El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud

Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina



El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud

Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina

CONTENIDOS

Presentación
Agradecimientos
La evaluación de la atención primaria de la salud9
Las funciones de la APS10
El conjunto PCAT13
La versión argentina del PCAT14
El contenido de los cuestionarios PCAT17
Análisis e interpretación de los resultados del PCAT
Ejemplos de resultados obtenidos con el PCAT
Referencias

Prof. Dra. Silvina Berra

Investigadora de CONICET

Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Financiamiento

Este material se ha elaborado con apoyo del Programa de comunicación pública de la ciencia: Transferencia de los resultados de Investigación (PROTRI 2010). Resolución MINCyT Córdoba N° 000240/2010

La adaptación e implementación del PCAT en Argentina se ha realizado con financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, Argentina; y de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT) de la Universidad Nacional de Córdoba.





Hecho el depósito de propiedad intelectual.

Octubre de 2012

Presentación

Esta publicación se desarrolla con el propósito de divulgar la producción de una línea de investigación dirigida a la adaptación y promoción de la implementación de los instrumentos PCAT (Primary Care Assessment Tools), llevada a cabo en el Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS) de la Escuela de salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Los destinatarios de este material son profesionales, equipos de salud, investigadores, organizaciones del ámbito comunitario. Dando a conocer esta herramienta para apreciar la calidad de los servicios de salud, se espera promover el interés por la valoración la atención primaria de la salud desde diferentes perspectivas como un modo de acción para su fortalecimiento, con la convicción de que un mejor desempeño de tales funciones puede generar una mejor y más equitativa provisión de cuidados de la salud pública.

Este trabajo presenta el concepto de evaluación como un tipo de análisis en el campo de los servicios sanitarios que debe producir información útil para la reflexión acerca del desempeño de las políticas de salud, de modo que sus resultados puedan aplicarse en la gestión y planificación de servicios. Luego se presenta el modelo teórico de las funciones de la APS en el que se basan los instrumentos PCAT, se describen los cuestionarios, se presenta el proceso realizado para lograr una buena adaptación a nuestro contexto y, finalmente, se muestran ejemplos de resultados y su interpretación.

El estudio del grado en que la APS alcanza sus propósitos es un desafío actual de la investigación en servicios de salud. Se espera que este trabajo contribuya a ese propósito sobre el sustento de un modelo teórico conocido y un sólido proceso de adaptación y evaluación de validez y fiabilidad. Cabe esperar que el conjunto de instrumentos producido contribuya a identificar fortalezas y debilidades de la APS en diferentes sistemas y regiones de nuestro país, contando con la perspectiva de profesionales, directivos y usuarios.

Agradecimientos

El proceso de adaptación e implementación del PCAT en Argentina pudo llevarse a cabo gracias al apoyo de numerosas personas. Los doctores Juan Carlos Estario (Escuela de Salud Pública, UNC), Ernesto Gagliano (Obra Social de la Universidad Nacional de Córdoba, DASPU), Adolfo Rubinstein (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) y Humberto Jure (Municipalidad de Córdoba) asesoraron y apoyaron como autoridades de las instituciones que facilitaron distintas etapas del trabajo. Yanina Audisio, Verónica Mamondi, José Mántaras, Valeria Nicora, Lisiane Hauser, Mônica Maria Celestina de Oliveira, Erno Harzheim y Barbara Starfield colaboraron y son autores de los artículos resultantes de este proceso, publicados en revistas científicas. Los traductores profesionales que actuaron en la adaptación fueron Carolina Panero y Chuck Simmons. Iván Ase, Marcela Bella, Alicia Greco, Alicia Ludueña y Beatriz González participaron en la fase de revisión del contenido del cuestionario. Los siquientes profesionales revisaron el contenido de las versiones dirigidas a proveedores: Analía Aguino, 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. Numerosas personas, entre ellas el personal de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba) y afiliados de la Obra Social Universitaria DASPU, de quienes se mantiene su nombre en anonimato, participaron en las pruebas preliminares y pruebas piloto. Cristina Somazzi, del Programa de Estadísticas Universitarias de la Universidad Nacional de Córdoba, desarrolló la versión digital del cuestionario para usuarios. Carolina Rivera, Cecilia Berra, Valeria Nicora, José Mántaras y Diego Pisana revisaron borradores de este documento e hicieron valiosos comentarios para mejorarlo. Finalmente, deseo expresar el agradecimiento a la Profesora Barbara Starfield, que facilitó y acompañó el proceso de adaptación e implementación del PCAT en Argentina hasta su inesperada muerte, así como el reconocimiento por su generosidad y la admiración por sus significativas contribuciones en el estudio de la salud, de la equidad y de los servicios sanitarios.

La evaluación de la atención primaria de la salud

Muchos países en todas las regiones realizaron importantes inversiones y transformaciones intentando fortalecer la APS y la organización de los servicios sanitarios en función de ella. Así se trató de conducir procesos de atención más eficientes, mejorar la calidad de la atención médica y alcanzar la equidad en la provisión de servicios. Consecuentemente, surgió el interés por constatar si los cambios planeados se realizaban y si éstos producían los resultados que se esperaban. De esta manera, se podrían detectar avances y logros así como identificar áreas en las que aún deberían hacerse mejoras. Esta perspectiva evaluativa puede permitir priorizar las decisiones en aquellas funciones de la APS que más lo necesiten.

