

## **NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD – BECAS DE INICIACIÓN**

### **INFORME PARA PUBLICACIÓN**

Informe para publicación presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.

Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2011

<p><b>TÍTULO DE LA BECA:</b> <b>ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA. VERSIONES PARA USUARIOS CON VALORACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD MENTAL</b></p>
--

**Nombre/s y Apellido del becario: Yanina Beatriz Audisio**

**Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Silvina Berra**

**Lugar donde desarrolló la beca: Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional de Córdoba.**

### **INFORME PARA PUBLICACIÓN**

**Fuente (s) de financiamiento:**

**El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.**

## **1. PORTADA**

### **1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA. VERSIONES PARA USUARIOS CON VALORACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD MENTAL

ADAPTATION OF PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOLS. ARGENTINEAN VERSIONS FOR CONSUMERS AND PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS.

### **1.2. AUTOR**

Yanina Audisio.

Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios Sanitarios (CIESS). Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

### **1.3. AUTOR Y FILIACIÓN INSTITUCIONAL**

Yanina Audisio.

Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios Sanitarios (CIESS). Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

### **1.3. AUTOR RESPONSABLE DE LA CORRESPONDENCIA**

Yanina Audisio. [audisioyanina@gmail.com](mailto:audisioyanina@gmail.com)

### **1.4. FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

### **1.5. FECHA DE ENVÍO PARA PUBLICACIÓN**

16 de Mayo de 2011.

### **1.6. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

No hubo conflictos de intereses durante la realización del presente estudio.

## 2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### 2.1. RESUMEN

La evaluación de APS se recomienda como medida de fortalecimiento de la estrategia. El PCAT valora el grado en que APS alcanza sus características deseables. Se adaptó el PCAT-usuarios, enfocando aspectos de la atención a la salud mental.

**Objetivo:** Analizar las propiedades métricas de las versiones argentinas para usuarios del PCAT.

**Métodos:** El procedimiento incluyó tres subestudios con muestras de diferentes poblaciones: 1) población escolar adolescente, 2) adultos jóvenes, padres de escolares adolescentes; 3) afiliados de una obra social. Se realizó análisis de confiabilidad y de validez de constructo.

**Resultados:** La mayoría de los ítems y escalas lograron un buen escalonamiento de las respuestas, mostraron una suficiente validez ítem-convergente y validez ítem-discriminante. La consistencia interna de las escalas fue buena. El resultado que mejor se ajustó a los datos y al modelo teórico fue el que extrajo 9 factores. El análisis de validez por grupos conocidos demostró que las versiones del PCAT discriminan según sexo, edad, estado de salud y cobertura sanitaria para algunas dimensiones, incluyendo el módulo de salud mental.

**Discusión:** La versión PCAT-AE obtenida proporciona información sobre los atributos principales de APS. Mostró evidencia de validez y confiabilidad acerca de las experiencias con la atención primaria. La consistencia interna es semejante a la de otras versiones, excepto para “primer contacto-utilización” donde es menor. Es necesario superar ciertas falencias detectadas en el análisis factorial, típicas de un instrumento de estas características. El PCAT-CE muestra adecuada validez discriminante, resta evaluar el resto de medidas de validez y fiabilidad.

The evaluation of PC implementation is recommended in order to strength the strategy. The PCAT was developed to assess PC major domains. PCAT-consumer version was adapted, focusing on specific aspects of mental health care.

**Methods:** The procedure included three sub-studies with samples from different populations: 1) teenagers students, 2) young adults, those teenagers' mothers and fathers, 3) a social insurance clients. Data analysis included reliability and construct validity.

**Results:** Most of the items and scales staggering achieved good responses showed sufficient item-convergent validity and item-discriminant validity. The internal consistency of the scales was good. The result that best fits the data and the theoretical model was that which extracted 9 factors. The analysis of known groups validity showed that versions of the PCAT discriminate by sex, age, health status and health coverage for some domains, including mental health module.

**Discussion:** PCAT-AE obtained version provides information about PC domains. It showed evidence of validity and reliability on experiences with primary care. Internal consistency is similar to other versions, except for "first contact-utilization" where it is lower. It is necessary to overcome certain shortcomings identified in the factor analysis, typical of an instrument like this. The PCAT-CE showed good discriminant validity. It remains to assess the other validity and reliability measures.

### 2.2. PALABRAS CLAVES Y KEYWORDS

**Atención Primaria de Salud; Encuestas de Atención de la Salud; Validez de las Pruebas; Reproducibilidad de los Resultados; Salud Mental.**

**Primary Health Care ; Health Care Surveys ; Validity of Tests ; Reproducibility of Results; Mental Health.**

### **3. INTRODUCCIÓN**

La Atención Primaria de Salud (APS) se ha definido como la estrategia sanitaria que se orienta a mejorar la calidad de vida de la población en el abordaje integral para la resolución de problemas de salud, en particular aquellos estrechamente vinculados al nivel de vida (Almeida et al 2006). Desde su formulación, la estrategia de APS ha sido promovida por los organismos internacionales como la política más apropiada para optimizar los sistemas de salud. En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación, en las “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”, la señala como organizadora del sistema (capítulo 6.2); y se han verificado reformas en curso con diversas experiencias en diferentes zonas del país, como los programas de Salud Familiar. Sin embargo, resulta prioritario unificar criterios para la toma de decisiones sanitarias.

En este sentido, se ha recomendado generar una base de evidencias más completa acerca de la implementación de la APS, a través de la evaluación y documentación de las experiencias que permitan el desarrollo, la difusión y la adaptación de las mejores prácticas (Macinko et al 2007) con la finalidad de mejorar el acceso y la resolución de las demandas sanitarias, contribuyendo a la reducción de las desigualdades sociales (Martinez et al 2007).

La implementación específica de APS en el abordaje de los problemas de salud mental no ha sido aún valorada. Recientemente se ha estimado que los trastornos de la salud mental representan uno de los principales componentes de la carga de morbilidad actual y tienen enormes costos económicos y sociales, así como producen sufrimiento humano. Cabe analizar la capacidad del sistema sanitario para ofrecer a personas con estos trastornos un primer contacto accesible y resolutivo, así como atención integral y coordinada desde el primer nivel de atención con otros niveles.

Es evidente en nuestro medio la necesidad de disponer de instrumentos con validez y confiabilidad conocida, que posibiliten la comparabilidad entre centros y proveedores respecto de la capacidad asistencial o la estructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención (Starfield 2001). Tales herramientas serían útiles en la evaluación de los servicios sanitarios de Argentina y para señalar aquellos cambios que se produzcan por la puesta en marcha de nuevos programas, para sustentar la toma de decisiones en la gestión de los recursos destinados a ese fin. Es necesario contar con instrumentos que, sobre la base de conceptos ampliamente aceptados para la valoración de la APS, incluyan especificidades de cada subsistema de salud y aportes de todos los actores involucrados.

Starfield y Shi, de la Universidad Johns Hopkins, diseñaron el PCAT: Primary Care Assessment Tools ["Instrumentos para la Valoración de la APS"] (Shi et al 2001) , que consiste en un conjunto

de cuestionarios que permiten la medida de los dominios primordiales y complementarios que se postuló que debe alcanzar la APS (Starfield 2001), desde la perspectiva de gestores de los recursos de APS, proveedores de la APS o población usuaria de la APS.

Los atributos de las versiones originales del PCAT presentan una adecuada consistencia interna y validez de constructo (Cassady et al 2000; Shi et al 2001).

El presente proyecto surge de una línea de investigación de desarrollo, especializada en la generación o adaptación de instrumentos de medidas para la evaluación de servicios sanitarios, a cargo de la directora de beca, mediante una beca posdoctoral del CONICET. La primera fase del proceso de adaptación transcultural a la Argentina, realizada con financiación de las Becas Carrillo-Oñativia 2009, incluye el trabajo sobre aspectos lingüísticos (traducción y retrotraducción) y de validez de contenido (revisión por expertos locales en APS y la autora del modelo teórico y pre-test mediante entrevistas cognitivas con usuarios) de las versiones para usuarios del PCAT. Este informe se refiere a la segunda fase y la continuación del proceso de adaptación, incluyendo el análisis de las propiedades métricas de las versiones argentinas obtenidas y considerando la valoración de las experiencias con la APS de las personas con necesidades en Salud Mental.

