocidos como validez de muestreo y aparente. La validez de muestreo se define como el grado en que el instrumento incluye todos los aspectos relevantes del concepto, para lo que se solicitó a los expertos la identificación de aspectos particulares de la APS en la Argentina para cada atributo, que no estén contemplados en la versión original. La validez aparente se valoró por la opinión de los expertos acerca de la adecuación de cada pregunta del instrumento, teniendo en cuenta que la medida de una dimensión o atributo se construye a partir de la respuesta a varios ítems, por lo que cada pregunta debe proveer un dato observacional del concepto de la dimensión para la que están formuladas. Este apartado resultó relevante para decidir la inclusión de nuevos elementos propuestos.

El grupo de expertos se constituyó a través del contacto con referentes en APS, como gestores o exdirectores de servicios de atención primaria de la ciudad de Córdoba, el director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, la titular de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Se pidió a esas personas que recomendaran a profesionales que pudieran participar en un grupo de trabajo que tendría el objetivo evaluar el contenido y la adaptación del instrumento.

Los criterios de selección de participantes se basaron en las siguientes categorías: experiencia con relación a la APS (profesionales de salud, gestores, investigadores), sector sanitario de provisión de servicios (público, privado y obras sociales) y diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal). Se estableció que al menos uno de los expertos debía provenir del ámbito de la salud mental.

Posteriormente, se contactó a los expertos sugeridos por los referentes para evaluar su disponibilidad y voluntad de colaborar en la valoración de la validez de contenido de la versión consensuada para usuarios del PCAT. Según recomendaciones, el mínimo de participantes se determinó en 5 y el máximo en 10⁶².

Se realizaron reuniones con los expertos, presentando el proyecto y solicitando: a) la lectura del concepto de las dimensiones o atributos de APS; b) la valoración de la relevancia de cada ítem para medir un aspecto del concepto; y c) su opinión sobre dos interrogantes: ¿El instrumento incluye todos los aspectos relevantes para medir el concepto? ¿Alguno de los ítems parece inadecuado para evaluar las características de la APS en el sistema sanitario argentino?

Cada uno de los participantes trabajó individualmente o en encuentros con alguna de las investigadoras, revisando los ítems y sugiriendo agregarlos, quitarlos o modificarlos según corresponda. Se focalizó especialmente la valoración de validez de contenido con expertos del área de Salud Mental.

Como producto de la consulta con expertos, se realizó una síntesis e informe que fueron revisados por la Dra. Barbara Starfield, autora del modelo teórico y del instrumento original, completando el grupo de expertos que analiza la validez de contenido.

Para ello, se utilizaron como instrumentos: material sobre el modelo teórico del instrumento, planillas con la versión original (en inglés) de los cuestionarios, las versiones consensuadas en castellano (adultos y niños) y las notas del proceso de traducción. Posteriormente, se incluyeron en otra columna las observaciones del grupo de expertos y de la autora del instrumento.

El análisis de datos de esta fase consistió en la valoración de la validez de contenido (de muestreo y aparente), así como también de la equivalencia

conceptual (conceptos similares en expresiones diferentes entre grupos culturales) y la equivalencia práctica⁵⁹.

2.3. Retrotraducción.

La versión obtenida tras la revisión por expertos se tradujo del español al inglés por un traductor profesional cuya lengua nativa era la inglesa y con dominio suficiente del castellano. Ambas versiones fueron comparadas por la investigadora y el traductor para identificar diferencias semánticas o expresiones no equivalentes entre ellas. Como resultado del proceso de traducción se obtuvo una versión pre-test de los cuestionarios, que hubiera sido revisada por la autora del instrumento de haber surgido dudas o modificaciones de importancia.

En esta fase se utilizó una tabla Excel con la versión obtenida en español de uso en Argentina y una vez realizada la retrotraducción, una planilla con la versión original, para posibilitar la comparación.

El análisis de datos consistió en la valoración de la equivalencia conceptual⁵⁹.

2.4. Pre-test: Entrevistas cognitivas.

El propósito de esta fase fue valorar la comprensión del contenido de la versión obtenida (claridad, aceptabilidad, interés y familiaridad), así como las dificultades para interpretar los ítems. Específicamente, después de responder el cuestionario, se interrogó a las personas sobre aspectos concretos (hipotéticamente menos comprensibles) a través del método de pruebas derivado de la teoría cognitiva⁶⁰. Según la cuestión a resolver, se preguntó por el significado del ítem (comprensión) o se solicitó a la persona que reformule el enunciado con sus propias palabras para comprobar si se conservaba su significado (*paraphrasing*). La muestra se conformó por 14 personas adultas voluntarias⁶³, cubriendo cuotas, de modo que participaran al menos dos personas en cada cuota de interés: versión del cuestionario (personas adultas o informantes indirectos para menores de 18 años), subsistema sanitario en que demanda servicios (público, privado y obras sociales), sexo (hombre o

mujer), edad (adultos jóvenes, adultos mayores) y estado de salud mental (con y sin diagnóstico psiquiátrico).

Se analizaron los datos obtenidos de las entrevistas, valorándose la necesidad de introducir nuevas modificaciones en el instrumento.

En primer lugar, se administró el cuestionario y se controló el tiempo que requería esta parte de la entrevista.

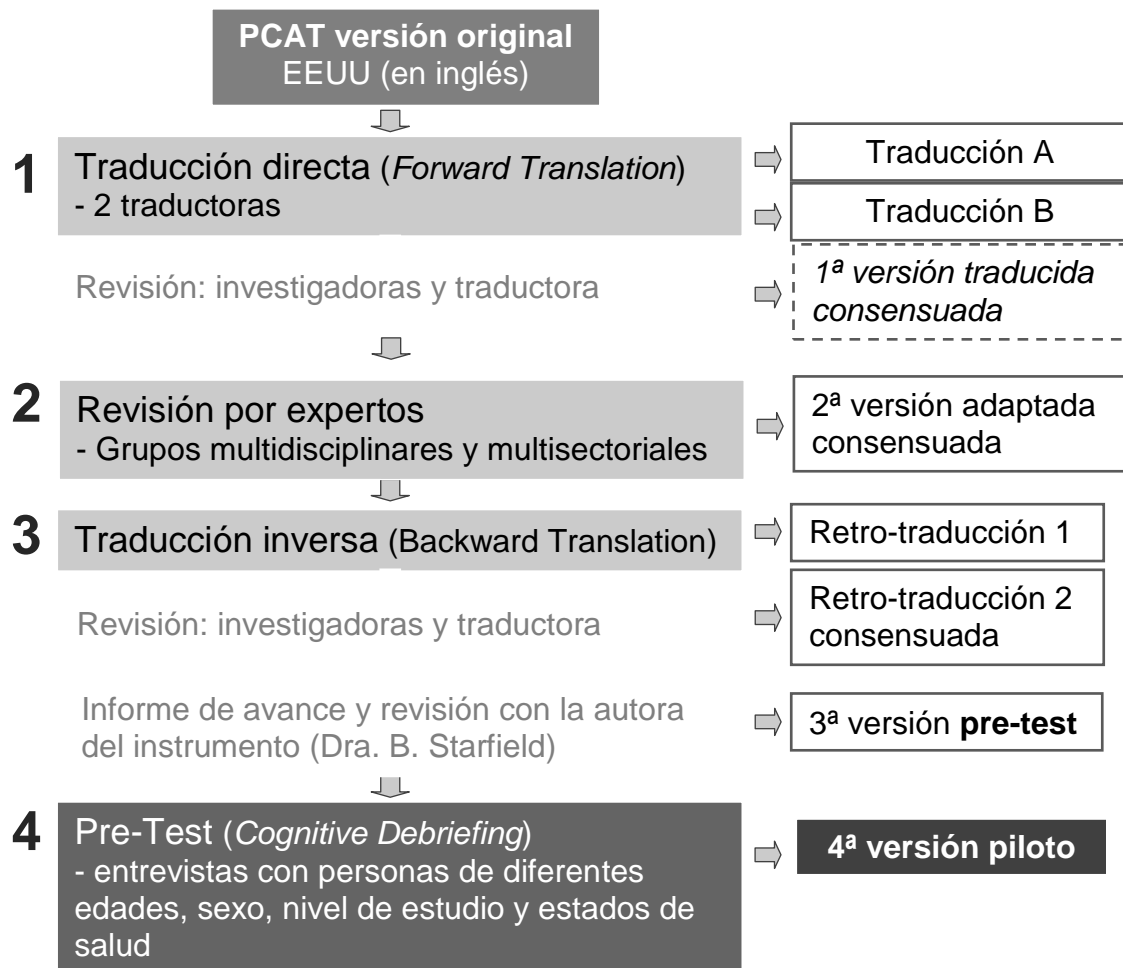
En las entrevistas cognitivas, se recogió la opinión general de las personas entrevistadas respecto a los ítems, mediante 4 preguntas sobre dificultad, comprensión e interés de las preguntas y adecuación del lenguaje del cuestionario, que se contestaban mediante una escala de tipo Likert de 5 opciones (1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = mucho; 5 = muchísimo).