La evaluación de servicios de salud es un tipo de investigación que se dirige a proporcionar información con solidez científica a quienes deben tomar decisiones fundadas en conocimientos válidos en política y planificación sanitaria(1). La valoración del desempeño de los servicios sanitarios incluye el conocimiento de las necesidades en salud de la población, el acceso a los servicios, variaciones en la práctica médica o desigualdades en la utilización de recursos y el análisis de la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la idoneidad y la aceptabilidad de las intervenciones sanitarias. La información debe permitir la reflexión y el análisis acerca de la estructura, los procesos y los resultados de los servicios, siendo necesariamente aplicable en la gestión y planificación de servicios de salud a diferentes niveles. La evaluación de servicios es un ejercicio que promueve la reflexión y el análisis orientado a conducir mejoras en la atención de la salud de la población. Con ese propósito, es útil y relevante realizar evaluaciones tanto a nivel local, en un determinado centro o en una comunidad; a nivel de administraciones de servicios, en municipios o estados; así como a nivel internacional, para observar las mejoras que algunos países consiguen tras implementar políticas o programas que afectan la provisión de servicios o la salud de la población.

Diversos actores del sistema de salud pueden estar interesados en evaluar la APS:

- Los gobiernos, que deben conocer el nivel de implementación de la estrategia de APS en su país y la adecuación de los servicios a las necesidades en salud de la población.
- Las instituciones responsables de administrar servicios de salud a nivel local, que necesitan información para reforzar o corregir las medidas implementadas, así como identificar centros o equipos que requieran más o diferentes recursos en el logro de las funciones de la APS y en la satisfacción de las necesidades específicas de poblaciones en servicios locales de salud.
- Los profesionales y los equipos de salud, interesados en conocer en qué medida logran proporcionar servicios acordes a la estrategia de APS y en qué acciones podrían mejorar sus procesos y resultados.
- Las organizaciones internacionales, sociedades científicas o centros de investigación que reconocen la APS como una estrategia clave en el logro de la equidad en salud, interesadas en conocer la situación de los países y qué políticas han sido exitosas en el alcance de las funciones de la APS.

Las funciones de la APS

Las características y los objetivos de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) se plantearon hace va más de tres décadas en la conferencia de Alma Ata⁽²⁾. Desde entonces, se alcanzó cierto consenso acerca de las funciones de la APS particularmente en el primer nivel de atención. (3-4) Sin embargo, una revisión de estudios en países de baja renta per cápita mostró que la mayoría de las evaluaciones se enfocaron a programas específicos como los materno-infantiles v a indicadores acotados de estructura y procesos, pero han carecido de una clara conceptualización acerca de las funciones de la APS y de una congruente medición de las mismas para valorar su grado de alcance o consecución⁽⁵⁾

Los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS enfatizan en aspectos estructurales y organizativos(6-8) y escasamente en el grado en que se cumplen funciones esenciales de la APS. (9,10) Una contribución importante a la evaluación de la APS fue la definición clara y precisa de éstas lograda por Barbara Starfield(11), en uno de los modelos conceptuales más ampliamente difundidos actualmente, que incluye cuatro atributos o funciones principales de la APS que se pueden examinar en subdimensiones estructurales y de proceso de los sistemas o servicios en salud: v tres funciones secundarias. cuyo logro se puede suponer ligado a las funciones esenciales

Funciones esenciales de la atención primaria de la salud

Primer contacto:

Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población. 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:

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

■ Grado de afiliación: medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud; y en que los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios.

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 de la atención primaria de la salud

Enfoque familiar:

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

Orientación comunitaria:

Elaborar programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida.

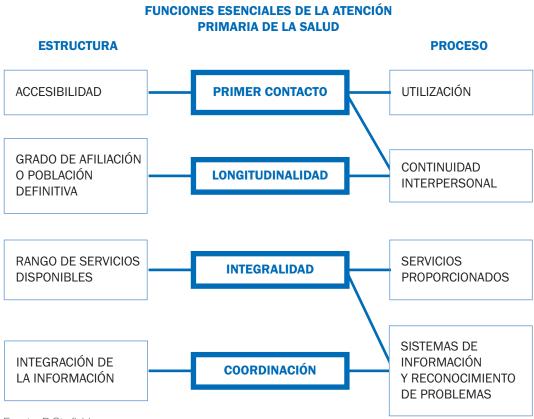
Competencia cultural:

Adaptar y establecer relaciones que faci-

liten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

La figura 1 presenta un esquema de las funciones esenciales junto a los ocho aspectos de estructura y de proceso que las componen, algunos de los cuales son importantes para el cumplimiento de otras funciones.

Figura 1. Esquema de características esenciales de la APS.



Fuente: B Starfield.

A pesar de la importancia dada a la estrategia y del énfasis puesto en la necesidad de evaluar las políticas y los servicios, la investigación dirigida a este fin ha sido aislada y heterogénea. Existe poca información acerca del grado en que los sistemas sanitarios han podido desempeñar aquellas funciones que se espera que logren. La organización y la

gestión de los servicios pueden valorarse si se dispone de información basada en criterios apropiados y consensuados, así como de instrumentos que permitan obtener información válida y confiable de tales criterios. Con esta convicción, la autora del modelo teórico promovió el desarrollo de instrumentos para medirlos.

El conjunto PCAT

El PCAT (Primary Care Assessment Tools) es un conjunto de cuestionarios diseñados para valorar las funciones de la APS definidas arriba^(12,13). Es considerado uno de los más completos por haber sido elaborado sobre la base de un modelo teórico claro y permitir obtener la perspectiva de diversos actores del sistema sanitario.⁽¹⁴⁾

El conjunto está formado por cuatro cuestionarios, cada uno de los cuales puede informar sobre las mismas funciones de la APS pero en diferentes niveles y perspectivas.