En el abordaje de estos problemas de salud, debe priorizarse la organización de servicios incluyendo principios clave: accesibilidad, coordinación y continuidad de los cuidados, efectividad y equidad (Cohen 2005). Para ello, se establece que la atención en materia de salud mental debe integrarse en la atención primaria y basarse en servicios establecidos en la comunidad (OPS 2005). A su vez, la promoción de estilos de vida saludables y de vínculos funcionales y el fortalecimiento de redes sociales operan, desde APS, como abordajes integrales, donde la Salud Mental es un elemento de trabajo continuo con todos los usuarios. En esta dirección, se fundamenta la evaluación de APS en relación con las necesidades en Salud Mental.

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

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar las propiedades métricas de las versiones argentinas para usuarios del PCAT (Primary Care Assessment Tools).

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** **1.** Analizar la consistencia interna, validez estructural y discriminante del instrumento piloto en muestras de niños y adultos. **2.** Comparar puntuaciones del PCAT-usuarios según edad, sexo y necesidades en salud según salud mental, salud percibida y

enfermedades crónicas. **3.** Comparar los resultados de validez y fiabilidad con los obtenidos por estudios de Brasil, Canadá o España.

#### **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

##### **4.1. Diseño**

El estudio es de tipo descriptivo transversal, considerando particularidades de comparación de grupos para la evaluación de la validez de las versiones argentinas (infantil y para adultos) de los cuestionarios para usuarios del PCAT (Primary Care Assessment Tools). Para ello se diseñó un trabajo en tres muestras: 1. adolescentes de tres escuelas públicas, 2. padres de los adolescentes, 3. afiliados de la obra social universitaria DASPU. Se contará, de este modo, con usuarios de los dos subsistemas sanitarios más utilizados en Argentina: público y de obra social. Estos estudios tienen carácter de pilotos, por lo que el diseño de las muestras no tiene intención de representatividad de poblaciones externas.

##### **4.2 Población y muestra**

###### **SUBESTUDIO 1 y 2. Escolares secundarios y sus padres.**

Se trabajó con población de estudiantes secundarios, quedando incluidos en el estudio todos los adolescentes entre 11 y 18 años que cursen el ciclo básico unificado (CBU) de los Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM) N°38, N°248 y N° 312 de la ciudad de Córdoba. Estas escuelas públicas se seleccionaron por reunir adolescentes de nivel socioeconómico medio y de diversos orígenes de la ciudad y contar con la accesibilidad y confianza de los directivos para posibilitar el estudio piloto.

Inicialmente se proyectó trabajar con las dos primeras escuelas, dado que se había calculado que habría 700 escolares que cumplían los criterios de inclusión. Teniendo en cuenta un 30% de no respuesta entre sus padres, el tamaño muestral sería de 490 personas. De éstas, los 2 grupos de estudio con los cuestionarios para adultos o infantil estarían constituidos por 245 padres y madres, tamaño muestral que sería suficiente para analizar mediante el cálculo de diferencias estandarizadas de medias en las puntuaciones del PCAT según el estado de salud mental, con proporciones de personas con probables trastornos psiquiátricos del 0,18 en la población infantil (SDQ) y 0,25 en la población adulta (PHQ-9, GAD-7). A posteriori se incluyó la tercera (IPEM 312) por identificar dificultades en la devolución del consentimiento informado, lo que disminuyó significativamente el tamaño de la muestra.

### **SUBESTUDIO 3. Afiliados de Obra Social**

Se trabajó con la población de afiliados de la Obra Social Universitaria DASPU (Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario), realizando un muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad a partir de la base de datos de afiliados mayores de 17 años.

Se extrajo una muestra de 500 afiliados que representaban la composición de la Obra Social según grupo etario (18 a 37 años; 38 a 57 años y 58 a 95 años), sexo (masculino o femenino) y tipo de afiliación (obligatorio, adherente o jubilado), de los cuales se obtuvieron finalmente aquellos que consintiendo participar realizaron la devolución del cuestionario respondido.

#### **4.3 Variables**

La Atención Primaria de Salud se evaluó mediante el cuestionario que se valida en este estudio, PCAT en sus versiones piloto infantil y para adultos, en subestudios 1, y 2 y 3, respectivamente.

A su vez, se asociaron los resultados de la evaluación de APS con sexo, edad y necesidades en salud.

Las necesidades de atención sanitaria se evaluaron con cuestionario de salud percibida y enfermedades crónicas. Se focaliza especialmente en la evaluación de necesidades de atención en salud mental, dado que se agregaron ítems específicos en la versión argentina del PCAT, en la dimensión de globalidad-servicios disponibles.

El objetivo de este trabajo se centró en la medición de las propiedades métricas del cuestionario adaptado a la Argentina, por ello adquieren relevancia las variables de confiabilidad y validez.

#### **4.4 Instrumentos o técnicas de recolección de datos**

En el subestudio 1, se utilizaron los siguientes cuestionarios: PCAT infantil, SDQ, KIDSCREEN y preguntas sobre enfermedades crónicas.

En los subestudios 2 y 3, se utilizaron los siguientes cuestionarios: PCAT para adultos, PHQ-9, GAD-7 y preguntas sobre enfermedades crónicas.

#### **4.5 Plan de análisis de los resultados**

##### **Análisis de ítems bajo las suposiciones de las escalas Likert**

La confirmación de los supuestos métricos de las escalas Likert se exploraron mediante análisis de validez ítem-convergente (correlación ítem-total  $> 0,30$ ), validez ítem-discriminante o “razón de éxito de la escala” (cociente entre el número de correlaciones en que los ítems de esta dimensión han sido superiores a las correlaciones de cada uno de estos ítem con las otras dimensiones y el total

de correlaciones efectuadas para esta dimensión, dado por el número de ítems de esta dimensión por el número de dimensiones); iIntervalo de las correlaciones de los ítems de cada dimensión.

### **Confiabilidad**

La consistencia interna de la escala fue evaluada con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que estima la proporción de la variación total de una escala que se puede atribuir a una dimensión, difícil de ser medida directamente. Por lo tanto, este coeficiente se utiliza para medir la precisión que un grupo de elementos tiene para predecir el efecto "latente" en esta dimensión. Para su interpretación se adoptó el siguiente criterio:  $\alpha < 0,50$ : insuficiente;  $0,50$  a  $0,70$ : moderado;  $> 0,70$ : bueno.

### **Análisis Factorial Confirmatorio**

La validez estructural se evaluó mediante la técnica del análisis factorial confirmatorio, usando extracciones por la técnica de componentes múltiples. Se forzó la extracción de 7 a 12 factores, para examinar cuál sería la solución más ajustada a los datos. Se aplicó el criterio de seleccionar los factores que tuvieran 3 ó más ítems con una carga factorial superior a 0,35. Al finalizar este análisis se realizó una evaluación conceptual atributo. Los análisis se realizaron con la versión 18 del programa Statistical Package for the Social Science (SPSS).

### **Validez por grupos conocidos**

El análisis de validez implicó la verificación de:

1. La medida en que los distintos dominios del instrumento son capaces de discriminar entre los distintos subgrupos de la muestra según su estado de salud, los cuales al estar integrados por población sana y por pacientes afectados de patología física o mental, se supone que presentan perfiles diferenciales; 2. El comportamiento discriminante del instrumento entre dos grupos muestrales definidos por utilización de subsistemas del sistema sanitario (público y de seguridad social). En cuanto a la cobertura sanitaria informada, para la muestra del subestudio 2 en población general se decidió categorizar en cobertura sólo pública (al ser universal) y de obra social, mientras que en el subestudio 3 en afiliados de una obra social se categorizó como obra social y doble cobertura (en el caso que se contara con otra obra social o plan privado).