Por último, se utilizaron los métodos *paraphrasing* y *probing*^{64,65} para evaluar la comprensión de la pregunta por parte de la persona entrevistada, a través de enunciados que la misma persona hace para reformular la pregunta. Las entrevistadoras recogieron las opiniones, las incidencias y las dificultades, así como las sugerencias de cambios, y las analizaron conjuntamente con el equipo de investigación, todo lo cual condujo a realizar modificaciones en el cuestionario. Al final de esta fase se obtuvieron las versiones finales pretest, para niños (≤ 14 años) y adultos (≥ 15 años), en castellano de uso en Argentina.

Se utilizaron formularios de los cuestionarios en sus dos versiones, infantil y para adultos, y una planilla de entrevista que incluyó las preguntas sobre dificultad, comprensión e interés de los ítems y adecuación del lenguaje, así como 9 preguntas sobre ítems específicos definidos en las fases previas como posiblemente problemáticos en su interpretación.

El análisis de datos en esta fase consistió en la comprobación de comprensión y significados comparando las interpretaciones de preguntas y las respuestas, con el concepto subyacente en las dimensiones o dominios del cuestionario.

Figura 1. Metodología del proceso de traducción del instrumento PCAT original en inglés a la versión en castellano.



3. RESULTADOS

3.1.1. Traducción y adaptación lingüística

Esta fase de traducción presentó 6 ítems con puntuación baja en equivalencia lingüística (entre 5 y 9). Las dificultades correspondieron a características socioeconómicas (estructura educativa, ingresos) y particularidades del sistema sanitario y la cobertura, que se resolvieron en la segunda fase de revisión de la validez de contenido del PCAT-usuarios. Dos de esos ítems fueron valorados como no equivalentes culturalmente, por falta de situaciones semejantes en el sistema sanitario argentino (HMO y Medicaid). Los otros 4 ítems fueron ponderados como problemáticos por algunas palabras o con necesidad de adaptación (opciones de respuesta sobre tipos de consultorios de APS, raza, nivel de estudios e ingresos).

3.1.2. Revisión por expertos locales en APS y la autora del modelo teórico.

El grupo se constituyó con 8 expertos en APS, más la investigadora y la directora, conformando un equipo de trabajo multiprofesional (Psicólogas, Psiquiatra, Médicos, Enfermera, Odontóloga, Nutricionista, Trabajadora Social y Pediatra) y con diferentes experiencias respecto de sector de trabajo en APS y jurisdicción (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de los profesionales que constituyeron el grupo de expertos, evaluadores de la validez de contenido.

RELACIÓN CON APS	SECTOR SANITARIO				
	Público JURISDICCIÓN			Privado	Obras Sociales
	Municipal	Provincial	Nacional		
Gestor	Participante 4	Participantes 1, 3			Participante 3
Proveedor	Participantes 3, 8	Participantes 1, 2		Participantes 2, 6, 10	Participante 7
Investigador			Participantes 2, 5, 9, 10		

Esta fase se orientó a obtener una versión lo más semejante posible a la original, para mantener su comparabilidad.

Se modificaron 36 de los 130 ítems para mejorar su comprensión y adecuación al sistema sanitario argentino. Un ítem presentó modificaciones importantes que podrían afectar la equivalencia semántica con la versión original y las propiedades métricas del instrumento (Tabla 2). Veinticinco preguntas presentaron modificaciones moderadas (Tabla 3) y 10 ítems cambios lingüísticos (Tabla 4) respecto de la versión obtenida de la fase de traducción. Se eliminó un ítem por no resultar adaptable a los servicios provistos en nuestro sistema sanitario (Tabla 5). Se mantuvo la estructura original de los dominios y subdominios. Se agregaron 13 nuevos ítems tanto para la versión de adultos como para la infantil, 10 de la dimensión “Globalidad-servicios disponibles” y 3 de “Orientación comunitaria” (Tabla 6). Siete de ellos correspondieron a necesidades de atención en salud mental.

El grupo de trabajo tuvo también en cuenta las necesidades de evaluación de servicios de APS, escasa en Argentina, ya que no existen encuestas de salud o de servicios sanitarios de nivel poblacional. Por ello, se consideró la oportunidad de agregar en este cuestionario preguntas acerca de características de los centros de salud aún poco estudiadas en Argentina, por ejemplo respecto de Accesibilidad geográfica, incluyéndose dos preguntas. Estos agregados se situaron en el apartado A de “Identificación de un centro de salud o médico”, que no tiene incidencia en las puntuaciones del cuestionario, para mantener la comparabilidad con otras versiones y no afectar las propiedades métricas del instrumento.

Respecto de las características del sistema sanitario, fue necesario introducir modificaciones para abarcar los tipos de centro de salud y las opciones de cobertura propias del entorno argentino. Se propuso agregar 1 ítem que indaga acerca de las modalidades a las cuales el usuario está afiliado o es beneficiario, con opciones de respuesta para aportar datos importantes posibles de contrastar con otra pregunta, que se centra en el origen del pago de las prestaciones en el último año.

En la sección dedicada a la evaluación del estado de salud, se propuso agregar 1 ítem que solicita se especifique cuál es el problema de salud crónico por el que se respondió en el ítem M2.

A su vez, se eliminaron 3 ítems no pertenecientes a los atributos de APS, sino a características sociodemográficas y económicas, por no ser de aplicación en Argentina (uno respecto de programas de salud infantil, el segundo respecto de raza y el último porque el ingreso no es una pregunta usual en nuestro medio, excepto en la Encuesta Permanente de Hogares) .

Tabla 2. Ítems que recibieron modificaciones importantes por grupo de expertos.

A continuación se presentan los ítems modificados de la versión infantil, siendo semejantes los de la versión para adultos.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de traducción	Notas del proceso de adaptación (comentarios del grupo de trabajo)	Versión PRETEST, resultante de la revisión por el grupo de expertos
G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)				
G7	Substance or drug abuse counseling or treatment	Asesoramiento o tratamiento de abuso de sustancias o drogas	Se modificó el ítem, dejando sólo "Asesoramiento" para agregar otro ítem diferencial de tratamiento. Se cambió "abuso de drogas" por "adicciones" que resulta más comprensible.	Asesoramiento sobre adicciones

Tabla 3. Ítems que recibieron modificaciones moderadas por grupo de expertos.

A continuación se presentan los ítems modificados de la versión infantil, siendo semejantes los de la versión para adultos.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de traducción	Notas del proceso de adaptación (comentarios del grupo de trabajo)	Versión PRETEST, resultante de la revisión por el grupo de expertos
D. CONTINUIDAD / ONGOING CARE				
D1-D3 D5- D13.	(Ejemplo con D1) When you take your child to your PCP's, is s/he taken care of by the same doctor or nurse each time?	Cuando lleva a su hijo/a a su CAPS, ¿siempre lo atiende el mismo médico/a o enfermera?	Se reemplazó "médico/a o enfermera" por "profesional de salud", para ampliar a la definición de equipo multidisciplinario.	Cuando lleva a su hijo/a a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?
E. COORDINACIÓN / COORDINATION				
E1	Do you get the results of your child's lab tests?	¿Recibe los resultados de los análisis de laboratorio que le realizan a su hijo/a?	Se modificó la pregunta de recibir los resultados por el usuario a ser entregados por el CAPS.	¿Le entregan los resultados de los análisis de laboratorio que le realizan a su hijo/a?
E2	Has your child ever had a visit to any kind of specialist or special service?	¿Su hijo/a ha realizado alguna vez una consulta con algún especialista o servicio de especialidad médica?	Se agregó un ejemplo de una especialidad médica, una no médica y una diagnóstica para favorecer la comprensión, por ejemplo cardiología, psicología y radiología.	¿Su hijo/a ha realizado alguna vez una consulta con algún especialista o servicio de especialidad médica?, como por ejemplo cardiología, psicología o radiografía

