

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## ADAPTACIÓN CULTURAL Y AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

### Cultural and health system adaptation of the Primary Care Assessment Tools for the Argentinian context

SILVINA BERRA,<sup>1,2</sup> YANINA AUDISIO,<sup>2</sup> JOSÉ MÁNTARAS,<sup>3</sup> VALERIA NICORA,<sup>3</sup> VERÓNICA MAMONDI,<sup>4</sup> BARBARA STARFIELD<sup>5</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: el conjunto PCAT [Primary Care Assessment Tools: instrumentos para la valoración de la atención primaria de la salud (APS)] permite medir desde varias perspectivas el grado en que se cumplen las funciones de la APS. OBJETIVO: obtener versiones de los cuestionarios PCAT para usuarios (infantiles y adultos), proveedores y centros, con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales y con adecuación a la población y al sistema sanitario en Argentina. MÉTODOS: se realizó una adaptación cultural de medidas en las siguientes fases: 1) traducción directa y adaptación lingüística; 2) revisión del contenido y adaptación al sistema sanitario por expertos locales y la autora del modelo teórico; 3) traducción inversa y comparación con la versión original; 4) pruebas preliminares con usuarios y profesionales. En el procedimiento se controló la equivalencia semántica, práctica y cultural, así como la comprensión y la viabilidad de los cuestionarios. RESULTADOS: casi la mitad de los ítems recibieron alguna modificación después de la primera traducción al español. Los elementos pertenecientes a las funciones de la APS fueron, en general, levemente modificados, salvo un ítem que fue eliminado. Las preguntas de caracterización de centros, proveedores y cobertura sanitaria sufrieron cambios mayores. CONCLUSIONES: se obtuvieron versiones del PCAT adaptadas para Argentina, equivalentes a las originales. Se estudiará su validez en próximos estudios.

**ABSTRACT.** *INTRODUCTION: The Primary Care Assessment Tools (PCAT) measure the degree of achievement of the functions of primary care (PC) from different perspectives. OBJECTIVE: To obtain versions of the PCAT for users (children and adults), care providers and care centers, which are both semantically and conceptually equivalent to the original versions, and appropriate to the population and health system in Argentina. METHODS: Cross-cultural adaptation by the following steps: (1) direct translation and linguistic adaptation; (2) content review and adaptation to the health system by local experts and the theoretical model's author; (3) back-translation and comparison with the original version; and (4) pre-test with users and health professionals. Semantic, cultural, practical equivalence, understanding and feasibility of the questionnaires were assessed. RESULTS: Almost half of the items were modified after forward translation. Items belonging to the PC domains were low or moderately modified, and one of them was removed. Questions to characterize centers, providers and health care coverage suffered major changes. CONCLUSIONS: It was possible to obtain PCAT versions adapted to Argentina and equivalent to the original. Their validity must be tested in future studies.*

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria de Salud - Encuestas - Usuarios - Evaluación de servicios sanitarios

**KEY WORDS:** Primary care - Surveys - Users - Health services research

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

<sup>2</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

<sup>3</sup> Escuela de Trabajo Social, UNC.

<sup>4</sup> Escuela de Nutrición, UNC.

<sup>5</sup> Department of Health Policy and Management, John Hopkins University, Baltimore, Estados Unidos.

**FUENTES DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Subsidio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, UNC.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 16 de mayo de 2011

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 25 de agosto de 2011

**CORRESPONDENCIA A:** Silvina Berra  
Correo electrónico: silvinaberra@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(8):6-14

### INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es promovida desde hace décadas como la política más apropiada para optimizar los sistemas de salud<sup>1</sup>, y la necesidad de fortalecer esta estrategia aún tiene actualidad.<sup>2,3,4</sup>

Recientemente se ha revitalizado la intención de emprender acciones de evaluación que permitan analizar el grado de avances en diversos aspectos, poniendo énfasis en sus funciones fundamentales. Los modelos conceptuales y diversas manifestaciones de expertos coinciden en que la APS debe ofrecer servicios de salud accesibles, capaces de cubrir la mayoría de las necesidades de la población y desarrollar una relación de confianza, sostenida en el tiempo entre la persona y los profesionales de la salud.<sup>1,5-8</sup>

A pesar del amplio acuerdo acerca de la importancia de esta estrategia, los modos y grados de implementación y desarrollo han sido muy disímiles entre países y entre los diversos tipos de sistemas sanitarios. En Argentina, el Plan

Federal de Salud<sup>9</sup> indica que la APS debe ser la organizadora del sistema tanto a nivel central como en otros niveles y en diferentes zonas del país. En organizaciones de los sectores públicos, de obras sociales y ámbitos privados, se condujeron reformas con experiencias diversas, que estuvieron lejos de reducir la heterogeneidad entre estos subsistemas.

