Localizador web
Artículo 173.909

# Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población

M. Isabel Pasarín[a,b,c], Silvina Berra[d], Luis Rajmil[d], Maite Solans[d], Carme Borrell[a,b] y Barbara Starfield[e]

**Objetivo.** Reducir, traducir y adaptar transculturalmente la versión corta del cuestionario PCAT para usuarios (PCAT consumer client version) con el fin de conseguir una versión abreviada del instrumento original, en catalán y castellano, para su uso en la población española que sea de utilidad para incluir en las encuestas poblacionales de salud.
**Diseño.** Traducción y adaptación de un cuestionario.
**Emplazamiento.** Atención primaria.
**Mediciones.** Fases: *a)* selección de preguntas; *b)* adaptación transcultural de las preguntas seleccionadas mediante traducción directa al castellano y catalán e inversa al inglés, y *c)* la claridad, la aceptabilidad y la familiaridad del contenido de las 2 versiones pretest de los cuestionarios fueron evaluadas mediante entrevistas cognitivas a personas de diferentes perfiles de la población diana.
**Resultados principales.** Se seleccionaron 15 preguntas para la versión para personas adultas y 24 para la versión para menores de 15 años, que permiten identificar a un proveedor de atención primaria de salud y recoger información sobre las dimensiones del primer contacto, la continuidad, la extensión y la coordinación.
**Conclusión.** Los elementos seleccionados permitirán evaluar el grado en que la atención primaria de salud cumple con sus atributos esenciales de ser el primer contacto del usuario con los servicios sanitarios, mantener la continuidad de la atención, coordinar la atención sanitaria, y disponer y proveer servicios considerados necesarios en este ámbito. Adicionalmente, se podrá evaluar también su competencia cultural. Son elementos factibles de introducir en encuestas de salud.

**Palabras clave:** Atención primaria. Evaluación. Cuestionarios.

AN INSTRUMENT TO EVALUATE PRIMARY HEALTH CARE FROM THE POPULATION PERSPECTIVE

**Objective.** To reduce, translate, and adapt transculturally, the short version of the PCAT questionnaire for users (PCAT Customer client version), in order to achieve an abbreviated version of the original instrument in Catalan and Castilian that is conceptually similar to the English original, culturally adequate and viable for use among the Spanish population, and useful for inclusion in the health surveys.
**Design.** Translation and adaptation of one questionnaire. Three steps were followed: *a)* question selection; *b)* transcultural adaptation of the selected questions, by means of direct translations to Castilian and Catalan with subsequent re-translation to English; *c)* clarity, acceptability, and familiarity with content of the 2 pretest questionnaire versions were evaluated through cognitive interviews of persons with different profiles in the targeted population.
**Results.** Fifteen questions were selected for the adult version and 24 for the <15 year-old version. These facilitated the identification of a primary health care provider and the collection of information on the dimensions of first contact, continuity of care, comprehensiveness of care and coordination.
**Conclusions.** It is hoped that these instruments will be useful when included in the questionnaires of health surveys throughout Spain. The items selected facilitate evaluation of the degree to which primary health care succeeds as the first user contact with health services, maintains continuity of attention, coordinates and provides services, making them available when necessary. Furthermore, cultural competence will be evaluated.

**Key words:** Primary health care. Evaluation. Questionnaires.

English version available at
www.doyma.es/217.224

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 402)

[a]Agència de Salut Pública de Barcelona. España.
[b]Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública. España.
[c]Programa de Doctorado de Salud Pública. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
[d]Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Barcelona. España.
[e]Johns Hopkins University & Medical Institutions. Baltimore. Estados Unidos.

La Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (RCESP) (C03/09) ha financiado parte del trabajo.

Correspondencia: Dra. M.I. Pasarín.
Agencia de Salut Pública de Barcelona.
Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: mpasarin@aspb.es

Manuscrito recibido el 10-7-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18-12-2006.