E8	Did your child's PCP discuss with you different places you could have gone to get help with that problem?	¿El médico/a de su hijo/a habló con Ud. acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema?	Se agregó "u otro profesional de su CAPS" para incluir la perspectiva multidisciplinaria.	¿Algún profesional del CAPS de su hijo/a habló con Ud. acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema?
G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)				
G3	Checking to see if your family is eligible for any social service programs or benefits	Verificar si su familia cumple con los requisitos para recibir algún programa o beneficios sociales.	Se modificó para cambiar el énfasis de una perspectiva de control social a una de orientación.	Orientación sobre beneficios sociales, programas sociales o subsidios
G6	Family planning or birth control methods	Planificación familiar o métodos de control de natalidad	Se modificó agregando "información o asesoramiento", para mantener un formato similar a otros ítems de esta sección.	Información o asesoramiento sobre planificación familiar o métodos de control de natalidad
G9	Tests for lead poisoning	Pruebas para la intoxicación por plomo	Se modificó "Pruebas para la intoxicación por plomo" por "Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales", dado que en nuestro medio no es habitual la intoxicación por plomo.	Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales
H. GLOBALIDAD (SERVICIOS RECIBIDOS)				
H2	Home safety, like using smoke detectors and storing medicines safely	Seguridad del hogar; por ejemplo, utilizar detectores de humo y almacenar de manera segura los medicamentos	Se quitó "utilizar detectores de humo" por ser muy poco frecuente en nuestro país y se agregó "almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)" como aspectos equivalentes de seguridad del hogar.	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)
H3	Advice on seat-belt use or child safety seats	Uso del cinturón de seguridad y asientos de seguridad para los niños.	Se amplió a "modos de prevenir accidentes de tránsito y en la vía pública".	Modos de prevenir accidentes de tránsito y en la vía pública, como el uso del cinturón y asientos de seguridad para los niños
H4	Ways to handle family conflicts that may arise from time to time	Manejo de conflictos familiares	Se amplió a "conflictos con otras personas" para enfatizar el aspecto de promoción de la salud psicosocial respecto de las relaciones interpersonales.	Manejo de conflictos con otras personas

H16	Safety issues for children under 6: teaching them to cross the street safely and using child safety seats in cars	Cuestiones de seguridad para niños menores de 6 años: enseñarles a cruzar la calle de manera segura y utilizar asientos de seguridad en los autos	Se agregó “modos de prevenir accidentes en la vía pública y accidentes en el hogar”, ejemplificando, para mejorar la comprensión. Los accidentes en el hogar son los más prevalentes.	Cuestiones de seguridad para niños menores de 6 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública, como enseñarles a cruzar la calle de manera segura y utilizar asientos de seguridad en los autos; y prevenir accidentes en el hogar con agua, fuego, electricidad, gas
H17	Safety issues for children between 6 and 12: teaching them to stay away from guns and to use seatbelts and bicycle helmets	Cuestiones de seguridad para niños entre 6 y 12 años: enseñarles a alejarse de las armas de fuego y a utilizar cinturón de seguridad y casco para la bicicleta	Se agregó “modos de prevenir accidentes en la vía pública y accidentes en el hogar”, ejemplificando, para mejorar la comprensión. Los accidentes en el hogar son los más prevalentes.	Cuestiones de seguridad para niños entre 6 y 11 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública y en el hogar
H18	Safety issues for children over 12: teaching them about safe sex, saying no to drugs, and not drinking and driving	Cuestiones de seguridad para niños mayores de 12 años: enseñarles acerca de sexo seguro, y evitación del consumo de drogas y de conducir cuando se consume alcohol	Se agregó “enfrentamiento pacífico de conflictos para evitar la violencia”. Se quitó “evitación de conducir cuando se consume alcohol” porque ese aspecto quedó incluido en “asesoramiento sobre los efectos del consumo de alcohol”.	Cuestiones de seguridad para niños mayores de 11 años: educación sexual, asesoramiento sobre adicciones y efectos del consumo de alcohol, enfrentamiento pacífico de conflictos para evitar violencia.
I. ENFOQUE FAMILIAR / FAMILY-CENTEREDNESS				
I1	Does your PCP ask you about your ideas and opinions when planning treatment and care for your child?	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS le preguntan sobre sus ideas y opiniones para planificar el tratamiento y atención para su hijo/a?	Se modifica “ideas y opiniones” por “ideas e intenciones” porque se considera que de ese modo se incluye también el aspecto emocional, no sólo intelectual de la participación del usuario.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS le preguntan sobre sus opiniones e intenciones para planificar el tratamiento y atención para su hijo/a?

Tabla 4. Ítems que recibieron modificaciones lingüísticas por grupo de expertos.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de traducción	Notas del proceso de adaptación (comentarios del grupo de trabajo)	Versión PRETEST, resultante de la revisión por el grupo de expertos
B. PRIMER CONTACTO – USO / FIRST CONTACT – UTILIZATION				
B1	When your child needs a regular general checkup, do you go to your PCP before going somewhere else?	Cuando su hijo/a necesita hacerse un chequeo general, ¿va Ud. a su CAPS antes de asistir a otro lado?	“Chequeo general” se reemplazó por “control de salud” por resultar más comprensible.	Cuando su hijo/a necesita hacerse un control de salud, ¿va Ud. a su CAPS antes de asistir a otro lado?
C. PRIMER CONTACTO – ACCESO / FIRST CONTACT - ACCESS				
C4	When your PCP is open, can you get advice quickly over the phone if you need it?	Cuando su CAPS está abierto, ¿recibe Ud. indicaciones por teléfono de manera rápida cuando lo necesita?	Se agregó “médicas” a indicaciones para favorecer la comprensión, diferenciando de indicaciones administrativas u otras.	Cuando su CAPS está abierto, ¿recibe Ud. Indicaciones médicas por teléfono de manera rápida cuando lo necesita?
G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES) / COMPREHENSIVENESS (SERVICES AVAILABLES)				
G2	Immunizations (shots)	Vacunación (dosis)	Se cambió “vacunación” por “colocación de vacunas”.	Colocación de vacunas
G18	Rectal exams or sigmoidoscopy exams to test for bowel cancer	Exámenes de recto o sigmoidoscopia para detectar cáncer de intestino	Se quitó "sigmoidoscopia" porque dificulta la comprensión.	Exámenes de recto para detectar cáncer de intestino
G20	Prenatal care	Atención prenatal	“Atención prenatal” se reemplazó por “control de embarazo” para enfatizar el componente de seguimiento preventivo.	Control del embarazo
G22	What to do in case someone in your family is incapacitated and cannot make decisions about his/her care	Asesoramiento en el caso de que alguien de su familia se encuentre incapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado	Se cambió “incapacitado” por “discapacitado”, de uso habitual en relación con el asesoramiento sanitario.	Asesoramiento en el caso de que alguien de su familia se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado
J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA / COMMUNITY ORIENTATION				
J3	Does your PCP get opinions and ideas from people that will help to provide better health care?	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS reciben opiniones e ideas de personas, que pueden ayudar a brindar una mejor atención	“Reciben” se modificó por “aceptan”, que connota mayor inclusión de las opiniones del usuario en la planificación de los abordajes. Se plantea más	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS aceptan opiniones e ideas de personas, que podrían mejorar la atención de salud?

		de salud?	directivamente: “que podrían mejorar la atención de salud”.	
J18	Ask family members to be on the Board of Directors or advisory committee?	¿Invita a alguien de su familia a participar de algún comité consultivo del CAPS?	Se amplió a “invitar a alguien del barrio” para enfatizar la dimensión comunitaria. Se planteó como encuadre “reunión del Equipo de Salud del CAPS”.	Invitar a alguien de su familia o barrio a participar de alguna reunión del Equipo de Salud de su CAPS
K. COMPETENCIA CULTURAL / CULTURALLY COMPETENT				
K2	Would you recommend your child’s PCP to someone who does not speak English well?	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a alguien que no sepa hablar bien castellano?	Se agregó “una persona que viene de otro país”, porque la adaptación cultural puede remitir a aspectos más globales que la lengua, principalmente por los inmigrantes de mayor presencia en nuestro país (de países limítrofes) que son hispanoparlantes.	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?
K3	Would you recommend your child’s PCP to someone who uses folk medicine, such as herbs or homemade medicines, or has special beliefs about health care? Please check the one best answer	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a alguien que utiliza la medicina popular, como hierbas o medicamentos caseros, o tiene creencias especiales acerca del cuidado de la salud? Por favor marque la mejor respuesta	Se agregó la figura del curandero como un referente de la medicina popular, habitual en ciertos ámbitos.	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a una persona que utiliza la medicina popular, como hierbas o medicamentos caseros, tiene creencias especiales acerca del cuidado de la salud o asiste al curandero? Por favor marque la mejor respuesta

Tabla 5. Ítem eliminado en el proceso de revisión por el grupo de expertos.

A continuación se presenta el ítem eliminados de la versión adulta.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de traducción	Notas del proceso de adaptación (comentarios del grupo de trabajo)
H9	Ask if you have a gun, its storage or its security	Posesión de armas, su almacenamiento o su seguridad	Se eliminó dado que en Argentina la posesión y el manejo de armas son menos habituales y no se abordan en el ámbito sanitario, excepto en las evaluaciones psicofísicas para autorizar la tenencia y portación.

Tabla 6. Ítems agregados en el proceso de revisión por grupo de expertos.

A continuación se presentan los ítems agregados.