Existen numerosos instrumentos para evaluar el nivel de implementación de la APS. Una revisión reciente señala que el conjunto PCAT (Primary Care Assessment Tools)<sup>10</sup> es uno de los más completos, ya que permite evaluar las funciones fundamentales de la APS con la ventaja de poder obtener información desde distintas perspectivas.<sup>11</sup> El modelo que subyace a la evaluación de la APS con el conjunto PCAT se estructura en cuatro funciones principales (compuestas por dos dimensiones, una de carácter estructural y otra de

carácter funcional) y tres funciones secundarias (Tabla 1).<sup>5</sup> El conjunto de instrumentos permite recoger información desde diferentes perspectivas y con contenido de ítems similares, aunque cierta parte del contenido le corresponde solo a algunos de los actores: por ejemplo, el grado de afiliación de la persona a su centro profesional de atención primaria (versión para usuarios) o determinada serie de datos gestionados o actividades programadas por los servicios (versión para proveedores y centros).

Las versiones originales del PCAT presentaron una adecuada consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez de constructo.<sup>10,12</sup> Además, estas herramientas están siendo utilizadas ya en numerosos países (Canadá,<sup>13,14</sup> Brasil,<sup>15</sup> España,<sup>16</sup> Hong Kong,<sup>17</sup> Taiwán<sup>18,19</sup>) o adaptadas para futuros estudios (Uruguay, Filipinas, Sudáfrica, China). El modelo conceptual, sus propiedades métricas y

**TABLA 1.** Conceptos de las funciones esenciales y secundarias establecidas para la atención primaria de la salud (APS), subyacentes a las dimensiones y subdimensiones medidas por los cuestionarios PCAT.

---

### Funciones esenciales

---

#### Primer contacto:

Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población. Se compone de dos subdimensiones:

- La accesibilidad es el elemento estructural necesario para el primer contacto.
  - 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.
- 

#### Continuidad:

Relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación usuario-profesional basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Se compone de dos subdimensiones:

- Grado de afiliación: medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud y los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios.
  - Continuidad interpersonal: atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad).
- 

#### 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. Se compone de dos subdimensiones:

- Sistemas de información: 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.
  - Integración de la información: mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.
- 

#### Integralidad o globalidad:

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:

- Servicios disponibles: aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.
  - Servicios proporcionados: servicios necesarios para la población que el centro realmente provee.
- 

### Funciones secundarias

---

#### Enfoque familiar:

Centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.

---

#### Orientación comunitaria:

Dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.

---

#### Competencia cultural:

Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

---

Fuente: B. Starfield

su creciente uso a nivel internacional fundamentan el interés de contar con estos instrumentos en Argentina, esperando que posibiliten realizar comparaciones entre diferentes subsistemas y también con otros contextos.

Para que esto sea posible, dado que las versiones originales fueron diseñadas para ser usadas en Estados Unidos, es necesario realizar una correcta adaptación transcultural,<sup>20</sup> es decir, asegurar una medición equivalente ante diferencias idiomáticas y del entorno sanitario y social que aquel país presenta respecto de otros contextos.

El presente trabajo tuvo como objetivo obtener las versiones extensas del PCAT para usuarios adultos (AE: adult expanded) e infantiles (CE: child expanded), proveedores (PE: providers expanded) y centros o equipos de salud (FE: facilities expanded) con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales y adecuación a la población y al sistema sanitario argentino. Los objetivos específicos que pautaron las fases del proyecto de investigación fueron: 1) adaptar transculturalmente las versiones extensas de los cuestionarios PCAT-AE, PCAT-CE, PCAT-PE y PCAT-FE, 2) evaluar la validez de contenido y la adecuación al sistema sanitario argentino de las versiones argentinas del PCAT y 3) evaluar la comprensión y la equivalencia semántica del contenido de las versiones adaptadas por parte de personas de la población objetivo. Se esperaba que el método de adaptación transcultural permitiera obtener versiones argentinas del

PCAT equivalentes a las originales, válidas como medida de las dimensiones propuestas en el modelo teórico y adecuadas para ser aplicadas en la Argentina.