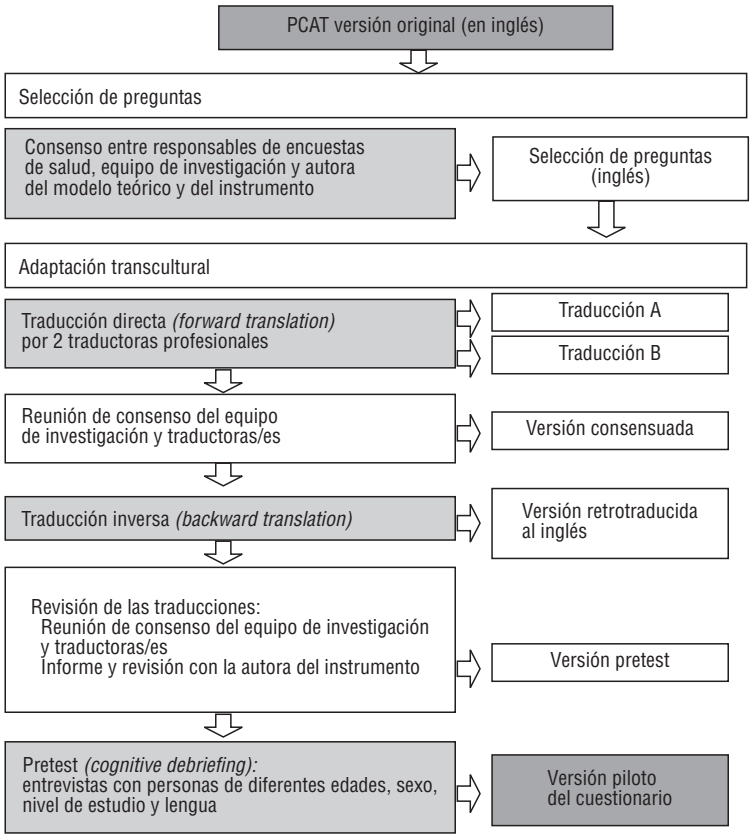
## Introducción

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito sanitario de especial importancia en el entorno de un Sistema Nacional de Salud, como es el caso de España, ya que la necesidad de mejorar la viabilidad y, por lo tanto, la eficiencia del sistema implica disponer de un ámbito de APS que cumpla la función de ser la puerta de entrada, con una elevada capacidad resolutiva y nuclear, que module la utilización del resto del sistema[1].
Starfield definió un modelo teórico sobre lo que debe cumplir la APS en el que incluyó unas características básicas y otras relacionadas[2] (tabla 1). Una de las principales características de este modelo es que el foco de la atención de la APS se dirige hacia el individuo, y no a los problemas de salud.
En el año 1984 se inició en España la reforma de la APS (RAP), la cual debía permitir la introducción cambios profundos en el ámbito primario de atención siguiendo los principios definidos en la conferencia de Alma Ata de 1977. Entre los cambios que implantaba la RAP destacan la introducción de la historia clínica hasta entonces inexistente en la APS, la creación de los equipos de atención primaria (EAP) en lugar del trabajo básicamente individual, así como la prolongación del tiempo de asistencia a la población. La RAP asignaba a la APS un papel en el sistema sanitario de mayor importancia que el que había desempeñado hasta entonces, con una mayor valoración de sus profesionales dándoles un mayor protagonismo en el conjunto del sistema sanitario[3,4]. Esta «nueva APS» se adapta al modelo definido por Starfield.
Tras estos cambios importantes y drásticos del sistema sanitario, aparece la necesidad de evaluar tanto el proceso de provisión de servicios como los resultados y el impacto de su intervención. En diversos estudios se ha observado un impacto positivo de la RAP en el conjunto del sistema, y se han puesto de relieve mejorías en diversas áreas, como la calidad de la prescripción farmacológica, la satisfacción de los usuarios, la capacidad resolutiva e, incluso, la mejora de la salud de la población[3,4]. Sin embargo, en recientes procesos de evaluación de la APS se ha puesto de manifiesto la falta de información para determinar aspectos como la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad de la atención[5,6]. Es necesario aumentar y mejorar la información, de manera que sea posible la comparabilidad entre centros y provedores acerca de su capacidad asistencial, su estructura, la práctica o el proceso, así como el producto o los resultados de la atencion[2,7,8].
Starfield y Shi, de la Universidad Johns Hopkins, en Estados Unidos, han diseñado un conjunto de instrumentos para evaluar la APS, el PCAT (Primary Care Assessment Tools)[9], que consiste en unos cuestionarios que permiten evaluar el grado en que la APS cumple aquellas características. La diferencia entre ellos es la población a la que se deben aplicar: *a)* la población usuaria de la APS; *b)* los gestores de los recursos de APS, y *c)* los proveedores de la APS. El instrumento dirigido a usuarios de la APS puede ser adecuado para su utilización en un contexto como el español, en el que hay un Sistema Nacional de Salud y en el que la población usuaria potencial de la APS del sistema público es el conjunto de la población y porque el modelo teórico para el que se ha diseñado coincide con el español en sus características básicas.
Este cuestionario recoge información sobre la experiencia de los usuarios respecto a cada una de las características de la APS (tabla 1) a partir de la identificación de un proveedor; además, incluye otros apartados, como el tipo de cobertura sanitaria, el estado de salud percibido y las características sociodemográficas[10]. Dispone de 4 versiones, 2 para adultos (PCAT-AE; adult edition) y 2 para niños (PCAT-CE; child edition), una versión larga (128 y 121 ítems, respectivamente) y otra corta (59 y 68 ítems) en cada caso. La duración prevista de las versiones cortas originales es de 20-30 min. Las categorías de respuesta son, en su mayoría, escalas de tipo Likert de 4 categorías. La medida del grado de cumplimiento de cada característica se obtiene mediante el cálculo de promedios de las puntuaciones de las respuestas. Las dimensiones de las versiones originales del PCAT presentan una adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo[9-11]. Dado que el PCAT ha sido diseñado para su uso en Estados Unidos, es necesario realizar una adaptación transcultural[12,13], tanto por el idioma como porque el entorno sanitario y social de aquel país presentan diferencias importantes respecto al contexto español.
La realización de la tercera Encuesta de Salud de Cataluña-quinta Encuesta de Salud de Barcelona (ESCA-ESB) en el año 2006 brindó la oportunidad de incorporar preguntas para evaluar la APS, pero con limitación en cuanto al número de ítems, el cual debía ser reducido. El objetivo del trabajo fue reducir y adaptar transculturalmente la versión corta del cuestionario PCAT para usuarios (PCAT consumer client version) con el fin de conseguir una versión abreviada del instrumento original, en catalán y castellano, conceptualmente similar al original en inglés, culturalmente adecuado y viable para su uso en la población española, y que fuera de utilidad para incluir en las encuestas poblacionales de salud.