Ítems agregados	Notas del proceso de adaptación
G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	
Atención de una urgencia odontológica.	Por ejemplo dolor de muelas o corte. Se considera que la urgencia odontológica debe tratarse en la APS.
Entrega de métodos anticonceptivos.	Es un componente importante de los programas de planificación familiar en nuestro país, que tienden a fracasar si no se realiza la entrega de los insumos.
Educación sexual.	Como parte de las intervenciones psicoeducativas de rutina y complementando el asesoramiento de planificación familiar.
Ítems de Salud Mental	
Asesoramiento sobre trastornos de la conducta alimentaria.	Complementaría a G1, respecto del apoyo y la orientación psicológica en el caso de detectar trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia, obesidad).
Tratamiento de adicciones (ítem separado).	Separado del ítem G7, porque el asesoramiento y el tratamiento suponen abordajes diferentes en cuanto a estrategias, complejidad, recursos.
Diagnóstico de problemas de conducta o salud mental.	Ampliaría G8, estableciendo el énfasis en la posibilidad de detectar problemas de salud mental para luego tratar o derivar.
Tratamiento de problemas de conducta o salud mental.	Separado del ítem G8, porque el asesoramiento y el tratamiento suponen abordajes diferentes en cuanto a estrategias, complejidad, recursos.
Asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos como paternidad, separación, jubilación.	Difiere de G23 que se refiere al envejecimiento, en tanto que este ítem incluye cambios esperables y otros accidentales de posible ocurrencia en la vida.
Asesoramiento sobre violencia familiar	H4 no alcanzaría a abarcar la complejidad de abordaje que requiere esta conflictiva.
Ayuda a la inclusión de pacientes que estuvieron enfermos a actividades sociales y laborales.	Enfatizando el papel de la APS en aspectos relacionados a la prevención terciaria.
J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA / COMMUNITY ORIENTATION	
¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan reuniones con instituciones, como escuelas u organizaciones, o referentes comunitarios, como asociación vecinal, club, ONG, para tratar los principales problemas de salud de su barrio?	Este ítem apunta a captar la intersectorialidad y la articulación entre instituciones de la comunidad.
¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen las personas o instituciones a las que Ud. recurre por ayuda cuando tiene un problema?	Este ítem apunta a detectar la implicancia del equipo de salud en las redes de apoyo social de los usuarios.
¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan actividades de participación comunitaria, como talleres y jornadas?	Este ítem se orienta a una mirada colectiva de participación, incluyendo aspectos ambientales y construcción conjunta de estrategias sanitarias.

3.1.3. Retrotraducción

A partir de la versión obtenida por el traductor, se identificaron preguntas que requirieron modificaciones moderadas y leves para favorecer la equivalencia semántica con la versión original (Tablas 7 y 8).

En la sección dirigida a identificar un centro de salud o médico, se reemplazó “centro de salud” por “lugar”, para hacerlo más amplio y evitar la confusión, dado que en nuestro país la denominación “centro de salud” suele asociarse mayormente al sector público.

Se modificaron 13 ítems de las dimensiones, 11 con modificaciones leves (Tabla 8) y 2 con modificaciones moderadas (Tabla 7).

Se realizaron cambios en tiempos verbales y se agregaron condicionales y potenciales para mejorar la equivalencia con el original (Tabla 8).

Finalmente, las opciones de respuesta de las preguntas sobre los atributos de APS, se modificaron utilizando de modelo las de la versión española del PCAT.

Tabla 7. Ítems que recibieron modificaciones moderadas en el proceso de retrotraducción.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de retrotraducción	Notas del proceso de revisión de la retrotraducción	Versión PRETEST, resultante de la revisión de la retrotraducción
B1	When your child needs a regular general checkup, do you go to your PCP before going somewhere else?	When your child needs to have a medical check-up, do you go to your CAPS before going to another place?	Se pierde la adjetivación "regular" respecto del control. Agregar a control de salud "de rutina" para enfatizar el carácter preventivo de la pregunta original.	Cuando su hijo/a necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?
E4	Was this visit for a condition that doesn't go away or lasts longer than a year?	Was this visit made due to an illness of more than one year of duration?	Se pierde "doesn't go away". Agregar "que no se cura" a "enfermedad" para explorar crónicas.	¿Esta consulta se realizó por una enfermedad que no se cura o de más de un año de duración?

Tabla 8. Ítems que recibieron modificaciones lingüísticas en el proceso de retrotraducción.

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de retrotraducción	Notas del proceso de revisión de la retrotraducción	Versión PRETEST, resultante de la revisión de la retrotraducción
C3	When your PCP is open and your child gets sick, would someone from there see him/her the same day?	When your CAPS is <i>open</i> and your child falls ill, does someone there attend him/her that same day?	Aparece <i>does</i> en lugar del original <i>would</i> . Cambiar la pregunta a potencial para hacerla equivalente.	Si su CAPS está <i>abierto</i> y su hijo/a se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?
C4	When your PCP is open, can you get advice quickly over the phone if you need it?	When your CAPS is open, do you receive medical indications by telephone in a rapid manner when you need it?	Aparece <i>do</i> en lugar del original <i>can</i> . Cambiar la pregunta para hacerla equivalente.	Cuando su CAPS está abierto ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?
C6	When your PCP is closed on Saturday and Sunday and your child gets sick, would someone from there see him/her the same day?	When your CAPS is <i>closed</i> during <i>Saturdays</i> and <i>Sundays</i> and your child falls ill, does someone there attend him/her that same day?	Aparece <i>does</i> en lugar del original <i>would</i> . Cambiar la pregunta a potencial para hacerla equivalente.	Si su CAPS está <i>cerrado</i> durante los <i>sábados y domingos</i> y su hijo/a se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?
C7	When your PCP is closed and your child gets sick during the night, would someone from there see him/her that night?	When your CAPS is <i>closed</i> and your child falls ill <i>during the night</i> , does someone there attend him/her that same night?	Aparece <i>does</i> en lugar del original <i>would</i> . Cambiar la pregunta a potencial para hacerla equivalente.	Si su CAPS está <i>cerrado</i> y su hijo/a se enferma <i>durante la noche</i> , ¿alguien de allí lo atendería esa misma noche?

D14	Could you change from your PCP if you wanted to?	If you so wish, can you change your CAPS?	Aparece <i>can</i> en lugar del original <i>could</i> . Cambiar la pregunta para hacerla equivalente. Reemplazar “lo desea”, por “quisiera” para hacerlo más comprensible y adecuado al lenguaje de uso común en Argentina	Si quisiera, ¿podría cambiar de CAPS?
E13	Does your child’s PCP seem interested in the quality of care your child gets from that specialist or special service?	Did your doctor interest him/herself in the quality of attention that your child received from the specialist or medical specialty service?	La pregunta original está planteada en presente y la resultante de la adaptación en pasado. Modificar tiempo verbal para mejorar la equivalencia.	¿Su médico/a se interesa en la calidad de la atención que su hijo/a recibe por parte del especialista o servicio de especialidad médica?
F2	Could you look at your child’s medical record if you wanted to?	If you so desire, can you obtain the medical history of your child?	Aparece <i>can</i> en lugar del original <i>could</i> . Cambiar la pregunta para hacerla equivalente. Reemplazar “lo desea”, por “quisiera” para hacerlo más comprensible y adecuado al lenguaje de uso común en Argentina	Si quisiera, ¿podría obtener la historia clínica de su hijo/a?
H16	Safety issues for children under 6: teaching them to cross the street safely and using child safety seats in cars	Safety questions for children under 6 years of age: Methods of preventing accidents in public roads, like teaching them to cross the street in a safe way and to use safety seats in cars and to prevent accidents involving water, fire, electricity or gas in the home.	Reemplazar “cuestiones” por “temas”.	Temas de seguridad para niños menores de 6 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública, como enseñarles a cruzar la calle de manera segura y utilizar asientos de seguridad en los autos y prevenir accidentes en el hogar con agua, fuego, electricidad, gas
H17	Safety issues for children between 6 and 12: teaching them to stay away from guns and to use seatbelts and bicycle helmets	Safety questions for children between the ages of 6 and 11 years of age: Methods of preventing accidents in public roads and in the home.	Reemplazar “cuestiones” por “temas”. Se pierde uso del cinturón de seguridad, reemplazar por éste el previo “modos de prevenir accidentes en la vía pública”.	Temas de seguridad para niños entre 6 y 11 años: Uso del cinturón de seguridad y modos de prevenir accidentes en el hogar
H18	Safety issues for children over 12: teaching them about safe sex, saying no to drugs,	Safety questions for children older than 11 years of age: sex education,	Reemplazar “cuestiones” por “temas”.	Temas de seguridad para niños mayores de 11 años: educación sexual, asesoramiento sobre adicciones y efectos

	and not drinking and driving	counseling about addictions and the effects of alcohol, facing conflicts in a pacific way to avoid violence.		del alcohol, afrontamiento pacífico de conflictos para evitar violencia
J Consigna	Does your PCP do any of the following to help determine the effectiveness of his/her services/programs?	Does your doctor or do the professionals of your CAPS carry out some of the following actions to know the efficiency of their services or programs?	Reemplazar "eficacia" por "efectividad" para asemejarla al ítem original.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan alguna de las siguientes acciones para conocer la efectividad de sus servicios o programas?