Para ello, se realizó un análisis de las diferencias en las puntuaciones de los dominios de APS identificados por el PCAT en los distintos subgrupos muestrales. Se utiliza  $p < 0,10$  como nivel de significación estadística de la diferencia de medias y proporciones por tratarse de muestras pequeñas. Se estimó la diferencia de medias estandarizada (tamaño del efecto; TE) para cada una de las dimensiones de PCAT, comparando entre grupos según edad, sexo, estado de salud y cobertura.

Se estableció que valores del tamaño del efecto entre 0,20 y 0,50 representaban efectos mínimos; entre 0,51 y 0,80 moderados y mayores de 0,81, grandes.

Todo el proceso estadístico necesario para la validación del PCAT- Argentina será realizado a través del paquete estadístico SPSS 11.5 y el EQS.

#### **4.6 Consideraciones éticas**

La aplicación de las versiones argentinas del PCAT fue antecedida en todos los casos por la presentación de un formulario de consentimiento informado a los usuarios. En el caso de los adolescentes, sólo fueron incluidos cuando sus padres, madres o tutores enviaron el consentimiento firmado. Se aseguró el tratamiento anónimo de los datos, codificando las entrevistas. El protocolo del presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud Mental de Córdoba, cito en el Hospital Neuropsiquiátrico, León Morra 172, Barrio Junios, Córdoba Capital.

### **5. RESULTADOS**

#### **Subestudio 1. Estudiantes secundarios (responden los padres)**

Entre los tres colegios seleccionados, se identificaron 542 casos elegibles (166 en el IPEM 248, 183 en el IPEM 38 y 193 en el IPEM 312), de los cuales 275 (50,7%) recibieron los cuestionarios por ser quienes autorizaron mediante la firma del consentimiento informado. De éstos, respondieron 148 (50,2% de los entregados; 27,3% de los elegibles). Una descripción de la muestra según edad, sexo, nivel educativo, estado de salud mental, cantidad de enfermedades crónicas y cobertura sanitaria se encuentra en la tabla 1.

Específicamente respecto de la experiencia con APS, en la subdimensión “Utilización” de “Primer contacto” se encuentra el mayor porcentaje de encuestados (75%) que la valoran positiva (puntuación de 3 o más) su experiencia con la APS. De modo contrastante, sólo el 25,2% pondera positivamente la dimensión de “Primer contacto-Acceso”. “Sistemas de información”, “Competencia cultural” y “Globalidad-Servicios recibidos” fueron evaluados como buenos por más del 50% de los respondientes. La mitad de las personas que respondieron el PCAT puntuó como 3 o más en “Continuidad” (52,4%), “Coordinación” (53,7%) y “Globalidad-Servicios disponibles” (52,5%). El 41,7% puntuó positivamente en “Enfoque familiar”. “Orientación Comunitaria” cuenta con la menor proporción de respuestas favorables (17,2%). Las dimensiones con ítems agregados (Globalidad-Servicios disponibles y Orientación comunitaria) obtienen resultados semejantes a las versiones originales. Se encontró que el 41,1% respondió que la experiencia fue buena en el módulo sugerido de servicios de Salud Mental.

### **Validez por grupos conocidos**

La experiencia con APS según sexo, edad, estado de salud, cobertura sanitaria y calidad de vida se presenta por dimensión de APS en las tablas 2, 3, 4 y 5.

En el análisis individual de cada ítem sugerido en el módulo de salud mental, se encontraron diferencias significativas por edad para “detección de problemas de salud mental”, “tratamiento de problemas de salud mental” y “tratamiento de adicciones”, a favor de los adolescentes menores. En la comparación entre sanos y con problemas de salud mental, se encontraron diferencias de medias en “tratamiento de problemas de salud mental” y en la comparación con problemas físicos se encontraron diferencias en “trastornos de la conducta alimentaria”, a favor del grupo con problemas mentales en ambos casos. Respecto de cobertura sanitaria, las medias fueron mayores entre usuarios de obra social para todos los ítems agregados de salud mental, excepto “trastornos de la conducta alimentaria”.

### **Subestudios 2 y 3. Adultos (Muestra 2: padres de estudiantes secundarios y muestra 3: Afiliados de obra social universitaria)**

Entre los tres colegios seleccionados, se identificaron 542 casos elegibles (166 en el IPEM 248, 183 en el IPEM 38 y 193 en el IPEM 312), de los cuales 305 (56,2%) recibieron los cuestionarios por ser quienes autorizaron mediante la firma del consentimiento informado. De éstos, respondieron 138 (48,5% de los entregados; 25,5% de los elegibles).

Por otra parte, para el subestudio 3 se seleccionaron aleatoriamente 500 casos, de los cuales 261 (52,2%) aceptaron participar y recibieron los cuestionarios por la vía que habían preferido (online, telefónica, postal, personal, autoadministración) al consentir participar. De éstos, respondieron 165 (63,2% de los entregados; 33% de los elegibles). El 63,6% optó por la vía de respuesta online, el 22,4% por la respuesta postal, el 10,3% por la versión telefónica y por entrevista personal y autoadministración un 1,81%, respectivamente.

Una descripción de las muestras según edad, sexo, nivel educativo, estado de salud mental y cantidad de enfermedades crónicas se encuentra en la tabla 1.

En la muestra 2 se encuentran los mayores porcentajes de experiencias positivas en las dimensiones “Primer contacto-Utilización” (81,3%), “Sistemas de información” (74,4%) y “Competencia cultural” (73,6%). En la muestra 3, es “Competencia cultural” la dimensión que acumula mayores respuestas de puntuación elevada (87,2%), junto con “Utilización” (65,3%), con escaso porcentaje en “Acceso” y “Orientación comunitaria”. Respecto de “Continuidad” y “Coordinación” en ambas muestras se verificó más de un 50% de respuestas sobre experiencia positiva. También para

“Globalidad-Servicios disponibles” en la muestra 3. A su vez, las secciones con ítems agregados demostraron para ambas muestras que un 31% valoró como positiva la experiencia con servicios de salud mental (módulo sugerido en la versión piloto), el 39,1% y el 66% para la dimensión de “Globalidad-servicios disponibles” con 3 ítems más (coincidiendo el resultado obtenido para la dimensión en su versión original) para muestra 2 y 3 respectivamente, y el 10,9% y 7% para el dominio “Orientación comunitaria” ampliado (resultado menor y semejante al de la versión original respectivamente).

### **Evaluación de fiabilidad y validez de la versión argentina del PCAT-AE**

La mayoría de los ítems y también las escalas lograron un buen escalonamiento de las respuestas. Sólo la escala de Competencia cultural mostró efecto techo con un 28,7% de las personas puntuando en el nivel máximo de la escala. Cerca de este efecto estuvieron también las escalas de Primer contacto – utilización y Coordinación – sistemas de información (Tabla 6).

La convergencia de ítem con escalas (correlación ítem-total  $> 0,30$ ) fue baja en la dimensión de Coordinación – sistemas de información y se observa baja en la dimensión Primer contacto – utilización por el fallo de uno de sus tres ítems. El resto de las escalas obtuvieron mostraron una suficiente validez ítem-convergente.

En cuanto a la validez ítem-discriminante, solo hubo dos ítems (en las dimensiones de Continuidad y Coordinación) que tuvieron una correlación algo mayor con otras escalas diferentes que aquella a la que aportan información según el modelo teórico, llevando la razón de éxito de la escala al 98% en ambos casos. El rango de correlación ítem escala denota, en el extremo inferior, debilidades en algunos ítems y, en el extremo superior, mejor resultado en aquellas escalas constituidas por mayor número de elementos.

La consistencia interna de las escalas fue buena (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach  $> 0,70$ ) en la mayoría de las escalas y no superó este estándar pero fue suficiente en tres de ellas: Primer contacto – utilización ( $\alpha$  de Cronbach =0,59), Coordinación – sistemas de información ( $\alpha$  de Cronbach =0,50) y Enfoque familiar ( $\alpha$  de Cronbach =0,66).

