

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Mariela A. Weisbrot

mariela.weisbrot@hiba.org.ar

Comportamiento psicométrico de una versión abreviada del cuestionario primary care assessment tolls (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Santiago Osvaldo

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173705>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Weisbrot, M. (2015). *Comportamiento psicométrico de una versión abreviada del cuestionario primary care assessment tolls (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Weisbrot_M_Comportamiento_2016.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

13ª Cohorte (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

**COMPORTAMIENTO PSICOMÉTRICO DE UNA VERSIÓN ABREVIADA DEL
CUESTIONARIO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOLS (PCAT),
EVALUANDO UNA POBLACIÓN DE UNA PREPAGA DE LA ARGENTINA**

MAESTRANDA

Médica Mariela A. Weisbrot

DIRECTOR

Mgr. Osvaldo Santiago

FECHA

14 de abril de 2016

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
13ª Cohorte (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

**COMPORTAMIENTO PSICOMÉTRICO DE UNA VERSIÓN ABREVIADA DEL
CUESTIONARIO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOLS (PCAT),
EVALUANDO UNA POBLACIÓN DE UNA PREPAGA DE LA ARGENTINA**

MAESTRANDA

Mariela A. Weisbrot

DIRECTOR

MAGISTER Osvaldo Santiago

INTEGRANTES DEL JURADO

Lic. Carlos Guevel

Dr. Agustín Freiberg Hoffmann

Dra. Gisel Fattore

FECHA DE APROBACIÓN

14 de abril de 2016

CALIFICACIÓN

9 (nueve)

DEDICATORIA

**A mi jefa de servicio que me inspiró y me
facilitó tiempo para poder realizar este trabajo**

**A mis compañeros de trabajo del Servicio de Medicina
Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires**

A mis queridas compañeras de maestría

A mi amada familia por la paciencia y el tiempo brindados.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente al equipo de investigación del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires por el apoyo técnico para llevar a cabo este trabajo de investigación.

RESUMEN

La atención primaria de la salud (APS) tiene un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, al ofrecer la atención más eficiente y equitativa a las necesidades de la población. En el proceso de implementación de la estrategia de APS, la evaluación constituye un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar una toma de decisiones basada en la evidencia. La Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (en inglés Primary Care Assessment Tools: PCAT) es uno de los instrumentos más completos para evaluar la APS, ya que estudia las funciones fundamentales de la misma, con la ventaja de permitir obtener información desde distintas perspectivas (perspectiva del profesional, del usuario, del centro de salud y de los sistemas de salud). Esta herramienta fue desarrollada en Estados Unidos y validada al castellano en Argentina por el grupo de Berra Silvina. El cuestionario PCAT para usuarios consta de 95 preguntas. Recientemente, un grupo brasileño validó una forma abreviada derivada del cuestionario PCAT usuarios que consta de 23 preguntas y el presente trabajo estudia el comportamiento psicométrico de esta versión abreviada en una población de una prepaga en Argentina. El cuestionario, presentó validez y fiabilidad aceptables, teniendo en cuenta los indicadores generales de buen ajuste al Análisis Factorial Confirmatorio, en una población de una prepaga de la Argentina. Cuatro ítems presentaron una muy baja carga factorial con el constructo APS. Se llevó a cabo un grupo Delphi para una interpretación consensuada de esta problemática.

PALABRAS CLAVES: Atención primaria de salud, Servicios de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Test Psicométricos

ABSTRACT

Primary health care (PHC) plays a central role in the good functioning of the health system, offering the most efficient and equitable care for the needs of the population. In the implementation process of PHC, evaluation constitutes a key instrument for the continued improvement of care quality and the possibility of evidence-based decision-making. The Primary Care Assessment Tools (PCAT) are one of the most complete instruments for evaluating PHC, with the advantage of allowing information to be obtained from different perspectives (the professional, user, health center and health system perspectives). This instrument was developed in the United States and validated in Spanish in Argentina by Berra Silvina's research group. The PCAT questionnaire is made up of 95 questions. Recently, a Brazilian research group validated an abbreviated form derived from the PCAT user questionnaire that is made up of 23 questions. The present study looks at the psychometric behavior of this abbreviated version in the population of a pre-paid medical plan in Argentina. The questionnaire presented acceptable validity and reliability, considering the general indicators of good fit in Confirmatory Factor Analysis in the population of the medical plan. Four items presented low factorial loading in the PHC construct. A Delphi method group was carried out so as to achieve a consensus-based interpretation of this issue.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Services, Health Services Evaluation, Psychometric tests

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Análisis Factorial Confirmatorio. Se describen las cargas factoriales estandarizadas a través del método de los mínimos cuadrados ponderados diagonalizados (*Diagonally Weighted Least Squares*) pág. 66

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Ítems de la versión argentina del PCAT- adultos para usuarios, ordenados por factores extraídos mediante análisis factorial exploratorio	pág 29
Cuadro 2. Cuadro 2. Ítems del PCATool-ADULTO-BRASIL versión corta organizados según dimensión de origen y parámetros de discriminación de los ítems de la versión completa.....	pág 34
Cuadro 3. Confección del cuestionario abreviado en castellano según número de pregunta del PCATool-ADULTO-BRASIL	pág 44
Cuadro 4. Preguntas del cuestionario PCAT abreviado para usuarios organizada por funciones y dimensión de la APS	pág 47
Cuadro 5. Característica población del Grupo Delphi	pág 56
Cuadro 6. Cargas factoriales estandarizadas entre los ítems y el constructo APS.	pág 63

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características de la población del cuestionario y comparación de la misma con el patrón de consultas a médicos de cabecera en el HIBA sede central durante el año 2014	pág 57
Tabla 2: Frecuencia de respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario...	pág 58
Tabla 3: Frecuencia de puntajes precodificados para cada uno de los ítems del cuestionario.....	pág 61
Tabla 4. Carga factorial entre los ítems y el constructo “orientación hacia la APS”, errores de medida y correlaciones entre los errores de medida.....	pág 67
Tabla 5. Indicadores globales de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio	pág 71
Tabla 6. Índices de Confiabilidad. Alfa de Cronbach, Fiabilidad Compuesta y Varianza Media Extractada del modelo	pág 73
Tabla 7. Grado de consenso por ítem y grado de consenso global del Grupo Delphi	pág 75

LISTADO DE ABREVIATURAS

ADHD= Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Desorden por Déficit de Atención e Hiperactividad)

AFC= Análisis Factorial Confirmatorio

AGFI= Adjusted goodness of fit index (Índice Corregido de Bondad de Ajuste)

APS= Atención Primaria de la Salud

AQ-PCP= Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire for Primary Providers (Cuestionario de Desorden por Déficit de Atención e Hiperactividad para Profesionales de Atención Primaria)

CAPS= Centro de Atención Primaria de Salud

CFE= Carga Factorial Estandarizada

CFI= Comparative Fit Index (Índice de ajuste comparativo)

DWLS = Diagonally Weighted Least Squares (Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalizados)

GA= Grado de Afiliación

GFI= Goodness of fit index (Índice de Bondad de Ajuste)

GPAQ= General Practice Assessment Questionnaire (Cuestionario de Evaluación de Medicina General)

HIBA= Hospital Italiano de Buenos Aires

NFI= Normed fit index (Índice de Ajuste Normalizado)

NNFI= Non-normed fit index (Índice de Ajuste no Normalizado)

OMS= Organización Mundial de la Salud

OPS= Organizació Panamericanada de la Salud

PACOTAPS= Primary Health Care Software (Software de la Atención Primaria de la Salud).

PCAT= Primary Care Assessment Tools (Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria)

PCET: Primary Care Assessment Tool de la Organización Mundial de la Salud (Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria de la Organización Mundial de la Salud)

RMR st.= Standardized Root Mean Square Residual (Residuo cuadrático medio estandarizado)

RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation (Error de Aproximación Cuadrático Medio)

VME= Varianza Media Extractada

$\chi^2 =$ Chi cuadrado

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	14
<i>1.1 Marco Teórico.....</i>	<i>14</i>
1.1.1 Historificación de la Atención Primaria de la Salud.....	14
1.1.2 Atención Primaria de la Salud en la Argentina.....	16
1.1.3 La Atención Primaria de la Salud.....	17
1.1.4 Beneficios de la Atención Primaria de la Salud.....	19
1.1.5 Definición renovada de la Atención Primaria de la salud	21
1.1.6 Funciones de la Atención Primaria de la Salud.....	22
<i>1.2 Estado del Arte.....</i>	<i>24</i>
1.2.1 Evaluación de la Atención Primaria de la Salud.....	24
1.2.2 Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria, PCAT	25
1.2.3 Versión argentina del PCAT adultos para usuarios	27
1.2.4 Versión reducida del PCAT adultos para usuarios	33
1.2.5 Test Psicométricos, Confiabilidad y Validez.....	37
1.2.6 Hospital Italiano de Buenos Aires.....	40
1.2.7 Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires	41
1.2.8 Propósito	41
2. OBJETIVOS.....	43
<i>2.1 Objetivo general.....</i>	<i>43</i>
<i>2.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>43</i>
3. METODOLOGÍA.....	44
<i>3.1 Confección del instrumento.....</i>	<i>44</i>
<i>3.2 Población.....</i>	<i>51</i>
<i>3.3 Selección de la muestra.....</i>	<i>51</i>
<i>3.4 Recolección de los datos.....</i>	<i>52</i>
<i>3.5 Validez de constructo</i>	<i>52</i>
<i>3.6 Tamaño muestral</i>	<i>54</i>
<i>3.7 Confiabilidad.....</i>	<i>54</i>

3.8 Grupo Delphi	55
4. RESULTADOS	57
4.1 Resultados de la Validez de Constructo	63
4.2 Resultado de la Confiabilidad	73
4.3 Resultados del Grupo Delphi	73
5. DISCUSIÓN	76
6. CONCLUSIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÉNDICES	96
ANEXOS	102

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Historificación de la Atención Primaria de la Salud

Para entender qué es la Atención Primaria de la Salud (APS), resulta necesaria su historificación.

Las características y los objetivos de la APS se plantearon hace más de tres décadas en la conferencia de Alma Ata (OMS, 1978). Desde entonces y en pos de garantizar el derecho universal a la salud, la estrategia de la APS se ha transformado en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud. Sin embargo, a la hora de ser implementada, este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales.

Desde sus inicios, la estrategia de la APS se asienta sobre postulados ambiguos (Rovere et al., 2011), lo que facilitó la adhesión de numerosos países sumamente heterogéneos entre sí. Esta ambigüedad permitió también una transformación de su significado en los últimos 30 años, acompañando las transformaciones sociales.

Por otro lado, la gran ambición de los objetivos propuestos, entre ellos “la salud para todos en el año 2000” como meta propuesta en la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1977, generaron un intenso debate en relación a las posibilidades de implementación. En la reunión llevada a cabo en Alma Ata, quedó establecido que para el logro de esta meta era necesario una estrategia específica que se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia a la que adhirió el Estado argentino. Esta propuesta, surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada nación (OMS, 1978). Así, a partir del conocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región, los organismo sanitarios internacionales proponen la estrategia de la APS como instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud general (Ase & Burijivich, 2009).

Sin embargo, el pasaje de la formulación teórico metodológica a la implementación política de las estrategias de APS no ha sido sencillo. La falta de discusión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales, la imposibilidad de disciplinar a todos los actores del sector salud en torno a un sistema único articulado por una estrategia única, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaba OPS-OMS (Ase & Burijivich, 2009). A esto debe sumarse que, a partir de los inicios de la década del 80 comienza a hacerse dominante en el mundo la perspectiva neoliberal en relación al rol del Estado y de sus políticas sociales. En este contexto, pensar la política de salud en términos de sistemas nacionales, en donde el Estado asume un rol preponderante y cuyas políticas de carácter universal tienden a alcanzar una cobertura del 100% de la población como lo propone la estrategia de la APS, se transforma en una visión de política sanitaria carente de consenso social y político para su implementación (Rovere et al., 2011). Desde este marco se desarrolla un intenso debate en torno a la supuesta inviabilidad política de la estrategia de APS, y a la necesidad de su reconceptualización. De esta forma el término APS deja de tener un único significado.

Finalmente, durante los años 90 predominó un modelo minimalista en el diseño y ejecución de las políticas sociales. En el campo de la salud se definió una canasta básica de prestaciones y reorientó los recursos del Estado solo hacia los grupos más desfavorecidos (Ase & Burijivich, 2009). Este modelo fue apoyado por los organismos financieros internacionales, en particular el Banco Internacional de Desarrollo y el Banco Mundial, que promocionaron a la APS como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud regionales en un sentido claramente selectivo. De esta manera, la APS pasó a ser un programa sanitario de emergencia destinado a los llamados *grupos vulnerables* de la población (Testa, 2006). La APS se transformó en una herramienta central en los programas de atención de la pobreza extrema.

En la actualidad, bajo el mismo rótulo se esconden diversas maneras de entender la APS: como una estrategia, como un nivel de atención, como un programa específico (Bloch, 1988). Así programas de APS absolutamente aislado del resto del sistema de salud, sin conexión alguna con la red sanitaria pública, convierten a esta estrategia en una atención médica de segunda categoría. La atención primaria deviene en atención primitiva de la salud (Testa, 2006).

Weisbrot MA. Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

1.1.2 Atención Primaria de la Salud en Argentina

La APS no es ni ha sido una política prioritaria para la salud pública en Argentina. El modelo de atención ha sido históricamente hospitalicéntrico.

La declaración del Alma Ata de 1978 encontró a nuestro país transitando una nueva interrupción de un gobierno democrático por las fuerzas armadas, con la instalación de una política sistematizada de desaparición de personas, calificación de las ideologías progresistas como enemigos de la Nación y prohibición expresa de cualquier participación política. En este contexto, la salud pública dejó de plantearse como responsabilidad del Estado y se instalaron medidas como la transferencia de efectores a las provincias sin el respaldo de recursos. La falta de orientación y fiscalización del Estado en materia de salud, generó el desarrollo de un mercado de servicios de salud junto a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos. Así, fue facilitada la consolidación de modelos de servicios de alta especialización en detrimento de acciones basadas en la prevención y promoción de la salud. De esta manera, la incorporación de la APS en Argentina fue expresamente restringida a algunas dimensiones técnicas, aplicadas en las zonas libres de conflicto (Rovere et al., 2011). Siempre con una expresa supresión de los componentes más políticos, como la participación comunitaria y la intersectorialidad.

Durante la década del 90 Argentina se sumó a la adopción de políticas neoliberales que destacaban al mercado como única voz autorizada para dictar la agenda pública (Ase & Burijivich, 2009). La desvalorización del Estado intervencionista, las estrategias de privatización, descentralización y focalización, impactaron con especial dureza en la situación de salud, nutrición, educación de crecientes sectores sociales.

Respecto a las políticas sanitarias, se consolidó en Argentina una fuerte tendencia hacia la mercantilización en salud, expresada a través de la heterogeneidad en la calidad de distintas prácticas. Por un lado, servicios de alta calidad con costos que sólo unos pocos podrían pagar y por el otro, una oferta de servicios, ostensiblemente de menor calidad, destinados a sectores populares, quedando bien delimitada la equidad de la frontera (Rovere et al., 2011). En este contexto, la estrategia de la APS se vio traducida como el acceso a un paquete mínimo de intervenciones focalizadas (Wilner & Stolkiner, 2007), ocultando los determinantes sociales, económicos y culturales.

Luego de la crisis del 2001, comienza un nuevo período caracterizado por cambios acompasados en la región latinoamericana y particularmente del cono sur; con gobiernos

progresistas que apuestan a la importancia geopolítica de la región, a cierta redistribución del ingreso y al resurgimiento de Estados presentes, que aparecen como reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía (Rovere et al., 2011). En este escenario se instala lentamente el concepto *atención primaria de la salud* como políticamente correcto, sin que logre reflejarse en políticas transformadoras que apunten en la práctica a resultados de equidad en salud.

El resultado neto del período fue un incremento de la presencia del sector privado mientras la estrategia de APS ha ocupado un rol subsidiario en un modelo claramente hospitalicéntrico (Bloch, 1988).

Se percibe que unas de las principales debilidades que presenta la estrategia de APS en la Argentina es que la misma no estuvo formulada en su origen, en términos estratégicos. Tanto en la formación de los recursos humanos como en la práctica cotidiana, a lo largo del tiempo, la política sanitaria operaron dispositivos de represión, disciplinamiento y orientación de las prácticas de APS, delimitando a priori en qué se debe meter y en qué no el personal de salud que está en el Primer Nivel de Atención. Los componentes políticos de la APS como participación social, dispensarización, intersectorialidad, interdisciplinariedad, interculturalidad y desarrollo de tecnologías apropiadas, no se encuentran o se encuentran muy acotados, normatizados y normalizados como para esterilizar o moderar su potencial de transformación (Rovere et al., 2011).

Otros obstáculos igualmente importantes que inciden para la efectivización plena de APS Integral en nuestro país son el poder de la corporación médica, la industria farmacéutica y de las tecnologías de diagnóstico, así como también la falta de planificación en el primer nivel de atención en base a las características poblacionales, la cristalización de modelos formativos que no dan respuesta a las principales problemáticas de salud de los conjuntos sociales o los prejuicios de los profesionales que intervienen en el primer nivel de atención probablemente consecutivo a su baja jerarquización en términos salariales y/o de crecimiento y prestigio laboral.

1.1.3 La Atención Primaria de la Salud

La región europea de la OMS ha propuesto definir la salud como

El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada (OMS, 1985 apud Ministerio de Salud de la Nación, p19).

Todo sistema sanitario debería tener dos objetivos principales. El primero, mejorar la salud de la población empleando conocimientos actualizados acerca de las causas de las enfermedades y su manejo, y de la optimización de la salud. El segundo objetivo, de igual importancia, es disminuir las diferencias entre los subgrupos de la población, de manera que determinados grupos no estén siempre en desventaja respecto a otros en el acceso a los servicios de salud y en la consecución de una salud óptima.