- El **PCAT-sistemas** recoge la perspectiva de gestores de políticas sanitarias, expertos a nivel de sistemas de salud o investigadores. Permite conseguir una visión rápida y general de un sistema sanitario o de los subsistemas dentro de él, proporcionando además información sobre los marcos políticos, recursos y financiamiento del sistema.
- El **PCAT-centros** está dirigido a gestores de los recursos de APS, como directores de centros o profesionales en representación de un equipo o centro. Es útil para proporcionar información acerca de unidades de atención de la salud refiriendo al logro de las funciones de la APS con respecto de toda la población que debe atender.
- El **PCAT-proveedores** indaga la perspectiva de los profesionales que pueden informar sobre los servicios específicos que ellos proveen.
- El **PCAT-usuarios** proporciona el punto de vista de la población, que brinda infor-

mación de gran utilidad en función de sus experiencias con su fuente de APS. Existen versiones para personas adultas y otra para población infantil, por quien debe responder un adulto como informador indirecto (por ejemplo, la madre).

Cada instrumento de la familia PCAT tiene ventajas particulares en cuanto al nivel de análisis sobre el que pueden aportar información, lo cual se correlaciona también con una mayor dificultad técnica y costos en su implementación. Por ejemplo, los usuarios informan su experiencia con un centro que le proporciona atención primaria de la salud. Tal experiencia está condicionada por características personales como la edad y el estado de salud, a la vez que, en estudios poblacionales, cada usuario puede estar refiriendo a diferentes establecimientos. Para obtener información de una población, será necesario trabajar con una muestra representativa de aquella, que a su vez puede estar diseminada en un área geográfica más o menos extensa. En cambio, se espera que los profesionales que responden los cuestionarios para proveedores o para centros, proporcionen datos más fiables sobre determinadas características de los servicios pero serán incapaces de reflejar la perspectiva de los usuarios.

La mejor manera de administrar los instrumentos PCAT es a través de entrevistas realizadas por personal adecuadamente entrenado, ya sea personalmente o por teléfono. Sin embargo, también existe la posibilidad de implementarlos por autoadministración en papel o con versiones digitalizadas.

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

Los cuestionarios pueden ser utilizados en cualquier país. En efecto, eso es lo que está sucediendo y lo que aumenta el interés de los resultados al poder comparar entre países.

El PCAT se desarrolló en los Estados Unidos de América, donde más se utilizó desde la primera publicación en 1998⁽¹⁵⁾ hasta 2003, incluyendo un estudio multinacional⁽¹⁶⁾. En 2004 aparecieron los primeros trabajos de adaptación y usos en Brasil⁽¹⁷⁾ y Canadá⁽¹⁸⁾, países desde donde se realizaron numerosos estudios en los siguientes años⁽¹⁹⁻²³⁾ hasta que a partir de 2007 se comenzó a utilizar en España⁽²⁴⁻²⁵⁾ Tailandia⁽²⁶⁾, Hong Kong⁽²⁷⁾ China⁽²⁸⁾ y, en América Latina, tras la experiencia pionera de Brasil, Argentina⁽²⁹⁾ y Uruguay⁽³⁰⁾.

La versión argentina del PCAT

La posibilidad de usar el PCAT en diferentes países y de comparar resultados depende fundamentalmente de disponer de versiones correctamente adaptadas a cada país. Dado que las versiones originales fueron diseñadas para ser usadas en Estados Unidos (5-6), las versiones que deriven de ellas deben ser adecuadas a la cultura v a las características del entorno en el cual se quieran aplicar. El proceso de adaptación no se dirige solo a una traducción lingüística sino también a una adecuación cultural y al sistema sanitario local. A lo largo del proceso también se debe garantizar que se hagan las modificaciones mínimas necesarias respecto de la versión original, de modo que se mantenga la equivalencia de contenido con ésta, a pesar de diferencias idiomáticas y del entorno sanitario y social.

En Argentina se llevó a cabo un proceso de adaptación en cinco fases tal como se

describe a continuación:

- 1. Traducción directa y adaptación lingüística: dirigida a obtener dos traducciones independientes del inglés al español de uso en Argentina intentando conseguir equivalencia semántica (no literal).
- 2. Revisión por expertos: Un grupo de trabajo local, de diversas disciplinas y ámbitos laborales, valoró la adecuación de cada ítem al concepto correspondiente y a las características de la APS en el sistema sanitario argentino, teniendo en cuenta los conceptos explícitos del modelo teórico de modo que los cambios lingüísticos no alteren el contenido de los instrumentos. Durante esta fase el grupo de trabajo local consideró de interés añadir algunos ítems sobre los servicios disponibles y la orientación comunitaria de la APS, intentando captar actividades habitualmente incluidas en los lineamientos de trabajo de los

equipos de salud en sus comunidades.

- 3. 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 originales para comprobar equivalencias o detectar discrepancias entre ellas.
- 4. 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 trabajó con personas de diversas características sociodemográficas y con profesionales voluntarios. Esta fase dio

- también indicios sobre la factibilidad de aplicar los instrumentos. En general, las personas participantes de la población dijeron que el cuestionario no presentaba dificultades importantes y que el lenguaje era adecuado y comprensible.
- **5. Prueba piloto:** El cuestionario se aplicó en estudios piloto para analizar sus propiedades métricas. Se examinaron las distribuciones de las respuestas de los ítems y la correlación de cada pregunta con la puntuación total de su dimensión; se evaluó la validez factorial mediante la técnica de extracción de componentes; y se tomaron decisiones acerca de la composición definitiva del instrumento teniendo en cuenta estos análisis y su interpretación en consecuencia con el modelo teórico. También se examinó la consistencia interna del instrumento con el coeficiente α de Cronbach.

Durante un proceso de adaptación se intenta lograr:

EQUIVALENCIA SEMÁNTICA:

igual significado aunque el texto no sea literalmente similar.