## Métodos

### Selección de preguntas

El equipo de investigación, junto con las personas responsables de la Encuesta de Salud de Catalunya 2006 y la Encuesta de Sa-




## Esquema general del estudio

**Proceso de adaptación transcultural de las encuestas PCAT (Primary Care Assessment Tools).**

lud de Barcelona 2006, y la posterior comunicación con la autora del instrumento original, decidieron seleccionar un número reducido de preguntas del instrumento PCAT para usuarios (versiones de adultos y de menores de 18 años), condición requerida para poder incluirse en la encuesta de salud poblacional.

Así, se decidió utilizar el PCAT-CE como origen de las preguntas para el cuestionario de población hasta 14 años de edad y el PCAT-AE para la población de ≥ 15 años. Estos 2 grupos de edad se corresponden con los 2 grupos de población a los que se dirige un cuestionario específico de la encuesta de salud, pero al mismo tiempo son los 2 tramos de edad en que se organiza el sistema de APS, ya que los menores de 14 años son atendidos en pediatría y el resto, en las consultas de medicina general.

Para la selección de preguntas se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: *a)* objetivos y contraste con el conjunto de preguntas de la encuesta de salud, dado que había cuestiones en otros apartados de la encuesta que podrían referirse a aspectos medidos por el PCAT para usuarios; *b)* priorización de los atributos de la APS medidos, debido al limitado tiempo de entrevista que se podría dedicar a este apartado, y *c)* opinión de la autora del modelo teórico y el cuestionario original en inglés (BS) sobre el proceso seguido.

De manera similar a la versión original, ambos cuestionarios serían administrados por un entrevistador, el cuestionario para menores sería respondido por un informador indirecto y el de adultos, por la propia persona.