Desde hace más de 25 años se reconoce a la APS como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que la APS pueden interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. El reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud es creciente. La APS (Haggerty, Yavich & Báscolo, 2009) es la estrategia mediante la cual el sistema de salud logra influir sobre los determinantes de la salud de la población. Esto es posible gracias al trabajo intersectorial y la coordinación de acciones entre los distintos niveles de atención del sistema de salud. A través de la APS se garantiza la participación comunitaria, la equidad en salud y el acceso universal a los servicios de salud de calidad (OPS/OMS, 2007). La APS es aquel nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema y necesidad que presta atención a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los trastornos (con excepción a los más raros o inhabituales) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales (Starfield, 2001). Es un enfoque que constituye la base y determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario (Testa, 2006; Wilner & Stolkines, 2007; Starfield, 2001). Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar. Integra la atención cuando existe más de un problema de salud, se enfrenta a los condicionantes de la enfermedad e influye en las respuestas de las personas a sus problemas de salud. La APS implica el

manejo de pacientes que con frecuencia padecen múltiples enfermedades y cuadros complejos no clasificados entre los diagnósticos habituales (Rubinstein & Terrasa, 2006). Una atención médica eficaz no se limita al tratamiento de la enfermedad, sino que también debe tener en cuenta el entorno en el que la enfermedad aparece y dónde vive el paciente, es decir el contexto. Por otro lado, la especialización proporciona una atención muy eficaz a enfermedades específicas, pero es poco probable que de atención básica de salud efectiva, ya que las actividades de prevención y promoción de la salud van más allá de las enfermedades específicas, y su abordaje requiere una perspectiva más amplia que la del especialista. Un sistema sanitario centrado en la súper especialización presenta, además, el inconveniente de poner en peligro la equidad, ya que no existe ninguna sociedad que disponga de recursos económicos ilimitados para costear los servicios de salud (Starfield, 2001).

En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la responsabilidad de garantizar una cobertura y un acceso universal a servicios de salud de calidad, aceptables para la población. Los servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de construirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto) y de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población. Los equipos de salud deben brindar atención por todos los problemas de salud (salvo aquellos problemas de salud inusuales) y deben estar coordinados con el resto del sistema. Deben desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, promover la participación comunitaria y coordinar acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familiar y las comunidades con la base para la planificación y la acción (Haggerty, Yavich & Báscolo, 2009).

Un sistema de salud basado en la APS está formado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (OPS/OMS, 2007).

1.1.4 Beneficios de la Atención Primaria de la Salud

Existe una evidencia considerable sobre los beneficios de la APS. Los estudios internacionales sugieren que, en igual de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación en APS (Baicker & Chandra, 2004; Macinko, Starfield & Shi, 2003; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Starfield & Shi, 2002; Van Doorslaer et al. 1999; Macinko, Guanais & Marinho, 2006).

Al comparar 12 países occidentales industrializados, se demuestra que aquellos más orientados a la atención primaria con mayor probabilidad mejores grados de salud y menores costos (Starfield, 1994). Farmer et al. fueron los primeros en demostrar que los estados con menor tasa de mortalidad ajustada por edad eran aquellos con mayor densidad de médicos de atención primaria (Farmer et al., 1991). Los indicadores vitales son mejores cuando mayor es el número de habitantes por médico de atención primaria y cuanto menor es el número de otros especialistas (Shi, 1994). La atención primaria tiene un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, al ofrecer la atención más eficiente y equitativa a las necesidades de la población (Starfield, 1994; 2001; Shi, 1992; 1994; Villalbí et al., 2001; Parchman & Culler, 1994).

Se considera que los servicios de salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada (Grumbach, 2002). Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, el uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención en salud (Forrest & Starfield, 1998; Raddish, Horn & Sharkey, 1999). Por consiguiente, la APS puede ayudar a liberar recursos para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación (Starfield, 2001; Macinko, Guanais & Marinho, 2006; Shi, 1994). Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan esos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de la población más pobre y al facultar a los grupos vulnerables para que desempeñen un papel más importante en el diseño y el funcionamiento del sistema de salud (Gwatkin, Bhuiya & Victora, 2004).

Por otro lado, los estudios sobre hospitalización por afecciones sensibles a la atención ambulatoria- afecciones tratadas en los hospitales, que habrían podido resolverse

en la atención primaria- y el uso de servicios de emergencia para la atención habitual, muestran cómo los sistemas de APS que aseguran el acceso y el primer contacto pueden mejorar los resultados de salud y beneficiar a los otros niveles del sistema de salud (Casanova, Colomer & Starfield, 1999; Casanova & Starfield, 1995; Caminal et al., 2004; Brindman et al., 1995; Billings, Parikh & Mijanovich, 2000). También se ha observado que el fortalecimiento de los servicios de atención primaria reduce las tasas globales de hospitalización por trastornos como angina de pecho, neumonía, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, paro cardíaco e infecciones de oído, nariz y garganta, entre otros (Bermudez et al., 2004). Los individuos que cuentan con una fuente regular de atención primaria a lo largo del tiempo para la mayoría de sus necesidades de atención de salud han mostrado mayor satisfacción, mejor cumplimiento de las indicaciones médicas, menos hospitalizaciones y menos utilización de los servicios de urgencias que quienes no disponen de ella (Rosenblatt et al., 2000; Weiss & Blustein, 1996).

Para finalizar, las investigaciones realizadas por el Observatorio Europeo sostienen que los sistemas de servicios de salud con mayor posibilidad de elección y más rápido acceso a la atención a especialistas están a menudo asociados a la fragmentación y menos continuidad en la atención, más altos cobros a los usuarios y menores niveles de calidad y eficiencia. Por el contrario, los sistemas con porteros (médicos de atención primaria) generalmente requieren delimitación de la población a cargo y restringen la elección del proveedor, pero tienen un enorme potencial para garantizar la continuidad de la atención y la coordinación de los servicios. En estos sistemas crece la posibilidad de evitar la duplicación hacer un uso más eficiente de los recursos; además de existir una más clara división entre proveedores de atención primaria y especialistas (Saltman, Rico & Boerma, 2006).

1.1.5 Definición renovada de la APS

La OMS/OPS emitió en el año 2007 un comunicado (OPS/OMS, 2007) exponiendo su posición en relación a la APS. En este informe ellos declaran que consideran que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la Declaración del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.

La OMS/OPS define un sistema de salud basado en APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sistemas público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. La estrategia de renovación especifica un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse y que constituyen una aproximación coherente y lógica hacia los sistemas de salud firmemente basados en la estrategia de APS. Esta estrategia destinada a guiar las transformaciones de los sistemas de salud de manera que puedan alcanzar sus objetivos y ser suficientemente flexibles como para adaptarse a los nuevos desafíos que vayan surgiendo con el transcurso del tiempo. Reconocen que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en el sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. El gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de la atención de la salud. Por consiguiente, la rendición de cuentas exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social.

1.1.6 Funciones de la Atención Primaria de la Salud

Bárbara Starfield (Starfield, 2001) organizó un modelo conceptual para definir la APS que incluye cuatro atributos o funciones principales de la APS que se pueden organizar en

subdimensiones estructurales y de procesos de los sistemas o servicios de salud; y tres funciones secundarias.

Esta definición clara y precisa de las funciones de la APS, permitió desarrollar una herramienta para evaluar el grado de implementación de la APS: Primary Care Assessment Tools: PCAT) (Shi, Starfield & Xu, 2001).

Las cuatro funciones esenciales de la APS son (Starfield, 2001): el primer contacto, la continuidad, la coordinación y la integralidad o globalidad. El *primer contacto* supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población. Esta función se compone de dos subdimensiones: la accesibilidad (es el elemento estructural necesario para el primer contacto) y la utilización de los servicios como primer contacto (es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo). La *continuidad* observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Esta función se compone de dos subdimensiones: el grado de afiliación (es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud; y en que los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios) y la continuidad interpersonal (es la atención longitudinal y focalizada en la persona y no en la enfermedad). La *coordinación* es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Esta función se compone de dos subdimensiones: el sistema de información (es la disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población) y la integración de la información (son los mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas). Por último, la *integralidad o globalidad*, se refiere la característica de la organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación

de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de los servicios disponibles (aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios) y de los servicios proporcionados (los servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee).

Por otro lado, las tres funciones secundarias de la APS (Starfield, 2001) son el enfoque familiar, la orientación comunitaria y la competencia cultural. El *enfoque familiar* se refiere a la característica de centrar la atención de la salud de los individuos en su contexto social más cercano. La *orientación comunitaria* se refiere a la elaboración de programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida y la *competencia cultural* describir si el centro adapta y establece relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

1.2 Estado del arte

1.2.1 Evaluación de la Atención Primaria de la Salud

Como ya describimos anteriormente, la definición renovada de la APS incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. La estrategia de renovación especifica un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse (OPS/OMS, 2007).

En el proceso de implementación de la estrategia de APS, la evaluación constituye un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar una toma de decisiones basada en la evidencia (Starfield, 2001). El estudio del grado en que la APS alcanza su propósito es un desafío actual de la investigación de los servicios de salud.

En los últimos años, se han realizado trabajos para evaluar la implementación de la APS en diferentes lugares (Ruiz Jaramillo, 2009; Paganini et al., 2010; Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003; Jiménez Cangas L. et al., 1996). Sin embargo, la mayoría de las veces fueron trabajos aislados sin llegar a formar un modelo de evaluación de la APS.

El trabajo de Caminal Homar y Cassanova Matutano (Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003), estudia los indicadores de actividad hospitalaria como medida indirecta del

funcionamiento de la APS, ya que se postula que las tasas de hospitalización por problemas de salud susceptibles de cuidados en APS se relacionan con el nivel de efectividad de la APS. Sin embargo, también se describen limitaciones, ya que se analiza un indicador indirecto que puede ser susceptible a cuestiones externas.

Recientemente, un metaanálisis llevó a cabo una revisión de la literatura internacional para identificar las diferentes herramientas actualmente utilizadas para evaluar la APS (Fracolli et al., 2014). Incluyeron aquellos trabajos que utilizaban una herramienta validada para la valoración de la APS escritos en portugués, castellano o inglés. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: LILACS, CidSaúde, BDNF, IBECS, MEDCARIB, PAHO, MEDLINE, Cochrane y SciELO. Identificaron la utilización de cinco principales instrumentos de evaluación de APS: el WHO Primary Care Assessment Tool (PCET); el ADHD Questionnaire for Primary Providers (AQ-PCP); el General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); PACOTAPS (primary health care software); y el PCAT (Primary Care Assessment Tool). Este metaanálisis concluye que el instrumento más adecuado para evaluar los aspectos esenciales de la dispensación de la APS, es el PCAT. Este instrumento mide la presencia y la magnitud de las características esenciales de la APS al mismo tiempo que determina indicadores relacionados con el proceso de cuidado. También menciona que el PCAT es el instrumento de evaluación de la APS más utilizado en Brasil y que se encuentra ampliamente aceptado y validado en Estados Unidos, en España y en otros países.

1.2.2 Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria, PCAT

La Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (en inglés Primary Care Assessment Tools: PCAT) (Shi, Starfield & Xu, 2001; The Johns Hopkins Primary Care Policy Center, 2015) es un conjunto de cuestionarios diseñados para valorar las funciones de la APS definidas más arriba. Es considerado uno de los más completos por haber sido elaborado sobre la base de un modelo teórico claro y por permitir obtener la perspectiva de diversos actores del sistema de salud (Malouin, Starfield & Sepulveda, 2009). La herramienta está formada por cuatro cuestionarios, cada uno de los cuales puede informar sobre las mismas funciones de la APS pero en diferentes niveles y perspectivas, con la ventaja de permitir obtener información desde distintos puntos de vista.

El modelo de evaluación del conjunto de herramientas PCAT se organiza en cuatro funciones principales (compuestas por dos subdimensiones cada una), y tres funciones secundarias (Shi, Starfield & Xu, 2001; The Johns Hopkins Primary Care Policy Center). Este instrumento presenta adecuadas consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez de constructo (Shi, Starfield & Xu, 2001; Cassady, Starfield & Hurtado, 2000) y está siendo utilizado en numerosos países (Haggerty & Martin, 2005; Haggerty al., 2007; Macinko, Almeida & Klingelhofer, 2007; Pasarín et al., 2007; Tsai et al., 2010a; Tsai et al., 2010b; Wong et al., 2010; Tsai et al., 2010; Macinko et al., 2004) y ha cumplido una instancia de validación al castellano en la Argentina por Berra y col (Berra, Audisio & Starfield, 2011; Berra, Hauser & Audisio, 2013).

El PCAT-sistemas (Berra, 2012) recoge la perspectiva de gestores de políticas sanitarias, expertos a nivel de sistemas de salud o investigadores. Permite conseguir una visión rápida y general de un sistema sanitario o de los subsistemas dentro de él, proporcionando además información sobre los marcos políticos, recursos y financiamiento del sistema.

El PCAT-centros (Berra, 2012) está dirigido a gestores de los recursos de APS, como directores de centros o profesionales en representación de un equipo o centro. Es útil para proporcionar información acerca de unidades de atención de la salud refiriendo al logro de las funciones de la APS con respecto de toda la población que debe atender.

El PCAT-proveedores (Berra, 2012) indaga la perspectiva de los profesionales que pueden informar sobre los servicios específicos que ellos proveen.

El PCAT-usuarios (Berra, 2012) proporciona el punto de vista de la población, que brinda información de gran utilidad en función de sus experiencias con su fuente de APS. Hay dos versiones, PCAT- AE (PCAT- Adult Edition; en castellano, PCAT versión para usuarios adultos) y PCAT-AC (PCAT- Child Edition; en castellano, PCAT versión infantil).

Cada instrumento de la familia PCAT tiene ventajas particulares en cuanto al nivel de análisis sobre el que pueden aportar información. Cada cuestionario recoge diferentes perspectivas del mismo sistema sanitario. Evaluar todos los puntos de vista a la vez brinda una información muy rica y completa, pero aumenta los costos.

Los cuestionarios PCAT pueden ser administrados a través de entrevistas realizadas por personal adecuadamente entrenado en forma personal o por vía telefónica, o pueden ser autoadministrados (Berra, 2012). Por otro lado, los cuestionarios pueden ser aplicados en

cualquier sector del sistema sanitario, sea gubernamental, privado, de obras sociales u otro tipo de organizaciones que participen en la provisión de servicios de APS. Los gestores y profesionales responden por los servicios que proveen y sobre la población que sirven, mientras que los usuarios responden las preguntas haciendo referencia a su fuente de APS, cualquiera sea el sector al que pertenezcan.

Esta herramienta está siendo utilizada alrededor del mundo, lo que aumenta el interés de los resultados al poder comparar entre países. El PCAT se desarrolló en los Estados Unidos de América en 1998 (Macinko, Starfield & Shi, 2003; Starfield et al., 1998). En 2004 aparecieron los primeros trabajos de adaptación y usos en otros países como Brasil y Canadá (Casady et al., 2000; Haggerty & Martin, 2005; Wong et al., 2010; Berra et al., 2013; Starfield et al., 1998; Haggerty et al., 2004). Luego comenzó a utilizarse en España (Pasarín et al., 2011), Tailandia (Pongopirul et al., 2009), Hong Kong (Tsai et al., 2010a), China (Yang, 2010), Argentina (Berra, Audisio & Starfield, 2011) y Uruguay (Pizzanelli & Ponzo, 2011).

Retomando, lo interesante de este instrumento, y el motivo porque lo elegimos en detrimento de otros, es que éste se basa en un modelo teórico claro, captura la perspectiva de diferentes actores, presenta adecuadas consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez de constructo y está siendo utilizado en numerosos países como Estados Unidos de América, Canadá, Brasil, Argentina, Uruguay, España, Tailandia, Hong Kong y China.

1.2.3 Versión argentina del PCAT- adultos para usuarios

En el año 2011, Berra S. y su equipo publicaron una adaptación transcultural del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino (Berra et al., 2011). Este estudio realizó un cuidadoso proceso de adaptación cultural que incluyó técnicas de traducción directa e inversa (traducción y retrotraducción), varios momentos de consenso en el que participaron expertos locales, la autora del modelo teórico sobre el que se basa la medición y los autores del trabajo, así como instancias de evaluación de la comprensión de preguntas por parte de la población mediante métodos cualitativos.

La adaptación transcultural se realizó en cuatro etapas. Primero, dos lingüistas profesionales en forma independiente, llevaron a cabo una traducción semántica del

instrumento PCAT original al castellano. Ambas traducciones fueron revisadas luego por los traductores y los investigadores y se llegó así a una primera versión traducida y consensuada (traducción directa). Segundo, un grupo de expertos multidisciplinario y con diversas experiencias en APS, evaluó el contenido y revisó que el producto fuera adaptable al sistema sanitario argentino (revisión por expertos). En esta etapa de revisión por grupo de expertos se realizaron modificaciones menores en 36 ítems de los atributos de la APS, se realizó cambios importantes en un solo ítem, se realizaron cambios moderados en 25 ítems, cambios lingüísticos en 10 ítems. Se agregaron 13 ítems (10 en extensión y 3 en orientación comunitaria). De esta manera se obtuvo una segunda versión adaptada y consensuada. Tercero, un lingüista profesional llevó a cabo la traducción al idioma inglés (traducción inversa) que fue revisada por los investigadores y la traductora en una primera instancia, y luego, fue revisado por la autora del modelo teórico (Barbara Starfield). En esta etapa se realizaron modificaciones a 9 de los ítems, dos cambios moderados y 7 cambios lingüísticos. De esta manera, se obtuvo una tercera versión adaptada. Cuarto, esta versión del PCAT adaptada a la Argentina, fue sometida a pruebas preliminares (pre-test) realizando entrevistas cognitivas a 14 personas con diversas características de edad, sexo, subsistema sanitario y estado de salud. En esta etapa, 11 personas tuvieron dificultades menores, 13 comprendieron todo, 13 opinaron que el lenguaje fue apropiado y 12 que las preguntas son interesantes. Se modificaron 12 ítems de las dimensiones de APS, 3 de ellos fueron cambios moderados y 9 cambios lingüísticos. De esta manera se obtuvo una cuarta versión que es la que se utiliza actualmente. En síntesis, luego de la traducción inicial, se realizaron cambios en aproximadamente la mitad de los ítems. Un ítem fue eliminado y se propusieron 13 nuevos, principalmente para las dimensiones de globalidad y orientación comunitaria. También se produjeron cambios mayores en la sección de cobertura, centros de salud y nivel socioeconómico de las personas.

Dos años más tarde, el mismo grupo de trabajo, analizó la validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT- adultos para usuarios (Berra S., et al., 2013). El cuestionario que implementaron contenía 111 ítems para medir las diferentes dimensiones de la APS y otros para caracterizar la fuente de APS y a la población. Los ítems sometidos a evaluación fueron 104, 91 correspondían a la versión original del instrumento y 13 ítems fueron propuestos durante la adaptación en Argentina. La muestra estaba constituida en un 46% por adultos de nivel socioeconómico medio y bajo de diversos barrios de la ciudad de

Weisbrot MA. Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

30

Córdoba, y el 54% por adultos beneficiarios de la Obra Social de la Universidad Nacional de Córdoba. La autora concluye que la versión argentina del cuestionario PCAT- adultos para usuarios logró validez y fiabilidad adecuadas, teniendo en cuenta su composición factorial, las propiedades de los ítems y su consistencia interna.

La versión final del PCAT-adultos para usuarios que se obtuvo adaptada a la realidad argentina consta de 95 ítems organizados en 9 factores (ver cuadro 1).