EQUIVALENCIA PRÁCTICA:

posibilidad de que la experiencia por la que se pregunta ocurra habitualmente en el ámbito de aplicación.

VALIDEZ DE CONTENIDO:

grado en que el instrumento incluye todos los aspectos relevantes del concepto (validez de muestreo) y cada ítem proporciona un dato observable del concepto (validez aparente).

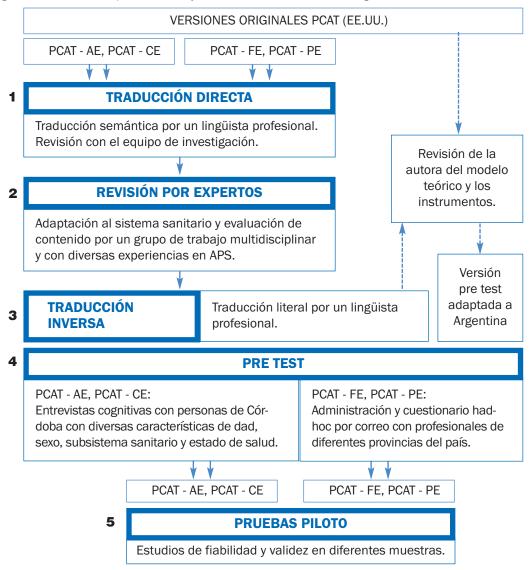
COMPRENSIÓN:

correcta interpretación del significado de las preguntas por parte de la población en la que se aplica el instrumento.

La figura 1 ilustra las fases seguidas durante el proceso de adaptación del conjunto PCAT en Argentina. Los detalles metodológicos y resultados de este proceso están documentados y publicados en dos trabajos aparte.(28,31) Este procedimiento de adaptación y

comprobación de la fiabilidad y validez de los instrumentos contó con la participación de numerosos expertos y de la autora del modelo teórico. Los resultados publicados dan cuenta de las sólidas bases de los instrumentos para su aplicación en Argentina.

Figura 1. Proceso de adaptación cultural y al sistema sanitario del PCAT en Argentina.



El contenido de los cuestionarios PCAT

Identificación del proveedor de APS

La versión dirigida a usuarios incluye tres preguntas al inicio del cuestionario que permiten identificar cuál es el centro de atención o el profesional de salud que la persona refiere como su proveedor de cuidados de atención primaria (cuadro 1). La persona entrevistada responderá el resto del cuestionario con referencia al centro o profesional que haya mencionado en la mayoría en dos o tres de esas preguntas o en la primera, si sus respuestas fueron diferentes. En el caso de que la persona no haya identificado a un proveedor en ninguna de esas preguntas, se le puede pedir que responda acerca del último profesional o centro que visitó.

Cuadro 1. Preguntas del PCAT-usuarios para identificar la fuente de APS de una persona y establecer el grado de afiliación a ese centro o profesional de la salud.

- A1. ¿Hay algún médico/a o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?
- A2. ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?
- A3. ¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?

Preguntas sobre las funciones de la APS

Todos los cuestionarios PCAT contienen las preguntas sobre rasgos específicos de las funciones de la APS y además buscan información sobre características de la población v de los servicios de atención a la salud, necesarias para ponderar el grado de consecución de las funciones. Las preguntas correspondientes a las funciones de la APS se encuentran agrupadas en secciones. Esos grupos de ítems son similares entre las versiones de los cuestionarios. pero cierta parte del contenido puede ser respondida solo desde algunas perspectivas. Por ejemplo, las preguntas para identificar al proveedor de APS y valorar el grado de afiliación de la persona, se incluyen solo en la versión para usuarios (cuadro 1), mien-

tras que determinada serie de datos gestionados o actividades programadas por los servicios, se obtienen solo con las versiones para proveedores y centros.

En la tabla 1 se presentan algunas preguntas de cada función de la APS incluidas en el PCAT para usuarios y para profesionales, de modo de facilitar la comparación de la perspectiva en estos casos.

Existen versiones extensas y cortas de los cuestionarios, de modo que se pueda optar por ellas en función de las posibilidades de cada evaluación. Las versiones extensas tienen mayor validez por obtener información sobre mayor cantidad de rasgos, pero pueden ser demasiado largas para algunos estudios en los que quieran implementarse.

Tabla 1 (primera parte). Selección de preguntas de cada función de la APS incluidas en las versiones dirigidas a usuarios y a profesionales del PCAT.

PCAT-AE (USUARIOS ADULTOS)			PCAT-PE (PROVEEDORES)			
A.	A. IDENTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD O MÉDICO DE CABECERA		No se incluyen preguntas en esta versión			
	A continuación, le realizaré preguntas sobre los servicios y la atención de salud que usted recibe.					
	Con las siguientes tres preguntas usted identificará cuál es el centro o profesional que tiene como fuente principal de atención primaria para su salud, ya sea públicos, de su obra social o de su plan de salud.					
A1.	¿Hay algún médico/a o lugar al que Ud. vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?					
A2.	¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?					
A3.	¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?					
В	B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN		No se incluyen preguntas en esta versión			
B1.	Cuando Ud. necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?					
B2.	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?					
C. C.	PRIMER CONTACTO – ACCESO		B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN			
C2.	¿Está abierto su CAPS, por lo menos, algunas tardes durante la semana hasta las 20 hs.?	C2.	¿Su consultorio está abierto al menos un día de la semana hasta las 20 horas?			
C3.	Si su CAPS está abierto y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?	C3.	Cuando sus usuarios se enferman, ¿alguien de su consultorio lo vería ese mismo día si está abierto?			
C5.	Cuando su CAPS está cerrado, ¿puede recibir un número de teléfono al que sus usuarios puedan llamar si se enferman?	C5.	Cuando el consultorio está cerrado, ¿usted tiene atención médica telefónica cuando Ud. se enferme? Si está siempre abierto, marque 4			
C6.	Si su CAPS está cerrado durante los sábados y domingos y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día? Si está siempre abierto, marque 4.	C6.	Cuando sus usuarios se enferman y su consultorio está cerrado los sábados y domingos, ¿podría alguien del consultorio ver a sus usuarios en el mismo día?			
C10.	¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CAPS	?	No se incluye en esta versión			