3.1.4. Pre-test: Entrevistas cognitivas.

Se realizaron 14 entrevistas a usuarios, cubriendo cuotas según: versión del cuestionario (infantil, adultos), edad (padres de niños, padres de adolescentes, adultos jóvenes, adultos mayores), sexo, subsistema sanitario de consulta habitual (público, privado, obra social) y estado de salud (sano, enfermo físico crónico, enfermo mental).

La versión infantil del cuestionario se aplicó a 6 madres y a 1 padre como informantes indirectos de la atención de salud de 3 niñas y 4 niños. Tres de los/as niños/as eran menores de 6 años, 2 niños/as tenían entre 7 y 12 años, y 2 adolescentes, entre 13 y 15 años. Seis de los/as niños/as realizaban consultas al subsector público, y uno al subsistema de obra social. Un niño presentaba una enfermedad crónica (Tabla 9).

La versión adulta se aplicó a 7 usuarios, 4 mujeres y 3 hombres. Dos de éstos eran adultos jóvenes (hasta 40 años), 3 adultos de edad mediana (hasta 50 años) y 2 adultos mayores (más de 50 años). Cuatro entrevistados consultaban al sistema público, 2 utilizaban un plan privado y uno, obra social.

En cuanto al nivel de estudios, 8 entrevistados habían completado estudios primarios, 4, estudios secundarios, y 2 estudios universitarios. Cuatro personas presentaban enfermedades orgánicas crónicas y 2, trastornos mentales (Tabla 9).

Durante las preguntas se registraron observaciones generales acerca de la comprensión de las preguntas y se exploraron cuestiones específicas acerca de ciertos ítems considerados problemáticos a priori o cuya comprensión es de importancia fundamental, como las preguntas de identificación del centro de APS.

En cuanto a la viabilidad del cuestionario, su cumplimentación requirió, en promedio, 32,5 minutos. El grado de dificultad según informaron los entrevistados, fue bajo (media= 2). El grado de comprensión de las preguntas y la adecuación del lenguaje fueron moderadas (media= 3,64 y media= 3,78,

respectivamente). El interés del cuestionario fue elevado (media= 4,28) (Tabla 10).

De este modo, se encontró que 11 entrevistados tuvieron escasa dificultad para responder, 13 comprendieron adecuadamente las preguntas, 13 consideraron al lenguaje utilizado bastante apropiado y 12 definieron al cuestionario como interesante.

Tras el pretest, se modificaron 11 ítems de los dominios de APS, 2 con modificaciones moderadas y 9 correspondientes a cambios lingüísticos.

Se modificó la opción de respuesta 9, para mejorar la comprensión.

Se cambió, además la formulación de una de las preguntas de la sección “Identificación de un centro o médico”, y de dos ítems pertenecientes a características sociodemográficas (área de residencia y ocupación).

Se eliminó el ítem referido a idiomas de uso habitual en el hogar porque en nuestro país el idioma español es de uso universal. También se descartó el ítem que postulaba dependencias públicas de salud como opción de pago (en Argentina se realiza indirectamente por contribución impositiva, por lo que los usuarios no identifican que tiene costo para ellos).

A su vez, se agregó un ítem para explorar cómo se consigue un turno, por la naturalización de situaciones irregulares en cuanto a acceso como hacer cola antes de que abra el CAPS. Se lo anexó a la sección “Identificación de un centro o médico”, de modo que no alteraría las propiedades métricas del cuestionario respecto de las dimensiones de APS, teniendo en cuenta la importancia de preservar la comparabilidad con la versión original y otras adaptaciones.

Tabla 9. Número de personas para el pretest de la versión argentina del PCAT-usuarios, según la versión del cuestionario, la persona entrevistada, el sexo, la edad, el nivel de estudios y subsistema sanitario.

Versión PCAT	Entrevista	Edad ^a		Sexo ^b		Nivel de estudios ^c			Subsistema sanitario			Estado de salud		
		M (DE)	Rango	Mujer	Varón	1rio	2rio	3rio	Público	Privado	Obra Social	Sano	Crónico	Trastornos mentales
Infantil (CE)	Informante (padre/madre)	7,42 (5,28)	1-14	3	4	6	1	-	6	-	1	6	1	-
Adultos (AE)	Directa	48 (15,05)	28-68	4	3	2	3	3	4	2	1	1	4	2

^aEdad de la persona por quien se responde, en el caso de la versión infantil, la edad del niño.

^bSexo de la persona por quien se responde, en el caso de la versión infantil, el sexo del niño.

Nivel de estudios de quien responde, en ambas versiones el adulto.

Tabla 10. Viabilidad del cuestionario PCAT-usuarios: tiempo de administración y opinión de las personas entrevistadas sobre dificultad, comprensión, adecuación del lenguaje e interés. Promedios^a según versión.

Versión PCAT	CE	AE	Total
Tiempo de administración (minutos)	32,14	32,85	32,50
¿Cuánta dificultad tuvo para responder al cuestionario?	2,14	1,85	2,00
¿Cuán comprensibles le parecieron las preguntas?	3,71	3,57	3,64
¿Cuán adecuado le pareció el lenguaje y el trato utilizado?	3,57	4,00	3,78
¿Cuán interesante le pareció el contenido de las preguntas?	4,57	4,00	4,28

^aPromedios de tiempo en minutos y de puntuación en una escala de tipo Lickert de 5 opciones (1= nada, 2= poco, 3= moderado, 4= bastante, 5= mucho) para las restantes preguntas.

3.2. Síntesis de la adaptación según secciones del cuestionario

A continuación se presentan los resultados del proceso de traducción y de adaptación para cada una de las secciones del cuestionario.

3.2.1. Opciones de respuesta

Se planteó como traducción de las cinco opciones de respuesta de la mayoría de las preguntas: 1) No, en absoluto, 2) Probablemente no, 3) Probablemente sí, 4) Sí, sin duda, 9) No sé.

Las opciones de respuestas del ítem A4 incluyeron en vez de “lugar”, posibles instituciones como centro de salud, hospital o clínica.

El ítem A5 requirió de discusión en el grupo de expertos, construyendo nuevas opciones de respuesta para abarcar los tipos de consultorio de APS (Un consultorio médico particular, un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio, un consultorio en un hospital, un consultorio en una escuela o centro vecinal, un dispensario o Centro de Salud, un centro de de especialidades médicas, un hospital, un servicio de emergencia, un servicio de guardia de un hospital o una clínica, otro tipo de lugar)

Se modificaron las opciones de respuesta del ítem A8, incluyendo una escala de razón para facilitar el cálculo de la cantidad de veces que se estuvo en el CAPS.

En cuanto al ítem A9 sobre el tiempo de concurrencia al CAPS, se reemplazaron las opciones de respuesta por una escala de razón, donde se especifican cantidad de años y meses, de modo de favorecer la especificidad de los datos.

Respecto de las preguntas sobre cobertura sanitaria, las respuestas L2, L3 y L4 se adaptaron a los tipos de cobertura de Argentina, ejemplificando para facilitar la identificación de cada opción por parte del usuario.

El ítem agregado en la sección de evaluación de estado de salud es de respuesta abierta.

Se modificaron las opciones de respuesta del ítem N8 sobre nivel educativo para adecuarlas al sistema educativo argentino.

3.2.2. Preguntas de selección e identificación de un centro de salud o médico

La mayoría de las preguntas de estas secciones no presentaron dificultades de traducción, aunque algunas fueron modificadas o eliminadas. La dificultad de la traducción de las preguntas incluidas fue bajo (entre 1 y 2) y el grado de equivalencia mediano-alto (entre 1 y 4).

Respecto del apartado de selección, las preguntas eliminadas fueron aquellas cuyo objetivo era identificar el niño sobre quien responder o el entrevistado, incluyendo sólo las preguntas 2, 5 y 6 de la versión en inglés para niños y sólo la 5 para adultos.

En cuanto a la identificación de un centro de salud o médico, se incluyeron las 11 preguntas de la versión original. El acrónimo PCP (Primary Care Provider) fue traducido como CAPS (Centro de Atención Primaria).

Se incluyeron 4 nuevas preguntas para caracterizar los CAPS, en cuanto a accesibilidad (dos ítems), subsistema sanitario de pertenencia del CAPS del usuario (público, privado, de obra social) y modalidad para conseguir un turno. En la pregunta C8 acerca de la facilidad para conseguir turno en el CAPS, se encontró que muchos usuarios respondían afirmativamente, pero aclaraban que lo era si cumplían con ciertas condiciones naturalizadas en el sistema de salud pero que limitan el acceso, como hacer cola desde la madrugada; por ello resulta importante caracterizar más específicamente el centro de salud o médico.

3.2.3. Primer contacto

Se mantuvieron todos los ítems de la versión original (3 de utilización para la versión de adultos y 4 para la infantil; 12 de acceso para ambas versiones), obteniendo puntuaciones buenas en dificultad y equivalencia. Sólo se realizaron cambios lingüísticos en el proceso de revisión (Tabla 4).