### **Análisis Factorial Confirmatorio**

El análisis factorial confirmatorio se dirigió a confirmar modelos de 7 a 12 factores mediante técnica de extracción de componentes múltiples. El resultado que mejor se ajustó a los datos y al modelo teórico fue el que extrajo 9 factores. En este modelo, la dimensión de Coordinación – sistemas de información caso no fue contemplada, algunos ítems no cargaron en las dimensiones correspondientes y tres ítems revelaron problemas porque no alcanzaron la carga factorial mínima

para comprobar la validez de constructo. La variabilidad explicada por este modelo fue del 55,6% (Tabla 7).

### **Validez por grupos conocidos**

La experiencia con APS según sexo, edad, estado de salud, cobertura sanitaria y calidad de vida se presenta por dimensión de APS en las tablas 8, 9, 10, 11 y 12.

Los ítems del módulo de salud mental sugerido fueron analizados de modo individual encontrando en la muestra 2 diferencias significativas de medias en la comparación entre sanos y usuarios con problemas mentales a favor de estos últimos para detección y tratamiento específico y para ayuda a la inclusión de pacientes enfermos. En usuarios de obra social las medias fueron más elevadas para “tratamiento de adicciones”, “asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos”, “asesoramiento sobre violencia familiar” y “ayuda a la inclusión de pacientes que estuvieron enfermos a actividades sociales o laborales”. Respecto de la muestra 3, sólo en el ítem de detección se verifica una diferencia significativa para usuarios exclusivos de la obra social vs aquellos con doble cobertura.

### **Comparación con otras versiones PCAT-AE**

Se realizó la comparación de valores de alfa de Cronbach para consistencia interna con la versión original, la adaptada para Brasil y una versión breve de 10 ítems para España. Se encontró que los valores fueron semejantes, aún aquellos más bajos, excepto en la dimensión “Utilización” de Primer contacto la versión argentina puntúa por debajo de las otras versiones (Tabla 13)

Tabla 1. Descripción de las muestras de los tres subestudios según edad, sexo, nivel educativo, estado de salud mental, cantidad de enfermedades crónicas.

Edad	Subestudio 1 Adolescentes		Subestudio 2 Padres de escolares		Subestudio 3 Afiliados de OS	
	n	%	n	%	n	%
11 - 13	89	60,1				
14 - 17	59	39,9				
18 - 44			92,00	66,7	76,00	48,1
45 - 80			46,00	33,3	82,00	51,9
<b>Sexo</b>						
Masculino	83	56,1	13	9,4	68	41,5
Femenino	65	43,9	125	90,5	96	58,5
<b>Nivel educativo</b>						
Primario incompleto	11	7,7	11	8,3	3	1,9
Primario completo	68	47,6	62	47,0	10	6,3
Secundario completo	47	32,9	36	27,3	42	26,4
Terciario completo	17	11,9	23	17,4	104	65,4
<b>Cobertura</b>						
Pública	66	44,6	68	49,3	No aplica	No aplica
Obra social	82	55,4	70	50,7	124	75,2
Doble cobertura	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	41	24,8
<b>Salud mental</b>						
Trastorno Improbable (Normal)	31	24,2	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Trastorno Posible (Límite)	36	28,1	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Trastorno Probable (Anormal)	61	47,7	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Normal	No aplica	No aplica	120	88,9	111	77,6
Trastorno depresivo	No aplica	No aplica	15	11,1	32	22,4
Normal	No aplica	No aplica	127	93,4	131	90,3
Trastorno de ansiedad	No aplica	No aplica	9	6,6	14	9,7
<b>Crónicas</b>						
Ninguna	111	75,0	26	18,8	36	21,8
Una	26	17,6	25	18,1	31	18,8
Dos o más	11	7,4	87	63,0	98	59,4

Tabla 2. Medias y porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva en cada dimensión (originales y con ítems agregados) por sexo y edad. Adolescentes.

PCAT	Sexo								Edad			
	Masculino				Femenino				De 11 a 13 años		De 14 a 17 años	
	Media (DS)	%exp positiva	Dif medias	Efect size	Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva	Dif medias	Efect size	Media (DS)	%exp positiva
Primer contacto - Utilización	3,23 (0,59)	69,8	0,08	0,13	3,31 (0,62)	81,5	3,26 (0,63)	74,1	0,00	0,00	3,27 (0,57)	76,2
Primer contacto - Acceso	2,54 (0,55)	24,3	0,08	0,14	2,62 (0,56)	26,1	2,58 (0,56)	26,1	-0,02	-0,04	2,56 (0,55)	23,7
Continuidad	2,96 (0,60)	54,8	0,03	0,05	2,98 (0,67)	49,2	3,03 (0,62)	60,2†	-0,16	-0,26	2,87 (0,62)	40,6
Coordinación	2,89 (0,79)	55,0	0,05	0,07	2,94 (0,78)	52,0	2,92 (0,82)	54,8	-0,03	-0,03	2,89 (0,74)	52,1
Coordinación - Sistemas de información	3,35 (0,59)	83,5	-0,07	-0,11	3,28 (0,62)	83,8	3,31 (0,56)	85,8	0,01	0,01	3,32 (0,66)	80,3
Globalidad - Servicios disponibles	3,04 (0,63)	53,2	-0,07	-0,11	2,97 (0,65)	51,5	2,95 (0,63)	44,0	0,14	0,22	3,09 (0,65)	64,9†
Globalidad - Servicios recibidos	3,10 (0,72)	62,6	-0,02	-0,03	3,07 (0,81)	61,5	3,07 (0,80)	61,8	0,05	0,07	3,12 (0,71)	62,7
Enfoque familiar	2,45 (0,88)	34,1	0,23	0,24	2,68 (0,99)	51,6†	2,52 (0,88)	38,3	0,06	0,07	2,59 (1,01)	46,5
Orientación comunitaria	2,22 (0,75)	18,4	-0,13	-0,18	2,08 (0,75)	15,6	2,10 (0,77)	16,9	0,13	0,17	2,23 (0,73)	17,6
Competencia cultural	3,14 (0,67)	70,5	-0,02	-0,03	3,12 (0,71)	70,9	3,11 (0,72)	74,3	0,04	0,05	3,15 (0,64)	65,5
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,48 (1,03)	42,2	-0,01	-0,01	2,47 (1,05)	39,6	2,37 (1,05)	39,4	0,25	0,24	2,62 (1,01)	43,4
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,28 (0,76)	20,0	-0,17	-0,23	2,11 (0,74)	13,7	2,18 (0,77)	18,4	0,06	0,08	2,24 (0,74)	15,6
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	3,04 (0,63)	54,5	-0,07	-0,11	2,97 (0,65)	48,4	2,95 (0,64)	46,4	0,15	0,23	3,10 (0,63)	59,6

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 3. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según estado de salud (sanos vs. problemas mentales) en cada dimensión (originales y con ítems agregados). Adolescentes.

PCAT	Estado de salud						
	Dimensiones	Sano		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size
		Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,31 (0,51)	76,1	3,24 (0,65)	72,1	-0,07	-0,12	
Primer contacto - Acceso	2,62 (0,56)	29,9†	2,40 (0,52)	15	-0,22	-0,41	
Continuidad	2,87 (0,64)	46,3	2,94 (0,60)	50	0,07	0,12	
Coordinación	2,85 (0,80)	52,2	2,91 (0,80)	56,5	0,06	0,08	
Coordinación - Sistemas de información	3,19 (0,68)	76,9	3,35 (0,49)	87,5	0,16	0,26	
Globalidad - Servicios disponibles	2,99 (0,64)	48,4	2,93 (0,62)	52,6	-0,06	-0,09	
Globalidad - Servicios recibidos	2,98 (0,75)	55,2	3,13 (0,76)	67,2	0,15	0,20	
Enfoque familiar	2,42 (0,83)	33,8	2,46 (1,00)*	37,3	0,04	0,05	
Orientación comunitaria	2,07 (0,78)	17,3	2,18 (0,73)	14,9	0,11	0,15	
Competencia cultural	3,12 (0,72)	67,7	3,08 (0,65)	75	-0,04	-0,06	
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,48 (1,00)	44,8	2,35 (1,06)	30,8	-0,14	-0,13	
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,12 (0,79)	19,2	2,21 (0,74)	14,9	0,09	0,12	
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,99 (0,65)	48,4	2,94 (0,62)	49,1	-0,06	-0,09	

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 4. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según estado de salud (problemas físicos vs. problemas mentales). Adolescentes.