Tabla 1 (continuación). Selección de preguntas de cada función de la APS incluidas en las versiones dirigidas a usuarios y a profesionales del PCAT.

isualius y a profesionales den CAT.						
PCAT-AE (USUARIOS ADULTOS)	PCAT-PE (PROVEEDORES)					
D D. CONTINUIDAD	D. CONTINUIDAD					
D1. Cuando Ud. va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?	D1. ¿En su consultorio los usuarios ven al mismo médico cada vez que hacen una consulta?					
D4. Si Ud. tiene una pregunta, ¿puede llamar y hablar c/el médico/a o enfermera que lo/la conoce más?	D4. ¿Si sus usuarios tienen una duda, pueden llamar y hablar con el médico o la enfermera que los conoce mejor?					
D5. Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus preocupaciones o problemas?	D5. ¿Cree que usted le da a sus usuarios suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?					
D6. ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?	D6. ¿Cree usted que sus usuarios se sienten bien hablando con usted sobre sus preocupaciones o problemas?					
D9. Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	D9. ¿Cree usted que comprende qué problemas sor más importantes para los usuarios que usted ve?					
D10. Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen su historia clínica completa?	D10. ¿Conoce usted la historia médica completa de cada paciente?					
D13. Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen los medicamentos que Ud. está tomando?	D13. ¿Cree usted que conoce todos los medicamentos que sus usuarios están consumiendo?					
E. E. COORDINACIÓN	E. COORDINACIÓN					
E7. ¿Su médico/a o profesional de su CAPS sabe que Ud. fue al especialista o servicio de especialidad médica?	E7. ¿Cree que usted sabe sobre todas las visitas que sus usuarios hacen a especialistas?					
41.7 6 1 11 01501 117 111						
E8. ¿Algún profesional de su CAPS habló con Ud. acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema?						
acerca de los diferentes lugares donde podría	¿usted comenta los lugares en los que la familia					
acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema? E10.¿Su médico/a o profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del	¿usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema? E10. Cuando los usuarios son derivados, ¿usted les da información por escrito para el especialista o los servicios especializados?					
acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema? E10.¿Su médico/a o profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	¿usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema? E10. Cuando los usuarios son derivados, ¿usted les da información por escrito para el especialista o los servicios especializados?					
acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema? E10.¿Su médico/a o profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista? F. F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN F1. Cuando Ud. va a su CAPS, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación	¿usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema? E10. Cuando los usuarios son derivados, ¿usted les da información por escrito para el especialista o los servicios especializados? F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN) F1. ¿Se espera que los usuarios traigan registros como carné de vacunas o notas de atención					
acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema? E10.¿Su médico/a o profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista? F. F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN F1. Cuando Ud. va a su CAPS, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación o informes médicos previos? F3. Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está	¿usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema? E10. Cuando los usuarios son derivados, ¿usted les da información por escrito para el especialista o los servicios especializados? F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN) F1. ¿Se espera que los usuarios traigan registros como carné de vacunas o notas de atención médica recibida en el pasado? F3. ¿Las historias clínicas están disponibles cuando					

Tabla 1 (continuación). Selección de preguntas de cada función de la APS incluidas en las versiones dirigidas a usuarios y a profesionales del PCAT.

Р	CAT-AE (USUARIOS ADULTOS)	PCAT-PE (PROVEEDORES)					
G.	G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)					
	A continuación, se presenta una lista de servicios que Ud. o su familia pueden necesitar en cualquier momento. ¿Cuál de estos servicios se encuentra disponible en su CAPS?	o su familia pueden necesitar en er momento. ¿Cuál de estos servicios					
G1.	Atención a consultas sobre nutrición o dieta	G1.	Asesoramiento nutricional por un/a nutricionis				
G2.	Colocación de vacunas	G2.	Vacunas				
G7.	Asesoramiento sobre adicciones	G7.	Asesoramiento o tratamiento por consumo de alcohol o sustancias tóxicas				
G8.	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	G8.	Asesoramiento por problemas de conducta o salud mental				
G11.	Asesoramiento y pruebas para VIH/SIDA	G11.	Asesoramiento y pruebas de VIH/SIDA				
G12.	Examen de audición	G12.	Timpanocentesis				
G15.	Inmovilización de un tobillo esguinzado	G15.	Inmovilización de un tobillo esguinzado				
G17.	Pruebas de Papanicolau (PAP) para detectar cáncer de cuello de útero	G17.	Citología vaginal (PAP)				
G20.	Control del embarazo	G20.	Atención prenatal				
H.	H. GLOBALIDAD (SERVICIOS RECIBIDOS)	H.	GLOBALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS)				
	Durante las consultas a su CAPS, ¿hablan con Ud. sobre los siguientes temas?		¿Habla de los siguientes temas con sus usuarios?				
H1.	Hábitos saludables, como alimentación y descanso	H1.	Hábitos saludables como la alimentación y el descanso				
H2.	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)	H2.	Seguridad del hogar como almacenar de manera segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)				
H6.	Control de niveles de colesterol en la sangre	H6.	Niveles de colesterol				
H7.	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	H7.	Medicamentos que están siendo consumidos				
H10.	Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad.	H10.	Prevención de quemaduras con agua caliente				
H11.	Prevención de caídas	H11.	Prevención de caídas				
		H15.	Cambios en el crecimiento y en la conducta que los padres y madres pueden esperar a diferentes edades				

Tabla 1 (continuación). Selección de preguntas de cada función de la APS incluidas en las versiones dirigidas a usuarios y a profesionales del PCAT.