Durante la retrotraducción, se decidió introducir modificaciones moderadas en un ítem (Tabla 7) y lingüísticas en 4 ítems (Tabla 8).

En el pretest, se detectó que tres preguntas producían confusión, por lo cual dos fueron modificadas moderadamente (Tabla 11) y una en su formulación (Tabla 12).

3.2.4. Continuidad

Se conservaron los 15 ítems de la versión original, tanto de adultos, como infantil.

La dificultad de traducción de las 13 preguntas de este apartado fue mínima (de 1 a 2), y con elevada equivalencia (entre 1 y 2).

En el proceso de revisión se encuentra que la dimensión se refiere a la relación entre el proveedor y el usuario, por tanto en esta sección “PCP” se tradujo como “médico de su CAPS”, introduciendo luego también “o profesionales de su CAPS”. Por ello, se categoriza como modificación moderada, al ampliar el espectro de interrogación sobre otros profesionales tratantes en la mayoría de los ítems de esta sección (Tabla 3).

La revisión de la retrotraducción, supuso 1 cambio lingüístico (Tabla 8).

A partir del pretest, se modificó lingüísticamente un ítem para mejorar la comprensión (Tabla 11).

3.2.5. Coordinación

Se mantuvieron los 16 ítems (3 de “Sistemas de información”) de las versiones originales. En esta sección, la dificultad fue puntuada como mínima (entre 1 y 2) y el rango de equivalencia como elevado (entre 1 y 2).

El concepto “special services” se discutió en la reunión de consenso de traducción, seleccionando la traducción “especialista o servicio de especialidad médica”, términos utilizados en el entorno.

Se realizaron modificaciones moderadas en el proceso de revisión (Tabla 3).

La retrotraducción resultó en 3 ítems modificados (Tablas 7 y 8).

Luego de realizar entrevistas cognitivas, se modificó la redacción de dos ítems para evitar confusión (Tabla 11).

3.2.6. Globalidad

Se incluyeron los 25 ítems (16 en la versión infantil) del apartado “Servicios disponibles”. La dificultad fue mínima (entre 1 y 2) y la equivalencia buena (1 a 3).

En el proceso de revisión, se introdujo un cambio importante, que podría generar diferentes resultados de fiabilidad y validez en relación con la versión original (Tabla 2). También se introdujeron modificaciones moderadas en 3 ítems (Tabla 3) y se realizaron modificaciones lingüísticas en 4 ítems (Tabla 4). Por otra parte, la globalidad evalúa la cartera de servicios proporcionados desde APS, por tanto fue necesario agregar 10 ítems para valorar la presencia de otras prestaciones de recomendación en nuestro medio, incluyendo 7 específicos de salud mental (Tabla 6).

Todas las preguntas agregadas se incluyeron en ambas versiones, excepto “Entrega de métodos anticonceptivos”, que sólo se anexó en la versión para adultos.

Resultan, entonces en 35 ítems para la versión de adultos y 32 para la infantil.

En la fase de pretest, se modificaron tres ítems gramaticalmente, uno perteneciente a la versión original y 2 agregados (Tabla 11).

Respecto de la sección “Servicios provistos”, se incluyeron los 7 ítems de la versión infantil original. Se conservaron 12 de los 13 ítems de la versión para adultos.

Las preguntas del apartado se valoraron en cuanto a la dificultad de la traducción entre 1 y 2. La equivalencia conceptual se puntuó en un rango entre 1 y 4.

Tras el proceso de revisión, se excluyó un ítem por no ser aplicable a nuestro medio (Tabla 5) y se realizaron modificaciones moderadas en 6 ítems (Tabla 3).

Tras la retrotraducción, se introdujeron cambios lingüísticos en 3 ítems (Tabla 8).

3.2.7. Enfoque familiar

La versión original consta de 3 ítems, manteniéndose los mismos tras la adaptación a la Argentina. La dificultad de su traducción fue mínima y la equivalencia conceptual muy buena. Se acordó utilizar el término “profesionales” cuando el ítem en versión inglesa incluía médicos y enfermeras (“doctors and nurses”).

En esta sección “PCP” se tradujo como “médico o profesionales de su CAPS”. Se introdujo una modificación moderada en un ítem (Tabla 3).

3.2.8. Orientación comunitaria

Este apartado consta de 6 ítems, que se conservaron. La dificultad de traducción de los mismos fue entre 1 y 2 y la equivalencia conceptual entre 1 y 3.

En el proceso de revisión, se introdujeron modificaciones lingüísticas en 2 ítems (Tabla 4). Se agregaron 3 ítems, atendiendo a la concepción más comunitaria y menos asistencial de APS en Latinoamérica y Argentina (Tabla 6). Por tanto, esta dimensión “Orientación comunitaria” en la versión argentina del PCAT usuarios cuenta con un total de 9 ítems.

Tras el pretest, se modificó un ítem lingüísticamente (Tabla 11).

3.2.9. Competencia cultural

Se conservaron los 3 ítems de las versiones originales. La dificultad de traducción se valoró entre 1 y 2, y la equivalencia cultural también.

Se realizaron modificaciones lingüísticas en 2 ítems en el proceso de revisión (Tabla 4) y en un ítem tras el pretest (Tabla 11).

Tabla 11. Ítems que recibieron modificaciones moderadas en el proceso de pretest

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de retrotraducción	Notas del proceso de revisión del pretest	Versión prueba piloto
C5	When your PCP is <i>closed</i> , is there a phone number you can call when your child gets sick?	Cuando su CAPS está cerrado, ¿existe algún teléfono al que se pueda comunicar cuando su hijo/a se enferme?	Se confunde entre sacar turno y recibir ayuda.	Cuando su CAPS está cerrado, ¿puede recibir atención médica telefónica cuando su hijo/a se enferme?
C9	Once you get to your PCP's, do you have to wait more than 30 minutes before your child is checked by the doctor or nurse?	Al llegar a su CAPS, ¿tiene que esperar más de 30 minutos para que un médico/a o enfermera atienda a su hijo/a?	Los entrevistados contestan con turno, sin turno o ambas situaciones.	Al llegar a su CAPS, ¿tiene que esperar más de 30 minutos para que un médico/a o enfermera atienda a su hijo/a con turno?

Tabla 12. Ítems que recibieron modificaciones lingüísticas en el proceso de pretest

ÍTEM	Versión original	Versión resultante de la fase de retrotraducción	Notas del proceso de revisión del pretest	Versión prueba piloto
D7	Does your PCP know your child very well as a person, rather than as someone with a medical problem?	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿lo conocen más a su hijo/a como persona, que como alguien que posee un problema médico?	Se observaron dificultades en algunos entrevistados para comprender el sentido de la pregunta.	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿lo conocen a su hijo/a como persona, además de como alguien que posee un problema médico?
D14	Could you change from your PCP if you wanted to?	Si quisiera, ¿podría cambiar de CAPS?	Algunos entrevistados comprendían que la pregunta se refería a SI querían cambiar, no a la posibilidad de hacerlo.	¿Ud. podría cambiar de CAPS?
E2	Has your child ever had a visit to any kind of specialist or special service?	¿Su hijo/a ha realizado alguna vez una consulta con algún especialista o servicio de especialidad médica (como por ejemplo, cardiología, psicología o radiografía)?	Se confundían los ejemplos con la pregunta.	¿Su hijo/a ha realizado alguna vez una consulta con algún especialista o servicio de especialidad médica? Ejemplos de especialistas o servicios de especialidad médica son: cardiología, endocrinología, psicología, nutrición, radiografía, ecografía).
E13	Does your child's PCP seem interested in the quality of care your child gets from that specialist or special service?	¿Su médico/a se interesa en la calidad de la atención que su hijo/a recibe por parte del especialista o servicio de especialidad médica?	Se modificó gramaticalmente, reemplazando "por parte del especialista" por	¿Su médico/a se interesa en la calidad de la atención que su hijo/a recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?

			"cuando va al especialista".	
G13	Vision screening	Examen de visión	Se modificó por la expresión más familiar	Examen de la vista
Agregado		Diagnóstico de problemas de conducta o salud mental	El término "diagnóstico" no fue comprendido por algunos entrevistados.	Detección de problemas de conducta o salud mental
Agregado		Asesoramiento sobre trastornos de la conducta alimentaria	Agregar ejemplos.	Asesoramiento sobre trastornos de la conducta alimentaria (por ejemplo, bulimia, anorexia u obesidad).
J consigna	Does your PCP do any of the following to help determine the effectiveness of his/her services/programs?	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan alguna de las siguientes acciones para conocer la efectividad de sus servicios o programas?	Resultó muy larga la pregunta con dificultades para asociarla con las opciones que siguen.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan alguna de las siguientes acciones?
K3	Would you recommend your child's PCP to someone who uses folk medicine, such as herbs or homemade medicines, or has special beliefs about health care?	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a una persona que utiliza la medicina popular, como hierbas o medicamentos caseros, tiene creencias especiales acerca del cuidado de la salud o asiste al curandero?	Algunos entrevistados no comprendían la pregunta por ser muy larga. Se decide acortarla para mejorar su comprensión.	¿Le recomendaría el CAPS de su hijo/a a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?