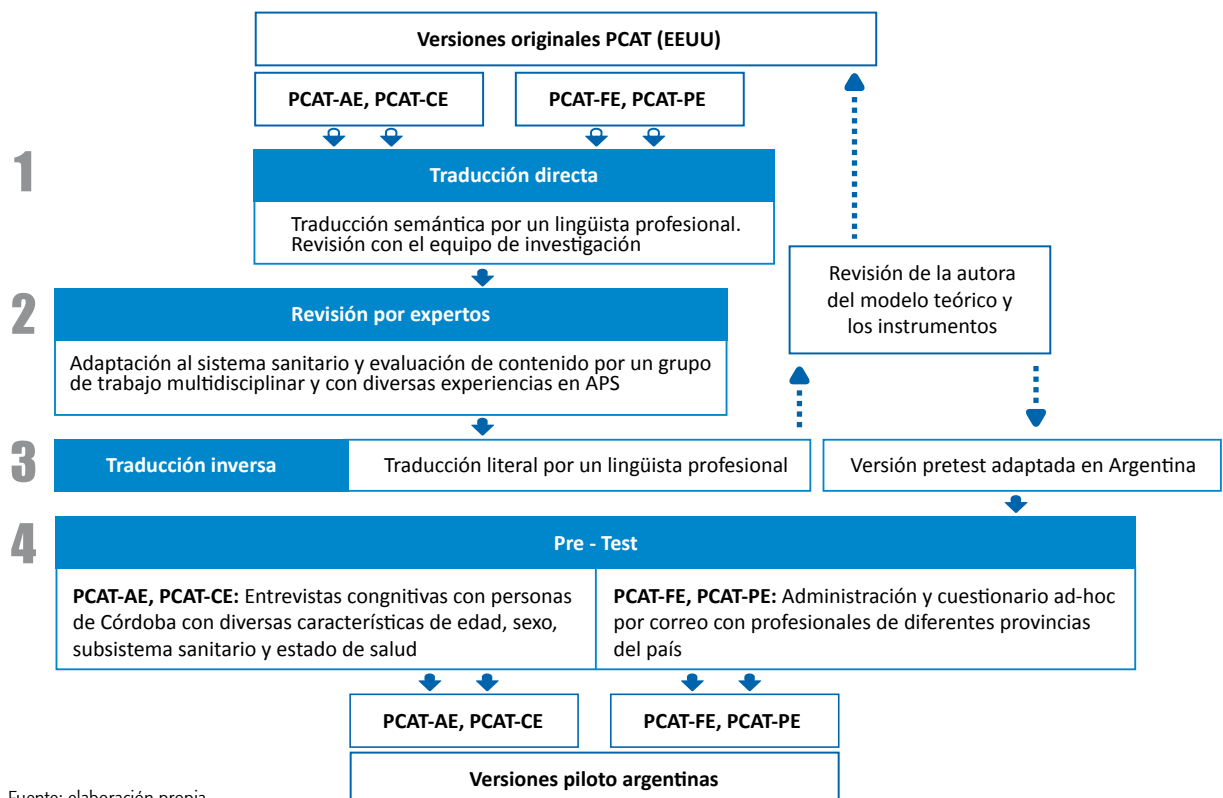
## MÉTODOS

Se siguió el método de adaptación transcultural de instrumentos de medición de la salud, cuyos conceptos subyacentes son también complejos y multidimensionales.<sup>21</sup> Se incluyeron modificaciones mínimas a fin de adaptar los instrumentos a un sistema sanitario diferente. El procedimiento se realizó en cuatro fases, entre junio de 2009 y junio de 2010, tal como muestra la Figura 1 y se detalla a continuación.

### TRADUCCIÓN DIRECTA Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Se realizaron dos traducciones independientes del inglés al español de uso en Argentina por parte de una traductora profesional de lengua materna española y una persona del equipo de investigación, intentando conseguir equivalencia semántica (no literal) y evitar regionalismos. Las traductoras debían diferenciar ítems sin problemas de adaptación, con problemas en algunas palabras o necesidad de adaptación para su uso en Argentina e ítems sin equivalencia cultural. Las versiones obtenidas fueron controladas por la traductora y el equipo de investigación con el objetivo de detectar diferencias entre las traducciones y obtener una versión única en español.

FIGURA 1. Esquema de la metodología utilizada para la adaptación de los instrumentos de evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al sistema sanitario argentino.



Fuente: elaboración propia.

## REVISIÓN POR EXPERTOS

El propósito de la siguiente fase fue revisar la adecuación del lenguaje y del contenido al sistema sanitario argentino. El grupo de trabajo debía representar una suficiente diversidad de disciplinas y ámbitos laborales del sistema sanitario. Por ello, se estableció como criterio de selección la experiencia profesional con relación a la APS, el sector sanitario de provisión de servicios y las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial y municipal). El mínimo de participantes se determinó en 5 y el máximo en 10.<sup>22</sup> Los participantes en el grupo de trabajo fueron localizados a través de datos facilitados por referentes locales en APS (académicos, autoridades sanitarias locales y nacionales, dirigentes de colectivos de Medicina Familiar y Medicina Preventiva).

En las reuniones se leyó el concepto teórico de cada dimensión y se valoró la adecuación de cada ítem al concepto correspondiente y a las características de la APS en el sistema sanitario argentino. Se revisaron todos los ítems y se recomendó llevar a cabo modificaciones o supresiones. Los datos, acuerdos, resultados y dudas del trabajo grupal se reunieron en un informe, que fue revisado y respondido por la Dra. Barbara Starfield, autora del modelo teórico y de los instrumentos originales.

## RETROTRADUCCIÓN Y COMPROBACIÓN DE EQUIVALENCIA

Las versiones hasta aquí producidas fueron traducidas literalmente al inglés por un traductor cuya lengua nativa era la inglesa, sin conocimiento de la versión original. Las nuevas versiones en inglés se compararon con las estadounidenses para comprobar equivalencias o detectar discrepancias entre ellas, e introducir nuevas modificaciones a las versiones en español de los instrumentos.