### Adaptación transcultural de las preguntas seleccionadas

La adaptación de las versiones en castellano y catalán del PCAT de usuarios se realizó siguiendo la metodología de traducción directa e inversa recomendada en la literatura científica especializada[12,13]. Primero, 2 traductoras profesionales, ambas de lengua materna castellana y catalana, y con dominio suficiente del inglés, realizaron sendas traducciones independientes a cada lengua. Las traductoras puntuaron para cada ítem el grado de dificultad, que encontraron y el grado de equivalencia conceptual con la inicial, en una escala de 0-10 (0 = ninguna dificultad; equivalencia máxima; 10 = dificultad máxima, equivalencia mínima). Los ítems y las opciones de respuesta propuestos por las traductoras se revisaron sistemáticamente en una reunión del equipo de investigación con las traductoras, donde se comentaron las dificultades y se seleccionó la alternativa más adecuada, para llegar a las primeras versiones consensuadas del instrumento. En la etapa siguiente, se llevó a cabo la traducción inversa, a cargo de un traductor cuya lengua nativa era la inglesa y con dominio suficiente del castellano y el catalán. Las diferencias entre la versión de traducción inversa al inglés y la versión original fueron evaluadas en una nueva reunión de investigadores y traductores, para proponer soluciones alternativas. Como resultado del proceso de traducción se obtuvo una versión pretest de los cuestionarios y un informe que también fue revisado por la autora del instrumento original (BS).

La claridad, la aceptabilidad y la familiaridad del contenido de las dos versiones pretest de los cuestionarios fueron evaluadas mediante entrevistas cognitivas con personas de diferentes edades, sexo, niveles educativos y lengua (castellano y catalán). En primer lugar, se administró el cuestionario y se controló el tiempo que requería esta parte de la entrevista. A continuación se recogió la opinión general de las personas entrevistadas respecto a los ítems, mediante 4 preguntas sobre dificultad, comprensión e interés de las preguntas y adecuación del lenguaje del cuestionario, que se contestaban mediante una escala de tipo Likert de 5 opciones (1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = mucho; 5 = muchísimo). Por último, se utilizaron los métodos *paraphrasing* y *probing*[14-15] para evaluar la comprensión de la pregunta por parte de la persona entrevistada, a través de enunciados que la misma persona hace para reformular la pregunta. Las entrevistadoras recogieron las opiniones, las incidencias y las dificultades, así como las sugerencias de cambios, y las analizaron conjuntamente con el equipo de investigación, todo lo cual condujo a realizar modificaciones en el cuestionario. Al final de esta fase se obtuvieron las versiones finales pretest, para niños (≤ 14 años) y adultos (≥ 15 años), en castellano y catalán.

# Resultados

## Selección de preguntas

En primer lugar, se decidió evaluar sólo los atributos esenciales. Se seleccionaron 15 preguntas para la versión para personas adultas y 24 para la versión para menores de 15 años, que permiten identificar a un proveedor de APS y recoger información sobre las dimensiones de primer contacto, la continuidad, la extensión y la coordinación. En la tabla 2 se muestran los contenidos de estas dimensiones y la cantidad de preguntas de cada una, respecto de sus versiones originales. Hay en total 12 preguntas en el PCAT-AE y 20 en el PCAT-CE, que se corresponden con el cuestionario original, mientras que 3 y 4 preguntas, respectivamente, son adicionales y responden a necesidades de la encuesta de salud.

En la dimensión de extensión o globalidad de servicios, en la cual se miden la disponibilidad y la provisión de ciertos servicios, básicamente preventivos, se consideró, por una parte, el hecho de que el sistema sanitario español sea público, con una oferta muy homogénea de servicios públicos y, por otra parte, que en el instrumento de la encuesta de salud para personas adultas ya se incluyeran actividades preventivas que son propias de la APS (consejo antitabaco, medición periódica de la presión arterial, vacunación antigripal). Del PCAT-AE, sólo se seleccionó en esta dimensión el ítem de servicios de salud mental. En cambio, la cantidad de ítems seleccionados del PCAT-CE para el cuestionario infantil fue mayor, dado que no estaban en el resto de la encuesta.

**TABLA 1** **Características de la atención primaria de salud definidas por Barbara Starfield**

| |
|---|
| Atributos esenciales |
| *1.* Primer contacto: la APS debe ser el ámbito de atención con el que las personas establezcan el primer contacto para temas referentes a su salud, exceptuando las situaciones de emergencia |
| *2.* Continuidad: el profesional de la atención primaria debe tener la posibilidad de ejercer una continuidad en los cuidados y realizar una atención longitudinal en el tiempo |
| *3.* Extensión: la APS debe ofrecer una atención global, extensa, no centrada sólo en la resolución de los problemas de salud que se demandan sino, por ejemplo, realizar intervenciones preventivas, en respuesta a las necesidades de la salud más prevalentes |
| *4.* Coordinación: la APS debe estar coordinada con el resto de ámbitos asistenciales |
| Atributos secundarios |
| *a)* Enfoque familiar: es importante centrar la salud de los individuos en el contexto social más cercano, es decir, la familia |
| *b)* Orientación comunitaria: es necesario orientar la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana |
| *c)* Competencia cultural: los profesionales deben saber adaptarse y establecer relaciones que faciliten la atención a los problemas de salud con las personas de diferentes grupos sociales de la población que tienen asignada |

APS: atención primaria de salud.
Tomada de Starfield B[2].