Dimensiones	Síntomas físicos		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size
	Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,16 (0,74)	80	3,24 (0,65)*	72	0,08	0,12
Primer contacto - Acceso	2,92 (0,48)	40†	2,40 (0,52)*	15	-0,52	-1,01
Continuidad	3,36 (0,53)	80†	2,94 (0,60)	50	-0,42	-0,71
Coordinación	3,06 (0,71)	50	2,91 (0,80)	56,5	-0,15	-0,19
Coordinación - Sistemas de información	3,62 (0,51)	95	3,35 (0,49)	87,5	-0,27	-0,54
Globalidad - Servicios disponibles	3,27 (0,61)	65	2,93 (0,62)	52,6	-0,34	-0,54
Globalidad - Servicios recibidos	3,33 (0,76)*	70	3,13 (0,76)	67,2	-0,20	-0,26
Enfoque familiar	3,22 (0,76)	80†	2,46 (1,00)	37,3	-0,75	-0,79
Orientación comunitaria	2,39 (0,69)	23,5	2,18 (0,73)	14,9	-0,21	-0,30
Competencia cultural	3,31 (0,67)	68,4	3,08 (0,65)	75	-0,24	-0,36
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,81 (1,02)	57,9	2,35 (1,06)	30,8	-0,46	-0,44
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,43 (0,64)	17,6	2,21 (0,74)	14,9	-0,22	-0,30
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	3,26 (0,62)	70	2,94 (0,62)	49,1	-0,32	-0,52

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 5. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según cobertura sanitaria. Adolescentes.

Dimensiones	Pública		OS		Dif medias	Efect size
	Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,41 (0,59)	78,5	3,15 (0,59)	72,3	-0,25	-0,43
Primer contacto - Acceso	2,44 (0,49)	14,1	2,67 (0,58)	33,7†	0,24	0,43
Continuidad	2,84 (0,68)	45,3	3,06 (0,57)*	57,8	0,22	0,36
Coordinación	2,93 (0,76)	54,3	2,89 (0,81)	53,2	-0,03	-0,04
Coordinación - Sistemas de información	3,31 (0,51)	83,9	3,32 (0,66)	83,5	0,02	0,03
Globalidad - Servicios disponibles	2,90 (0,69)	44,4	3,01 (0,58)	59†	0,19	0,30
Globalidad - Servicios recibidos	3,07 (0,75)	58,5	3,10 (0,58)	65,1	0,02	0,03
Enfoque familiar	2,63 (0,96)	49,2	2,48 (0,91)	36,1	-0,16	-0,17
Orientación comunitaria	2,23 (0,79)	21,1	2,09 (0,71)	13,6	-0,15	-0,20
Competencia cultural	3,01 (0,73)	58,7	3,22 (0,64)	80,5†	0,21	0,32
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,28 (1,03)	35,0	2,65 (1,02)	46,4	0,37	0,36
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,27 (0,80)	21,1	2,15 (0,70)	13,6	-0,12	-0,16
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,92 (0,70)	46,0	3,08 (0,58)	56,4	0,16	0,25

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 6. Propiedades métricas de las escalas de la versión argentina del PCAT-AE equivalente a la versión original.

	n	Mínimo	% Suelo	Máximo	% Techo	Media	Desv. tip.	núm de ítems	Correlación ítem-total >0,30	Razón de éxito de escala	Rango de correlación ítem-escala	$\alpha$ de Cronbach
B - Primer contacto - utilización	280	1,0	1,8	4,0	17,1	3,1	0,7	3	67	100	(0,14 - 0,68)	0,59
C - Primer contacto - acceso	242	1,1	0,0	4,0	0,4	2,8	0,6	12	92	100	(-0,11 - 0,88)	0,79
D - Continuidad	256	1,2	0,4	4,0	1,2	3,0	0,6	15	93	98	(-0,34 - 0,74)	0,87
E - Coordinación	213	1,0	0,9	4,0	4,7	2,9	0,8	9	78	98	(0,04 - 0,77)	0,80
F - Sistemas de información	284	1,0	0,7	4,0	18,0	3,1	0,7	3	33	100	(0,10 - 0,42)	0,50
G - Globalidad - Servicios disponibles	242	1,1	0,0	4,0	2,5	2,9	0,6	25	96	100	(-0,11 - 0,81)	0,94
H - Globalidad - Servicios provistos. Hombres	258	1,0	6,2	4,0	5,0	2,6	0,8	12	100	100	(0,20 - 0,82)	0,90
I - Enfoque familiar	280	1,0	12,5	4,0	9,6	2,5	0,9	3	100	100	(0,33 - 0,48)	0,66
J - Orientación comunitaria	269	1,0	5,6	4,0	1,1	2,2	0,6	6	100	100	(0,21 - 0,67)	0,77
K - Competencia cultural	286	1,0	1,0	4,0	28,7	3,2	0,7	3	100	100	(0,39 - 0,59)	0,72

Tabla 7 (parte 1 de 3). Factores extraídos mediante análisis de principales componentes.  
Los factores con carga <0,35 no se presentan en la tabla.

Dimensiones del modelo teórico		Ítems	Componentes									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Primer contacto	Utilización	B1									0,687	
		B2									0,761	
		B3									0,449	
	Acceso	C1							0,697			
		C2							0,671			
		C3							0,364			
		C4										
		C5							0,642			
		C6							0,807			
		C7							0,740			
		C8										0,418
		C9										0,517
C10											0,658	
C11											0,649	
C12											0,405	
Continuidad	D1			0,571								
	D2			0,517								
	D3			0,433								
	D4			0,544								
	D5			0,514								
	D6			0,378								
	D7			0,824								
	D8			0,803								
	D9			0,782								
	D10			0,613								
	D11			0,663								
	D12			0,681								
	D13			0,591								
	D14									0,413		
	D15							0,492				
Coordinación	Cuidado	E1					0,388					
		E6					0,524					
		E7					0,621					
		E8					0,385					
		E9										
		E10					0,553					
	E11					0,727						
	E12					0,755						
	E13					0,482						
	Sist. de información	F1										
F2												
F3												

Tabla 7 (parte 2 de 3). Factores extraídos mediante análisis de principales componentes.  
Los factores con carga <0,35 no se presentan en la tabla.

<b>Globalidad</b>	<b>Servicios disponibles</b>	G1	0,464							
		G2						0,410		
		G3	0,551							
		G4						0,748		
		G5						0,813		
		G6	0,653							
		G7	0,776							
		G8	0,792							
		G9	0,753							
	G10	0,539								
	G11	0,808								
	G12	0,558								
	G13	0,362								
	G14	0,727								
	G15	0,652								
	G16	0,710								
	G17	0,414								
	G18	0,670								
	G19	0,689								
	G20	0,580								
	G21	0,683								
	G22	0,676								
	G23	0,773								
	G24	0,710								
	G25	0,526								
	G26N							0,632		
	G27N	0,630								
	G28N	0,601								
	G29N	0,872								
	G30N	0,860								
	G31N	0,839								
	G32N	0,793								
	G33N	0,638								
	G34N	0,767								
	G35N	0,730								
	<b>Servicios recibidos</b>	H1				0,474				
		H2			0,443					
		H3			0,826					
		H4			0,808					
		H5			0,562					
		H6					0,392			
		H7					0,437			
		H8			0,407					
		H9			0,695					
		H10			0,411					
		H11			0,813					
		H12			0,568					

Tabla 7 (parte 3 de 3). Factores extraídos mediante análisis de principales componentes.  
Los factores con carga <0,35 no se presentan en la tabla.