## PRUEBAS PRELIMINARES

El propósito de las pruebas preliminares fue evaluar la comprensión de los términos y preguntas del cuestionario obtenido y analizar la claridad y aceptabilidad del lenguaje, así como las dificultades prácticas para responder los cuestionarios. Se seleccionó una muestra de cinco a ocho personas o profesionales voluntarios (considerada suficiente en recomendaciones para este tipo de estudios).<sup>21</sup> Los usuarios fueron contactados en un centro de salud público, uno privado, uno de obra social y un hospital monovalente para pacientes con trastornos de salud mental. La mitad de ellos respondió la versión de adultos y la otra mitad, como padres de niños o adolescentes, respondió la versión infantil, de modo que participaran al menos dos personas en cada categoría de interés: versión del cuestionario (personas adultas o informantes indirectos para menores de 18 años), subsistema sanitario en el que demanda servicios (público, privado y obras sociales), sexo (hombre o mujer), edad (adultos jóvenes, adultos mayores) y estado de salud (sano, con afecciones crónicas físicas, con problemas de salud mental). Las personas respondieron en primer lugar el cuestionario de forma autoadministrada o por entrevista, mientras la entrevistadora controló el tiempo

que se tardó en realizarlo; luego dieron su opinión general respecto de la dificultad, comprensión e interés de las preguntas y adecuación del lenguaje del cuestionario, que se contestó mediante una escala de cinco opciones según el nivel de dificultad, comprensión, adecuación e interés (1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = bastante; 5 = mucho). Después se interrogó a las personas sobre aspectos presumiblemente menos comprensibles, a través de métodos de prueba derivados de la teoría cognitiva,<sup>23</sup> como los de parafraseo (paraphrasing)<sup>24</sup> y prueba (probing).<sup>25</sup>

Los profesionales realizaron las pruebas por correo electrónico, ya que estaban radicados en diversas provincias argentinas, de modo de considerar también la detección de términos o usos del lenguaje no adecuados en alguna región. Su identificación se efectuó por referencia de expertos. Estas personas respondieron el cuestionario desde una experiencia laboral concreta (quienes tenían dos lugares de trabajo, debían elegir una experiencia). Después de responder el cuestionario correspondiente, completaron un formulario que incluía las preguntas sobre dificultad, comprensión, interés y adecuación del lenguaje y lugar para transcribir los textos que consideraran poco claros o inadecuados a su contexto. En tal caso, se proponía una alternativa lingüísticamente diferente pero semánticamente equivalente. Los datos obtenidos de las pruebas preliminares se analizaron para introducir nuevas modificaciones en los instrumentos.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las propiedades evaluadas durante este trabajo fueron la equivalencia semántica, la equivalencia práctica, la validez de contenido y la comprensión de los instrumentos de medida. La equivalencia semántica implica igual significado, aunque el texto no sea literalmente similar. La equivalencia práctica indica la posibilidad de que la experiencia en cuestión ocurra habitualmente en el ámbito de aplicación. La equivalencia cultural incluye los conceptos y las particularidades culturales del ámbito de aplicación. La validez de contenido incluye los aspectos conocidos como validez de muestreo y aparente. La validez de muestreo se define como el grado en que el instrumento incluye todos los aspectos relevantes del concepto. La validez aparente tiene en cuenta el hecho de que la medición de una dimensión o atributo se construye a partir de la respuesta a varios ítems, p o lo que cada pregunta debe proveer un dato observable del concepto de la dimensión para la que está formulada. La comprensión de la versión obtenida es la correcta interpretación del significado de las preguntas por parte de la población en la que se aplica el instrumento, por la cual la persona debe ser capaz, por ejemplo, durante una prueba cognitiva, de reformular la pregunta o hablar de su contenido con otras palabras, manteniendo el mismo significado.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aplicación de la versión en adaptación del PCAT en las entrevistas cognitivas fue antecedida por la presentación de un formulario de consentimiento informado a los usuarios.

**TABLA 2.** Selección de ítems con modificaciones durante las etapas del proceso de adaptación de los cuestionarios PCAT a la población y al sistema

Fase del proceso	Dimensión	Ítem	Versión original	Versión argentina
Traducción directa y adaptación por el grupo de expertos	Primer contacto – utilización	B1	When your child needs a regular general checkup, do you go to your PCP before going somewhere else?	Cuando su hijo/a necesita hacerse un control de salud, ¿va usted a su CAPS* antes de asistir a otro lado?
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios recibidos	H2	Home safety, like using smoke detectors and storing medicines safely.	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales).
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios recibidos	H17	Safety issues for children between 6 and 12: teaching them to stay away from guns and to use seatbelts and bicycle helmets.	Cuestiones de seguridad para niños entre 6 y 11 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública y en el hogar.
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios disponibles	G20	Prenatal care.	Control del embarazo.
Adaptación por el grupo de expertos	Orientación comunitaria	J18	Ask family members to be on the Board of Directors or advisory committee?	Invitar a alguien de su familia o barrio a participar de alguna reunión del Equipo de Salud de su CAPS*.
Adaptación por el grupo de expertos	Competencia cultural	K2	Would you recommend your child's PCP to someone who does not speak English well?	¿Le recomendaría el CAPS* de su hijo/a a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios disponibles	G6	Family planning or birth control methods.	Información o asesoramiento sobre planificación familiar o métodos de control de natalidad. Entrega de métodos anticonceptivos.
Traducción inversa	Primer contacto - accesibilidad	C7	When your PCP is closed and your child gets sick during the night, would someone from there see him/her that night?	Si su CAPS* está cerrado y su hijo/a se enferma durante la noche, ¿alguien de allí lo/a atendería esa misma noche?
Pruebas preliminares con usuarios	Servicios disponibles	G18	Rectal exams or sigmoidoscopy exams to test for bowel cancer.	Exámenes de recto para detectar cáncer de colon.
Pruebas preliminares con usuarios	Primer contacto - accesibilidad	C5	When your PCP is closed, is there a phone number you can call when your child gets sick?	Cuando su CAPS* está cerrado, ¿puede recibir atención médica cuando su hijo/a se enferme?
Pruebas preliminares con usuarios	Primer contacto - accesibilidad	C9	Once you get to your PCP's, do you have to wait more than 30 minutes before your child is checked by the doctor or nurse?	Al llegar a su CAPS*, ¿tiene que esperar más de 30 minutos para que un médico/a o enfermera atienda a su hijo/a con turno?