**TABLA 2** **Dimensiones y números de ítems de las versiones originales (Estados Unidos) y españolas del intrumento PCAT para adultos (AE-PCAT) e infantil (CE-PCAT)**

| Dimensión | Número de preguntas (+ adicionales) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | PCAT-AE | | PCAT-CE | |
| | Estados Unidos | España | Estados Unidos | España |
| Identificación de un médico o centro de atención primaria[a] | 5 (+ 1)[b] | 1 (+ 3)[b] | 5 (+ 1)[b] | 1 (+ 3)[b] |
| Primer contacto: utilización | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Primer contacto: acceso | 4 | 3 | 4 | 3 |
| Continuidad de la atención | 4 | 3 | 4 | 3 |
| Coordinación | 1 (+ 4)[c] | 1[c] | 1 (+ 4)[c] | 2 (+ 1)[c] |
| Coordinación: sistemas de información | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Extensión: servicios disponibles | 4 | 1 | 4 | 4 |
| Extensión: servicios proporcionados | 5 | 0 | 7 | 3 |
| Enfoque familiar | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Orientación comunitaria | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Competencia cultural | 3 | 1 | 3 | 2 |
| Total | 42 | 12 + 3 | 44 | 20 + 4 |

[a]Las preguntas señaladas formaban parte de la Encuesta de Salud de Cataluña-Encuesta de salud de Barcelona (ESCA-ESB) (no están contadas en las columnas laterales).
[b]Las preguntas adicionales de la versión original miden el grado de fidelidad, mientras que las preguntas adicionales de las versiones adaptadas en este trabajo se refieren a características del proveedor (tipo de asistencia sanitaria y tipo de proveedor) y la cantidad de visitas en un año a este proveedor.
[c]La primera pregunta es un filtro con el que se saltan las restantes si las personas no han ido al especialista. En el PCAT-AE, este filtro se ha reemplazado por una opción de respuesta.
[d]Las preguntas señaladas sólo forman parte del PCAT-CE.
[e]Esta pregunta sólo está incluida en el cuestionario de la ESCA ampliado para la ciudad de Barcelona.
Tabla ampliada en la versión electrónica.

## Adaptación del cuestionario

Durante las traducciones no se encontraron diferencias conceptuales. Se hallaron pocas dificultades en la forma de escritura. Una de ellas fue el acrónimo inglés «PCP» (Primary Care Provider), que se utiliza en el enunciado de la mayoría de las preguntas para hacer referencia a la persona o lugar que se ha identificado como proveedor de APS. En este caso, hubo que convenir una frase corta equivalente (tabla 3). Durante la traducción y en las reuniones de consenso surgieron otras dudas que fueron recogidas para evaluarlas durante el pretest, como la comprensión del término «volante» o «autorización», o de los «servicios de salud mental» y «salud sexual», especialmente por parte de los usuarios más jóvenes. Hubo pocas observaciones puntuales que fueran distintas en castellano y catalán, y su importancia fue menor y de fácil resolución.

Posteriormente se realizaron entrevistas cognitivas a 19 personas de diferentes edades, sexo, nivel de estudio y lengua (tabla 4). En la versión infantil del cuestionario, las 5 personas en-

**TABLA 3** **Resultados de la traducción y adaptación de un ítem del instrumento PCAT-usuarios para personas adultas (AE) para la versión en castellano**