<b>Orientación Familiar</b>	I1			0,774						
	I2			0,469						
	I3					0,430				
<b>Orientación Comunitaria</b>	J1									
	J2				0,564					
	J3				0,539					
	J4				0,685					
	J5				0,360					
	J6				0,758					
	J7				0,662					
	J8				0,643					
	J9				0,699					
<b>Competencia Cultural</b>	K1									0,464
	K2									0,475
	K3									0,500

Tabla 8. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según sexo. Adultos.

PCAT Dimensiones	Muestra 2						Muestra 3					
	Sexo						Sexo					
	Masculino		Femenino		Dif medias	Efect size	Masculino		Femenino		Dif medias	Efect size
Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)			%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva			
Primer contacto - Utilización	3,36 (0,48)	91,6	3,30 (0,66)	80,3	-0,06	-0,10	3,04 (0,69)	69,4	2,97 (0,57)	62,2	0,06	0,09
Primer contacto - Acceso	2,53 (0,70)	33,3	2,66 (0,63)	39,0	0,12	0,20	2,39 (0,41)	16,1	2,34 (0,45)	10,4	-0,03	-0,07
Continuidad	2,86 (0,55)	50,0	2,95 (0,60)	52,0	0,09	0,16	3,02 (0,53)	60,3	2,94 (0,54)	51,0	0,08	0,15
Coordinación	2,83 (0,85)	50,0	2,86 (0,71)	56,6	0,03	0,03	2,92 (0,75)	56,0	2,84 (0,76)	49,3	0,08	0,10
Coordinación - Sistemas de información	3,00 (0,64)	66,6	3,21 (0,66)	75,2	0,21	0,31	2,97 (0,70)	55,7	3,04 (0,69)	68,0	-0,07	-0,10
Globalidad - Servicios disponibles	2,54 (0,98)	30,7	2,84 (0,62)*	40,0	0,30	0,45	2,98 (0,62)	52,0	2,92 (0,62)	55,1	0,06	0,09
Globalidad - Servicios recibidos	2,32 (0,88)	23,0	2,71 (0,81)	40,1	0,39	0,47	2,49 (0,79)	33,9	2,48 (0,81)	29,4	0,01	0,01
Enfoque familiar	2,27 (0,95)	27,2	2,37 (0,82)	30,0	0,09	0,11	2,61 (0,98)	50,0	2,56 (0,96)	43,5	0,06	0,06
Orientación comunitaria	1,63 (0,54)	0	2,15 (0,80)	17,8	0,52	0,67	2,12 (0,58)	9,5	1,90 (0,59)	3,7	0,22	0,38
Competencia cultural	2,78 (1,02)	58,3	3,17 (0,73)	75,2	0,39	0,51	3,45 (0,53)	86,2	3,40 (0,51)	89,0	0,06	0,11
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,16 (1,20)	30,0	2,38 (0,93)*	31,9	0,22	0,23	2,63 (0,74)	32,4	2,37 (0,84)	31,3	0,26	0,33
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	1,83 (0,49)	30,7	2,14 (0,68)	40,0	0,31	0,47	2,11 (0,54)	10,8	1,98 (0,63)	6,3	0,13	0,21
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,54 (0,98)	0	2,84 (0,62)	12,0	0,30	0,45	2,95 (0,62)	52,1	2,87 (0,62)	55,4	0,07	0,12

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 9. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según edad. Adultos.

PCAT	Muestra 2						Muestra 3					
	Edad											
	Hasta 44 años		45 años y más		Dif medias	Efect size	Hasta 44 años		45 años y más		Dif medias	Efect size
Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva	Media (DS)			%exp positiva	Media (DS)	%exp positiva			
Primer contacto - Utilización	3,33 (0,65)	80,9	3,26 (0,64)	82,2	-0,07	-0,10	2,94 (0,60)	62,6	3,04 (0,64)	65,3	0,06	0,09
Primer contacto - Acceso	2,64 (0,66)	40,0	2,66 (0,57)	35,5	0,02	0,03	2,34 (0,44)	9,2	2,49 (0,42)	15,8	0,15	0,34
Continuidad	2,89 (0,60)	44,4	3,05 (0,58)	66,6†	0,16	0,27	2,81 (0,52)	39,1	3,14 (0,47)	69,1†	0,33	0,67
Coordinación	2,91 (0,68)	59,7	2,74 (0,79)	48,7	-0,17	-0,24	2,70 (0,73)	45,4	2,99 (0,74)	56,5†	0,29	0,39
Coordinación - Sistemas de información	3,15 (0,68)	71,7	3,25 (0,63)	79,5	0,10	0,15	2,79 (0,69)	47,1	3,20 (0,64)	75,7	0,40	0,61
Globalidad - Servicios disponibles	2,81 (0,65)	38,3	2,80 (0,69)	40,4	-0,02	-0,02	3,05 (0,52)*	57,1	2,89 (0,63)	52,2	-0,16	-0,27
Globalidad - Servicios recibidos	2,71 (0,81)	37,0	2,60 (0,86)	41,3	-0,10	-0,12	2,35 (0,77)	24,0	2,61 (0,79)	37,5	0,26	0,33
Enfoque familiar	2,36 (0,81)	27,7	2,36 (0,89)	34,0	0,00	0,00	2,40 (0,87)	32,8	2,76 (1,01)	58,1†	0,36	0,38
Orientación comunitaria	2,25 (0,82)	20,6	1,84 (0,66)	8,5	-0,41	-0,53	1,86 (0,43)	0	2,08 (0,66)	9,4	0,22	0,38
Competencia cultural	3,11 (0,78)	73,1	3,18 (0,76)	74,4	0,07	0,09	3,45 (0,44)	91,5	3,39 (0,56)	85,7	-0,06	-0,11
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,32 (0,96)	31,4	2,42 (0,97)	32,3	0,09	0,10	2,53 (0,76)	35,0	2,50 (0,82)	31,1	-0,02	-0,03
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,21 (0,69)	13,0	1,91 (0,60)	6,5	-0,30	-0,46	1,91 (0,48)	0	2,11 (0,65)	12,5	0,20	0,34
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,81 (0,65)	37,2	2,80 (0,69)	42,8	-0,02	-0,02	3,01 (0,51)	56,6	2,84 (0,64)	53,2	-0,17	-0,28

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 10. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según estado de salud (sanos vs. problemas de salud mental). Adultos.

Dimensiones	Muestra 2						Muestra 3					
	Sano		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size	Sano		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size
	Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva			Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,32 (0,58)	79,2	3,57 (0,35)*	100†	-0,25	-0,25	3,11 (0,52)	83,3	2,97 (0,77)	67,7	-0,28	-0,36
Primer contacto - Acceso	2,60 (0,74)	40	2,43 (0,53)	17,6	0,11	0,15	2,46 (0,41)	11,8	2,41 (0,55)	14,7	0,06	0,08
Continuidad	2,90 (0,58)	48	2,96 (0,71)	52,9	-0,13	-0,18	2,84 (0,60)	40,6	3,00 (0,60)	65,6†	-0,19	-0,28
Coordinación	2,68 (0,87)	50	2,59 (0,68)	35,3	0,25	0,50	2,68 (0,77)	40,9	2,96 (0,83)	56,7	-0,14	-0,21
Coordinación - Sistemas de información	3,18 (0,69)	75	3,20 (0,76)	76,5	-0,17	-0,25	2,94 (0,69)	54,2	2,93 (0,77)	66,7	-0,05	-0,10
Globalidad - Servicios disponibles	2,88 (0,69)	34,8	2,75 (0,73)	40	0,06	0,10	2,93 (0,52)*	50	2,77 (0,79)	43,3	0,16	0,26
Globalidad - Servicios recibidos	2,75 (0,77)	37,5	2,28 (0,86)	29,9	-0,09	-0,11	2,30 (0,88)	33,3	2,30 (0,74)	16,7	0,28	0,34
Enfoque familiar	2,53 (0,87)	41,7	2,18 (0,87)	17,6	0,02	0,02	2,40 (0,99)	37,9	2,69 (1,14)	59,4†	-0,01	-0,02
Orientación comunitaria	2,02 (0,75)	17,6	2,10 (0,99)	25	-0,13	-0,18	1,89 (0,52)	5,3	2,03 (0,74)	8,7	-0,16	-0,23
Competencia cultural	3,06 (0,85)	73,9	3,25 (0,78)	75	-0,48	-0,59	3,46 (0,47)	93,1	3,51 (0,54)	83,3	-0,01	-0,01
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,55 (0,93)	38,9	2,30 (1,09)	41,7	-0,35	-0,40	2,50 (0,71)	37,5	2,22 (0,81)	20	0,29	0,27
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,04 (0,66)	11,5	2,15 (0,85)	17,6	0,08	0,09	1,98 (0,60)	12,5	2,04 (0,77)	9,5	0,13	0,21
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,88 (0,69)	34,8	2,75 (0,73)	40	0,19	0,23	2,90 (0,50)*	52,2	2,71 (0,78)	44,8	0,05	0,10

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 11. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según estado de salud (problemas físicos vs. problemas de salud mental). Adultos.