\* CAPS: Sigla que se utiliza como equivalente a PCP ("primary care professional or provider") para nombrar breve y reiteradamente en el cuestionario al profesional  
Fuente: elaboración propia

sanitario argentinos.

### Tipo de problema encontrado: descripción y resolución

Semántico: En la traducción surgieron los términos "revisión médica general" y "chequeo general": El grupo de trabajo optó por "control de salud" para que fuera más genérico y comprensible.

Equivalencia práctica: El original incluye "utilizar detectores de humo", que no es frecuente en el contexto local; se incluyeron "sustancias tóxicas" como aspectos similares de seguridad en el hogar.

Equivalencia práctica: La versión original incluye "almacenamiento de armas", que se considera poco frecuente en Argentina. Se agregó "accidentes en el hogar", como actividad preventiva sobre un problema que puede ser más frecuente.

Semántico: la traducción literal "prenatal care" fue "atención prenatal". Se consideró equivalente "control del embarazo", que es de uso más habitual en el lenguaje cotidiano y enfatiza el carácter preventivo.

Adaptación al sistema sanitario: La inclusión de "alguien del barrio" mejora el rasgo de orientación comunitaria. En el contexto local, la mayoría de los centros que ejercen APS† no tienen un directorio o consejo consultivo; se utiliza reunión del equipo de salud del CAPS\* como una expresión genérica y equivalente.

Equivalencia cultural: La mayoría de los grupos inmigrantes en Argentina hablan correctamente el castellano aunque pueden provenir de culturas disímiles a la local. Se agregó persona que viene de otro país para representarlos.

La traducción literal fue "planificación familiar o métodos de control de la natalidad". Se cuestionaron las dos expresiones, pero no hubo consenso para quitarlas. Por otra parte, se consideró que la entrega de métodos anticonceptivos es actualmente un componente importante de los programas preventivos locales. Se incorpora este último como ítem alternativo y se modifica el primero con la caracterización "información o asesoramiento sobre...", suponiendo que de este modo se caracteriza a la inclusión del tema en la entrevista y no solo la entrega de anticonceptivos.

Lingüístico: La traducción indica que se había usado un tiempo verbal diferente: "does someone there attend him/her that same night?" (alguien lo/a atiende el mismo día?). Se cambia por "atendería".

Comprensión: En este y otros ítems se podía usar la palabra "diagnóstico", pero se comprobó que algunas personas no están familiarizadas con el término y en cambio comprenden el significado de "detección".

Comprensión: La versión anterior a las pruebas preliminares decía "...teléfono al que se puede comunicar cuando..." Las personas entrevistadas no comprendían si se trataba de sacar turno o de recibir ayuda. Se modificó por "...¿puede recibir atención médica telefónica cuando..."

Sistema sanitario: Durante la entrevista, las personas preguntaban si se refería a cuando iban a la visita con turno, sin turno o a ambas situaciones. Se agrega la indicación "con turno".

o centro sobre el que se responde. † APS: Atención primaria de la salud.

**TABLA 3.** Características de los profesionales participantes en el grupo de trabajo para la adaptación de los instrumentos al sistema sanitario argentino y en las pruebas preliminares de los cuestionarios.

Características de las personas participantes	Fase del proceso de adaptación en la que participaron	
	Grupo de expertos	Pruebas preliminares
Sexo		
Mujer (n)	7	6
Hombre (n)	1	4
Formación, especialidad		
Medicina, medicina familiar comunitaria	1	7
Medicina, pediatría	-	1
Medicina, psiquiatría	1	-
Psicología	2	-
Psicopedagogía	1	-
Nutrición	2	-
Enfermería	1	1
Odontología	1	-
Trabajo Social	1	-
Farmacia	-	1
Tipo de actividad con relación a la APS* †		
Gestor	3	5
Proveedor	3	5
Investigador	4	-
Sector sanitario de inserción en APS		
Público	8	10
Obra social	2	-
Privado	3	-
Jurisdicción de inserción laboral en el sector público		
Municipal	3	8
Provincial	3	1
Nacional	4	1

\* APS: Atención primaria de la salud. † La suma de casos supera al número total de participantes porque algunas personas tienen inserción doble.

Fuente: elaboración propia

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.