| Forma | Ítem | Dificultad[a] | Equivalencia[b] |
|---|---|---|---|
| Original en inglés | When you have a new health problem, do you go to your PCP before going somewhere else? | | |
| Traducción directa-traductor A | Cuando tiene un problema de salud nuevo, ¿acude usted a su PCP antes de ir a otro sitio? | 2 | 2 |
| Traducción directa-traductor B | Cuando tiene usted un nuevo trastorno de salud, ¿va usted a su AP antes de ir a otro lugar? | 5 | 5 |
| Versión consensuada de la traducción directa | Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va usted a su médico/médica o centro antes de ir a otro lugar? | | |
| Traducción inversa | When you have a health problem, do you go to your doctor or centre before going to another place? | 1 | 1 |
| Versión consensuada de la traducción inversa | Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va usted a su médico/médica o centro antes de ir a otro lugar? | | |
| Notas de los/as traductores/as y de las reuniones de consenso | Los acrónimos, como PCP en inglés, no se utilizan frecuentemente en castellano y catalán. Además, en estas lenguas, es recomendable utilizar las 2 modalidades de género, especialmente en las versiones para autoadministración. Esto conduce a enunciados extensos de las preguntas, que deberán evaluarse en las entrevistas cognitivas Explorar en las entrevistas cuáles son las denominaciones más utilizadas por las personas entrevistadas: médico/médica, doctor/doctora, equipo de atención primaria, CAP, ambulatorio, etc. | | |
| Pretest | Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va usted a su médico/médica o centro antes de ir a otro lugar? | | |

[a]Dificultad: 0 = ninguna dificultad, 10 = dificultad máxima.
[b]Equivalencia: 0 = equivalencia máxima, 10 = equivalencia mínima.

trevistadas fueron madres, y en la versión para personas adultas, la distribución por sexos fue igualitaria. El estrato de estudios de nivel bajo sólo fue cubierto para la versión para personas adultas de más de 40 años. La población de adultos jóvenes (incluidas las madres que respondieron la versión infantil) tenía en su mayoría estudios secundarios y universitarios. Finalmente, las versiones en castellano y catalán también fueron utilizadas en una proporción similar.

Durante las entrevistas se recogieron observaciones sobre aspectos generales del cuestionario y cuestiones específicas de las preguntas. Para cada una, cuando el equipo lo consideró necesario y posible, se hicieron cambios en las preguntas. Todas las observaciones fueron pertinentes para las 2 lenguas, castellano y catalán.

Como resultado del proceso de adaptación, se han propuesto 6 modificaciones menores y la modificación de un ítem (A8), entre los 24 ítems traducidos para la versión infantil (CE), y 4 modificaciones menores entre los 15 ítems traducidos de la versión para la población adulta (AE). Todas la modificaciones menores consistieron en aspectos gramaticales para facilitar el enunciado y la comprensión de las preguntas. La propuesta de modificación del ítem A8 no se debió a un problema de traducción, sino a la dificultad de las personas entrevistadas por responder, sin un límite temporal, a la pregunta «¿Cuántas veces ha ido allí (su médico o centro de APS) en total?, tal como se plantea la pregunta en el cuestionario original. La modificación fue la introducción del período temporal de referencia de un año. Esto implica que se convierte en un indicador de la utilización de los servicios y no de la fidelidad a un servicio.

Respecto de la viabilidad del uso del cuestionario, su cumplimentación requirió, en promedio, 5,2 min para la versión para personas adultas (AE) y 5,6 min para la versión infantil (CE) (tabla 5). El grado de dificultad del cuestionario, según la opinión de las personas entrevistadas, fue muy bajo (media = 1,3), y fue menor para las madres de niños (media = 1,2) y mayor para los que respondieron la versión para personas adultas (media = 1,4). El grado de comprensión de las preguntas fue prácticamente máximo para la versión infantil (media = 4,4), respondida por madres, y también alta para las personas adultas (media = 3,9). El interés de las preguntas fue, en general, moderado (media = 3,3), con una importante variabilidad en la versión para personas adultas (intervalo = 1-5). La adecuación del lenguaje fue buena para los que respondieron la versión infantil y moderada para los que respondieron la versión para personas adultas.

**TABLA 4** **Número de personas entrevistadas para el pretest de las versiones en castellano y catalán del PCAT-usuarios, según la versión del cuestionario, la persona entrevistada, el sexo, el nivel de estudios y la lengua**

| Versión de PCAT[a], rango de edad | Entrevista[b] | Edad (años) | | Sexo | | Nivel de estudios[c] | | | Lengua | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Media | Intervalo | Mujer | Varón | Primario | Secundario | Universitario | Castellano | Catalán | Total |
| CE, 0-14 | Informador | 38,0 | 35-41 | 5 | | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| AE, 15-39 | Directa | 22,6 | 16-36 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| AE, 40-69 | Directa | 50,8 | 47-55 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| AE, ≥ 70 | Directa | 76,0 | 70-82 | 2 | | 2 | | | 1 | 1 | 3 |
| | | | | 11 | 8 | 6 | 8 | 5 | 11 | 8 | 19 |

[a]Versión del PCAT: CE (child edition), infantil; AE (adult edition), personas adultas.
[b]Persona entrevistada: directamente a la persona o a través de un informador indirecto, en el caso del cuestionario infantil
[c]En el cuestionario de adolescentes se recogió el nivel de estudios más alto entre la madre y el padre.