3.3. Versión para prueba piloto

En síntesis, a partir del proceso de adaptación del PCAT-usuarios, se modificaron 46 ítems pertenecientes a las dimensiones de APS en ambas versiones (16 modificaciones lingüísticas, 29 moderadas y 1 importante), se eliminó uno y se propusieron 13 ítems para agregar en un módulo aparte, donde se privilegia la atención a necesidades en salud mental.

Respecto de las otras secciones del cuestionario:

Identificación de un centro o médico: 6 modificaciones lingüísticas, 1 moderada, 4 agregados.

Cobertura sanitaria: modificaciones importantes: 3; modificaciones leves: 2; 2 eliminados.

Evaluación de salud: 1 agregado.

Características sociodemográficas: 2 modificados moderadamente, 2 eliminados.

De este modo, se obtienen versiones argentinas del PCAT-usuarios (Tabla 13):

- Versión adultos: 108 ítems de los dominios de APS, 15 de identificación y caracterización del centro o médico, 9 de cobertura sanitaria, 3 de evaluación de salud, 6 de características sociodemográficas: **141 ítems en total.**
- Versión infantil: 92 ítems de los dominios de APS, 15 de identificación y caracterización del centro o médico, 9 de cobertura sanitaria, 3 de evaluación de salud, 6 de características sociodemográficas: **125 ítems en total**

Tabla 13. Estructura del cuestionario PCAT-Client consumer version para adultos (AE) e infantil (CE): versiones originales (en inglés, Estados Unidos) y las versiones pretest para Argentina

Secciones del cuestionario	Número de preguntas (+ adicionales)			
	PCAT-AE		PCAT-CE	
	Estados Unidos	Argentina	Estados Unidos	Argentina
Identificación de un médico o centro de atención primaria ^a	11	11 (+4) ^a	11	11 (+4) ^a
Atributos esenciales:				
B. Primer contacto - Utilización	3	3	4	4
C. Primer contacto - Acceso	12	12	12	12
D. Continuidad	15	15	15	15
E. Coordinación	13	13	13	13
F. Coordinación (sistemas de información)	3	3	3	3
G. Extensión (servicios disponibles)	25	25 (+10) ^b	16	16 (+7) ^b
H. Extensión (servicios proporcionados)	13	12 ^c	7	7
Atributos secundarios:				
I. Enfoque familiar	3	3	3	3
J. Orientación comunitaria	6	6 (+3) ^d	6	6 (+3) ^d
K. Competencia cultural	3	3	3	3
TOTAL	107	123	93	107

^a Las preguntas adicionales de la versión original se incluyeron para caracterizar los CAPS.

^b Las preguntas adicionales responden a servicios de posible inclusión en los CAPS de Argentina.

^c Se eliminó una pregunta por no ser de aplicación al contexto sociocultural y sanitario argentino.

^d Las preguntas agregadas corresponden a servicios de APS vinculados a una perspectiva más comunitaria de APS, propia de los países latinoamericanos.

4. DISCUSIÓN

Este trabajo consiguió obtener versiones piloto para uso en Argentina de los cuestionarios PCAT-usuarios, tanto para adultos como infantil con una equivalencia adecuada. Se concretó un proceso sistemático de traducción y adaptación, de acuerdo a estándares internacionales, que permitió resolver problemas de diferencias lingüísticas y semánticas, de familiaridad y uso de términos, expresiones y conceptos, tanto como de particularidades del contexto cultural y sanitario de futura aplicación del cuestionario, que no se hubieran superado correctamente con un procedimiento de traducción simple.

Cuarenta y seis ítems fueron modificados para facilitar la comprensión, uno de éstos podría alterar la equivalencia con la versión original, al ser dividido en dos ítems diferentes para explorar más profundamente aspectos de salud mental.

El proceso de adaptación garantiza la validez de contenido y la comprensión de los ítems por parte de los usuarios a quienes está destinado el cuestionario. La inclusión de las necesidades en salud mental en la discusión con el grupo de expertos y la prueba de ítems específicos al tema en las entrevistas cognitivas permitieron enriquecer el proceso de adaptación del instrumento con aportes pertinentes a los servicios que podrían requerir los usuarios con trastornos mentales. Los ítems propuestos al respecto fueron:

- Detección de problemas de conducta o salud mental: se planteó esta alternativa para amplificar los datos que puede proporcionar el ítem G8 original “Asesoramiento sobre problemas de salud mental”, incluyendo en este caso procesos de diagnóstico psicológico y psiquiátrico, fase básica para luego proveer una adecuada atención en salud mental. Tratamiento de problemas de conducta o salud mental: este ítem también amplía el original G8, diferenciando así el asesoramiento en una consulta del tratamiento específico.

- Asesoramiento sobre trastornos de la conducta alimentaria (por ejemplo, bulimia, anorexia u obesidad): se propuso este ítem para referenciar en servicios generales la orientación acerca de estos trastornos de alta incidencia entre la población adolescente.
- Tratamiento de adicciones: se propuso establecer como un ítem diferencial del original G7 “Asesoramiento o tratamiento de adicciones”, dividiéndolo en dos. Así, este ítem se postula aparte, quedando en el G7 sólo asesoramiento.
- Asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos como paternidad, separación, jubilación, desempleo: este ítem resume aquellas consultas que aparecen con frecuencia ante el médico de familia respecto de crisis evolutivas no patológicas.
- Asesoramiento sobre violencia familiar: este tema constituye uno de los problemas psicosociales de más alta incidencia actualmente, que suele explicitarse en las consultas, aún cuando cuenta con una elevada cifra negra.
- Ayuda a la inclusión de pacientes que estuvieron enfermos a actividades sociales y laborales o educativas: este ítem sondea acerca intervenciones posibles de rehabilitación.

Esos 7 ítems propuestos para agregar evaluando la atención a necesidades en salud mental obtuvieron puntuaciones más elevadas entre pacientes con problemas mentales en el pretest, con lo cual podrían discriminar factores específicos de la atención a esta población de usuarios y favorecer en la aplicación del instrumento la intensificación de la cobertura hacia actividades preventivas a nivel primario, secundario y terciario, la atención temprana de problemas emocionales y una perspectiva multidimensional en el abordaje de la salud

Los 3 ítems propuestos para incluir en el dominio de Orientación comunitaria, sin haberse planteado como objetivo de este trabajo, se asocian a una perspectiva más enfocada a la comunidad en las formulaciones latinoamericanas de APS, al indagar acerca de contacto del centro con instituciones de la comunidad, conocimiento por parte de los profesionales tratantes de los referentes a los que el usuario recurre por ayuda y realización de actividades de participación comunitaria.

Los 13 ítems nuevos deben estudiarse en próximas fases de la investigación, en función de sus propiedades métricas y las de las escalas resultantes. Al probar su adición se decidirá si se agregan definitivamente dichos ítems a las respectivas dimensiones. Asimismo, se deberá hacer una propuesta sobre su uso, posiblemente en un módulo alternativo ya que la inclusión de ellos en el cuestionario alteraría su equivalencia con el original y limitaría la comparación internacional mediante el uso de versiones equivalentes. La incorporación de un módulo específico que contemple las necesidades de atención a la salud mental beneficiaría la valoración de aquellos servicios que los pacientes con trastornos mentales pueden requerir para una atención continua.

Por otro lado, el único ítem eliminado perteneciente a las dimensiones de APS no presentaba equivalencia práctica en nuestro medio.

El pretest, en general, evidenció que el cuestionario no presentó dificultades, fue comprensible, interesante y con un lenguaje adecuado. Se detectaron interpretaciones ambiguas en ítems que no especificaban el contexto de la atención médica (con turno, sin turno), confusiones respecto de expresiones propias del ámbito sanitario (como “planificación familiar”) y dificultades para identificar enfermedades crónicas. Esta fase permitió introducir algunos cambios para mejorar la consistencia del contenido de las versiones del PCAT-usuarios.

Este cuestionario ha sido adaptado en otros países encontrando que su validez y fiabilidad han sido adecuadas. Se espera encontrar propiedades métricas similares para las versiones obtenidas en un estudio posterior.

El análisis de las versiones piloto puede conducir a modificaciones de las versiones hasta aquí obtenidas, por ejemplo, por eliminación de ítems.

Una limitación de este estudio podría ser la falta de comprobación de la equivalencia cultural en otras comunidades del extenso territorio de la República Argentina, en los que algún rasgo cultural de los diversos influya en el proceso cognitivo relativo a alguna pregunta del cuestionario y resulte en una interpretación diferente. Futuros estudios que planteen esta sospecha, deberían realizar entrevistas cognitivas como aquí se ha hecho. Sin embargo, paralelamente a este trabajo, se ha realizado la adaptación de la versión para equipos de salud (PCAT-facilities), en la que la mayoría de los ítems son semejantes a los de la versión para usuarios. Aquel estudio incluye un pretest con profesionales de la salud de diversas provincias argentinas que hasta el momento (análisis en curso) no ha reportado ninguna incidencia en este sentido.