	PCAT-AE (USUARIOS ADULTOS)	PCAT-PE (PROVEEDORES)				
l.	I. ENFOQUE FAMILIAR	I. E	NFOQUE FAMILIAR			
12.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en su familia?	12.	¿En su consultorio se pregunta a sus usuarios sobre las enfermedades o problemas que pueden haber en su familia?			
I3.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS se reunirían con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	13.	¿En su consultorio están dispuestos y pueden reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o de problemas familiares?			
	No se incluye en esta versión	14	Se utilizan familiogramas o el cuestionario APGAR familiar.			
		113. Se evalúa el impacto de la salud de los usua en el funcionamiento familiar				
J.	J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA	J. C	PRIENTACIÓN COMUNITARIA			
J2.	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen los problemas de salud más importantes de su barrio?	J2.	¿Considera que en su consultorio se tiene un adecuado conocimiento de los problemas de las comunidades que atiende?			
	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan alguna de las siguientes acciones?		¿En su consultorio se utilizan algunos de los siguientes datos para determinar qué programas o servicios son necesarios en la comunidad que atiende?			
J12.	Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud	J12.	Encuestas comunitarias			
	No se incluye en esta versión	J7.	Tasas de vacunación			
		J8. Datos de salud pública sobre salud labora				
K.	K. COMPETENCIA CULTURAL	K. (COMPETENCIA CULTURAL			
K2.	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?	K2.	¿En su consultorio pueden comunicarse con personas que no hablen bien en castellano?			
K3.	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?	КЗ.	Si es necesario, ¿usted tiene en cuenta creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, medicinas caseras)?			
			En su consultorio se usa alguno de los siguientes métodos para atender a la diversidad cultural de los usuarios.			
		K7.	Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes, costumbres religiosas).			
		K8.	La composición del equipo de salud del consultorio refleja la diversidad cultural de la población atendida.			

Análisis e interpretación de los resultados del PCAT

Los cuestionarios PCAT permiten obtener puntajes para valorar cada una de las funciones de la APS definidas en el modelo teórico y puntuaciones totales de APS. A continuación se explica cómo se pueden obtener e interpretar esos puntajes. Las especificaciones que necesitan conocer quienes administren un cuestionario PCAT y necesiten obtenerlas deben consultarse en el Manual del PCAT.¹²

Grado de afiliación de los usuarios

Las preguntas que se dirigen a identificar al proveedor de APS incluidas en la versión para usuarios (cuadro 3, pág 1 página 17) también permiten valorar el grado de afiliación de las personas con su fuente de APS, del siguiente modo:

- Afiliación MUY FUERTE: cuando se responde "sí" a las tres preguntas y además señala que en los tres casos se trata de la misma fuente.
- Afiliación FUERTE: cuando se responde al menos dos veces "sí" señalando a la misma

fuente de APS.

- Afiliación DÉBIL: cuando hay dos respuestas "sí" sobre diferentes proveedores o solo una respuesta "sí".
- NINGUNA afiliación: cuando la respuesta a las tres preguntas es negativa.

En el modelo teórico propuesto por Starfield, el grado de afiliación corresponde a la subdimensión estructural de la función de longitudinalidad de la APS. Para computar un puntaje promedio, las categorías antes definidas asumen valores desde 1 (ninguna afiliación) a 4 (afiliación muy fuerte).

Funciones de la APS

Las preguntas del PCAT para valorar las funciones de la APS, excepto el grado de afiliación, son respondidas en una escala con cinco opciones, de acuerdo a la existencia o no de un rasgo: 1. No, en absoluto; 2. Es probable que no; 3. Es probable que sí; 4. Sí, sin duda; 9. No sé. La figura 2 muestra el ejemplo de las preguntas de la subdimensión de utilización, en la función de primer contacto.

Tabla 1 (continuación). Selección de preguntas de cada función de la APS incluidas en las versiones dirigidas a usuarios y a profesionales del PCAT.

B. PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN					
Por favor, elija la mejor respuesta.	Sí, sin duda	Probable- mente sí	Probable- mente no	No, en absoluto	No sé
B1. Cuando Ud. necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	4	3	2	1	9
B2. Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	4	3	2	1	9
B3. Cuando tiene que ir a un especialista, ¿su CAPS lo tiene que autorizar o derivar?	4	3	2	1	9

Los valores de 1 a 4 de cada respuesta se utilizan para calcular un puntaje promedio de cada función de la APS. La respuesta "no sé", precodificada con el valor 9, se computa con el valor 2 o 2,5 según la función evaluada y según quien responda, siempre que esta respuesta no alcance al 50% de los ítems de una función.

Como resultado de cada dimensión o función, se obtendrán valores en una escala de 1 a 4. Promedios cercanos al 4, es decir, más altos, indican un mayor logro de las funciones de la APS. Tanto las dimensiones del PCAT como los índices globales pueden ser transformados a valores que faciliten su interpretación como las escalas de 0 a 10 o de 0 a 100. Desde la perspectiva de los usuarios, esto puede interpretarse como una mejor **experiencia** con las funciones de la APS, mientras que desde la perspectiva de los profesionales de la salud, un nivel mayor de cumplimiento de esas funciones.