Cuadro 1: Ítems de la versión argentina del PCAT- adultos para usuarios, ordenados por factores extraídos mediante análisis factorial exploratorio.

Ítems ordenados por dimensión (subdimensión)	Carga Factorial (factor) ^a
B. Primer contacto (Utilización)	(F8)
B1 Va a su CAPSc antes que otro cuando necesita hacerse un control de salud de rutina	0,71
B2 Va a su CAPS antes de asistir a otro lado cuando tiene un nuevo problema de salud	0,78
B3 El CAPS lo tiene que autorizar o derivar cuando tiene que ir a un especialista	0,42
C. Primer contacto (Acceso 1)^b	(F5)
C1 El CAPS abre los sábados o domingos	0,69
C2 Durante la semana el CAPS está abierto algunas tardes hasta las 20 hr	0,68
C3 Si el CAPS está abierto, alguien lo atendería ese mismo día si se enferma	0,29
C4 Si el CAPS está abierto, puede recibir indicaciones médicas por teléfono rápidamente	0,31
C5 Si el CAPS está cerrado, puede recibir atención médica telefónica cuando se enferma	0,65
C6 Si se enferma el fin de semana, cuando está cerrado, alguien lo atendería mismo día	0,79
C7 Si se enferma de noche, cuando está cerrado, alguien le atendería esa misma noche	0,72
	(F9)
C. Primer contacto (Acceso 2)^b	
C8 Es fácil conseguir un turno para control médico	0,44
C9 Al llegar a su CAPS tiene que esperar más de 30 minutos para que lo atiendan	0,55
C10 Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno	0,68

Cuadro 1. Continuación

C11 Resulta difícil ser atendido en su CAPS cuando lo necesita	0,69
C12 Tiene que faltar o pedir permiso en su trabajo o escuela cuando tiene que ir a su CAPS	0,45
D. Continuidad interpersonal	(F2)
D1 Siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud	0,59
D2 Los profesionales comprenden lo que usted dice o pregunta	0,52
D3 Los profesionales responden a sus preguntas de manera que usted entienda	0,41
D4 Puede llamar y hablar con el médico/a o enfermero/a que lo/la conoce más	0,56
D5 Los profesionales le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus problemas	0,53
D6 Se siente cómodo/a hablando de sus problemas con los profesionales de su CAPS	0,40
D7 Los profesionales de su CAPS le conocen como persona	0,83
D8 Los profesionales de su CAPS saben con quién vive	0,81
D9 Los profesionales conocen los problemas más importantes de usted y su familia	0,80
D10 Los profesionales de su CAPS conocen su historia clínica completa	0,63
D11 Los profesionales de su CAPS conocen sus ocupaciones	0,69
D12 Los profesionales sabrían si tiene problemas para conseguir medicamentos	0,70
D13 Los profesionales conocen los medicamentos que está tomando	0,62
D15 Cambiaría de CAPS si fuera fácil	0,35
Coordinación (Integración de la información)	(F6)
E1 Le entregan los resultados de sus análisis de laboratorio	0,33
E6 Le recomendaron que consultara al especialista o servicio de especialidad médica	0,57
E7 Su médico/a sabe que fue al especialista o servicio de especialidad médica	0,63
E8 Algún profesional habló con Ud. acerca de los lugares donde podría haber ido	0,38

E9 Alguien le ayudó a conseguir el turno para esa consulta	0,28
E10 Su médico/a le dio alguna información por escrito para el especialista	0,61
Cuadro 1. Continuación	
E11 Su médico/a conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta	0,72
E12 Su médico/a habló con Ud. acerca de lo que sucedió en esa visita	0,74
E13 Su médico/a se interesa en la calidad de atención que Ud. recibe en especialista	0,46
Integralidad—Servicios disponibles	(F1)
G1 Atención a consultas sobre nutrición o dieta	0,47
G2 Colocación de vacunas	0,30 ^d
G3 Orientación sobre beneficios sociales, programas sociales o subsidios	0,54
G5 Tratamiento odontológico	^d
G6 Planificación familiar o métodos de control de natalidad	0,66
G7 Asesoramiento sobre adicciones	0,78
G8 Asesoramiento sobre sus problemas de conducta o salud mental	0,78
G9 Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales	0,75
G10 Coser una herida que necesita puntos	0,53
G11 Asesoramiento y pruebas para VIH/Sida	0,81
G12 Examen de audición	0,54
G13 Examen de la vista	0,34 ^{c,d}
G14 Vacunas para alergia	0,72
G15 Inmovilización de un tobillo esguinzado	0,63
G16 Extracción de verrugas	0,70
G17 Pruebas de Papanicolaou (PAP) para detectar cáncer de cuello de útero	0,43
G18 Exámenes de recto para detectar cáncer de intestino	0,67
G19 Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	0,69
G20 Control del embarazo	0,59
G21 Consultar por uñas encarnadas	0,67
G22 Asesoramiento sobre discapacidades	0,68
G23 Asesoramiento sobre envejecimiento	0,77

G24 Asesoramiento acerca de cuidados de enfermería en el hogar	0,72
G25 Control de niño sano y programas materno-infantiles	0,54
G27 ^e Entrega de métodos anticonceptivos	0,63
Cuadro 1. Continuación	
G30 ^e Tratamiento de problemas de salud mental	0,86
G32 ^e Tratamiento de adicciones	0,78
G33 ^e Asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos	0,64
Integralidad (Servicios recibidos)	(F3)
H1 Hábitos saludables, como alimentación y descanso	0,40
H2 Seguridad del hogar	0,83
H3 Modos de prevenir accidentes de tránsito y en la vía pública	0,85
H4 Manejo de conflictos con otras personas	0,58
H5 Ejercicio físico apropiado para usted	0,31
H6 Control de niveles de colesterol en la sangre	0,41
H7 Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	0,40
H8 Posible exposición a sustancias tóxicas en su casa, trabajo o barrio	0,68
H10 Prevención de quemaduras	0,79
H11 Prevención de caídas	0,82
H12 Para mujeres: prevención de osteoporosis o huesos frágiles	f
H13 Para mujeres: cuidados de molestias de la menstruación o la menopausia	f
Enfoque familiar	(F2)
I1 Los profesionales preguntan opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento de alguien de la familia	0,38
I2 Los profesionales conocen los problemas que pueden existir en la familia	0,48
I3 Los profesionales se reunirían con alguien de la familia para ayudar a : tratamiento	0,36
Orientación comunitaria	(F4)
J1 Alguien del CAPS realiza visitas a domicilio	g

J2 Los profesionales conocen los problemas de salud más importantes del barrio	0,56
J3 Los profesionales aceptan opiniones e ideas que podrían mejorar la atención de salud	0,54
J7 Encuestas a los pacientes sobre las necesidades de la gente	0,69
Cuadro 1. Continuación	
J8 Encuestas a los integrantes de la comunidad sobre sus problemas de salud	0,71
J9 Se invita a alguien del barrio a participar de las reuniones del equipo de salud	0,70
J25 ^e Los profesionales realizan reuniones con instituciones de la comunidad	0,70
J26 ^e Los profesionales realizan actividades de participación comunitaria	0,74
Competencia cultural	(F9)
K1 Le recomendaría su CAPS a un amigo o pariente	0,40
K2 Le recomendaría su CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano que viene de otro país	0,45
K3 Le recomendaría su CAPS a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros, o asiste al curandero	0,43

Fuente: Berra et al., 2013.

PCAT= Siglas en inglés de “instrumentos para evaluar la atención primaria de salud”. El texto de los ítems mantiene el contenido pero no es exactamente igual a las preguntas del cuestionario.

CAPS= Centro o profesional de atención primaria de salud

^a Factores extraídos. Carga factorial de los ítems en el factor. Los factores con carga < 0,35 no se presentan en el cuadro, salvo cargas secundarias consideradas.

^b Las preguntas de la subdimensión acceso/primer contacto, cargaron por separado en dos factores.

^c Carga secundaria.

^d G2 (0,396), G5 (0,831) y G13 (0,481) cargan en el factor 7.

^e Ítem añadido en la versión argentina.

^f No se incluyó en el análisis factorial por ser respondido solo por mujeres.

^g J1 carga en F5 (0,334).

1.2.4 Versión reducida del PCAT-adultos para usuarios

Recientemente se ha publicado una versión reducida del PCAT-adultos para usuarios en Brasil. Un grupo de trabajo de ese país (Oliveira et al., 2013) a partir del instrumento PCAT- adultos usuarios adaptado al sistema brasileño, seleccionó aquellos ítems que contribuyen con mayor peso para describir el factor latente de “orientación hacia la APS”, contemplando las siete funciones de la APS del modelo. Para esto, utilizaron el modelo logístico de dos parámetros de la Teoría de Respuesta al Ítem (ML-2). Con esta metodología, los autores determinaron los ítems más efectivos o discriminantes del cuestionario original multidimensional. Este nuevo cuestionario abreviado incluye 23 preguntas en una sólo dimensión (“orientación hacia la APS”), veinte de ellas fueron seleccionados por demostrar una mayor discriminación, y sólo tres han sido incorporados por motivos conceptuales.

El grupo de trabajo brasileño fijó como valores de corte una discriminación menor a 0,6 (discriminación baja). Fijaron otros tres niveles de discriminación: de 0,6 a 1,3 discriminación moderada, de 1,31 a 1,7 discriminación alta, y mayor a 1,7 discriminación muy alta. Del cuestionario original, 5 ítems presentaron discriminación muy alta, 4 ítems presentaron discriminación alta, 11 ítems presentaron discriminación moderada y 3 ítems presentaron discriminación baja (incluidos conceptualmente). Ver cuadro 2.

La versión extensa u original del PCAT- adultos usuarios que utilizaron para luego armar esta versión abreviada, había pasado previamente por un proceso de adaptación a la realidad brasileña mediante un proceso de traducción y retrotraducción, adaptación, validación de contenido y de constructo, así como análisis de confiabilidad (Ministerio da Saúde, 2010).

Cuadro 2. Ítems del PCATool-ADULTO-BRASIL versión corta organizados según dimensión de origen y parámetros de discriminación de los ítems de la versión completa.

Dimensión de origen	Ítem	Parámetro de discriminación
Grado de afiliación	A1, A2 e A3 Combinación de tres preguntas para identificar la fuente principal de servicio de salud*	0,87

Primer contacto (Utilización)	B2 Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	0,06#
Primer contacto (Acceso)	C4 Cuando su CAPS está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	1,18
Cuadro 2. Continuación.		
	C11 Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su CAPS?	1,07
Continuidad Interpersonal	D1 Cuando va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?	0,85
	D6 ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?	1,85
	D9 ¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud y su familia?	1,67
	D15 ¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil?	1,21
Coordinación (Integración y Sistemas de información)	E6 ¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	-0,07#
	E10 ¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	-0,04#
	E11 ¿Su médico/a (o algún profesional de su CAPS) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	0,73
	E13 ¿Su médico/a (o algún profesional de su CAPS) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	0,93
	F3 Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?	1,12
Integralidad (Servicios)	G8 Asesoramiento sobre problemas de salud mental	0,75
	G19 Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	0,79

Disponibles)	G23 Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	1,47
Integralidad	H1 Hábitos saludables, como alimentación y descanso	1,74
(Servicios prestados)	H5 Ejercicio físico apropiado para Ud.	1,74
	H7 Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	1,91
Cuadro 2. Continuación		
	H10 Prevención de caídas	1,36
Enfoque familiar	I1 ¿Su médico/a o profesionales de su CAPS le preguntan <i>sus opiniones e intenciones</i> para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	1,91
	I3 ¿Su médico/a o profesionales de su CAPS se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	1,44
Orientación comunitaria	Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente	0,87

Fuente: elaboración propia basado en Oliveira et al., 2013

CAPS= Centro de Atención Primaria de la Salud

*Grado de Afiliación está compuesto por el análisis de tres preguntas: A1: ¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?, A2: ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona? Y A3: ¿Hay algún médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?

Preguntas incluidas por motivos conceptuales

Un grupo de investigadores argentinos ha evaluado las propiedades psicométricas de esta versión corta y unifactorial brasileña del PCAT en Argentina, utilizando la misma base de datos que se usó para el proceso de validación de la versión extensa del PCAT argentino para pacientes adultos (Vazquez F, Berra S. & Harzheim E., 2014a). La población que incluyó este trabajo está compuesta por personas de nivel socioeconómico medio y bajo de varios barrios de la Ciudad de Córdoba y por beneficiarios adultos de la Obra Social de la Universidad Nacional de Córdoba. El trabajo concluyó que los indicadores generales de

Weisbrot MA. Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

39

buen ajuste al Análisis Factorial Confirmatorio, y los valores de Confiabilidad fueron aceptables, con una validez de criterio (correlato con la versión extensa) excelente. Los autores consideraron que el cuestionario abreviado puede ser adoptado como una herramienta de evaluación rápida y general de orientación hacia la APS.

1.2.5 Test psicométricos, confiabilidad y validez

Cuando se investiga en áreas sociales como la psicología, la educación y las ciencias sociales, se trata de medir aspectos que no son físicos ni directamente observables.

La psicometría es un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica, que incluyen aspectos meramente teóricos y otros de carácter más práctico. Dentro de estos últimos, la psicometría se ocupa de aportar un modelo estadístico que dé un fundamento sólido a las puntuaciones de los test (Muñiz, 1998). Estos instrumentos son los tests psicométricos. Este enfoque es actualmente utilizado con frecuencia para la construcción y análisis de los cuestionarios e inventarios debido a que es sencillo de implementar al momento de construir un instrumento y porque presenta una estructura matemática simple (Vera & Oblitas, s.a.).

El cuestionario es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables. Los cuestionarios deben cumplir varios requisitos. El contenido y la dificultad de los ítems están sistemáticamente controlados. La situación de aplicación del cuestionario (el ambiente en el cual se administra, el material, la administración) debe estar bien definida y debe ser reproducida idénticamente para todos los sujetos examinados. El registro del comportamiento provocado en el sujeto examinado debe ser preciso y objetivo. Las condiciones de cómo hacer este registro deben estar bien definidas y deben ser cumplidas rigurosamente (Aliaga, s.a.).

La validez interna de un instrumento se refieren al grado en el que el instrumento en verdad mide la variable que se busca medir, es decir, si está reflejado el concepto teórico que se desea evaluar. La validez de constructo se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Área de epidemiología de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, 2013). La validez se define en términos estadísticos como la proporción de la varianza verdadera que es relevante para los fines del examen (Anastasi, 1986). Con el término relevante se refiere a lo que es atribuible a la variable, características o dimensiones que mide la prueba. En este sentido, generalmente la validez de un test se define ya sea por medio de la relación entre sus puntuaciones con alguna medida de criterio externo, o bien por medio de la extensión con que la prueba mide un rasgo subyacente específico hipotético o constructo.

Lo que se valida no es la prueba sino las inferencias hechas a partir de la misma.

La validez refiere a la

(...) adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar tales inferencias. (...) Aunque la evidencia puede ser acumulada de muchas formas, la validez se refiere siempre al grado en que esa evidencia apoya las inferencias que se hacen a partir de las puntuaciones (APA, AERA, NCME, 1985, p. 8 apud Benito & Hidalgo, p5).

La validez no se puede resumir en un solo indicador o índice numérico, al igual que ocurre con la confiabilidad, sino que la validez de las puntuaciones de un test se asegura mediante la acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones.

Actualmente se coincide, desde el punto de vista científico, que la única validez admisible es la validez de constructo (Messick, 1995). Validación que ha de hacerse en un marco teórico, pues se trata, en última instancia, de confirmar o explicar las inferencias que se hagan de los puntajes.

La validez de constructo, se refiere al grado en que cada prueba refleja el constructo que dice medir, elaborándose operativamente cuando el usuario desea hacer inferencias acerca de conductas o atributos que pueden agruparse bajo la etiqueta de un constructo particular.

La lógica de la validez de constructo en muchos aspectos así como en sus métodos, es esencialmente la del método científico. El proceso de validación de constructo implica a partir del establecimiento de deducciones de la teoría, formular hipótesis y relaciones entre elementos del constructo, de éste con otros constructos de la teoría y con otros constructos externos. Seleccionar ítems o tests (indicadores) que representen manifestaciones concretas del constructo. Establecer consistencia entre datos e hipótesis, y examinar el grado en que los datos podrían explicarse mediante hipótesis alternativas. Para estimar la validez de construcción interpruebas, se utilizan las técnicas del análisis factorial para evaluar los factores que subyacen en las intercorrelaciones de las pruebas estudiadas; la validez congruente para correlacionar los puntajes de las pruebas con los puntajes obtenidos en otra prueba de validez ya establecida, y los estudios de validez convergente y divergente-discriminante.

Frecuentemente existen constructos que necesitamos estudiar, pero que no se pueden medir con una sola pregunta debido a que son fenómenos complejos, son el resultado de la medición de un conjunto de características. Para abordar este tipo de constructos, el análisis factorial permite descubrir patrones simples en el patrón de relaciones entre variables. Explora si las variables observadas pueden ser explicadas en términos de un mucho menor número de variables llamadas factores. El análisis factorial es una técnica de análisis multivariante que se utiliza tanto para detectar y estudiar la estructura en las relaciones entre un grupo de variables como para reducir el número de variables. Asume que las correlaciones entre variables no son aleatorias, sino que se debe a la existencia subyacente de factores comunes entre ellas (Garmendia, 2007). El análisis factorial confirmatorio permite comprobar hipótesis, es decir, busca determinar si los factores y las variables que los conforman concuerdan con una teoría preestablecida.

La confiabilidad (o consistencia) de un test es la precisión con que el test mide lo que desea medir, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación (condiciones especificadas en el manual del test) (Anastasi, 1986). La confiabilidad de un test se puede evaluar a partir de la consistencia interna del mismo. Cuando desde un punto de vista teórico se conceptualiza un constructo que se desea medir, es posible que para poder capturar ese constructo resulte necesario realizar varias preguntas al encuestado. Para medir la consistencia interna, suele utilizarse el coeficiente Alpha de Cronbach. Este coeficiente, descrito en 1951 por Lee J. Cronbach, es un índice utilizado para evaluar la magnitud en que los ítems de una escala de medición están correlacionados entre sí. Es un coeficiente que representa el promedio de las correlaciones que surgen de dividir aleatoriamente los ítems de la escala en mitades, y calcular la correlación entre dichas mitades (Área de Epidemiología de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, 2013). El coeficiente alfa de Cronbach es actualmente el coeficiente más utilizado (Anastasi, 1986). Hay otra forma de evaluar la confiabilidad que surge del Análisis Factorial Confirmatorio. Esta depende de la Fiabilidad Compuesta (resultado de una operación matemática que considera las cargas factoriales estandarizadas de los ítems y sus errores de medida, y que debe tener un valor mayor a 0.7, y la Varianza Media Extractada (VME) (el porcentaje de varianza de los ítems explicado por el constructo, que debe ser mayor a 0.5). (Arias Martinez, 2008; Brown, 2006).