Dimensiones	Muestra 2						Muestra 3					
	Síntomas físicos		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size	Síntomas físicos		Síntomas mentales		Dif medias	Efect size
	Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva			Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,25 (0,69)	78,5	3,57 (0,35)*	100†	-0,02	-0,02	2,98 (0,61)	58,4	2,97 (0,77)	67,7	-0,35	-0,43
Primer contacto - Acceso	2,70 (0,61)	41,9†	2,43 (0,53)	17,6	0,02	0,03	2,40 (0,40)	12,4	2,41 (0,55)	14,7	-0,02	-0,03
Continuidad	2,96 (0,59)	52,7	2,96 (0,71)	52,9	-0,05	-0,08	3,01 (0,48)	56,5	3,00 (0,60)	65,6	-0,27	-0,43
Coordinación	2,94 (0,69)	61,4†	2,59 (0,68)	35,3	0,32	0,49	2,90 (0,72)	53,9	2,96 (0,83)	56,7	-0,01	-0,01
Coordinación - Sistemas de información	3,19 (0,64)	73,9	3,20 (0,76)	76,5	-0,27	-0,45	3,07 (0,66)	64,9	2,93 (0,77)	66,7	0,01	0,02
Globalidad - Servicios disponibles	2,80 (0,65)	40	2,75 (0,73)	40	0,00	0,01	3,02 (0,56)*	60	2,77 (0,79)	43,3	-0,01	-0,02
Globalidad - Servicios recibidos	2,72 (0,82)	40,4	2,28 (0,86)	29,4	-0,35	-0,51	2,62 (0,77)	37,2†	2,30 (0,74)	16,7	0,06	0,08
Enfoque familiar	2,35 (0,82)	29	2,18 (0,87)	17,6	0,01	0,02	2,61 (0,88)	44,6	2,69 (1,14)*	59,4	-0,14	-0,20
Orientación comunitaria	2,12 (0,77)	14,1	2,10 (0,99)	25	-0,05	-0,08	2,01 (0,54)	5,5	2,03 (0,74)	8,7	-0,24	-0,38
Competencia cultural	3,13 (0,75)	73,3	3,25 (0,78)	75	-0,45	-0,54	3,37 (0,53)	86,6	3,51 (0,54)	83,3	-0,33	-0,43
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,32 (0,95)	28,4	2,30 (1,09)	41,7	-0,17	-0,21	2,57 (0,81)	34	2,22 (0,81)	20	0,08	0,08
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,13 (0,65)	9,5	2,15 (0,85)	17,6	-0,02	-0,03	2,05 (0,51)*	6,3	2,04 (0,77)	9,5	0,02	0,03
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,75 (0,73)	40	2,75 (0,73)	40	0,12	0,16	2,98 (0,56)*	59,4	2,71 (0,78)	44,8	0,15	0,27

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0.10$ ).

Tabla 12. Medias, porcentajes de respuesta sobre experiencia positiva, y diferencia estandarizada de medias con estimación del tamaño del efecto según cobertura sanitaria. Adultos.

PCAT	Muestra 2						Muestra 3					
	Sólo pública		OS		Dif medias	Efect size	OS		Doble (OS y/o privada)		Dif medias	Efect size
Dimensiones	Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva			Media (DS)	% exp positiva	Media (DS)	% exp positiva		
Primer contacto - Utilización	3,33 (0,75)	83,3	3,28 (0,53)	79,4	0,23	0,24	2,99 (0,66)	67,6	3,04 (0,52)	59	0,21	0,26
Primer contacto - Acceso	2,35 (0,56)	14,9	2,94 (0,56)	61,8†	-0,15	-0,23	2,40 (0,36)	13,7	2,46 (0,36)	9,8	0,01	0,01
Continuidad	2,98 (0,56)*	54,5	2,92 (0,64)	49,3	0,14	0,21	2,99 (0,53)	56,9	2,93 (0,55)	50	0,12	0,20
Coordinación	2,80 (0,75)	50	2,90 (0,70)	60,9	-0,05	-0,08	2,90 (0,74)	54,9	2,79 (0,81)	45,2	0,05	0,08
Coordinación - Sistemas de información	3,17 (0,72)	73,4	3,21 (0,61)	75,4	0,58	1,04	2,99 (0,71)	62,1	3,09 (0,67)	66,7	0,06	0,15
Globalidad - Servicios disponibles	2,74 (0,70)	33,9	2,88 (0,62)	43,9	-0,06	-0,10	2,92 (0,64)	52,7	3,03 (0,56)	59,4	-0,06	-0,12
Globalidad - Servicios recibidos	2,50 (0,82)	34,8	2,84 (0,80)	42	0,10	0,13	2,47 (0,80)	27,8	2,55 (0,80)	42,9	-0,11	-0,15
Enfoque familiar	2,27 (0,82)	25	2,44 (0,84)	34,3	0,04	0,06	2,61 (0,96)	46,3	2,50 (0,98)	47,2	0,10	0,15
Orientación comunitaria	2,27 (0,79)	19,6	1,94 (0,77)	11,9	0,14	0,21	1,98 (0,60)	5,9	2,02 (0,57)	6,9	0,11	0,18
Competencia cultural	2,96 (0,82)	65	3,29 (0,69)	81,5†	0,34	0,42	3,46 (0,52)	87,7	3,28 (0,50)	85,7	0,09	0,11
Globalidad-Servicios disponibles. SALUD MENTAL	2,25 (0,95)	29,6	2,47 (0,96)	34	0,17	0,20	2,43 (0,81)	28,4	2,64 (0,76)	40,9	-0,11	-0,11
Orientación comunitaria - Con ítems agregados	2,19 (0,72)	14,7	2,04 (0,62)	7,1	-0,29	-0,37	2,03 (0,59)	6,6	2,04 (0,60)	12,5	0,04	0,07
Globalidad-Servicios disponibles - Con ítems agregados	2,74 (0,70)	33,9	2,88 (0,62)	43,9	0,33	0,43	2,87 (0,64)	52,7	3,00 (0,55)	60	-0,19	-0,36

\*Diferencia de medias estadísticamente significativa ( $p < 0,10$ ).

† Chi cuadrado estadísticamente significativa ( $p < 0,10$ ).

Tabla 13. Número de ítems y consistencia interna de versiones del PCAT-AE

Dimensiones PCAT-AE	Original EUA (Shi 2001)		España (Rocha 2011)		Brasil (Harzheim 2006)		Argentina	
	n	alfa	n	alfa	n	alfa	n	alfa
Primer contacto-utilización	3	0,64	1	0,76	-	No formó un atributo en AF	3	0,59
Primer contacto-accesibilidad	12	0,68	3	0,75	6	0,79	12	0,79
Continuidad	22	0,92	3	0,73	10	0,83	15	0,87
Coordinación	8	0,88	2	0,73	5	0,86	9	0,80
Globalidad - Servicios disponibles	24	0,94	1	0,78	4	0,74	25	0,94
Enfoque familiar	3	0,49	-	-	6	0,80	3	0,66
Orientación comunitaria	5	0,89	-	-	4	0,88	6	0,77

## 6. DISCUSIÓN

Este estudio se dirigió a realizar pruebas pilotos del cuestionario PCAT y evaluar preliminarmente su propiedades métricas.