Este instrumento de evaluación de Atención Primaria de Salud, adaptado a las especificidades del sistema sanitario y a la población, es un recurso fundamental para la evaluación de servicios de salud y la reflexión sobre las políticas sanitarias en diversos ámbitos y niveles. Conocer el grado en que la APS alcanza las características que se espera que tenga en cuanto a los atributos de acceso, continuidad, coordinación, globalidad, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural permite detectar aspectos que pueden merecer mejoras, reformas o cambios en las políticas y programas de atención, sustentando la toma de decisiones en la gestión de recursos.

El PCAT-usuarios adaptado a Argentina permite evaluar APS desde la perspectiva de la población y teniendo en cuenta sus necesidades y características sociodemográficas. Su equivalencia en la medida sobre la base de conceptos aceptados internacionalmente permite la comparación en diferentes regiones o subsistemas y con otros países.

La comprensión de las experiencias en APS de los usuarios, incluyendo la medida en que reciben los servicios apropiados a sus necesidades y la

coordinación e integración de la atención, aporta elementos esenciales para la evaluación de la adecuación de los servicios sanitarios.

Se aporta una herramienta de recolección de datos fundamental, que podrán aplicar otros grupos de investigación de Argentina en futuros estudios para indicar las áreas específicas de déficit, planificar la capacitación y educación continua para proveedores de atención primaria, modificar y potenciar el trabajo desde APS en la reducción de inequidades en materia de salud mental, en términos de recursos y accesibilidad e identificar cambios en las características de la APS después de la implementación de intervenciones específicas.

Existen otras versiones del cuestionario que pueden ser utilizadas tanto desde la perspectiva de los profesionales de la salud o directores de centros para evaluar la calidad de un servicio o centro en particular, como por gestores o planificadores sanitarios, para evaluar las experiencias de la población con la APS. Dichas versiones pueden comparar resultados de experiencias con APS con los que se obtengan de las versiones para usuarios que se han adaptado en este trabajo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Millis JS. The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizen's Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1966.
- ² World Health Organization. Report of the Internacional Conference on Primary Health Care. Geneva: Health for A series. WHO/UNICEF,1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- ³ Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. IOM Pub 78(02). Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- ⁴ Canadian Medical Association. Stregthening the Foundation: The Role of the Physician in Primary Health Care in Canada. Ottawa: Ontario Canadian Medical Association, 1994.
- ⁵ Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
- ⁶ Vuori, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. Comm. Medicine 1984: 6221-231.
- ⁷ Conill EM, Rodrigues Fausto M. EUROSOCIAL Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Análisis de la Integración de la Atención Primaria en Salud en la Red de Servicios en Europa y América Latina. 2009.
- ⁸ Martín Zurro A; Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003.
- ⁹ Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
- ¹⁰ Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):377–84.

-
- ¹¹ Lawn J, Rohde J, Rifkin S, et al. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008;372:917–920.
- ¹² Magnussen L, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004; 23(3):167-176.
- ¹³ CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo de 2006. Disponible de: <http://www.cepal.org/>
- ¹⁴ Mesa-Lago, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Documentos de Proyectos Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2005. Disponible de: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tp/l/p9f.sl&base=/tpl/top-bottom.xslt>.
- ¹⁵ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- ¹⁶ Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research*. June 2003;38 (3): 831-865.
- ¹⁷ Donabedian, A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press, 1973: 419-473.
- ¹⁸ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005-2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
- ¹⁹ Lamarche P. y cols. Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation, 2003. Disponible en: www.chrsf.ca
- ²⁰ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.

-
- ²¹ Gervas J, Pané OM, Mainar, AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico Med Clin (Barc) 2007; 128(14):540-4.
- ²² Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Tesis Doctoral. 2004. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante, España.
- ²³ Almeida C. Equidade e reforma setorial na América latina: um debate necessário. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(supl):23-36.
- ²⁴ Arboleda M, Salmerón J. Protocolo de educación continuada en salud mental para los equipos de atención primaria. Revista colombiana de psiquiatría. 2004;23(4):415-22.
- ²⁵ Barrionuevo H, Graña D, Silva C. Vigilancia epidemiológica en salud mental: pautas para su implementación en la Argentina. Serie de Estudios ISALUD; 6. Buenos Aires: ISALUD, 2008.
- ²⁶ De Jesús Mari J, García de Oliveira Soares B, Silva de Lima M, Levav I. Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación científica técnica N° 632. Washington DC: OPS. 2009.
- ²⁷ Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación científica técnica N° 632. Washington DC: OPS. 2009.
- ²⁸ OMS. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. ...Cerramos la brecha, mejoremos la atención. 2002. Disponible en: http://www.who.int/mental_health
- ²⁹ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5):229-40.

-
- ³⁰ Kohn R, Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación científica técnica N° 632. Washington DC: OPS. 2009.
- ³¹ Barrionuevo H, Graña D, Silva C. Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina. Serie de Estudios N° 6. Secretaría de Ciencia y Técnica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD, 2008.
- ³² Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica N° 632. Washington: OPS. 2009.
- ³³ Rodríguez J. Una visión general de la salud mental. Introducción. En: Malvárez S, González R, Levav I. Salud Mental en la comunidad. Segunda edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 49. Washington DC: OPS. 2009.
- ³⁴ Cohen H. La red de servicios en la comunidad. En Sección 2: La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe. La Reforma de los Servicios Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS, 2005.
- ³⁵ OPS. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas". Noviembre 2005.
- ³⁶ Luciano Devis J, Fernández Sánchez A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao Vidal D, Mercader Menéndez M, Haro Abad, J. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. Aten Primaria. 2009;41(3):131–140.
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS. 2001.

-
- ³⁸ Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Levav I. La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la atención primaria de salud. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación científica técnica N° 632. Washington DC: OPS. 2009.
- ³⁹ Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Serie Global Mental Health 5. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva:World Health Organization, 2007.
- ⁴⁰ Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E. El futuro de las necesidades en salud y la Atención Primaria. Rev Clin Elect At Pr 2003;16.
- ⁴¹ Starfield B. Is Primary Care Essential? Lancet 1994;344: 1129–33.
- ⁴² Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Aten Primaria. 2007;39(8):395-401.
- ⁴³ OPS. Resolución CD44.R6. 44º Consejo Directivo. Septiembre de 2003.
- ⁴⁴ Beasley J, Starfield B, van Weel C, Rosser W, Haq C. Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med 2007;20:518 –526.
- ⁴⁵ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73–84.
- ⁴⁶ Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B, Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria 2003;31(6):382-5.
- ⁴⁷ Reyes, H., R. Perez-Cuevas, J. Salmeron, P. Tome, H. Guiscafren, and G. Gutierrez. 1997. Infant Mortality Due to Acute Respiratory Infections: The Influence of Primary Care Processes. Health Policy and Planning 12:214–23

-
- ⁴⁸ Perry, H., N. Robison, D. Chavez, O. Taja, C. Hilari, D. Shanklin, and J. Wyon. 1998. The Census-Based, Impact-Oriented Approach: Its Effectiveness in Promoting Child Health in Bolivia. *Health Policy and Planning* 13:140–51.
- ⁴⁹ Rosero-Bixby, L. 2004b. Spatial Access to Health Care in Costa Rica and Its Equity: A GIS-Based Study. *Social Science and Medicine* 58:1271–84.
- ⁵⁰ Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série técnica. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ⁵¹ Martínez D et al. Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación. 1a ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007.
- ⁵² Bloch C, Godoy C, Luppi I, Quinteros Z, Troncoso M. Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario. Publicación N° 34. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- ⁵³ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems. Victoria, 1991.
- ⁵⁴ Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2): 161.
- ⁵⁵ Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2): 998–1003.
- ⁵⁶ Villa J. La evaluación necesita la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39(8):402-403.
- ⁵⁷ Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract*. 1997;47:805-9.

-
- ⁵⁸ Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract.* 2002;19:339-43.
- ⁵⁹ Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25:3186-91.
- ⁶⁰ Willis GB. Cognitive Interview and questionnaire design: a training manual. Office of Research and Methodology. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1994.
- ⁶¹ Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canada : Health Canada; 2005.
- ⁶² Barraza Macías, A. La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Apuntes sobre Metodología de la Investigación.* Universidad Pedagógica de Durango, México. INED 2007;7:5-14.
- ⁶³ Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health* 2005; 8 (2): 94-104.
- ⁶⁴ Forsyth BH, Lessler JT. Cognitive laboratory methods: a taxonomy. En: Biemer P, Groves R, Lyberg L, Mathiowetz N, Sudman S, editores. *Measurement errors in surveys.* New York:Wiley; 1991. p. 393-418.
- ⁶⁵ Conrad F. Verbal reports are data! A theoretical approach to cognitive interviews. 2003 [en línea] [accedido 17 Sept 2003]. Disponible en URL: <http://www.fcs.m.gov/99papers/conrad1.pdf>