La incursión cada vez mayor de la investigación epidemiológica en los determinantes psicosociales que afectan la salud de las poblaciones, está haciendo cada vez más extensivo el uso de escalas y cuestionarios que necesiten validaciones locales para su aplicación.

1.2.6 Hospital Italiano de Buenos Aires

En 1853 se conformó la Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires con la intención, entre otros, de edificar un hospital italiano en Buenos Aires. Este nuevo edificio, la primera sede del Hospital Italiano, se ubicó en las calles Bolívar y Caseros, en la ciudad de Buenos Aires y abrió sus puertas en el año 1872 (Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires, 2003). Al ser un hospital de colectividad, en sus inicios se inspiró en los principios de beneficencia y mutualismo.

En 1901 el hospital debe ser trasladado al predio donde se ubica actualmente en Almagro (Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires, 2003) ya que, rápidamente resultó pequeño en relación a las importantes olas de inmigraciones de 1880. Por otro lado, las autoridades comunales solicitaron el traslado del mismo en vistas de que su emplazamiento en la calle Bolívar implicaba riesgos para la higiene pública.

Actualmente el Hospital Italiano de Buenos Aires cuenta con una sede central de alta complejidad que está ubicada en el barrio de Almagro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otro nosocomio, también de alta complejidad, ubicado en el partido de San Justo, localidad de La Matanza, Gran Buenos Aires. Además cuenta con 21 centros médicos distribuidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires (la mayoría en el Gran Buenos Aires). Once de ellos están en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: dos centros en Flores, uno en Caballito, tres centros en Belgrano, dos centros en Barrio Norte, un centro en Liniers, un centro en Villa del Parque, un centro en Villa Urquiza. Los 10 restantes están ubicados en San Isidro, Olivos, Ramos Mejía, Caseros, San Martín, Morón, Ituzaingó, Avellaneda, Lomas de Zamora y Campana (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2015a)

1.2.7 El Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires

El Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires es una prepaga privada creada en la década del '70 y el sistema de médico de cabecera funciona desde el año 1989. Al mismo accede una población en su mayoría de clase social media. La cuota de la prepaga ronda los \$1.500 por persona adulta -número que a la fecha del año 2014, representa el mismo valor que la Canasta Básica Total para la línea de pobreza de un adulto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, 2014). El Plan de Salud cuenta con aproximadamente 148.000 afiliados, de los cuales 125.021 son mayores de 20 años de edad y aproximadamente el 74% habita en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2011), y con 210 médicos de cabecera. Son aproximadamente 700 pacientes por médico de cabecera.

El sistema de médico de cabecera requiere que todo afiliado al plan de salud del Hospital Italiano debe elegir un médico de cabecera con quien coordinará su atención médica. Este profesional es su contacto directo para tratar la mayoría de los problemas relacionados a su salud y su médico referente. El médico de cabecera organiza los cuidados de salud necesarios y en caso que requiera consultar a especialistas este médico debe orientarlo y generar las derivaciones según la situación particular. El plan de salud del Hospital Italiano enfatiza la conveniencia de tener centralizada la atención del afiliado argumentando que esto facilitará que el mismo reciba una atención adecuada tanto en los controles preventivos, como en sus necesidades de salud (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2015b).

1.2.8 Propósito

La finalidad del presente trabajo es estudiar el comportamiento psicométrico de la versión abreviada del PCAT - adultos para usuarios en una población de una prepaga en Argentina conservando su estructura unifactorial original.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario ya fueron evaluadas en una población argentina de nivel socioeconómico medio a bajo. Sin embargo, nunca fueron evaluadas en una población del sistema de salud privado de la Argentina. Este trabajo es una oportunidad para valorar las propiedades psicométricas en una población diferente de las ya estudiadas hasta ahora.

Nos parece importante conservar la estructura unifactorial original, dado que se valora la construcción de una herramienta uniforme en la región a fines comparativos. Resulta muy prometedor contar con una única herramienta para la construcción de un marco latinoamericano y regional de evaluación de APS que nos permitiría comparar resultados a nivel regional e internacional.

Por último, resulta interesante contar con una versión abreviada del cuestionario PCAT- adultos para usuarios en una población de una prepaga argentina dado que facilita la viabilidad de aplicación del instrumento a mayor escala y a menor costo en nuestra población con el objeto de realizar valoraciones rápidas de la implementación de la APS en nuestro medio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar el comportamiento psicométrico de la versión abreviada del PCAT- adultos para usuarios desarrollada en Brasil al ser utilizada en la población de un hospital privado argentino (plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires).

2.2 Objetivos específicos

1) Examinar la validez de constructo de la versión abreviada del PCAT- adultos para usuarios desarrollada en Brasil utilizándola en la población ya referida.

2) Evidenciar la Consistencia Interna de la versión abreviada del PCAT- adultos para usuarios desarrollada en Brasil utilizándola en la población ya referida.

3. METODOLOGÍA

3.1 Confección del instrumento

Se tomó el cuestionario abreviado brasileño del PCAT-adultos para usuarios (Oliveira et al., 2013). Este cuestionario contiene 23 preguntas en total, de las cuales 20 fueron incluidas por presentar correlación con el constructo latente “orientación hacia la APS” y las 3 preguntas restantes fueron incluidas por motivos conceptuales.

A partir de este cuestionario abreviado brasileño del PCAT-adultos para usuarios (Oliveira et al., 2013) y de las preguntas del PCAT-adultos para usuarios (versión original o versión extensa) validado en Argentina (Berra, Audisio & Starfield, 2011), se confeccionó nuestro instrumento: un cuestionario abreviado PCAT-adultos para usuarios en castellano. Este nuevo cuestionario abreviado en castellano está conformado por el número de la pregunta de la versión abreviada brasileña del PCAT-adultos para usuarios pero utilizando las preguntas en castellano del cuestionario PCAT-adultos para usuarios validado en Argentina. Ver cuadro 3.

Cuadro 3. Confección del cuestionario abreviado en castellano según número de pregunta de la versión abreviada brasileña del Primary Care Assessment Tool para usuarios adultos.

Nº pregunta	Nº pregunta	Pregunta
Versión abreviada brasileña PCAT-Adultos	PCAT-adultos validada en argentina	
A1	A1	¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?
A2	A2	¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?
A3	A3	¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad

Cuadro 3. Continuación.

		por la atención de su salud?
B2#	B2	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?
C4	C4	Cuando su CAPS está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?
C11	C11	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su CAPS?
D1	D1	Cuando va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?
D6	D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?
D9	D9	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. Y su familia?
D15	D15	¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil?
E6#	E6	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?
E10#	E10	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?
E11	E11	¿Su médico/a (o algún profesional de su CAPS) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?
E13	E13	¿Su médico/a (o algún profesional de su CAPS) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?
F3	F3	Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?
G9	G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental
G17	G19	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco
G20	G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento

Cuadro 3. Continuación.

H1	H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso
H5	H5	Ejercicio físico apropiado para Ud.
H7	H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume
H11	H10	Prevención de caídas
I1	I1	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS le preguntan <i>sus opiniones e intenciones</i> para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?
I3	I3	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?
J4	J7	Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente

Fuente: elaboración propia basado en cuestionario PCAT-adulto validado en Argentina (Berra et al., 2011) y de la versión abreviada brasileña del PCAT- adultos para usuarios (Oliveira et al., 2013).

Nº= Número

PCAT= Primary Care Assessment Tool

CAPS= Centro de Atención Primaria de Salud

ítem incluidos en la versión abreviada brasileña del PCAT-adultos para usuarios por motivos conceptuales.

Los ítems A1, A2 y A3 pertenecen al grado de afiliación. Este ítem está compuesto por el análisis conjunto de las tres preguntas: A1: ¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?, A2: ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona? Y A3: ¿Hay algún médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?

Se decidió cambiar el término CAPS del cuestionario por el término centro de salud, dado que nos pareció más familiar y menos confuso para la población a estudiar. Asimismo, esta modificación fue sugerida por el Comité de Ética del Hospital Italiano.

El siguiente cuadro (ver cuadro 4) organiza las preguntas según dimensión y subdimensión de origen.

Cuadro 4: Preguntas del cuestionario PCAT abreviado para usuarios organizada por funciones y dimensión de la APS.

Dimensión	Subdimensión	Ítem	Pregunta
Primer Contacto (función esencial)	Accesibilidad	C4	Cuando su centro de salud está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?
		C11	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?
	Utilización de servicios como primer contacto	B2	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado?
Continuidad (función esencial)	Grado de afiliación	A1	¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?
		A2	¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?
		A3	¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?
	Continuidad interpersonal	D1	Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?
		D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?
		D9	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?

		D15	¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?
Cuadro 4. Continuación.			
Coordina- ción (función esencial)	Sistemas de información	F3	Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?
		E6	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?
	E10	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	
	E11	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	
	E13	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	
Integralidad o Globalidad (función esencial)	Servicios disponibles	G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental
		G19	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco
		G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento
	Servicios proporcionados	H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso
		H5	Ejercicio físico apropiado para Ud.
		H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume
		H10	Prevención de caídas
Enfoque familiar (función secundaria)		I1	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan <i>sus opiniones e intenciones</i> para planificar la

atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?

Cuadro 4. Continuación.

	I3	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?
Orientación comunitaria (función secundaria)	J7	Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente
Competencia cultural (función secundaria)	No incluye pregunta	

Fuente: elaboración propia basado en el trabajo de Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina (Berra, 2012).

El cuestionario PCAT- adultos para usuarios de Brasil presenta una estructura unidimensional. Se decidió analizar las propiedades psicométricas del instrumento, respetando esta estructura unidimensional.

El presente trabajo aplica una versión abreviada del PCAT-adultos para usuarios con la intención de evaluar el centro de salud Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) central, desde la perspectiva de los usuarios de la prepaga Plan de Salud del hospital que se atienden en dicho centro. Por este motivo, se decidió incluir en el análisis solamente a los usuarios que tienen un grado de afiliación moderado a fuerte hacia el centro de salud HIBA central (verdaderos usuarios del centro en cuestión). No se incluyeron a los encuestados que refirieron afiliación hacia otros centros. Por lo tanto, se consideró no apropiada la inclusión del ítem Grado de Afiliación (GA) en el análisis cuantitativo (Análisis Factorial Confirmatorio, AFC) dado que en las condiciones de este estudio no presentará variabilidad en sus valores como para poderse considerar en forma confiable su grado de correlación con el constructo general.

Tampoco se incluyó en el análisis el ítem B2 del cuestionario abreviado PCAT-adultos para usuarios: Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado? Por los motivos enunciados en el párrafo anterior, en

el contexto específico de este trabajo, este ítem no presenta variabilidad en sus valores. Prácticamente todos los encuestados (97,4%) contestaron que ante un nuevo problema de salud se atenderían en el centro de salud del HIBA central. Considerando que el estudio se realiza en una población *cautiva*, dado que es la población del Plan de Salud del Hospital Italiano que además refiere tratarse normalmente en la sede central, consideramos que este ítem tampoco puede ser incluido en el análisis cuantitativo por la evidente falta de variabilidad en los valores de respuesta.

Nos apoyamos en el consenso de un Grupo Delphi de expertos (ver apartado 3.8 y anexo 2) para la exclusión del análisis cuantitativo (AFC) de los ítem GA y B2.

Por otro lado, en el trabajo aun no publicado de Vazquez (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014), se decidió no incluir en el análisis las preguntas E6: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica? Y E10: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista? dado que son preguntas incluidas en el trabajo original brasileño (Oliveira et al., 2013) por cuestiones conceptuales, y no matemáticas, y por lo tanto no evaluables a través del AFC, método exclusivamente cuantitativo. Sin embargo en el presente trabajo se decidió incluir las preguntas E6 y E10 para analizar su comportamiento psicométrico, dado que la sede central del HIBA tiene particularidades que lo diferencian de otros centros de atención primaria. La sede central del HIBA es un hospital de alta complejidad y en este edificio están presentes todas las especialidades médicas con las que cuenta el nosocomio. Es muy sencillo para el paciente acceder a cualquier especialista. Por otro lado, el HIBA cuenta con un sistema de historia clínica electrónica y todo profesional, médico de cabecera o especialista, tiene acceso a la historia clínica integral del paciente. Por estos motivos, se decidió incluir estas preguntas para analizar su comportamiento psicométrico en este contexto distinto y particular.

Por consiguiente se incluyeron 21 ítems en el Análisis Factorial Confirmatorio.

Las preguntas de la versión abreviada del PCAT-adultos para usuarios para valorar las funciones de la APS, excepto el grado de afiliación, son respondidas en una escala con cinco opciones, de acuerdo a la existencia o no de un rasgo: 1. No, en absoluto; 2. Es probable que no; 3. Es probable que sí; 4. Sí, sin duda; 9. No sé. La respuesta *no sé*, precodificada con el valor 9, se computó con el valor 2,5 (49). Para

armar la base de datos, las preguntas C11 y D15, debieron invertir el orden de las opciones de la escala: 1. Sí, sin duda; 2. Es probable que sí; 3. Es probable que no; 4. No en absoluto; 9. No sé (también computa con el valor de 2,5) (Starfield & Shi, 2009).

3.2 Población

La población del estudio está conformada por las personas de la prepaga del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires que acudieron a algún médico de cabecera en la sede central del nosocomio entre el 1ro de marzo y el 31 de marzo del año 2015.

Se incluyó a toda persona de ambos sexos de 18 y más años, hasta 65 años, ya que por decisión se administró el cuestionario sólo a usuarios adultos. Dado que se utilizó la modalidad autoadministrado, se prefirió no realizar en ancianos por el mayor riesgo de errores de comprensión.

También se excluyeron a las personas que llevaban menos de un año de afiliados a la prepaga Plan de Salud y a las personas que vivían en el interior del país y utilizan con frecuencia otros centros de salud por fuera del Hospital Italiano, dado que no tienen el conocimiento suficiente del funcionamiento del centro de salud que estamos analizando. Por último, se excluyó a los pacientes del investigador para evitar cualquier sesgo de cortesía.

3.3 Selección de la muestra

Se dividió la base del muestreo en una serie de unidades de primer orden. Cada día hábil, de lunes a viernes, fue dividido en dos unidades de primer orden de seis horas cada una. Las mismas fueron por la mañana (de 8 a 14 horas) o por la tarde (de 14 a 20 horas). Es decir que en 5 días hábiles, contamos con 10 unidades de primer orden.

Para poder disponer de un número equilibrado de cuestionarios por unidad de primer orden, se decidió trabajar con un volumen máximo de 35 cuestionarios por cada una de estas unidades. Es decir que se realizó un máximo de 35 cuestionarios en cada mañana o tarde.

Para lograr el tamaño muestral de 300 personas, se trabajó con 10 unidades de primer orden que fueron escogidas al azar. Para llegar a los 35 cuestionarios por unidad, fue necesario permanecer cinco de las seis horas que componen cada unidad de primer orden. Menos del 5% de la población seleccionada se negó a participar.

Weisbrot MA. Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

3.4 Recolección de datos

El cuestionario fue autoadministrado respetando el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de los datos según las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional y de la provincia de Buenos Aires, en concordancia con la Resolución Ministerial N° 1480/2011, la declaración de Helsinki y sus enmiendas. La participación de los individuos fue libre y voluntaria, precedida por el proceso de consentimiento informado. La duración estimada del cuestionario fue de 10 minutos.

La recolección de datos se llevó a cabo en 30 días corridos (se aleatorizaron 10 unidades de primer orden en 30 días corridos) en la sala de espera del plan de salud de la sede central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

3.5 Validez de constructo

Se empleó Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para evaluar la validez de constructo, y el ajuste al modelo unidimensional, tal como lo propone la versión abreviada brasileña del PCAT-adulto para usuarios (Oliveira et al., 2013). Se utilizó el programa Lisrel 9.10.

Las variables son ordinales, con 5 categorías. Por estos motivos se empleó el método DWLS (Diagonally Weighted Least Squares) para el análisis, ya que este método es apropiado para trabajar con variables ordinales y no necesita el supuesto de Normalidad Multivariante.

El índice de ajuste por excelencia en los modelos AFC es el valor de p del X^2 (Chi cuadrado). Este índice pone a prueba la hipótesis nula de que el modelo se ajusta perfectamente a los datos de la población. Sin embargo este índice no es confiable cuando la distribución de los datos es distinta a la Normalidad Multivariante (lo que ocurre en nuestro caso) o cuando el tamaño de la muestra es muy grande (Norman & Streiner, 2008; Gonzalez & Vicente, 1994; Arias Martinez, 2008). En la bibliografía especializada se señala que ante estudios con un número mayor a 250 participantes y la presencia de más de 12 y menos de 30 indicadores, como es nuestro caso, puede esperarse significancia del estadístico (p de $X^2 < 0,01$) sin alterar el ajuste adecuado del modelo (Hair, et al., 2009). Dada esta falta de confiabilidad del p del X^2 en las características de nuestro estudio (falta de normalidad multivariante, y número de participantes mayor a 250 y la presencia de más de 12 y menos

de 30 indicadores), se tomaran en cuenta otros índices de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio, como el GFI, AGFI, RMSEA, CFI, NFI, NNFI, RMR st. y el indicador valor de chi cuadrado sobre grados de libertad (Arias Martinez, 2008; Gonzalez & Vicente, 1994; Brown 2006).

Ningún índice de ajuste por sí sólo es suficiente para determinar que el modelo se ajusta a los datos, es necesario utilizar varios de ellos.

El GFI (Goodness of fit index) y el AGFI (Adjusted goodness of fit index) son medidas comparativas entre el modelo hipotetizado (el sugerido por el investigador) y la matriz de covarianzas de los datos que tenemos. Evalúan el grado en que las varianzas y covarianzas del modelo reproducen correctamente la matriz de varianzas y covarianzas original. Es una razón entre los elementos ponderados de la matriz de covarianzas poblacional estimada y los elementos ponderados de la matriz de covarianza muestral. Como puede haber diferencias para la comparación con la matriz de covarianzas, si hay más o menos indicadores en una u otra variable latente, el AGFI trata de ajustar en ese sentido tomando en consideración el número de indicadores de las variables latentes (Arias Martinez, 2008, Baumgartner, 1996).

El RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) es un indicador de carácter parsimonioso. Según el principio de parsimonia los fenómenos deben explicarse con el menor número de elementos posibles. Se llama parsimonioso porque penaliza el exceso de variables. Para esto introduce en la formula los grados de libertad (es la diferencia entre las observaciones y los parámetros del modelo) (Herrero, 2010; Ayoub, 2010).