Si bien no hay una definición de puntos de corte en esa escala que discrimine situaciones adecuadas o inadecuadas en cuanto a las funciones de APS, se suele utilizar el promedio de 3 como punto de corte para señalar una buena experiencia de los usuarios o un buen **cumplimiento** de las funciones de la APS. Esto se debe a que ese valor corresponde a la opción de respuestas de que "probablemente se cumplen" los rasgos esperados. En las escalas de 0 a 10 y de 0 a 100, los valores

equivalentes al 3 son el 7 y el 70, respectivamente.

Así, valores de 3 (escala 1 a 4), 7 (escala 0 a 10) o 70 (escala 0 a 100) o superiores a ellos, señalan fortalezas del sistema o del servicio valorado, mientras que valores por debajo de ellos, señalan debilidades o situaciones que tienen margen de trabajo para conseguir mejoras. Más adelante se presentan algunos ejemplos de resultados a partir de la aplicación del PCAT.

Puntuación total de APS

A partir de los puntajes obtenidos en las funciones de la APS, se pueden calcular puntajes totales como:

- Puntaje total de funciones esenciales de la APS: suma de las ocho subdimensiones correspondientes a las cuatro funciones esenciales, por lo que resulta un valor entre 8 y 36 puntos.
- Puntaje total extendido de funciones de la APS: suma de los once puntajes provenientes de las ocho subdimensiones que integran las cuatro funciones esenciales y las tres funciones secundarias, por lo que resulta un valor entre 11 y 44 puntos.

Del mismo modo que se interpretan los puntajes de cada dimensión, se puede decir que a mayor puntaje, mejor alcance o desempeño de los servicios en cuanto a las funciones de la APS.

Ejemplos de resultados obtenidos con el PCAT

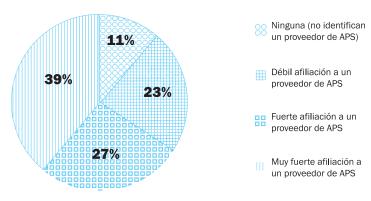
En esta sección se presentan algunos ejemplos de resultados que se pueden obtener al usar los cuestionarios PCAT. Para ello se utilizan datos de las primeras implementaciones del PCAT en Argentina, inmediatamente después de su adaptación.

La Obra Social Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba entre 2010 y 2011, que implementó el cuestionario PCAT dirigido a sus afiliados y afiliadas para obtener la **perspectiva de esa población** antes de poner en marcha una serie de medidas para fortalecer los servicios de APS. Por otra parte, la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) de la Municipalidad de Córdoba promovió la primera aplicación de la versión argentina del PCAT para **equipos de salud**, que se llevó a cabo en una prueba piloto ejecutada en junio de 2011.

El estudio en la obra social consistió en una encuesta sobre salud y servicios sanitarios que incluyó la versión extensa del PCAT para usuarios. En cuanto al grado de afiliación con un proveedor de APS, el

85,4% de las personas declararon que tenían algún médico/a o lugar al que iban habitualmente cuando estaban enfermos/as o necesitaban indicaciones acerca de su salud. El 61,5% dijo que hay un médico/a o lugar donde lo/la conocen como persona y el 61,9% reconoció tener un médico/a o lugar que con mayor responsabilidad por la atención de su salud. De acuerdo con las respuestas a las tres preguntas, cuatro de cada diez personas mostraron un grado de afiliación muy fuerte porque refirieron al mismo profesional o centro las tres veces (figura 3). En total, pudo considerarse que el 66% tenía un grado de afiliación fuerte o muy fuerte ya que identificaron un profesional o un centro en cada una de las características citadas. En el otro extremo, una de cada diez personas encuestadas no pudieron identificar un profesional o centro al que consulten habitualmente, que les conozca o que tengan mayor responsabilidad por la atención de su salud, lo que indica la falta de afiliación habitual a un profesional o centro a quien dirigirse por el cuidado de su salud.

Figura 3. Grado de afiliación a un proveedor de APS en la muestra de la obra social universitaria (DASPU), 2011.



El figura 4 presenta el resultado de la experiencia declarada por afiliados y afiliadas de la obra social con su referente de APS en cada dimensión (o función) de la APS estudiada, en escala de 0 a 10 puntos. La mayoría de las funciones esenciales de la APS obtuvieron un promedio de entre 6 y 7 puntos, es decir, cercano al valor de la escala que puede considerarse como el nivel en que probablemente se cumple con la función o atributo esperado de la APS.

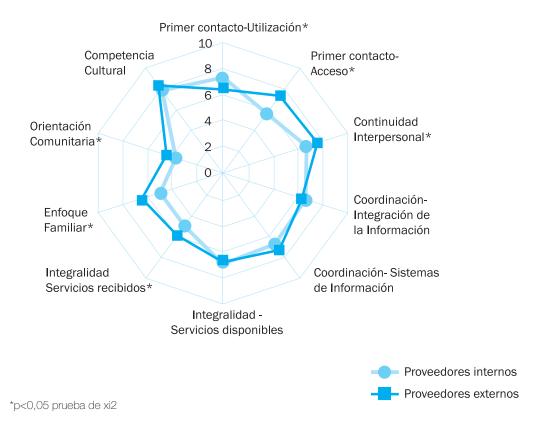
Figura 4. Valoración de la experiencia con las funciones de la APS por afiliados y afiliadas de la obra social universitaria (DASPU).



El 46,4% de las personas que participó en la encuesta identificó como su proveedor de atención de la salud a alguno de los centros de la misma obra social o a profesionales proveedores internos de la institución, mientras que el 51,1% identificó un prestador externo y un 2,5% de la muestra no identificó un CAPS. Varias de las funciones de la APS fueron valoradas con una

puntuación algo mayor cuando los afiliados referían a proveedores externos (figura 5), lo que podría deberse a que las personas tienen la posibilidad de elegir un proveedor y esa elección está asociada a una mejor experiencia en las situaciones primer contacto, en las relaciones interpersonales, por la disponibilidad de mejores sitemas de información, entre otras.