**TABLA 5** **Viabilidad del cuestionario PCAT: tiempo de administración y opinión de las personas entrevistadas sobre dificultad, comprensión, interés y adecuación del lenguaje del cuestionario. Promedios[a]**

| Versión de PCAT[b] | CE | AE | Total |
|---|---|---|---|
| Tiempo de administración (min) | 5,6 | 5,2 | 5,3 |
| ¿Las preguntas han sido difíciles de responder? | 1,2 | 1,4 | 1,3 |
| ¿Has podido entender las preguntas? | 4,4 | 3,9 | 4,0 |
| ¿Los contenidos de las preguntas han sido interesantes para ti? | 3,4 | 3,3 | 3,3 |
| ¿El lenguaje y el trato del cuestionario te han parecido adecuados? | 3,8 | 3,1 | 3,3 |

[a]Promedios de tiempo en minutos y de puntuación en una escala de tipo Likert de 5 opciones (1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = mucho; 5 = muchísimo) para las restantes preguntas.
[b]Versión del PCAT: CE (child-edition), infantil; AE (adult edition), personas adultas.

## Discusión

Se ha obtenido un conjunto de variables para evaluar la APS desde la perspectiva de la población a la que se ofrece el servicio, a partir del cuestionario de la ESCA-ESB y del PCAT para población adulta (PCAT-AE) e infantil (PCAT-CE, para informadores indirectos), basado en un modelo teórico que establece las características esenciales que debe cumplir la APS. Este trabajo presenta el proceso de selección de ítems y adaptación cultural del cuestionario.

Se espera que estos instrumentos sean útiles para su inclusión en encuestas de salud del ámbito del Estado español. Por este motivo, se seleccionó la cantidad más reducida posible de ítems capaz de recoger las dimensiones del modelo teórico que se consideraron prioritarias, dado el contexto del Sistema Nacional de Salud español y los antecedentes de información que ya se recogían en estas encuestas de salud. Así, los ítems seleccionados permitirán evaluar el grado en que la APS cumple con sus atributos esenciales de ser el primer contacto del usuario con los servicios sanitarios, mantener la continuidad de la atención, coordinar la atención sanitaria y disponer y proporcionar servicios considerados necesarios en este ámbito asistencial. Adicionalmente, se podrá evaluar también su competencia cultural.

Cabe señalar que estas versiones no recogen todas las dimensiones que comprende el instrumento original, y tienen menos ítems. Las dimensiones no incluidas son las de orientación familiar y comunitaria, en ambos cuestionarios, y la de servicios proporcionados para la versión para personas adultas. Esta última dimensión suele estar comprendida en las encuestas de salud, pero a través de otro tipo de preguntas que recogen la declaración de que la persona haya recibido determinadas prácticas preventivas. La reducción de ítems afecta más a la versión de adultos que a la infantil, dado que las dimensiones están compuestas por 1-4 ítems. En próximas evaluaciones del instrumento, mediante un estudio piloto, se analizarán la validez y fiabilidad de las dimensiones calculadas mediante cómputos de medias a partir de los ítems que conforman cada dimensión, tal como se utiliza en el cuestionario original, para comparar su funcionamiento respecto a la versión con mayor cantidad de ítems. A pesar de la limitación en la fiabilidad que puede suponer este reducido número de ítems, se espera tener un instrumento con aceptables propiedades métricas y una cantidad de preguntas que garanticen su viabilidad en estudios de mayor extensión.

Como resultado del pretest, en general, el cuestionario no presentó dificultades, fue comprensible, suficientemente interesante y con una buena adecuación del lenguaje. El pretest sirvió para introducir algunas modificaciones que se espera mejoren la consistencia de las preguntas del cuestionario.

Se ha llevado a cabo un proceso sistemático de traducción y adaptación que responde a estándares internacionales y permite la resolución de problemas de diferencias lingüísticas y semánticas, así como de familiaridad de términos y conceptos en un contexto cultural, en este caso, de organización del sistema sanitario.