El CFI (Compartive Fit Index), el NFI (Normed fit index) y el NNFI (Non-normed fit index) comparan el X^2 de dos modelos: un modelo independiente que sostiene que no existe relación entre las variables observadas del modelo, y el modelo hipotetizado (el propuesto por el investigador). Si la diferencia entre el modelo independiente y el modelo hipotetizado es poca (cercana a 0) el ajuste del modelo hipotetizado es malo. Si el valor se incrementa considerablemente (por ejemplo llegara a 1) el ajuste es perfecto. (Herrero, 2010; Bemtler, 1980).

El Root Mean Square Residual (RMR) es un índice basado en los residuos. El RMR es igual a la raíz cuadrada del promedio de los residuos (estos al cuadrado) y constituye por tanto un estudio de la discrepancia entre las matrices estimadas y las observadas. El RMR st. es cuando trabajamos con valores estandarizados (Martinez Arguelles, 2006).

Por último, indicador valor de chi cuadrado sobre grados de libertad es un indicador global que surge del cociente entre el valor de Chi cuadrado y los grados de libertad (Gonzalez & Vicente, 1994).

Para considerar validez, utilizamos como punto de corte para los indicadores siguientes (CFI, NFI, NNFI, GFI, AGFI) un valor mayor a 0.90 (Norman & Streiner, 2008); para los indicadores RMSEA y RMR st., valores menores a 0,08, siendo inaceptables cuando son mayores a 0.1 (Arias Martínez, 2006; Brown, 2006), y para el indicador general de Chi cuadrado sobre grados de libertad, un valor menor de 3 (Gonzalez & Vicente, 1994).

Dado que el cuadrado de la carga factorial estandarizada indica la proporción de variabilidad del indicador explicada por el constructo, y que se considera suficiente que sea del 50 %, se establece como una buena carga factorial estandarizada un valor mínimo de 0.71. Sin embargo pueden ser aceptables cargas factoriales estandarizadas de 0.5 (Hair et al., 2009; Chin, 1998)

3.6 Tamaño muestral

Utilizamos el método DWLS, dado las características de falta de Normalidad Multivariada y presencia de variables ordinales de 5 categorías. En este caso la literatura especializada (Joreskog & Sorbom, 1996) recomienda el uso de la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño muestral mínimo necesario: $(k+1)(k+2) / 2$; siendo k el número de indicadores en juego, en nuestro caso son 23 ítems.

Aplicando esta fórmula, $(23+1)(23+2) / 2 = 300$, el cálculo del tamaño muestral necesario es de 300 pacientes.

3.7 Confiabilidad

Se evaluó la Confiabilidad analizando la Consistencia interna de la escala completa (con y sin los dos ítems excluidos por las características particulares de este trabajo, ver más adelante) a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, utilizando para esta operación el programa PSPP, y la Fiabilidad Compuesta, que se deduce a partir del Analisis Factorial Confirmatorio, con el programa Lisrel 9.10. (Arias Martínez, 2008)

También se especificó la Varianza Media Extractada, que es el porcentaje de la varianza de los ítems explicada por el constructo. (Arias Martínez, 2008; Brown, 2006).

3.8 Grupo Delphi

Se realizó un Grupo Delphi (Jones & Hunter, 1995), como técnica de consenso grupal, con 12 expertos nacionales en APS y en investigación epidemiológica, con el objeto de corroborar algunas de las conclusiones preliminares con el rigor metodológico de un Grupo Delphi independiente. Según Listone y Turoff (1975, apud Hsu CC y Sandford BA, 2007, p.1) este método se puede definir como el “método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo”.

Lo que se persigue con esta técnica es obtener el grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado, utilizando los resultados de investigaciones anteriores, en lugar de dejar la decisión a un solo profesional (Varela Ruiz, Diaz Bravo & García Duran, 2012), asumiendo que la opinión del grupo es más válida que la opinión individual (Keeney, Hasson & McKenna, 2011). La literatura define armar grupos de consenso de entre 7 a 30 expertos (Keeney, Hasson & McKenna, 2011; Varela Ruiz, Diaz Bravo & García Duran, 2012).

El Grupo Delphi presentó las siguientes características:

a) Fueron seleccionados 12 profesionales nacionales expertos en el tema en discusión y con fuerte formación académica en metodología de investigación en salud y en técnicas avanzadas de estadística (ver cuadro 5).

b) La convocatoria y el manejo de la información fueron anónimas, para evitar influencias de un miembro sobre otro. El control de la comunicación estuvo en manos del grupo coordinador.

c) Se envió por correo electrónico un resumen con un listado de 6 conclusiones preliminares, y los motivos que llevan a cada una. También se explicitaron las páginas correspondientes para poder ubicar cada temática en el trabajo completo. Se adjuntaron conjuntamente el trabajo completo y la bibliografía original más relevante (ver Anexo 2).

d) Luego del envío, tuvieron un tiempo para enviar sus respuestas de 72 hs.

e) Se evaluó considerar adecuado el resultado, de lograrse un acuerdo general promedio de por lo menos un 70 % con las conclusiones conceptuales (Keeney, Hasson & McKenna, 2011; Varela Ruiz, Diaz Bravo & García Duran, 2012).

f) Se plantearon un máximo de tres rondas evaluativas en caso de no lograr el consenso general del 70 % en la primera ó en la segunda.

Cuadro 5. Característica población del Grupo Delphi.

	Médico de APS	Médico clínico, no APS	Sociólogo médico	Magister en epidemiología	Aspirante a magíster en epidemiología	Especialista en metodología AFC
Experto 1	X				X	
Experto 2	X			X		
Experto 3	X			X		
Experto 4	X			X		
Experto 5		X		X		
Experto 6			X			X
Experto 7	X				X	
Experto 8	X				X	
Experto 9	X			X		
Experto 10	X				X	
Experto 11		X				X
Experto 12		X				X

Fuente: elaboración propia.

Por último, quería destacar que en el procesamiento de los datos recibí el apoyo técnico del equipo de investigación del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

4. RESULTADOS

Se organizó una tabla 1 para caracterizar a la población de la encuesta. Además se realiza una comparación con la población de Plan de Salud que consultó al médico de cabecera en la sede central del HIBA durante el año 2014. En esta tabla se puede ver cómo la población de la encuesta representa a la población de Plan de Salud que consulta durante un año al médico de cabecera en la sede central del HIBA.

Tabla 1: Características de la población del cuestionario y comparación de la misma con el patrón de consultas a médicos de cabecera en el HIBA sede central durante el año 2014.

	Consultas a médico de cabecera, HIBA sede central, año 2014. (%)	Población del cuestionario (%)
18-25 años	6,6%	5,7%
26-30 años	7,1%	10,5%
31-35 años	8,1%	9,5%
36-40 años	10,0%	8,9%
41-45 años	9,9%	11,7%
46-50 años	10,2%	9,8%
51-55 años	12,4%	13,0%
56-60 años	15,0%	14,6%
61-65 años	20,7%	16,2%
Total	100,0%	100,0%
Mujeres	62,4%	59,0%
Hombres	37,6%	41,0%

Fuente: elaboración propia basado en datos proporcionados por el servicio de Epidemiología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

HIBA= Hospital Italiano de Buenos Aires.

De los 366 pacientes seleccionados, se obtuvieron 321 encuestas. Sin embargo, 315 encuestas contaron con respuestas a la totalidad de los ítems. La tasa de respuesta global

(respuestas a todas las preguntas) fue del 86%. Se analizaron sólo aquellas encuestas que presentaban respuestas a la totalidad de los ítems, requisito necesario para emplear el análisis factorial confirmatorio. En la tabla 2 se describen las frecuencias de respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario y el grado de no respuesta a los diferentes ítems del cuestionario.

Tabla 2: Frecuencia de respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario.

Ítem	Pregunta	Frecuencia y porcentaje según respuestas a cada ítem del cuestionario en número absoluto y porcentaje					Sin respuesta
		Sí, sin duda	Probablemente sí	Probablemente no	No, en absoluto	No sé	
C4	Cuando su centro de salud está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	75 23,4%	91 28,3%	43 13,4%	26 8,1%	84 26,2%	2 0,6%
C11	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?	41 12,8%	60 18,7%	77 24,0%	132 41,1%	9 2,8%	2 0,6%
D1	Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?	173 53,9%	83 25,9%	35 10,9%	25 7,8%	3 0,9%	2 0,6%
D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?	243 75,7%	60 18,7%	8 2,5%	7 2,2%	1 0,3%	2 0,6%
D9	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	164 51,1%	88 27,4%	31 9,7%	20 6,2%	16 5,0%	2 0,6%
D15	¿Cambiaría de centro de salud si	15	33	102	140	29	2

	fuera fácil?	4,7%	10,3%	31,8%	43,6%	9,1%	0,6%
Tabla 2. Continuación							
E6	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	212 66,0%	67 20,9%	8 2,5%	23 7,2%	8 2,5%	3 0,9%
E10	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	113 35,2%	69 21,5%	35 10,9%	75 23,4%	26 8,1%	3 0,9%
E11	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	181 56,4%	81 25,2%	13 4,0%	16 5,0%	27 8,4%	3 0,9%
E13	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	128 39,9%	91 28,3%	25 7,8%	25 7,8%	49 15,3%	3 0,9%
F3	Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?	250 77,9%	58 18,1%	1 0,3%	0 0,0%	49 15,3%	3 0,9%
G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	125 38,9%	88 27,4%	9 2,8%	16 5,0%	79 24,6%	4 1,2%
G19	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	137 42,7%	88 27,4%	4 1,2%	10 3,1%	77 24,0%	5 1,6%
G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	91 28,3%	97 30,2%	5 1,6%	9 2,8%	114 35,5%	5 1,6%
H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso	186 57,9%	73 22,7%	23 7,2%	25 7,8%	8 2,5%	6 1,9%

H5	Ejercicio físico apropiado para Ud.	201	63	16	27	8	6
		62,6%	19,6%	5,0%	8,4%	2,5%	1,9%
Tabla 2. Continuación							
H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	194	66	13	26	16	6
		60,4%	20,6%	4,0%	8,1%	5,0%	1,9%
H10	Prevención de caídas	54	61	36	111	53	6
		16,8%	19,0%	11,2%	34,6%	16,5%	1,9%
I1	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	115	83	25	60	32	6
		35,8%	25,9%	7,8%	18,7%	10,0%	1,9%
I3	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	65	54	28	144	24	6
		20,2%	16,8%	8,7	44,9%	7,5%	1,9%

Fuente: elaboración propia

Como ya se mencionó previamente en el apartado 3.1 confección del instrumento, las preguntas de la versión abreviada del PCAT-adultos para usuarios para valorar las funciones de la APS, excepto el grado de afiliación (recordar además que el ítem grado de afiliación no se incluyó en el AFC, ver página 41) son respondidas en una escala con cinco opciones, de acuerdo a la existencia o no de un rasgo: 1. No, en absoluto; 2. Es probable que no; 3. Es probable que sí; 4. Sí, sin duda; 9. No sé. La respuesta no sé, precodificada con el valor 9, se computó con el valor 2,5. Para armar la base de datos, las preguntas C11 y D15, deben invertir el orden de las opciones de la escala: 1. Sí, sin duda; 2. Es probable que sí; 3. Es probable que no; 4. No en absoluto; 9. No sé (también computa con el valor de 2,5) (Starfield & Shi, 2009).

Por otro lado, dado que es requisito necesario para emplear el AFC que las encuestas tengan respuesta a la totalidad de los ítems, no se incluyeron en el análisis las

encuestas que presentaban al menos un ítem sin respuesta. Por este motivo, se analizaron 315 de las 321 encuestas.

De esta manera, las frecuencias de los puntajes que formaron nuestra base de datos fue la siguiente (ver tabla 3).

Tabla 3: Frecuencia de puntajes precodificados para cada uno de los ítems del cuestionario.

Ítem	Pregunta	Frecuencia y porcentaje				
		1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	2,5 puntos
C4	Cuando su centro de salud está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	26 8,1%	43 13,4%	91 28,3%	75 23,4%	84 26,2%
C11	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?	41 12,8%	60 18,7%	77 24,0%	132 41,1%	9 2,8%
D1	Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?	25 7,8%	35 10,9%	83 25,9%	173 53,9%	3 0,9%
D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?	7 2,2%	8 2,5%	60 18,7%	243 75,7%	1 0,3%
D9	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	20 6,2%	31 9,7%	88 27,4%	164 51,1%	16 5,0%
D15	¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?	15 4,7%	33 10,3%	102 31,8%	140 43,6%	29 9,1%
E6	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	23 7,2%	8 2,5%	67 20,9%	212 66,0%	8 2,5%

E10	¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	75 23,4%	35 10,9%	69 21,5%	113 35,2%	26 8,1%
Tabla 3. Continuación						
E11	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	16 5,0%	13 4,0%	81 25,2%	181 56,4%	27 8,4%
E13	¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	25 7,8%	25 7,8%	91 28,3%	128 39,9%	49 15,3%
F3	Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible	0 0,0%	1 0,3%	58 18,1%	250 77,9%	49 15,3%
G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	16 5,0%	9 2,8%	88 27,4%	125 38,9%	79 24,6%
G19	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	10 3,1%	4 1,2%	88 27,4%	137 42,7%	77 24,0%
G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	9 2,8%	5 1,6%	97 30,2%	91 28,3%	114 35,5%
H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso	25 7,8%	23 7,2%	73 22,7%	186 57,9%	8 2,5%
H5	Ejercicio físico apropiado para Ud.	27 8,4%	16 5,0%	63 19,6%	201 62,6%	8 2,5%
H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	26 8,1%	13 4,0%	66 20,6%	194 60,4%	16 5,0%
H10	Prevención de caídas	111	36	61	54	53

		34,6%	11,2%	19,0%	16,8%	16,5%
I1	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	60	25	83	115	32
		18,7%	7,8%	25,9%	35,8%	10,0%

Tabla 3. Continuación

I3	¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	144	28	54	65	24
		44,9%	8,7%	16,8%	20,2%	7,5%

Fuente: elaboración propia

4.1 Resultados de la Validez de Constructo

Al analizar la base de datos del cuestionario con el programa Lisrel se obtuvo el siguiente gráfico de soluciones estandarizadas donde se puede apreciar la carga factorial entre los ítems y el constructo “orientación hacia la APS”, los errores de medida y las correlaciones de los errores de medida (ver figura 1 y tabla 4).

Además se confeccionó un cuadro con las cargas factoriales estandarizadas entre los ítems y el constructo APS organizado por dimensión y subdimensión (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Cargas factoriales estandarizadas entre los ítems y el constructo “orientación hacia la APS” organizado por dimensión y subdimensión.

Dimen- sión	Subdimen- sión	Ítem: Pregunta	CFE
Primer Contacto	Accesibili- dad	C4: Cuando su centro de salud está <i>abierto</i> ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	0,47

		C11: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?	0,32
Continuidad	Continuidad interpersonal	D1: Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el <i>mismo</i> profesional de salud?	0,47
		D6: ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?	0,62
Cuadro 6. Continuación			
		D9: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	0,70
		D15: ¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?	0,51
Coordinación	Sistemas de información	F3: Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?	0,52
		E6: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	0,57
	Integración de la información	E10: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	0,50
		E11: ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	0,69
		E13: ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	0,72
Integralidad	Servicios disponibles	G8: Asesoramiento sobre problemas de salud mental	0,43
		G19: Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	0,33

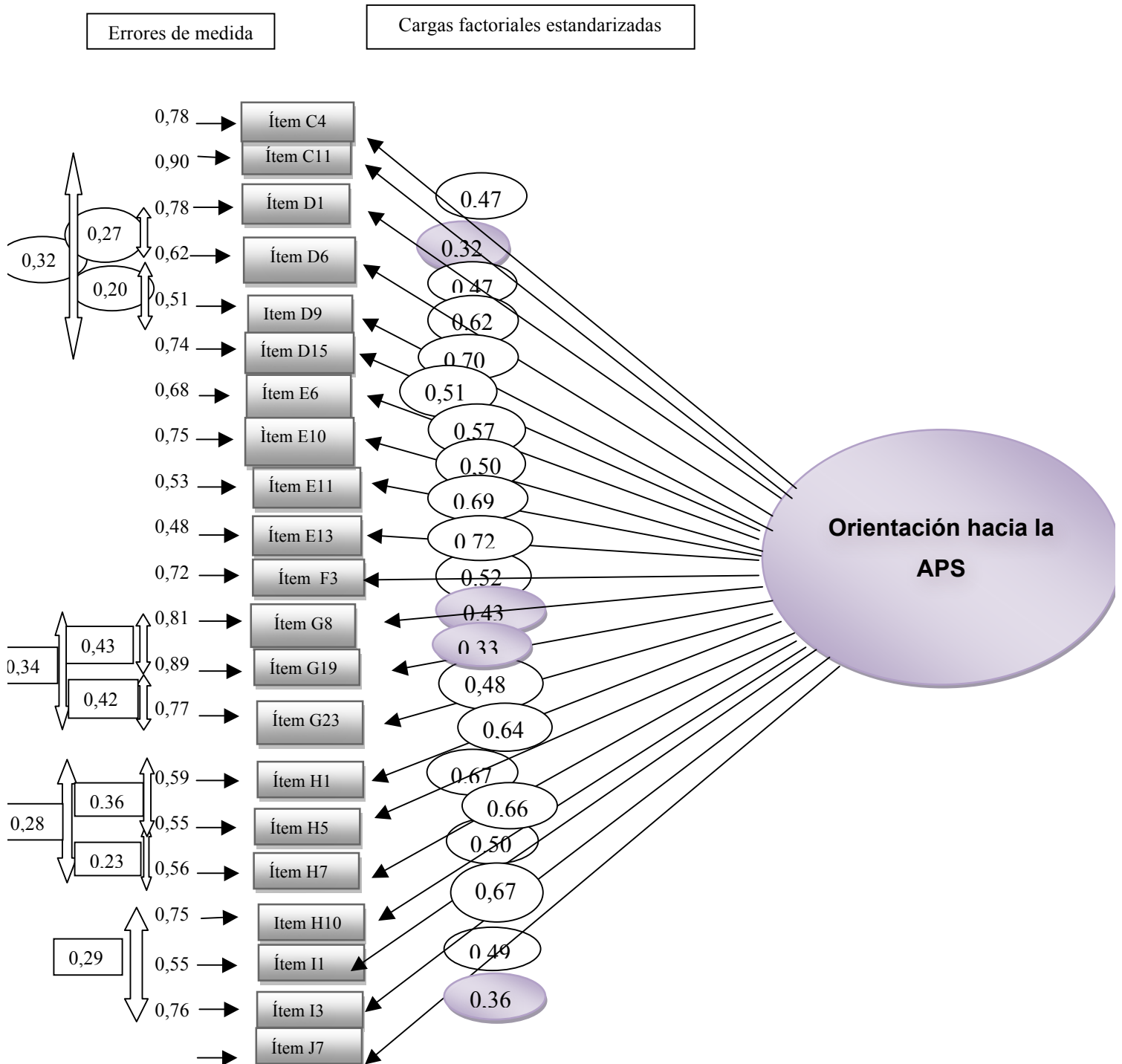
o	bles	G23: Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	0,48
Globalidad			
ad	Servicios	H1: Hábitos saludables, como alimentación y descanso	0,64
	Proporcio	H5: Ejercicio físico apropiado para Ud.	0,67
	- nados	H7: Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	0,50
		H10: Prevención de caídas	0,66
Cuadro 6. Continuación.			
Enfoque familiar		I1: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan <i>sus opiniones e intenciones</i> para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	0,67
		I3: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	0,49
Orientación comunitaria		J7: Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente	0,36

Fuente: elaboración propia.