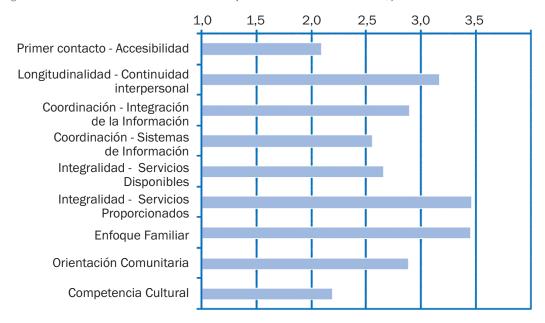
Figura 5. Valoración de la experiencia con las funciones de la APS por parte de afiliados y filiadas de la obra social según hayan identificado un proveedor interno o externo como su fuente habitual de atención primaria de la salud.



En el estudio realizado en la DAPS, el cuestionario fue respondido por jefes y encargados de 26 centros de salud y unidades primarias de atención de la ciudad de Córdoba. En la figura 6 se presentan las puntuaciones obtenidas en promedio para cada función de la APS, según la valoración realizada por los participantes, en este caso, en la escala original del cuestionario, de 1 a 4 puntos. Destacan las fun-

ciones de continuidad interpersonal, servicios proporcionados y enfoque familiar por encima de 3 puntos, considerado un buen nivel. Por el contrario, se observa que las funciones de acceso al primer contacto, sistemas de información para la coordinación y servicios disponibles aparecen con los puntajes más bajos, poniendo de manifiesto aspectos del sistema público de salud susceptibles de mejoras.

Figura 6. Puntuación en las funciones esenciales y secundarias de la APS. DAPS, junio de 2011.



Los dos trabajos aquí presentados a modo de ejemplo no son comparables por tratarse de sectores y perspectivas diferentes como son, en el primero, usuarios mayoritariamente de servicios privados o de obra social que utilizan principalmente centros de especialidades y, en el segundo, jefes o encargados de centros de salud públicos del primer nivel de atención.

A diferencia de encuestas de satisfacción, los instrumentos PCAT evalúan rasgos objetivos, esperándose que se cumplan bajo los postulados de una APS de alta calidad. Esto permite a las autoridades institucionales así como a los equipos de salud, detectar fortalezas y debilidades del sistema sobre los cuales se pueden planear mejoras en la provisión de los servicios.

La población usuaria y los profesionales de salud también pueden conocer aspectos de su experiencia con los servicios de salud que les permita plantear cambios y promoverlos activamente como, por ejemplo, el establecimiento de relaciones personales a largo plazo sobre la base de la confianza y el conocimiento que los profesionales pueden tener sobre la persona y su familia. El sentido de la paticipación ciudadana en la toma de decisiones se fortalecería con este tipo de experiencias en salud.

Otras características de los servicios susceptibles de mejoras son los recursos necesarios para incrementar la responsabilidad del profesional o del equipo de salud como enlace y agente de un cuidado apropiado cuando la persona visita otros servicios de atención especializada; así como potenciar y difundir programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades con una mirada que intente no medicalizar innecesariamente los procesos de salud.

Referencias

- 1. Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. N Engl J Med. 1988;319(18):1220-2.
- 2. WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- 3. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. IOM Pub. No. 78-02. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- 4. 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 Publica. 2009; 26(5):377-84.
- 5. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambul Care Manage. 2009; 32(2):150-71.
- 6. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- 7. Sibthorpe B, Gardner K. A Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. Aust J Prim Health. 2007; 13(2):96-103.
- 8. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care. 2008; 20(5):308-13.
- 9. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000; 51(11):1611-25.
- 10. Donaldson MS, Yordy KD, Vanselow NA (eds). Institute of Medicine: Defining Primary Care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
- 11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York. Oxford University Press; 1998.
- 12. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tools [Internet]. Baltimore:Johns Hopkins University. Disponible en: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
- 13. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50(2):161.
- 14. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. Manag Care. 2009; 18(6):44-8.
- 15. Starfield B, Cassady C, Nanda J, et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care; implications for managed care. J Fam Pract 1998; 46:216-26.
- 16. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998; HSR: Health Services Research 2003; 38:831-865.

- 17. Macinko J, Almeida C, et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. Int J Health Plann Manage. 2004; 19(4): 303-317.
- 18. Haggerty et al. Accessibility and continuity of primary care in Quebec. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
- 19. Macinko J, Almeida C, Klingelhoefer de Sa P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007; 1–11.
- 20. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L et al. Consistencia interna e confiabilidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica. 2006; 22(8):1649-59.
- 21. 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.
- 22. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saude Publica. 2012; 28(9):1772-84.
- 23. 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):116-23.
- 24. Pasarín MI, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. Med Clin (Barc). 2011; 137(Supl 2):49-54.
- 25. Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Starfield B, Borrell C. Experiences with primary care for children in an European National Health Service context. (en revisión)
- 26. Pongpirul K, Starfield B, Srivanichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. Int J Equity Health. 2009;8:8.
- 27. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. 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.
- 28. Yang H. The Conceptual Framework of Primary Care Quality Assessment and Quality of Primary Care Perceived by Patients in China. PHD Dissertation. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, 2010.
- 29. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. Rev Arg Salud Pública. 2011; 2(8):6-14.
- 30. Grupo PCAT.UY; Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Rev Med Urug 2011; 27(3):187-189.
- 31. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud. Rev Panam Salud Pública (en prensa).