En general, los ítems que componen el cuestionario muestran adecuadas propiedades, tales como la distribución de las respuestas en los puntos de la escala Likert, la correlación con la escala respectiva y la divergencia con las demás, así como una suficiente consistencia interna. En la comparación con versiones del PCAT-AE original, adaptación de Brasil y de España en 10 ítems, se encuentra que sólo en la dimensión “Utilización” de Primer contacto la versión argentina puntúa por debajo de las otras versiones en consistencia interna.

Estos análisis deberán repetirse una vez que se haya determinado la estructura final del cuestionario. El análisis de la estructura factorial realizado durante el período de esta beca sobre de una de las versiones argentinas del PCAT proporciona información preliminar de la validez de esta medida. Se han detectado, como es habitual en un instrumento de estas características, algunas falencias que deben superarse tanto como sea posible. Es posible que los ítems no sean apropiados al contexto argentino y sea necesario eliminarlos para conseguir una medición de mejor calidad. Otra posibilidad es probar reemplazos con los ítems que el grupo de expertos propuso añadir.

En cuanto a la validez por grupos conocidos, los resultados obtenidos según sexo confirman la hipótesis a favor de las mujeres en dos dimensiones para adolescentes y en una para adultos de la muestra de padres. Uno de los atributos donde se encontró esta diferencia significativa fue “Primer contacto-Utilización”, lo que permite suponer que se verifica lo esperado, es decir que las usuarias suelen consultar más los servicios sanitarios que los usuarios, por ello puntúan más alto su experiencia con APS.

Respecto de la edad, se encontraron diferencias de proporciones en “Continuidad” para adolescentes menores, lo cual puede asociarse a que las consultas son más frecuentes en los menores en este grupo de edad. La hipótesis que postula sobre puntuaciones más elevadas entre adultos mayores se confirma también en la dimensión “Continuidad” para ambas muestras, afirmando la capacidad del instrumento para evaluar la experiencia con los servicios de salud.

En cuanto al estado de salud, los sanos obtuvieron mejores puntuaciones en acceso entre adolescentes, pudiendo explicarse por la mayor dificultad para realizar consultas entre aquellos con problemas de salud mental. Éstos, sin embargo, puntuaron mejor en “Enfoque familiar”, también entre adultos, lo que mostraría la inclusión de elementos vinculares y sistémicos en los abordajes psicológicos en contraste con los clínicos y en “Primer contacto-Utilización”. Esto exhibiría una

falencia del sistema sanitario, tendenciosamente asistencial, donde las consultas se realizan ya aparecidos los síntomas.

Contrastando problemas de salud físicos y mentales, se hallaron diferencias significativas a favor del grupo con el primer tipo de problemas respecto de la dimensión que pondera oferta de servicios en las muestras de adultos y adolescentes y de la dimensión de coordinación en las muestras de adultos, lo que afirma la hipótesis planteada. Sin embargo, se encuentran mejores puntuaciones en primer contacto para los que poseen problemas de salud mental. En todas las muestras el módulo sugerido de salud mental obtiene peores puntuaciones entre los que poseen problemas mentales, probablemente porque quienes han requerido de dichos servicios pueden informar mejor sobre sus falencias.

Respecto de la calidad de vida relacionada a la salud en la muestra de adolescentes, se observó que el PCAT puede diferenciar algunas dimensiones según bienestar físico o psicológico.

El análisis según cobertura sanitaria demostró diferencias significativas respecto de continuidad y acceso a favor de los usuarios que declararon obra social como cobertura principal, lo que puede asociarse con una cartera de servicios más estructurada y un seguimiento más efectivo en este subsector.

En el análisis individual de cada ítem sugerido en el módulo de salud mental, se encontraron diferencias significativas por edad a favor de los adolescentes menores lo cual es esperable dado que suelen tener mayor uso de servicios que los adolescentes más grandes, por estado de salud a favor del grupo con problemas mentales respecto de tratamiento en salud mental y de trastornos de la conducta alimentaria, probablemente porque son los dos servicios más utilizados entre adolescentes jóvenes. Las medias más elevadas entre usuarios de obras sociales pueden entenderse por una mayor continuidad en este tipo de abordajes. Las medias más altas entre pacientes con problemas de salud mental para detección y tratamiento tanto como inclusión de pacientes enfermos en la muestra de padres de adolescentes permite pensar que estos ítems aportan información relevante acerca de las prestaciones específicas del área en prevención primaria, secundaria y terciaria. En usuarios de obra social las medias fueron más elevadas en la mayoría de los ítems en la muestra de padres de adolescentes y en el ítem de detección se verifica una diferencia significativa para usuarios exclusivos de la obra social vs aquellos con doble cobertura en la muestra de afiliados, probablemente porque la atención en salud mental suele ser más continua en este subsistema.

Dado que se trata de un conjunto de cuestionarios que intenta obtener similar información desde diversas perspectivas y, a la vez, mantener equivalencia con cuestionarios homólogos de otros países, en próximas fases se discutirán éste y otros resultados hasta solucionarse teniendo en cuenta

los resultados de las otras versiones. Próximamente realizaremos pruebas piloto con las versiones argentinas para proveedores y centros; e intentaremos ejercicios de armonización con colegas de Brasil y Uruguay, contando con las referencias de los instrumentos estadounidenses y españoles.

### **6.1 Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias**

El producto de este estudio resulta en un instrumento de evaluación de Atención Primaria de Salud, adaptado a las especificidades del sistema sanitario y a la población con adecuadas medidas de validez y fiabilidad, de modo que se constituye en un recurso fundamental para la evaluación de servicios de salud y la reflexión sobre las políticas sanitarias en diversos ámbitos y niveles. Conocer el grado en que la APS alcanza las características que se espera que tenga permite detectar aspectos que pueden merecer mejoras, reformas o cambios en las políticas y programas de atención, sustentando la toma de decisiones en la gestión de recursos.

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

La perspectiva del usuario aporta datos sobre la efectividad de la atención a través de experiencias de los destinatarios de los servicios, informantes esenciales acerca del abordaje de sus necesidades en salud.

La comprensión de las experiencias en APS de los usuarios, incluyendo la medida en que reciben los servicios apropiados a sus necesidades y la coordinación e integración de la atención, aporta elementos esenciales para la evaluación de la adecuación de los servicios sanitarios.

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

La incorporación de un módulo específico que contempla las necesidades de atención a la salud mental beneficiaría la valoración de aquellos servicios que los pacientes con trastornos mentales pueden requerir para una atención continua.

### **6.2 Relevancia para la formación de recursos humanos en salud**

Los programas de formación que incluyan estrategias de análisis y reflexión acerca de la calidad de los servicios sanitarios sobre la base del conocimiento de la situación local, se beneficiarán del uso en actividades prácticas-científicas de este instrumento o de la consideración de estudios que se realicen por otros grupos.

### **6.3 Relevancia para la investigación en salud**

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

El proceso de evaluación de propiedades métricas garantiza una adecuada fiabilidad y validez del instrumento.

Este trabajo se inscribe en la investigación de desarrollo, aportando a áreas temáticas prioritarias como problemas de equidad, implementación y evaluación de programas de atención primaria y abordaje en salud mental.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000;105: 998–1003.
- Cohen H. La red de servicios en la comunidad. En Sección 2: La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe. La Reforma de los Servicios Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS. 2005.
- DeVellis, R. Scale development: theory and application. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.1997; (38): 581-586.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008, 6(2):116-123.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. 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*, Rio de Janeiro, ago 2006; 22(8):1649-1659.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill. 1997.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de APS de la OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 a (a);21(2/3):73–84.
- OPS. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”. Noviembre 2005.
- Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria* 2007, 39(8):395-401.
- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L et al. KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. 2008;11(4):645-58.
- Rocha K, Rodriguez Sanz M, Pasarin MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *European Journal of Public Health*. 2011, Apr 5.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50.2: 161.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30: 473-483.

## **8. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

APS: Atención Primaria de Salud.

PCAT: Primary Care Assessment Tools.