## RESULTADOS

### TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Las dificultades de traducción fueron pocas y correspondieron a características socioeconómicas como, por ejemplo, los niveles de escolaridad de los Estados Unidos de América, con niveles y denominaciones diferentes a los de Argentina. Seis ítems fueron calificados con una puntuación baja en equivalencia lingüística, ninguno de ellos correspondientes a un atributo de la APS sino a las secciones complementarias del instrumento como, por ejemplo, las que caracterizan la

cobertura de salud (Medicaid, Medicare o planes asistenciales específicos de los EE.UU.) o el nivel socioeconómico de las familias (en dólares anuales). En la Tabla 2 (págs. 10 y 11) se presenta un ejemplo de resultado de esta fase.

### REVISIÓN POR EXPERTOS

El grupo de trabajo que evaluó la adaptación y el contenido del instrumento estuvo compuesto por ocho profesionales de la salud insertos en diversos ámbitos en APS y dos investigadoras (Tabla 3, pág. 11). En total, 36 de los 130 ítems fueron modificados en diferentes aspectos o niveles de importancia (ejemplos en la Tabla 2). Veinticinco preguntas recibieron modificaciones moderadas y 10 ítems cambios lingüísticos. Un ítem, relativo al almacenamiento de armas en el hogar, se consideró no adecuado a los servicios provistos en el sistema sanitario argentino. Solo un ítem recibió modificaciones importantes, capaces de afectar las propiedades métricas del instrumento.

El grupo de trabajo consideró otros posibles rasgos constitutivos de los conceptos que definen algunos de los atributos de la APS, principalmente en cuanto a la oferta de servicios esperable en el marco de esta estrategia. Así, en la dimensión de globalidad, se propuso la adición de 10 ítems, correspondientes en su mayoría a necesidades específicas de atención en salud mental (trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, crisis vitales, violencia). Al considerar la dimensión de orientación comunitaria, se propusieron ítems de contacto con instituciones y actividades extramurales de participación comunitaria.

La sección general tuvo modificaciones importantes (preguntas sobre cobertura sanitaria o de los tipos de proveedores) para lograr su adaptación al sistema sanitario argentino.

### RETROTRADUCCIÓN Y COMPROBACIÓN DE EQUIVALENCIA

Cuando se comparó la versión en inglés obtenida en la traducción inversa y la original de los Estados Unidos, se identificaron 11 preguntas que requirieron cambios leves y 2 que exigieron modificaciones lingüísticas moderadas (ejemplo en la Tabla 2) para favorecer la equivalencia semántica con la versión original. Al identificar discordancias, esta técnica permitió también introducir mejoras en el uso de tiempos verbales y formas gramaticales.

### PRUEBAS PRELIMINARES CON USUARIOS

Se realizaron entrevistas a 14 usuarios de diversas características demográficas y sanitarias, según estaba previsto (Tabla 4). Estas personas tardaron, en promedio, 32,5 minutos para responder el cuestionario, otorgaron una media de 2 puntos (equivalente a la opción "poco") al grado de dificultad; 3,64 (entre moderado y bastante) al grado de comprensión de las preguntas; 3,78 (bastante) a la adecuación del lenguaje y 4,28 (entre bastante y mucho) al grado de interés del cuestionario (Tabla 5).

Durante la entrevista se detectaron ítems cuya comprensión era ambigua o generaba respuestas que podían

afectar la validez (ejemplos en la Tabla 2). Se hicieron otras 11 modificaciones en ítems de los dominios de APS, 2 con modificaciones moderadas y 9 correspondientes a cambios lingüísticos.

### PRUEBAS PRELIMINARES CON PROFESIONALES DE LA SALUD

Se envió la convocatoria para participar en las pruebas preliminares a 41 profesionales de 18 provincias de la República Argentina, de los cuales 22 (54%) respondieron afirmativamente y finalmente 11 participaron (50%): una enfermera, un pediatra, una psicopedagoga y 8 médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (Tabla 3). Dos de las personas eran jefes o coordinadores de centros de salud, 4 tenían cargos de coordinación de servicios o programas y las restantes realizaban asistencia médica. Las provincias donde residían eran, de Norte a Sur, Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires, Río Negro y Neuquén.

Según lo manifestado por los profesionales participantes en las pruebas preliminares, fueron necesarios entre 45 y 120 minutos para responder el cuestionario; la carga de tiempo para responderlo no era una dificultad, excepto en el caso de la persona que tardó más, que indicó que el tiempo representaba una dificultad moderada. Por otra parte, los profesionales puntuaron muy bajo el nivel de dificultad: solo uno dijo que algunas preguntas eran poco comprensibles y el resto señaló que eran muy comprensibles. También hubo consenso en que el lenguaje del instrumento era muy adecuado y el contenido de las preguntas, muy interesante (Tabla 5).

A partir de las calificaciones obtenidas en las pruebas preliminares se hicieron 7 cambios menores en términos puntuales: demanda espontánea (en lugar de solo demanda), guardia (servicios de urgencia) y orientación (enfoque). Un ítem se reelaboró, ya que fue considerada inadecuada para el lenguaje la expresión "asesoramiento sobre voluntades anticipadas", que cambió por "asesoramiento en el caso de que alguien de su familia se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado". Otro resultado de esta fase fue la unificación de la denominación "usuarios" en lugar de "pacientes" (ejemplos en la Tabla 2).