CFE= Carga Factorial Estandarizada

APS= Atención Primaria de la Salud

Figura 1: Análisis Factorial Confirmatorio. Se describen las cargas factoriales estandarizadas a través del método de los mínimos cuadrados ponderados diagonalizados (*Diagonally Weighted Least Squares*).



0,87

Tabla 4. Carga factorial entre los ítems

Chi-Square = 398,52; df= 179; P-value 0,0000; RMSEA = 0,091

Fuente de elaboración propia

Correlaciones entre los errores de medida.

Ítem/Pregunta	CFE	EM	Correlación entre EM
C4: Cuando su centro de salud está abierto ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	0,32	0,78	
C11: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?	0,47	0,90	0,32 (entre los EM de los ítems C11- D15)
D1: Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?	0,47	0,78	0,27 (entre los EM de los ítems D1- D6)
D6: ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?	0,62	0,62	0,20 (entre los EM de los ítems D6- D9)
D9: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	0,70	0,51	
D15: ¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?	0,51	0,74	
E6: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	0,57	0,68	
E10: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	0,50	0,75	
E11: ¿Su médico/a (o algún profesional de	0,69	0,53	

su centro de salud) conoce cuáles fueron

Tabla 4. Continuación.

los resultados de esa consulta?

E13: ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	0,72	0,48	
F3: Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?	0,52	0,72	
G8: Asesoramiento sobre problemas de salud mental	0,43	0,81	0,43 (entre los EM de los ítems G8- G19)
G19: Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	0,33	0,89	0,42 (entre los EM de los ítems G19- G23)
G23: Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	0,48	0,77	0,34 (entre los EM de los ítems G8- G23C)
H1: Hábitos saludables, como alimentación y descanso	0,64	0,59	0,36 (entre los EM de los ítems H1- H5)
H5: Ejercicio físico apropiado para Ud.	0,67	0,55	0,23 (entre los EM de los ítems H5- H7)
H7: Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	0,66	0,56	0,28 (entre los EM de los ítems H1- H7)
H10: Prevención de caídas	0,50	0,75	0,29 (entre los EM de los

ítems H10- I3)

Tabla 4. Continuación.

I1: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	0,67	0,55
I3: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	0,49	0,76
J7: ¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?	0,36	0,87

Fuente: elaboración propia.

CFE= Carga Factorial Estandarizada

EM= Error de Medida

Se aceptaron las sugerencias del programa Lisrel de correlacionar los errores de medida de las siguientes variables: C11 y D15; D1 y D6; D6 y D9; G8 y G19; G8 y G23; G19 y G23; H1 y H5; H1 y H7; I3 y H10 (ver figura 1 y tabla 3) ya que fue considerado lícito desde lo conceptual.

Este trabajo evalúa el comportamiento psicométrico de una versión corta unidimensional, validada en otro país, a través de la determinación de los ítems más efectivos de un cuestionario multidimensional (Oliveira et al., 2013). Por lo tanto era probable contar con mayores correlaciones residuales. Estas correlaciones residuales no tienen que ver con contenido redundante (multicolinealidad) ya que no se presentan correlaciones altas entre las variables. Se considera posible la multicolinealidad si las correlaciones entre algunas variables llegaren a valores tales como 0.90 (Arias Martinez, 2008) y en este trabajo ninguna correlación entre las variables supera el 0.75. Sin embargo, dado que los ítems provienen de factores distintos en la versión extensa del cuestionario, es razonable que correlacionen dentro de la estructura unifactorial, pero también mantengan una correlación residual determinada por el hecho que originalmente en la versión extensa pertenecían a un

mismo factor (Berra et al, 2013). En este sentido consideramos apropiado permitir las correlaciones de los errores de medida de las variables que originalmente pertenecían al mismo factor (8 en total, ver figura 1 y tabla 4).

Hubo dos correlaciones residuales de ítems que en la versión extensa pertenecían a distintos dominios, pero que consideramos lícito desde lo conceptual incorporarlas (ver Figura 1 y tabla 4). Una de estas correlaciones es entre el ítem C11: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud? y el ítem D15: ¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil? Entendemos que esos ítems además de pertenecer al constructo general "orientación hacia la APS", reflejaban desde lo conceptual un sub-dominio entendido por la necesidad percibida de un rápido acceso. En nuestra experiencia tanto en el sector público como privado, es muy común, ante la necesidad de atención, que los pacientes elijan el centro de salud según la facilidad de acceso.

La otra correlación entre ítems que consideramos lícito desde lo conceptual, a pesar de pertenecer en la versión extensa a diferentes dominios, es la correlación entre el ítem H10: Prevención de caídas (en la versión extensa pertenece al sub-dominio "servicios recibidos") y el ítem I3: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento? (en la versión extensa pertenece al sub-dominio "enfoque familiar"). En el caso de nuestro trabajo, fueron encuestados solo pacientes adultos (de 18 a 64 años). En este rango etario, normalmente no está indicado como conducta asesorar sobre prevención de caídas y es una edad de la vida donde la persona generalmente es lo suficientemente autónoma y no suele necesitar de acompañamiento familiar (sobre todo en el contexto de APS que se trabaja con población generalmente sana). Es decir que el asesoramiento sobre prevención de caídas, se solapa con el contexto de consulta familiar.

Una de las críticas frecuentes al Análisis Factorial Confirmatorio es que a menudo los investigadores incluyen nuevos parámetros en el modelo para mejorar el ajuste, pero sin una justificación teórica. Al final de ese proceso, se presentan modelos con una muy baja probabilidad de replicarse en otros estudios. En este caso, permitimos las correlaciones entre los errores de medida mencionadas, ya que consideramos que normalmente se continuarán presentando en próximos estudios que compartan las características demográficas de este trabajo, ya que son razonables desde el punto de vista conceptual.

Para permitir estas correlaciones utilizamos los Índices de modificación del programa Lisrel que permiten integrar nuevas relaciones para la mejora del modelo (Lévy Mangin, 2006).

Los valores de los indicadores globales de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio fueron aceptables con el método DWLS. El indicador general, valor de Chi cuadrado sobre grados de libertad fue menor a 3 (Gonzalez & Vicente, 1994); el indicador RMR st. tuvo un valor menor a 0,08, y el indicador RMSEA si bien supera el valor de 0,08, no llega a valores de 0,1 por lo que se torna aceptable. Los demás indicadores de buen ajuste (CFI, NFI, NNFI, GFI, AGFI) arrojaron valores mayores a 0,90 (ver tabla 5).

Tabla 5. Indicadores globales de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio

Indicador	Chi ² / grados de libertad	RMSEA	RMRst.	CFI	NFI	NNFI	GFI	AGFI
Valor deseado	<3,00	< 0,08 (inaceptable > 0,10)	< 0,08	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90
Valor obtenido	2,20	0,09	0,08	0,97	0,94	0,96	0,96	0,95

Fuente: elaboración propia.

RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation

RMR st.= Standarized Root Mean Square Residual

CFI= Compartive Fit Index

NFI= Normed fit index

NNFI= Non-normed fit index

GFI= Goodness of fit index

AGFI= Adjusted goodness of fit index

Las siguientes variables presentaron una carga factorial moderadamente aceptable o aceptable en el modelo, ver Figura 1y tabla 4:

C4: Cuando su centro de salud está *abierto* ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?

D1: Cuando va a su centro de salud, ¿siempre lo/la atiende el *mismo* profesional de salud?

D6: ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su centro de salud?

D9: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?

D15: ¿Cambiaría de centro de salud si fuera fácil?

E6: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?

E10: ¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?

E11: ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?

E13: ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?

F3: Cuando va a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?

G23: Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento.

H1: Hábitos saludables, como alimentación y descanso.

H5: Ejercicio físico apropiado para Ud.

H7: Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume.

H10: Prevención de caídas

I1: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud le preguntan sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?

I3: ¿Su médico/a o profesionales de su centro de salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?

Las siguientes variables presentaron muy baja carga factorial en el modelo, ver figura 1y tabla 4:

C11: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?

G8: Asesoramiento sobre problemas de salud mental

G19: Asesoramiento sobre el consumo de tabaco

J7: Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente.

4.2 Resultado de la Confiabilidad

Se analizó la confiabilidad de la escala con 21 ítems para ser utilizada en nuestro medio y con 23 ítems para ver cómo se comporta la escala completa. La escala analizada con 21 ítems arrojó un valor de Alfa de Cronbach de 0,80 y la escala de 23 ítems arrojó un valor de Alfa de Cronbach de 0,80. Por otro lado, la Fiabilidad Compuesta, modo de determinar la Confiabilidad a partir de datos surgidos del Análisis Factorial Confirmatorio, supero ampliamente la medida mínima recomendada de 0,7, llegando a 0,90 (ver tabla 6).

Tabla 6. Índices de Confiabilidad. Alfa de Cronbach, Fiabilidad Compuesta y Varianza Media Extractada del modelo.

	Alfa de Cronbach (escala 21 ítems)	Alfa de Cronbach (escala 23 ítems)	Fiabilidad Compuesta	Varianza Media Extractada
Valor deseado	>0,70	>0,70	>0,70	>0,50
Valor obtenido	0,80	0,80	0,90	0,30

Fuente: elaboración propia.

La VME Varianza Media Extractada del modelo (el porcentaje de varianza de los ítems explicado por el constructo) arroja un valor de 0,30 (para un valor recomendado >0,50). Esto da cuenta de que varios de los indicadores no son explicados suficientemente por el modelo. Ver página 50, al respecto de los ítems con baja carga factorial hacia el constructo general (C11, G8, G19 y J7).

4.3 Resultados del Grupo Delphi

Se realizó una consulta utilizando la metodología Delphi, para obtener un grado de consenso entre expertos sobre los posibles motivos que pudieran explicar estos resultados, asumiendo que la opinión del grupo es más válida que la opinión individual (Keeney, Hasson & McKenna, 2011).

Las reflexiones que evaluaron los expertos fueron las siguientes (Remitirse al apéndice: Documento enviado a los expertos para el Delphi, para leer los motivos que llevan a las siguientes reflexiones):

Reflexión 1: Consideramos razonable que el ítem C11 (Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?) perteneciente al dominio Acceso, tenga baja correlación con el constructo general, como ha ocurrido en otros estudios locales.

Reflexión 2: Consideramos razonable que este ítem C4 (Cuando su centro de salud está *abierto* ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?) perteneciente al dominio Acceso, tenga correlación baja con el constructo general en condiciones habituales dado lo explicado en el análisis anterior. Sin embargo, las características particulares del Hospital Italiano (sistema de comunicación con el médico de cabecera mediante un *call center* o un sistema informatizado, con respuesta rápida del médico), podría haber contribuido para que la correlación sea aceptable en nuestro trabajo.

Reflexión 3: Dado que el presente trabajo aplica la herramienta PCAT para evaluar al centro de salud del HIBA central desde la perspectiva de los usuarios de Plan de Salud, se incluyeron en el análisis solamente a los usuarios que tienen un grado de afiliación moderado a fuerte hacia este centro (verdaderos usuarios). No se incluyeron a los usuarios que refirieron un grado de afiliación menor o una afiliación hacia otros centros. Por este motivo, consideramos no apropiada la inclusión del ítem GA (Grado de Afiliación) en el análisis cuantitativo (Análisis Factorial Confirmatorio) dado que en las condiciones de este estudio no presentará variabilidad en sus valores como para poderse considerar en forma confiable su grado de correlación con el constructo general.

Reflexión 4: Dado que el estudio se realiza en una población *cautiva*, ya que es la población del Plan de Salud del Hospital Italiano que además refiere tratarse normalmente en la sede central, consideramos que el ítem B2 (Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado?) tampoco puede ser incluido en el análisis cuantitativo por la evidente falta de variabilidad en los valores de respuesta.

Reflexión 5: La ausencia de encuestas a los pacientes para determinar si los servicios corresponden a sus necesidades en el último semestre, en la sede central del Hospital Italiano, hace imposible una evaluación cuantitativa confiable al respecto de si el ítem J7 (Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las

necesidades de la gente) pertenece o no al constructo general, sobre todo porque se está evaluando solo un establecimiento.

Reflexión 6: Creemos que las preguntas G8 y G19 (Asesoramiento sobre problemas de salud mental y asesoramiento sobre el consumo de tabaco, respectivamente) tienen baja carga factorial con el constructo general, ya que la falta de contacto del usuario con los servicios eventualmente disponibles, no permite la construcción de expectativas previas con las cuales contrastar la actuación de la organización.

De los 12 expertos invitados a participar, todos respondieron en el tiempo estipulado. Se realizó una ronda y con ella se llegó al 70% de consenso global, por lo que no fue necesario realizar una nueva ronda de discusión (Keeney, Hasson & McKenna, 2011; Varela Ruiz, Diaz Bravo & García Duran, 2012).

El grado de consenso global fue de 85,5% superando todas las aseveraciones el 74% de consenso. Ver Tabla 7.

Tabla 7. Grado de consenso por ítem y grado de consenso global del Grupo Delphi.

Reflexiones	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Total
Grado de consenso grupal	78,8	98,6	74,2	92,1	88,7	80,5	85,5

Fuente: elaboración propia.

Nº= número

Es importante resaltar que el llegar a un grado de consenso estipulado, no significa necesariamente que se encontró una respuesta verdadera. Sino que se llegó a un grado importante de acuerdo entre expertos.

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo examina las propiedades psicométricas de un instrumento para evaluaciones rápidas de la APS desde la perspectiva de los usuarios en una población de una prepaga de la Argentina y se basa en un modelo conceptual de amplia aceptación y utilización a nivel internacional.

El estudio del grado en que la APS alcanza su propósito es un desafío actual de la investigación de los servicios de salud. El conjunto PCAT es uno de los instrumentos más completos para evaluarla. Existen dos versiones de la herramienta PCAT- adultos para usuarios: una versión original o extensa (Berra, Audisio & Starfield, 2011), con 96 preguntas, traducida al castellano y validada para ser utilizada en Argentina, y otra versión del PCAT para usuarios abreviada, de 23 preguntas, cuyas propiedades psicométricas fueron recientemente evaluadas en una población de nivel socioeconómico medio y bajo (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a). Sin embargo se desconoce cómo es el comportamiento psicométrico de esta versión abreviada en poblaciones de ámbitos privados en la Argentina.

Fue necesario excluir del análisis dos ítems (GA: grado de afiliación y B2: Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado?), dada las características particulares del estudio que realizamos.

Este trabajo comprobó aceptables propiedades psicométricas globales de una versión abreviada del cuestionario PCAT para usuarios en una población de una prepaga de la Argentina.

Se decidió evaluar la propiedades psicométricas conservando la estructura unifactorial original del instrumento PCAT- adultos para usuarios abreviado, dado que consideramos importante conservar una misma herramienta en la región a fines comparativos.

Dentro de las limitaciones del trabajo, merece destacarse que cuatro variables (C11: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su centro de salud?; G8: Asesoramiento sobre problemas de salud mental; G19: Asesoramiento sobre el consumo de tabaco y J7: Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente) presentaron una carga factorial débil. Esto se refleja además en una VME menor a la adecuada.

En trabajos locales de validación y de monitoreo con cuestionarios de satisfacción en el ámbito de la salud, tanto en establecimientos públicos como privados (Vázquez, 2007; 2008; 2014b; Laurenza, 2013) los ítems relacionados al Acceso/Turnos han tenido dificultades para mantenerse en las versiones finales dado la baja correlación que tienen con los aspectos centrales. Cuando se han sostenido desde lo conceptual, han presentado la más baja correlación con las prioridades de la población. Esto puede suceder dado que las personas suelen desarrollar estrategias respecto de lo que llamamos *dificultades*, que permiten que las resuelvan y que las estrategias sean entendidas como parte misma de la experiencia del sistema de salud. También en el trabajo de Vazquez & Berra (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a) la carga factorial para este ítem fue baja (0,36). Consideramos razonable que el ítem C11 (perteneciente al dominio Acceso), tenga baja correlación con el constructo general, como ha ocurrido en los estudios locales que hicimos referencia.

El ítem C4 del cuestionario PCAT: Cuando su centro de salud está abierto ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita? que pertenece al dominio Acceso, también ha presentado baja carga factorial con el constructo general en el trabajo de Vazquez & Berra (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a). Lo cual es coherente con lo expresado en el análisis anterior. Sin embargo, en nuestro trabajo la carga factorial es aceptable. Vale decir que el Hospital Italiano tiene una particularidad que lo diferencia de otros sistemas de salud: posee un sistema de comunicación con el médico de cabecera mediante un llamado por teléfono a un *call center* o mediante un sistema informatizado. Es requisito de los médicos de cabecera la comunicación con los pacientes en el transcurso de las 48 horas hábiles. Por esta particularidad en el sistema de comunicación del HIBA, consideramos razonable que este ítem (perteneciente al dominio Acceso) tenga carga factorial baja con el constructo general en condiciones habituales, donde no hay sistemas de comunicación efectivos con los médicos de cabecera, y tenga una carga factorial aceptable en este trabajo.

Por otro lado, como explican Oliveira y col. (Oliveira et al., 2013), tanto en los estudios de validación de los cuestionarios completos PCAT-usuarios (Harzheim, 2004; Harzheim et al., 2006; Hair et al., 2009) como en esta versión corta (Oliveira et al., 2013), los ítems de los atributos con mayor contribución o carga para la conformación del constructo *Orientación hacia la APS* son los de los dominios *Continuidad* e *Integralidad - servicios prestados*. Son ítems que los usuarios contestan basados en sus experiencias e

inquietudes. Las personas normalmente traen consigo expectativas previas acerca de los servicios que utilizarán. Parasuraman (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) planteó que la calidad percibida resulta de la comparación realizada por los usuarios entre las expectativas sobre el servicio que van a recibir y las percepciones de la actuación de la organización prestadora del servicio. Estas expectativas dependen de cuatro factores: 1) lo que los usuarios escuchan de otros usuarios (comunicación boca a boca), 2) las necesidades personales de los clientes, 3) la extensión de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio, 4) las comunicaciones externas de los proveedores del servicio (ej. publicidad). Estos cuatro factores suelen estar menos presentes para los usuarios respecto de los servicios eventualmente disponibles (que no necesariamente utilizaron o utilizarán), lo que hace difícil que puedan construir expectativas sobre ellos. Por lo tanto no habrá posibilidad de contraste con la actuación de la organización, resultando en respuestas azarosas no necesariamente explicadas por el constructo *Orientación hacia la APS*. Similares resultados con estos ítems se obtuvieron en el trabajo de Vázquez & Berra (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a) sobre la validación de la versión corta brasileña en Argentina. En este último trabajo la carga factorial para el dominio *servicios disponibles* fue de 0,30. Por lo recién expuesto, creemos que las preguntas G8 y G19 que indagan sobre servicios eventualmente disponibles tienen baja correlación con el constructo general, dado que la falta de contacto del usuario con estos servicios, no permite la construcción de expectativas previas con las cuales contrastar la actuación de la organización.