Las reuniones de consenso entre investigadores y traductores, las pruebas cognitivas con personas de la población diana y la revisión del proceso por parte de la autora del modelo teórico y el instrumento garantizan que las versiones obtenidas incluyan palabras y preguntas comprensibles por parte de los destinatarios de los cuestionarios, y favorecen su validez de contenido para medir las características que se asume teóricamente que debe cumplir la APS.

### Lo conocido sobre el tema

- **La atención primaria de salud (APS) ha finalizado en España un largo proceso de reforma.**
- **Se han producido cambios importantes en la provisión de servicios de atención primaria.**
- **Hay áreas de evaluación para las cuales no se dispone de instrumentos de evaluación para aplicar en nuestro medio.**

### Qué aporta este estudio

- **La metodología seguida para la obtención de un conjunto de ítems útiles para evaluar algunos atributos esenciales de la APS desde la perspectiva de la población.**
- **Dichos ítems pueden ser fácilmente incorporables en encuestas más amplias de salud que se realizan de manera sistemática.**

En la actualidad, la APS está siendo evaluada a través de la información disponible, hecho que ha llevado a detectar carencias para evaluar áreas tales como la continuidad y la coordinación de la atención. Las versiones en castellano y catalán de preguntas del PCAT para usuarios permitirán tener otro instrumento para la evaluación de la APS e incluir nuevos aspectos en la evaluación en el contexto del sistema sanitario de España y Cataluña. Además, incluir en la evaluación no únicamente la oferta disponible, sino también la oferta percibida por los usuarios potenciales, debe permitir detectar áreas de mejora como, por ejemplo, la accesibilidad de los servicios. La perspectiva de la población es básica en la evaluación de todos los ámbitos del sistema de salud, pero en el caso de la APS adquiere todavía mayor importancia por su cobertura, ya que un 70% de la población acude a las consultas de atención primaria en un año[16]. La principal limitación de este proceso es que no se ha podido realizar la traducción y adaptación de la totalidad del instrumento original, lo que implica que la evaluación que permite hacer de la APS no cubre el modelo teórico en su totalidad. Además, al no poder incluir dimensiones completas, la medida que se obtenga no tendrá la misma validez que la del instrumento original. Aun así, se considera un paso importante disponer de esta versión muy reducida, ya que posibilita que pueda ser incluida en las principales encuestas de salud que se realizan en España en diversos entornos (municipios, comunidades autónomas, nacional). Los cuestionarios aquí presentados serán incluidos en la ESCA 2006 y en el cuestionario ampliado de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006, y son los primeros de un conjunto que se espera tener disponibles a mediano plazo, dada la reconocida necesidad de disponer de instrumentos para evaluar el cumplimiento de las dimensiones de la APS desde la perspectiva de quien oferta los servicios, los gestores y los proveedores de la APS. Un nuevo proyecto que se ha iniciado recientemente, financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, permitirá adaptar las versiones castellana y catalana del PCAT para proveedores de la APS.

## Agradecimiento

Expresamos nuestro agradecimiento a la dirección de la Tercera Encuesta de Salud de Catalunya-Quinta Encuesta de Salud de Barcelona, del año 2006, por ser la impulsora de la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003. Aten Primaria. 2005;35:484-8.
2. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atencion primaria sobre al salud. Aten Primaria 1999;24:468-74.
4. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls Econòmics. 1997;30:7-11.
5. Plaza Tesías A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35: 122-9.
6. Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C, en representación de los miembros del Grupo Asesor. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35:130-9.
7. Villalbí JR, Pasarín MI, Montaner I, Cabezas, Starfield B y Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atencion Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la Atencion Primaria. Aten Primaria. 2003;31:382-5.
8. Sans-Corrales M, Rujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health ans costs. Fam Pract. 2006; 23:308-16.
9. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Fam Pract. 2001;50:161.
10. Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2002.
11. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000;105:998-1003.
12. 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.
13. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. Qual Life Res. 2002;11:193-205.
14. Forsyth BH, Lessler JT. Cognitive laboratory methods: a taxonomy. En: Biemer P, Groves R, Lyberg L, Mathiowetz N, Sudman S, editores. Measurement errors in surveys. New York: Wiley; 1991. p. 393-418.
15. Conrad F. Verbal reports are data! A theorical approach to cognitive interviews. 2003 [en línea] [accedido 17 Sept 2003]. Disponible en URL: http://www.fcsm.gov/99papers/conrad1.pdf
16. Cabezas-Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot-Adell M, Megido-Badía MJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2005;36 Suppl 2:27-46.