### DISCUSIÓN

Este trabajo presenta el proceso realizado para que un conjunto de instrumentos de evaluación de la APS, diseñado originalmente en inglés y para Estados Unidos, fuera adaptado a la población y al sistema sanitario argentinos. Los cuestionarios PCAT son útiles para recoger datos desde diversas perspectivas, de acuerdo con un modelo teórico sobre las funciones de la APS que es ampliamente aceptado y tiene un creciente interés a nivel internacional.

Los cambios realizados desde la primera versión traducida a lo largo de todo el proceso de adaptación de los cuestionarios PCAT afectaron a casi la mitad de los ítems en los cuestionarios. Resulta entonces evidente que este proceso de adaptación transcultural supera en calidad a la mera traducción de un

cuestionario, ya que logra un mejor ajuste al lenguaje y a las características del contexto, controlando permanentemente su equivalencia con las versiones originales. Cada ítem del cuestionario contribuye a la puntuación promedio que se obtiene por atributos evaluados, por lo que un error en la adaptación de uno o más ítems puede producir un error sistemático en los resultados, como consecuencia del defecto en el instrumento de medida. La realización de un proceso de adaptación transcultural

ofrece mayores garantías de equivalencia, no solo con la versión original sino con todos los cuestionarios adaptados para otros contextos mediante un procedimiento similar. Además, el presente trabajo se realizó intentando cubrir las diversas características existentes en los subsistemas sanitarios de Argentina, por lo que en el futuro podrían compararse muestras con diferente cobertura y prestación de servicios.

La eliminación de un ítem (así como la propuesta de agregar otro) supone un cambio importante con riesgo de afectar la equivalencia. Algunos de los ítems que emergieron del proceso de adaptación representan una actualización de ciertos términos y servicios ofrecidos, no solo en el contexto argentino sino también en otros, como la propuesta de indagar sobre la provisión de métodos anticonceptivos en lugar de la presencia de los tradicionales servicios de planificación familiar, o de servicios que cubran necesidades en salud mental. Asimismo, la inquietud del grupo de trabajo por ampliar el tipo de actividades comprendidas en la dimensión de orientación comunitaria coincide con la expresión de algunos expertos, que analizaron la adecuación de un modelo canadiense al contexto latinoamericano y hallaron la falta de esta función.<sup>8</sup> La inclusión de ítems o el reemplazo de unos por otros se decidirán tras las necesarias pruebas piloto, que permitirán analizar la validez y confiabilidad de las escalas de medición probando algunos de esos cambios.

Las secciones del cuestionario destinadas a recoger información sobre las características de la fuente de APS (versión usuarios), los profesionales (versión proveedores), los centros o los equipos de salud (versión para centros de salud) y la cobertura sanitaria (versión usuarios) requirieron modificaciones mayores para adaptar esos indicadores a las características del sistema sanitario argentino.

Este procedimiento dio también unos primeros indicios sobre la factibilidad de aplicar los instrumentos. En las pruebas preliminares, hubo participantes de la población y profesionales de la salud que dijeron que el cuestionario no presentaba dificultades importantes y que el lenguaje era adecuado y comprensible. Sin embargo, para la futura implementación, hay que tener en cuenta la escasa respuesta obtenida entre los profesionales (a pesar del interés inicial y de que su par-

**TABLA 4.** Características de las personas participantes en las pruebas preliminares de la versión argentina del PCAT para usuarios, según la versión del cuestionario.

Características de las personas participantes	Versión del cuestionario	
	PCAT-CE*	PCAT-AE†
Edad, promedio en años (desvío estándar) [rango]	--	48 (15,05) [28-68]
Edad del/de la menor, promedio en años (desvío estándar) [rango]	7,42 (5,28) [1-14]	No corresponde
Sexo		
Mujer (n)	3	4
Hombre (n)	4	3
Nivel de estudios alcanzado		
Primario	6	2
Secundario	1	3
Terciario o universitario	0	3
Cobertura sanitaria		
Pública	6	4
Obra social	0	2
Privada	1	1
Estado de salud		
No declara enfermedad		
Declara trastorno crónico de salud	6	1
Diagnóstico de trastorno de la salud mental	1	4
	0	2

\*PCAT-CE: Versión extensa infantil del cuestionario PCAT. †PCAT-AE: Versión extensa para personas adultas del cuestionario PCAT.

Fuente: elaboración propia

**TABLA 5.** Viabilidad del cuestionario PCAT-usuarios: tiempo de administración y opinión de las personas entrevistadas sobre dificultad, comprensión, adecuación del lenguaje e interés. Promedios según versión.

Versión PCAT	Usuarios Infantiles (CE)		Usuarios Adultos (AE)		Centros de salud (FE)	
	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media
Tiempo promedio de administración, minutos (rango mínimo - máximo)	32,1 (25-45)		32,9 (25-40)		63,5 (20-120)	
Opinión sobre el contenido						
¿Cuánta dificultad tuvo para responder al cuestionario?	2	2,1	2	1,9	2	1,6
¿Cuán comprensibles le parecieron las preguntas?	4	3,7	4	3,6	4	3,8
¿Cuán adecuado le pareció el lenguaje y el trato utilizado?	4	3,6	4	4,0	4	4,0
¿Cuán interesante le pareció el contenido de las preguntas?	5	4,6	4	4,0	4	4,4

Para la puntuación de la opinión sobre el contenido se utilizó una escala de cinco opciones según el nivel de dificultad, comprensión, adecuación e interés (1= nada, 2= poco, 3= moderado, 4= bastante, 5= mucho).