Siguiendo con la discusión, tenemos conocimiento que en los últimos doce meses no se realizaron encuestas en la sede central del Hospital Italiano (único establecimiento que se evalúa en este estudio), a los pacientes para determinar si los servicios corresponden a sus necesidades. Esto concuerda con que el 71,7% de los pacientes responden que no se realizan encuestas en el nosocomio con tales fines. La evaluación cuantitativa de un ítem para determinar si es parte o no de un constructo desde el punto de vista matemático, requiere de la variación entre las distintas experiencias y valoraciones de los individuos y/o entre las diferentes realidades de distintos centros. Por lo tanto, esta ausencia de encuestas a los pacientes para determinar si los servicios corresponden a sus necesidades en el último año, en la sede central del Hospital Italiano, hace imposible una evaluación cuantitativa confiable al respecto de si el ítem pertenece o no al constructo general, sobre todo porque se está evaluando solo un establecimiento.

Estas reflexiones recientemente expresadas fueron compartidas con un grupo de expertos en APS y en epidemiología mediante un Grupo Delphi, y se llegó a un grado de acuerdo del 85% global, con un grado de acuerdo para cada ítem en forma individual mayor al 74%. Este alto grado de consenso, no significa necesariamente que se haya encontrado una conclusión verdadera, pero fortalece las conclusiones del trabajo, ya que la opinión del grupo es más válida que la opinión individual.

Es importante tener presente que al tratarse de un cuestionario que posee 4 de los 21 ítems con baja carga factorial, no es posible utilizarlo como escala en estudios causales, dado que este tipo de estudios son muy sensibles a las limitaciones psicométricas.

Existe como antecedente, en una problemática similar, la decisión de Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) referente a conservar los ítems con carga débil en la escala de Burnout, para contar con un mismo instrumento que permita compararse, pero a su vez alertando sobre usarla simplemente a los efectos de escala valorativa y no para estudios causales.

En este sentido, decidimos conservar todos los ítems de la escala y la unifactorialidad, a pesar de las limitaciones psicométricas señaladas, ya que consideramos importante contar con la misma herramienta en la región por el motivo ya especificado.

Por otro lado, el cuestionario corto tiene sus limitaciones en relación con el cuestionario extenso, dado el menor número de preguntas. El cuestionario PCAT extenso para usuarios alberga 96 preguntas comparado con 23 preguntas del cuestionario corto. Esta forma abreviada puede omitir información en relación a la valoración de algunos ítems que son importantes desde lo conceptual. La versión corta puede dar una información global de valoración sobre la orientación hacia la APS, pero si se deseara saber en profundidad las fortalezas o debilidades en alguna dimensión en particular de algún sistema sanitario, sería conveniente aplicar el cuestionario extenso para obtener información más detallada.

Otra limitación a considerar es que, dado la población que se evalúa, los resultados sólo son representativos para poblaciones del ámbito privado.

Por último, al obtener las respuestas de los entrevistados en el mismo ámbito de atención, podría haber cierto sesgo de cortesía. Según la experiencia del equipo de investigación del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, tal sesgo suele ser poco considerable, ya que no suelen percibir que los pacientes se limiten en opinar si están en disconformidad con la atención o el servicio.

Por consiguiente, recomendamos que el presente instrumento sea utilizado para evaluaciones rápidas de la orientación hacia la atención primaria en poblaciones del ámbito privado de la Argentina (en este sentido ha presentado una validez de criterio externo muy buena: correlación alta y significativa con la versión extensa (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a), y no para estudios causales.

Como ventajas o fortalezas del trabajo se puede destacar que es el primer trabajo que evalúa las propiedades psicométricas de la versión abreviada del PCAT para usuarios en una población de ámbito privado en Argentina. Por otro lado, al ser desarrollado en una población muy diferente a la del estudio de Vazquez & Berra (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a) es interesante observar que los resultados se confirman en estas nuevas condiciones. Dado que la validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar las inferencias, el presente trabajo es un aporte más en el proceso de validación de la versión corta del PCAT adultos para usuarios.

Por otro lado, el contar con un cuestionario abreviado, nos permitiría llevar a cabo evaluaciones rápidas y generales en APS en nuestro medio que servirían como orientación para determinar en qué áreas habría que profundizar dicha evaluación.

Por último, resulta muy prometedor contar con una única herramienta para la construcción de un marco latinoamericano y regional de evaluación de APS que nos permita comparar resultados a nivel regional e internacional.

6. CONCLUSIONES

El cuestionario corto PCAT adultos para usuarios en castellano, logró validez y fiabilidad aceptables, teniendo en cuenta los indicadores generales de buen ajuste al Análisis Factorial Confirmatorio, en una población de una prepaga de la Argentina. Cuatro ítems presentaron una muy baja carga factorial con el constructo APS y fueron oportunamente evaluados, discutidos y se ofrecieron hipótesis para justificar los resultados.

Este trabajo confirma en gran parte las conclusiones del estudio de las propiedades psicométricas de la versión abreviada del PCAT- adultos usuarios de Vazquez y Berra, pero en una población distinta de la misma Argentina, lo cual suma evidencia para el proceso de validación de esta versión del PCAT. Como plantea este trabajo citado consideramos apropiado valernos de la escala completa de esta versión corta para el reporte de los resultados relacionados a la Orientación de la atención hacia la APS, aun cuando algunos ítems presenten una variabilidad no explicada suficientemente por el modelo. Sin embargo, planteamos reparos para su utilización en estudios causales ya que son más sensibles a estas limitaciones.

Resulta interesante destacar que este instrumento es uno de los únicos que evalúa la perspectiva de las poblaciones.

La utilidad de este instrumento reside en la posibilidad de llevar a cabo evaluaciones rápidas y generales en APS en nuestro medio que servirían como orientación para determinar en qué establecimientos habría que profundizar dicha evaluación. Identificados éstos, se podría obtener mayor información con la versión extensa del PCAT para usuarios. Más aun, idealmente la implementación de este cuestionario debería complementarse con otras perspectivas y métodos de investigación. Por ejemplo, se podría administrar simultáneamente el cuestionario PCAT- profesionales a los trabajadores de la salud del centro para obtener también su punto de vista y comparar ambas fuentes de información con diferentes perspectivas.

Resulta muy prometedor contar con una única herramienta para la construcción de un marco latinoamericano y regional de evaluación de APS que nos permitiría comparar resultados a nivel regional e internacional. Finalmente, el presente trabajo constituye un ejemplo a seguir para otros países que deseen llevar a cabo el proceso de evaluar las propiedades psicométricas locales de esta versión abreviada del PCAT para usuarios.

Weisbrot MA. Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliaga Tovar J. Psicometría: Test psicométricos, Confiabilidad y Validez. [Internet]. [Citado 17 de jul 2014]. 85-108. Disponible en: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>

Anastasi A. Los test psicológicos. Madrid. Ed Aguilar. 1986.

APA, AERA, NCME, 1985, p. 8. Citado por Benito JG, Hidalgo MD. La validez en los tests, escalas y cuestionarios [Internet]. Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Estudios de Opinión. [Citado 27 de jun 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1750/1370>

Área de Epidemiología de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Instrumentos de recolección de datos en salud. Cuestionarios y registros. Curso virtual del Hospital Italiano de Buenos Aires, año 2013.

Arias Martínez B. Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. Universidad de Valladolid. Año 2008.

Ase I., Buriyivich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva, Buenos Aires, 2009;5(1):27-47.

Ayoub Perez J. Estilos de liderazgo y su eficacia en la administración pública mexicana. Lulu Enterprises, Inc. Raleigh, North Carolina, 2010.

Baicker K., Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Aff (Millwood) 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.

Baumgartner H. y Hombur C. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. International Journal of Research in Marketing, 1996; 13:139-161.

Bentler P. y Bonett Douglas G. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 1980; 88: 588-606.

Bermúdez–Tamayo C., Marquez–Calderón S., Rodríguez del Aguila M., Perea–Milla Lopez E., Ortiz Espinosa J. Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. *Atención Primaria* 2004;33(6): 305–11.

Berra S., Audisio Y., Starfield B. et al. Adaptación Cultural y al Sistema de Salud Argentino del Conjunto de Instrumentos para la Evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Revista Argentina Salud Pública*, 2011; 2(8): 6-14.

Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina [Internet]. 2012 [Citado 21 de nov 2014]. Disponible en: http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf

Berra S., Hauser L., Audisio Y., Mántaras J., Nicora V., de Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica* 33(1):30-9, 2013.

Billings J., Parikh N., Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Common Fund)* 2000;433(1–5)

Bindman A., Grumbach K., Osmond D., Komaromy M., Vranizan K., Lurie N., et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305–11.

Bloch C. Atención Primaria de la Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. (Mesa redonda). En: *Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p75-90.

Brown T., *Confirmatory Factor Analysis*. The Guilford Press, 2006.

Caminal Homar J., Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;31(1):61-5

Caminal J., Starfield B., Sanchez E., Casanova C., Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246–51.

Casanova C., Colomer C., Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51–9.

Casanova C., Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283–94.

Cassady C., Starfield B., Hurtado M., et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.

Castro R., Knauth D., Harzheim E., Hauser L., Duncan B.. Avaliacao da qualidade da atencao primaria pelos profissionais de saude: comparacao entre diferentes tipos de servicios. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9):1772-84

Chin W.W. The partial least squares approach to structural equation modelling. En *Modern methods for business research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1998.

Farmer F., Stokes S., Fiser R., Papini D. Poverty, primary care and afe-specific mortality. *J. Rural Health* 1991; 7:153-169

Forrest C., Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330–6.

Fracolli L.A. et al. Primary health care assessment tools: a literatura review and metasynthesis. *Ciencia & Saude Colectiva*. 2014;19(12):4851-4860

Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) [Internet]. 2014 [Citado 27 de jul 2014]. Disponible en: http://www.fiel.org/publicaciones/canasta/CAN_BAS_1399568620295.pdf

Garmendia M. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública 2007; vol 11 (2): 57-65

Gonzalez V. et al. Análisis Factorial Confirmatorio. Fundamentos y aplicaciones mediante Lisrel. Universidad de Valencia, 1994.

Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. Health Aff (Millwood) 2002;21(1):155-7.

Gwatkin D., Bhuiya A., Victora C. Making health systems more equitable. Lancet 2004;364(9441):1273-80.

Haggerty et al. Accessibility and continuity of primary care in Quebec. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.

Haggerty J., Martin C.M. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canadá: Health Canada, 2005.

Haggerty J.L., Pineault R., Beaulieu M.D., Brunelle Y., Gauthier J., Goulet F., et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. Can Fam Physician, 2007; 53:1056-1057.

Haggerty J.L., Pineault R., Beaulieu M.D., Brunelle Y., Gauthier J., Goulet F., Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary Elath care. Ann Fam Med. 2008; 6(2):116-23

Haggerty J.L., Yavich N., Báscolo E.P., 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 Latinaa. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(5):377-84

Hair, J.F, Black, W.C., Babin, B.J. y Anderson, R.E. Multivariate Data Analysis (7th Edition). Madrid: Prentice- Hal; 2009.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein TA. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(8):1649-59

Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese]. Universidad de Alicante; 2004

Herrero J. Intervención Psicosocial. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2010;9 (3): 289-300.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Plan de Salud. Funcionamiento del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. [Internet]. 2015b [Citado 20 de jun 2015]. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/6/DOCUMENTOS/6_FuncionamientoDelPlandeSalud.pdf

Hospital Italiano de Buenos Aires, Plan de Salud. Informe HEDIS, Año 2011. Health Plan Employer Data and Information Set –HEDIS- [Internet]. 2011 [Citado 20 de jun 2014]. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/6/DOCUMENTOS/6_Informe_HEDIS_2011.pdf

Hospital Italiano de Buenos Aires. Centros médicos del Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. 2015a [Citado 20 de jun 2015]. Disponible en <http://www.hospitalitaliano.org.ar/centros/index.php?contenido=mapa.php>

Hsu C. y Sandford B. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus Practical Assessment, Research and Evaluation [Internet]. 2007 [Citado 20 de junio 2015]; 12(10):1-8. Disponible en: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>

Jiménez Cangas L., Baez Dueñas R., Pérez Maza B., Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 24 enero 2016];22(1). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/25/02032002.htm>

Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tool [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University. 2015 [Citado 27 de jun 2015]. Disponible en http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html

Jones J., Hunter D. BMJ Consensus methods for medical and Elath services research. 1995;311:376-80

Jöreskog K. y Sörbom D. PRELIS 2: User's reference guide. Chicago: Scientific Software Internacional), 1996.

Keeney S., Hasson F., McKenna H. The Delphi Technique in Nursing and Health Research. Ed WileyBlackwell. India 2011

Laurenza M. Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente. Análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público. Revista del ITAES [Internet]. 2013. [Citado 20 de jun 2015]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/5-2013/ITAES-5-2013-investigacion.pdf>

Lévy Mangin, J.P. y Varela Mallou J. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales. España: Gesbiblo, S.L.; 2006.

Macinko J., Almeida C., dos Santos Oliveira E. and Klingelhofer de Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Planni Mgmt* 2004; 19:303-317.

Macinko J., Almeida C., Klingelhofer de Sa P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*, 2007; 1-11.

Macinko J., Guanais F., Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil,1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):13–19.

Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research* 2003;38(3):819–853.

Malouin R., Starfield B., Sepulveda M. Evaluating the Tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18(6):44-8

Manual del SPSS. Guía para el análisis de datos. Análisis factorial: El procedimiento Análisis factorial. [Internet]. Madrid. [citado 24 enero 2016]. Disponible en: <http://www.listinet.com/bibliografía-comuna/Cdu311-F36A.pdf>

Martínez Argüelles M. La calidad del servicio percibida en entornos virtuales de formación superior. Tesis Doctoral. Departamento de Economía y dirección de empresas. Universidad de Barcelona. Año 2006.

Maslach C., Jackson S., Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3ra ed.). California: Palo Alto;1996.

Messick S. Standards of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational measurement: Issues and Practice*, 1995;14:5-8

Ministerio da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. [Internet]. Brasília; 2010 [Citado 22 de enero 2016]. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf

Muñiz J. La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 1998;10(1):1-21

Norman G., Streiner D. *Biostatistics. The Bare Essentials*. Tercera Edición. People's Medical Publishing house. Shelton, Connecticut, 2008.

Nunnally J. *Psychometric theory*, 2nd ed., Ed McGraw-Hill, New York, 1978.

Oliveira M., Harzheim E., Riboldi J., Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versao reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-63.

OPS/OMS. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Julio 2007. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985 apud Ministerio de Salud de la Nación. *Salud y Sociedad*. Curso en Salud Social, p19) [Internet]. [Citado 27 de jul 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaration of Alma-Ata [Internet]. OMS; 1978. [Citado 06 de junio 2014]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Paganini J.M., Etchegoyen G.S., Bo A., Rubio A.M., Stival J.J., Fredeimberg A., Matkovich G., Ipperdinger A., Perez Raventos A., Gonzalez M., Zelayeta A. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010;1(2):18-23

Parasuraman A., Zeithaml V. y Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perceptions of Service Quality *Journal of Retailing* [Internet]. 1988 [Citado 20 de jun 2015]; 64(1):12-40. Disponible en: <http://areas.kenan->

flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL-%20A%20Multiple-Item%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf

Parchman M., Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract.* 1994;39:123-128.

Pasarín M., 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.

Pasarin M., Rocha K., Rodriguez-Sanz M., Berra S., Borrell C. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(Supl 2):49-54.

Pizzanelli M., Ponzo J., et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug* 2011; 27(3): 187-189.

Pongopirul K., Starfield B., Srivanichakorn S., Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. *Int J Equity Health*. 2009;8:8

Raddish M., Horn S., Sharkey P. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34

Rosenblatt R., Wright G., Baldwin L., Chan L., Clitherow P., Chen F., et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97-102.

Rovere M., Fukus A., Bertolotto A., Bagnasco E., Jait A. La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos. Una

reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal. En: El Agora. Buenos Aires, año 2011.

Rubinstein A., Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria 2da edición. Ed Panamericana, Buenos Aires, año 2006.

Ruiz Jaramillo C.E. Evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "salud puerta a puerta" en el departamento del Huila durante el período 2006-2007. Revista Facultad de Salud. 2009; 1(1):23-34

Saltman R., Rico A., Boerma W., editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.

Shi L. The relationship between primary care and life chances. J Health Care Poor Underserved. 1992; 3:321-35.

Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. Int J Health Serv 1994; 24:431-458

Shi L., Starfield B., Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract, 2001; 50(2):161.

Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires. Cincuenta años de vida. Buenos Aires: Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires, 2003

Starfield B. Primary care. Is it essential? Lancet, 1994;344:1129-1133

Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Ed Masson, Barcelona, año 2001

Starfield B., Cassady C., Nanda J., et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. J Fam Pract 1998; 46:216-26

Starfield B., Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201–16.

Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457–502.

Starfield B., Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Johns Hopkins University Baltimore, MD 2009.

Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. En: *Pensar en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires, año 2006.

Tsai J., Shi L., Yu W., Hung L., Lebrun L. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med*, 2010a; 23(3):402-12.

Tsai J., Shi L., Yu W., Lebrun L. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*, 2010b; 48(7):628-34

Van Doorslaer E., Wagstaff A., Van der Burg H., Christiansen T., Citoni G., Di Biase R., et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291–313.

Varela Ruiz M., Diaz Bravo L., García Duran R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med* 2012;1(2):90-95

Vázquez F. Diseño y validación de un cuestionario para medir satisfacción de la población adulta con respecto a los cuidados médicos ambulatorios en un establecimiento de salud privado. Composición de un cuestionario para evaluar satisfacción con los cuidados médicos. [tesis de maestría]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007. Disponible en: http://www.iecs.org.ar/iecs-visor-publicacion.php?cod_publicacion=945

Vázquez F. Diseño de un indicador de aceptabilidad y prueba metodológica relacionándolo con los indicadores de calidad ya implementados por el PICAM [Internet]. Informe final académico presentado a Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2008. [Citado 20 de jun 2015]. Disponible en: www.calidadensalud.org.ar/Documentos/pruebametodambul.doc

Vázquez F., Berra S., Harzheim E. Validación Argentina de la versión corta Brasileña del PCAT. Presentación en el XIII Congreso Argentino de Medicina Familiar y General, Provincia de Corrientes, Argentina, 2014a.