Fuente: elaboración propia



tipación fue suficiente para este trabajo). En cuanto a los usuarios, las futuras pruebas piloto confrontarán las conocidas dificultades de abordar muestras representativas de una población en diferentes escenarios. Si se tiene la posibilidad de conocer las experiencias de la población, es posible acceder a ella no solo en los centros sanitarios a los que asisten, sino también en sus hogares o a través de encuestas telefónicas.

El procedimiento de adaptación intentó lograr amplitud en el lenguaje utilizado y evitar regionalismos mediante la participación de una profesional de la lengua castellana. Por otra parte, los profesionales sanitarios de diversas provincias no detectaron palabras inapropiadas. Sin embargo, es imposible descartar limitaciones en la adecuación a toda la población argentina, habida cuenta de su diversidad cultural. Existe la posibilidad de que alguna expresión del instrumento no sea adecuada para algún grupo cultural, local o inmigrante, y que tenga aspectos significativos diferenciales en sus experiencias con los servicios sanitarios, respecto de la cultura hegemónica argentina. También sería importante considerar la necesidad de realizar adaptaciones para poblaciones que utilizan otras lenguas.

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El análisis del grado en que la APS alcanza sus propósitos es

un desafío actual de la investigación en servicios sanitarios, particularmente porque permite comparar los logros en diferentes sistemas y regiones, así como contar con la perspectiva de profesionales, directivos y usuarios. Cabe esperar que el conjunto de instrumentos producido contribuya a ese propósito y, a través de la evaluación, a la reflexión sobre la situación de la estrategia de APS en diversos entornos de Argentina.

#### AGRADECIMIENTOS

A los doctores Adolfo Rubinstein, Gabriel Acevedo, Humberto Jure, Ernesto Gagliano y Juan Carlos Estario, que asesoraron y apoyaron diversas fases de este trabajo. A Iván Ase, Marcela Bella, Alicia Greco, Alicia Ludueña, Beatriz González por su participación en la fase de revisión del contenido del cuestionario, junto con los autores. A los traductores profesionales que realizaron las traducciones directa e inversa, licenciada Carolina Panero y licenciado Chuck Simmons. A las personas que participaron en las pruebas preliminares como usuarios (se mantiene el anonimato) y a los siguientes profesionales que lo hicieron con las versiones de proveedores: Analla Aquino, María Andrea Dakessian, Germán Sarmiento, Matías Tonnelier, Gisela Bezzi, Susana Quinteros, Eduardo Zori, Leonardo Caruana, Mabel Asmores, María Beatriz Ciuffolini y Miguel Ángel Plaza Schaefer.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Institute of Medicine. *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. IOM Pub. No. 78-02. Washington DC, National Academy of Sciences 1978.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2007.

<sup>3</sup> World Health Organization. *Now more than ever - The World Health Report 2008*. Switzerland: World Health Organization, 2008.

<sup>4</sup> Lamarche P, et al. Choices for Change: *The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*, Canadian Health Services Research Foundation, noviembre de 2003.

<sup>5</sup> Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson 2001.

<sup>6</sup> OPS. *Resolución CD44.R6. 44º Consejo Directivo*, septiembre de 2003.

<sup>7</sup> Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública Mex*; 2010; 52(1):39-45.

<sup>8</sup> Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 2009; 26(5):377-84.

<sup>9</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud*, Buenos Aires, 2004.

<sup>10</sup> Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*, 2001; 50(2):161.

<sup>11</sup> Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*; 2009; 18(6):44-8.

<sup>12</sup> Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.

<sup>13</sup> Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! *The National Evaluation Strategy for Primary Health Care*. Ottawa, Ontario, Canadá: *Health Canada*, 2005.

<sup>14</sup> Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*, 2007; 53:1056-1057.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*, 2007; 39(8):395-401.

<sup>17</sup> Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, 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.

<sup>18</sup> Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med*, 2010; 23(3):402-12.

<sup>19</sup> Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*, 2010; 48(7):628-34.

<sup>20</sup> Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25:3186-91.

<sup>21</sup> Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 2005; 8(2):94-104.

<sup>22</sup> Barraza Macías A. La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Apuntes sobre Metodología de la Investigación*. Universidad Pedagógica de Durango, México. *INED*, 2007; 7:5-14.

<sup>23</sup> Willis GB. *Cognitive Interview and questionnaire design: a training manual*. Office of Research and Methodology. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1994.

<sup>24</sup> Forsyth BH, Lessler JT. Cognitive laboratory methods: a taxonomy. En: Biemer P, Groves R, Lyberg L, Mathiowetz N, Sudman S (eds). *Measurement errors in surveys*. Nueva York: Wiley, 1991; 393-418.

<sup>25</sup> Conrad F. *Verbal reports are data! A theoretical approach to cognitive interviews*, 2003 [Disponible en: <http://www.fcsm.gov/99papers/conrad1.pdf>]