Vázquez F. A Brief Instrument Effectiveness In The Assessment Of Dissatisfaction Of Health Care Centers Users Avoiding “Ceiling Effect” [Internet]. Presentación del Hospital Italiano de Buenos Aires en la Conferencia Internacional de ISQua (Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud). 2014b “en prensa”. [Citado 20 de jun 2015]. Disponible en: <http://www.isqua.org/docs/default-source/Brazil-Speakers/posters-abstract-book-2014f365df159bdc6318af52ff0000eae9f5.pdf?sfvrsn=0>

Vera Villaroel P. y Oblitas L. Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud [Internet]. Editorial PSICOM. [Citado 15 de nov 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/4267026/MANUAL_DE_ESCALAS_Y_CUESTIONARIOS_IBEROAMERICANOS

Villalbí J., Pasarín M., Montaner I., Starfield B., y Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Atención Primaria de Salud Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria 2001;31(6):382-5

Weiss L., Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health 1996;86(12): 1742-7.

Wilner A., Stolkiner A. Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS. Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en

Argentina [Internet]. Mayo de 2007 [Citado 18 de nov 2014]. Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Concepcion/pdf/antiores/APS%20y%20Derecho.pdf>

Wong S., Kung K., Griffiths S., Carthy T., Wong M., Lo S., et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. BMC Public Health, 2010; 10:397.

Yang H. The conceptual Framework of Primary Care Quality Assessment and Quality of Primary Care Perceived by Patients in China. PHD Dissertation. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, 2010

APÉNDICES

APÉNDICE A- Consulta para obtener el grado de acuerdo sobre algunas reflexiones del trabajo titulado Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina utilizando metodología Delphi	88
---	----

APÉNDICE A- Consulta para obtener el grado de acuerdo sobre algunas reflexiones del trabajo titulado Comportamiento Psicométrico de una versión abreviada del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), evaluando una población de una prepaga de la Argentina utilizando metodología Delphi.

El PCAT (Johns Hopkins Primary Care Policy Center, 2015) (en inglés Primary Care Assessment Tools: PCAT) es un cuestionario desarrollado en Estados Unidos que evalúa la Atención Primaria de la Salud (APS). Existe una validación al castellano del instrumento (Berra, Audisio & Starfield, 2011; Berra et al., 2013) desarrollada en una población de nivel socioeconómico medio y bajo del conurbano cordobés.

La finalidad del presente trabajo es estudiar el comportamiento psicométrico de la versión abreviada del PCAT en una población diferente a la ya estudiada. Nuestro interés es estudiar el comportamiento psicométrico en una población de una prepaga de la Argentina, puntualmente en usuarios del Plan de Salud que consultan en la sede central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como la APS no es una estructura física directamente observable ni medible, una forma de acercarse a este concepto es a través de cuestionarios. Pero es importante evaluar si el instrumento que se genera para medirlo, refleja realmente el concepto teórico que se desea analizar (validez de constructo) (Aliaga, s.a.; Área de Epidemiología de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, 2013).

El Análisis Factorial Confirmatorio es una técnica de análisis que puede ser utilizada para evaluar la validez de constructo. Permite evaluar el nivel de correlación entre los ítems que componen la encuesta y el constructo que se intenta representar (Messick, 1995).

Cuando los ítem de la encuesta “cargan bien para el constructo” hace referencia a que el ítem está bien explicado por el constructo. Cuando el ítem “carga mal”, hace referencia a que el ítem probablemente corresponda (o sea explicado), en parte, por otro constructo diferente.

A partir del trabajo en cuestión con el objeto de estudiar el comportamiento psicométrico de la versión abreviada del PCAT en una población de una prepaga en Argentina nos planteamos 6 reflexiones. Cada reflexión corresponde a una pregunta del

cuestionario PCAT. Son seis las preguntas del cuestionario PCAT, cuyas características particulares en el contexto de este trabajo nos interesa compartir con ustedes.

Para obtener el grado de acuerdo sobre cada reflexión que se explica a continuación, por favor, agregue debajo de cada una su grado de acuerdo en una escala de 0 a 100, donde 100 es totalmente de acuerdo y 0 es totalmente en desacuerdo.

Análisis 1:

Item C11 del cuestionario PCAT: Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en el centro de salud?

En trabajos locales de validación y de monitoreo con cuestionarios de satisfacción en el ámbito de la salud, tanto en establecimientos públicos como privados (Vázquez, 2007; 2008; 2014b; Laurenza, 2013) los ítems relacionados al Acceso/Turnos han tenido dificultades para mantenerse en las versiones finales dado la baja correlación que tienen con los aspectos centrales. Cuando se han sostenido desde lo conceptual, han presentado la más baja correlación con las prioridades de la población. Esto permite hipotetizar acerca de una cierta "naturalización" de la población a las dificultades de acceso a la atención médica.

Reflexión 1: Consideramos razonable que el ítem C11 (perteneciente al dominio Acceso), tenga baja correlación con el constructo general, como ha ocurrido en los estudios locales que hicimos referencia.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

Análisis 2:

Item C4 del cuestionario PCAT: Cuando su centro de salud está abierto ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?

Este ítem también pertenece al dominio Acceso.

Ha presentado en trabajos anteriores (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a) (aun no publicados) una baja correlación con el constructo general, lo cual es coherente con lo expresado en el análisis anterior

Pero en nuestro trabajo la correlación es aceptable.

Vale decir que el Hospital Italiano tiene una particularidad que lo diferencia de otros sistemas de salud: posee un sistema de comunicación con el médico de cabecera mediante

un llamado por teléfono a un *call center* o mediante un sistema informatizado. Es requisito de los médicos de cabecera la comunicación con los pacientes en el transcurso de las 48 horas hábiles.

Reflexión 2: Consideramos razonable que este ítem (perteneciente al dominio Acceso) tenga correlación baja con el constructo general en condiciones habituales dado lo explicado en el análisis anterior. Sin embargo, las características particulares del Hospital Italiano recién referidas, podrían haber contribuido para que la correlación sea aceptable en nuestro trabajo.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

Análisis 3:

Ítem Grado de Afiliación del cuestionario PCAT:

El grado de afiliación es un ítem que está comprendido por el análisis conjunto de tres preguntas:

<p>¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a necesita indicaciones acerca de su salud?</p> <p>¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?</p> <p>¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?</p>
--

El presente trabajo aplica la herramienta PCAT para evaluar al centro de salud del HIBA central desde la perspectiva de los usuarios de Plan de Salud. Por este motivo, se incluyeron en el análisis solamente a los usuarios que tienen un grado de afiliación moderado a fuerte hacia el centro de salud HIBA central (verdaderos usuarios del centro en cuestión). No se incluyeron a los usuarios que refirieron un grado de afiliación menor o una afiliación hacia otros centros.

Reflexión 3: Dada el contexto ya explicado, consideramos no apropiada la inclusión de este ítem en el análisis cuantitativo (Análisis Factorial Confirmatorio) dado que en las

condiciones de este estudio no presentará variabilidad en sus valores como para poderse considerar en forma confiable su grado de correlación con el constructo general.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

Análisis 4:

Ítem B2 del cuestionario PCAT: Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su centro de salud antes de asistir a otro lado?

Por los motivos enunciados en el análisis anterior, en el contexto específico de este trabajo, este ítem no presenta variabilidad en sus valores. Prácticamente todos los encuestados (97,4 %) contestaron que ante un nuevo problema de salud se atenderían en el centro de salud del HIBA central.

Reflexión 4: Considerando que el estudio se realiza en una población *cautiva*, dado que es la población del Plan de Salud del Hospital Italiano que además refiere tratarse normalmente en la sede central, consideramos que este ítem tampoco puede ser incluido en el análisis cuantitativo por la evidente falta de variabilidad en los valores de respuesta.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

Análisis 5:

Ítem J7 del cuestionario PCAT: ¿En el centro de salud, se realizan encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente?

Tenemos conocimiento que en los últimos seis meses no se realizaron encuestas en la sede central del Hospital Italiano (único establecimiento que se evalúa en este estudio), a los pacientes para determinar si los servicios corresponden a sus necesidades. Esto concuerda con que el 71,7% de los pacientes responden que no se realizan encuestas en el nosocomio con tales fines.

La evaluación cuantitativa de un ítem para determinar si es parte o no de un constructo desde el punto de vista matemático, requiere de la variación entre las distintas

experiencias y valoraciones de los individuos y/o entre las diferentes realidades de distintos centros.

Reflexión 5: Esta ausencia de encuestas a los pacientes para determinar si los servicios corresponden a sus necesidades en el último semestre, en la sede central del Hospital Italiano, hace imposible una evaluación cuantitativa confiable al respecto de si el ítem pertenece o no al constructo general, sobre todo porque se está evaluando solo un establecimiento.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

Análisis 6:

Los ítems siguientes corresponden a servicios eventualmente disponibles.

Ítem G8 del cuestionario PCAT	Asesoramiento sobre problemas de salud mental
Ítem G19 del cuestionario PCAT	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco
Ítem G23 del cuestionario PCAT	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales físicas propias del envejecimiento

Como explican Oliveira y col. (Oliveira et al., 2013), tanto en los estudios de validación de los cuestionarios completos PCAT-usuarios usuarios (Harzheim, 2004; Harzheim et al., 2006; Hair et al., 1999) como en esta versión corta (Oliveira, 2013), los ítems de los atributos con mayor contribución o carga para la conformación del constructo "Orientación hacia la APS" son los de los dominios "Continuidad" e "Integralidad - Servicios prestados". Son ítems que los usuarios contestan basados en su experiencia e inquietudes.

Las personas normalmente traen consigo expectativas previas acerca de los servicios que utilizarán.

Parasuraman (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) planteó que la calidad percibida resulta de la comparación realizada por los usuarios entre las expectativas sobre el servicio que van a recibir y las percepciones de la actuación de la organización prestadora del servicio. Estas expectativas dependen de cuatro factores: 1) lo que los usuarios escuchan de otros usuarios (comunicación boca a boca), 2) las necesidades personales de

los clientes, 3) la extensión de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio, 4) las comunicaciones externas de los proveedores del servicio (ej. publicidad). Estos cuatro factores suelen estar menos presentes para el usuario respecto de los servicios eventualmente disponibles (que no necesariamente utilizaron o utilizarán), lo que hace difícil que pueda construir expectativas sobre ellos. Por lo tanto no habrá posibilidad de contraste con la actuación de la organización, resultando en respuestas azarosas no necesariamente explicadas por el constructo "Orientación hacia la APS". Similares resultados con estos ítems se obtuvieron en el trabajo de Vázquez & Berra (Vazquez, Berra & Harzheim, 2014a) sobre la validación de la versión corta brasileña en Argentina.

Reflexión 6: Creemos que estas preguntas tienen mala correlación con el constructo general, dado que la falta de contacto del usuario con los servicios eventualmente disponibles, no permite la construcción de expectativas previas con las cuales contrastar la actuación de la organización.

Por favor, agregue su grado de acuerdo en el próximo renglón.

.....

--- FIN ---

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO- CUESTIONARIO PCAT



**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

PARA PERSONAS ADULTAS (Consumer-client survey) ©

VERSIÓN ARGENTINA – ABREVIADA

Developed by

Barbara Starfield, MD, MPH

© Primary Care Policy Center for Underserved Populations
Johns Hopkins University, 1998
All rights reserved.

PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos haciendo un estudio para conocer la experiencia con la atención de la salud las personas afiliadas al plan de salud y queremos invitarlo/a a participar. Su opinión es importante porque la información provista en conjunto por todas las personas que participen en la encuesta servirá para evaluar los servicios disponibles y se espera que permita planificar mejoras en la atención para toda la población.

Permítame ofrecerle información sobre el estudio y sobre sus derechos como participante. Responder el cuestionario le llevará unos 5 a 10 minutos. No hay respuestas correctas e incorrectas. Usted debe elegir las opciones que mejor indiquen cuál es su caso. Usted no deberá decir su nombre ni ningún otro dato de identificación. Los datos provistos por usted serán tratados de manera confidencial y anónima, bajo normas de seguridad que no permitan asociarlos a su nombre ni otro dato personal que lo identifique; sus respuestas no se sumarán a la información médica que pueda haber en su historia clínica; lo que usted decida no modificará la atención de salud que recibe habitualmente.

Su participación en este estudio sería voluntaria, por lo que no recibirá compensación económica ni beneficios personales de otro tipo. Aunque haya aceptado participar, usted tiene el derecho de no responder algunas preguntas o dejar de responder en cualquier momento, pero es muy valioso que intente responder todas las preguntas.

Si acepta participar, por favor, responda las siguientes preguntas.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Si tiene alguna duda o inquietud con relación a esta encuesta, puede ponerse en contacto con el equipo de investigación: Mariela Weisbrot, mariela.weisbrot@hospitalitaliano.org.ar ó al tel 4959-0200 interno 9264.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA		
Adm3.	Fecha en que responde el cuestionario:	___/___/___ día mes año
Adm4.	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	___/___/___ día mes año
N1.	¿Cuál es su sexo?	1 £ Femenino 2 £ Masculino

Ahora, le voy a hacer preguntas sobre los servicios y la atención de salud que usted recibe.			
A. IDENTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD O MÉDICO DE CABECERA			
Con las siguientes tres preguntas usted identificará cuál es el centro o profesional que tiene como fuente principal de atención primaria para su salud, ya sean públicos, de su obra social o de su plan de salud.			
A1.	¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?	1 ? No	<p>2 ? Sí.</p> <p>¿Cuál es el nombre del médico o centro de salud?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿En qué barrio se encuentra?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
A2.	¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?	1 ? No	<p>2 ? Sí, el mismo que el anterior</p> <p>3 ? Sí, otro.</p> <p>¿Cuál es el nombre del médico o centro de salud?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿En qué barrio se encuentra?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
A3.	¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?	1 ? No	<p>2 ? Sí, el mismo que se menciona en A1 y A2</p> <p>3 ? Sí, el mismo que se menciona en A1</p> <p>4 ? Sí, el mismo que se menciona en A2.</p> <p>5 ? Sí, un lugar diferente del que se menciona en A1 y A2.</p> <p>¿Cuál es el nombre del médico o centro de salud?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿En qué barrio se encuentra?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
El centro o profesional que usted tiene como fuente de atención primaria para su salud es el que haya mencionado más veces en las preguntas anteriores.			

B. PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
B2.	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su Centro de Salud antes de asistir a otro lado?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

C. PRIMER CONTACTO - ACCESO

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
C4.	Cuando su Centro de Salud está abierto ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
C11.	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su Centro de Salud?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

Recuerde que su **Centro de Salud** es el centro o el profesional que usted tiene como fuente de atención primaria para su salud, según lo que indicó en las primeras preguntas del cuestionario (A1, A2 y A3).

D. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
D1.	Cuando va a su Centro de Salud, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
D6.	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su Centro de Salud?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
D9.	¿Su médico/a o profesionales de su Centro de Salud conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
D15.	¿Cambiaría de Centro de Salud si fuera fácil?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

E. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
<u>E6.</u>	¿Su médico/a o algún profesional de su Centro de Salud le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
E10.	¿Su médico/a o algún profesional de su Centro de Salud le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
<u>E11.</u>	¿Su médico/a (o algún profesional de su Centro de Salud) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
<u>E13.</u>	¿Su médico/a (o algún profesional de su Centro de Salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
F3.	Cuando va a su Centro de Salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

G. GLOBALIDAD. SERVICIOS DISPONIBLES

A continuación, mencionaré una lista de servicios que Ud. o su familia pueden necesitar en cualquier momento.

¿Cuál de estos servicios se encuentran disponibles en su Centro de Salud?

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
G8.	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
<u>G19.</u>	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

G23.	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
-------------	---	---------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------

H. GLOBALIDAD. SERVICIOS RECIBIDOS

Las siguientes preguntas refieren a diferentes tipos de servicios de salud que Ud. puede haber recibido.

Durante las consultas a su Centro de Salud, ¿hablan con usted sobre los siguientes temas?

H1.	Hábitos saludables, como alimentación y descanso	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
H5.	Ejercicio físico apropiado para Ud.	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
H7.	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
H10.	Prevención de caídas	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

I. ENFOQUE FAMILIAR

Por favor, elija la mejor respuesta.		Sí, sin duda	Probable mente sí	Probable mente no	No, en absoluto	No sé
I1.	¿Su médico/a o profesionales de su Centro de Salud le preguntan sus <i>opiniones e intenciones</i> para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
I3.	¿Su médico/a o profesionales de su Centro de Salud se reunieron con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £

J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA

¿Su médico/a o profesionales de su Centro de Salud realizan alguna de las siguientes acciones?

<u>J7.</u>	Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente	Sí, sin duda 4 £	Probable mente sí 3 £	Probable mente no 2 £	No, en absoluto 1 £	No sé 9 £
------------	---	------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------

N. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y LABORALES

En esta última parte del cuestionario, las preguntas refieren a condiciones socioeconómicas suyas y de su familia como estudios y trabajo.

N2.	¿Cuál es su edad?	_____ años
N3.	¿En qué barrio vive?	Barrio: _____
N7.	¿Cuál es su situación laboral actual?	1 £ Trabaja recibiendo remuneración 2 £ Trabaja pero no recibe remuneración (por ejemplo, negocio familiar) 3 £ Trabaja pero tiene una licencia (por enfermedad, vacaciones, etc.) 4 £ No trabaja (desocupado/a) y recibe algún subsidio o renta 5 £ No trabaja (desocupado/a) ni recibe subsidio o renta 6 £ Hace trabajos del hogar (ama de casa) 7 £ Estudiante 8 £ Está incapacitado/a o con invalidez permanente 9 £ Jubilado/a por razones de edad 10 £ Jubilado/a de forma anticipada £ Otra situación. Especificar: _____ _____

N8.	¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizado por usted?	1 £ No fue a la escuela 2 £ Primaria incompleta 3 £ Primaria completa 4 £ Secundaria incompleta 5 £ Secundaria completa 6 £ Terciario o universitario incompleto 7 £ Terciario completo 8 £ Universitario de grado completo 9 £ Universitario de postgrado completo £ Otra posibilidad. Especificarla: _____
-----	---	--

Para finalizar...

¿Tiene algún comentario sobre los temas que ha tratado esta encuesta?
_____ _____

El cuestionario ha finalizado, por favor, revise si le quedó alguna pregunta sin contestar. **¡Muchas gracias por participar!**