

# Validación de la versión en español del cuestionario PCAS<sup>1</sup> para evaluar la atención primaria de salud

Narly Benachi Sandoval,<sup>2</sup> Alejandro Castillo Martínez,<sup>3</sup> Josep M. Vilaseca Llobet,<sup>2</sup> Susanna Torres Belmonte<sup>2</sup> y Ester Risco Vilarasau<sup>2</sup>

## Forma de citar

Benachi Sandoval N, Castillo Martínez A, Vilaseca Llobet JM, Torres Belmonte S, Risco Vilarasau E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(1):32-9.

## RESUMEN

**Objetivo.** Adaptar el cuestionario PCAS (del inglés Primary Care Assessment Survey) al idioma español y determinar su validez y su fiabilidad cuando se trata de identificar las debilidades y las fortalezas que se observan en la atención primaria de salud (APS).

**Métodos.** Estudio de adaptación y validación de un cuestionario-encuesta. Se seleccionó una muestra por conveniencia de 244 usuarios de servicios de APS, mayores de 18 años y con al menos dos visitas institucionales al momento de ser incluidos en el estudio. Se utilizaron las variables: accesibilidad, continuidad, integralidad, integración, interacción clínica, trato interpersonal y confianza. Se validaron la apariencia, mediante análisis de distribución de las respuestas, análisis de participación y patrones de no respuesta; el constructo, mediante análisis factorial exploratorio usando el método de componentes principales y rotación Varimax; el criterio, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la fiabilidad, usando el alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclase.

**Resultados.** En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 11 factores que explicaron 68,38% de la variabilidad original. La validez de criterio mostró una correlación adecuada entre la medida resumen de la escala y las variables "ad hoc" Q33b (valor de  $r_{x1x2} = 0,569$ ;  $P = 0,01$ ) y Q32 (valor de  $r_{x1x2} = 0,600$ ;  $P = 0,01$ ). La escala obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,94. La fiabilidad test-retest ( $F [1,140] = 0,155$  [ $P = 0,694$ ]) demostró que la escala es estable en el tiempo.

**Conclusiones.** Las propiedades psicométricas de la versión adaptada del cuestionario PCAS permiten afirmar que se trata de una escala válida y fiable para evaluar la atención primaria desde un enfoque de continuidad asistencial basada en la relación médico-paciente.

## Palabras clave

Encuestas de atención de la salud; atención primaria de salud; estudios de validación; calidad de la atención de salud; España.

<sup>1</sup> Siglas en inglés de Primary Care Assessment Survey (encuesta para evaluar la atención primaria).

<sup>2</sup> Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE), Barcelona, España. La correspondencia se debe dirigir a Narly Benachi Sandoval. Correo electrónico: nbenachi@clinic.ub.es

<sup>3</sup> Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública, Cali, Colombia.

En las últimas décadas, la visión del proceso salud-enfermedad ha experimentado cambios formidables. Los sistemas de salud de los países han reorientado el manejo de salud de sus poblaciones con el convencimiento de

que para mejorar la calidad de la vida es crucial enfocarse en medidas y acciones de prevención, detección y manejo oportuno del riesgo de enfermarse (1-9). Un hito en estos avances lo constituyó la Conferencia de Alma-Ata, convocada en

1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se definió la atención primaria como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación” (10).

A partir de esta definición, todos los países interpretaron y adaptaron la atención primaria de salud (APS) a sus respectivos contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Años más tarde, la transformación de los sistemas sanitarios llevó a marcar diferencias en los tipos de APS. En la Unión Europea y otros países industrializados, por ejemplo, se convirtió en la puerta de entrada del sistema de salud y el lugar donde se instrumenta la continuidad del cuidado y la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia. En los países en vía de desarrollo, por otro lado, la APS es selectiva, concentrándose en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en la población (11).

Aun cuando se implementa con diferentes enfoques, este nivel de atención ha sido objeto de numerosos estudios que han contribuido a aumentar el conocimiento relacionado con su dinámica, determinando sus atributos y proponiendo la aplicación de cuestionarios validados para identificar la interacción de las distintas variables que influyen en la práctica asistencial enmarcada en los modelos de APS (12–14). Un ejemplo es la investigación realizada por el Instituto de Salud del Centro Médico de Nueva Inglaterra, Estados Unidos, durante la cual se desarrollaron y determinaron las propiedades psicométricas de un cuestionario auto-administrado (Primary Care Assessment Survey [PCAS]) para evaluar la APS (14). El constructo teórico de este instrumento se basó en la definición propuesta por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) en una reunión sobre el futuro de la atención primaria celebrada en 1994. El IOM definió entonces la APS como la prestación de servicios de salud integrados y accesibles, con los médicos como los profesionales responsables de

hacer frente a la mayoría de las necesidades de la población, desarrollando una colaboración sostenida con los pacientes y aplicando la práctica en el contexto de la familia y la comunidad.

Posterior a la validación del PCAS, el cuestionario original (en idioma inglés) fue utilizado en diversos países no solo para evaluar la APS en los sistemas de salud, sino para múltiples fines relacionados por ejemplo con planes de seguro de salud, servicios asistenciales, valoración de la adherencia del paciente a indicaciones médicas y determinación de factores organizacionales asociados a la atención primaria (12–21). También fue aprovechado para investigaciones, como las realizadas por Boyd y colaboradores y Roumie y colaboradores, las cuales aportaron datos probatorios suficientes sobre la importancia de la atención centrada en el paciente como elemento esencial de la APS (22, 23).

Con estos antecedentes, y a partir del modelo de atención primaria utilizado en España, el presente estudio tuvo como objetivos adaptar el cuestionario PCAS al idioma español y determinar su validez y su fiabilidad cuando se trata de identificar las debilidades y las fortalezas que se observan en la atención primaria de salud, con un enfoque de continuidad asistencial basada en la relación médico-paciente.

## MÉTODOS

Se realizó un trabajo de adaptación al español y de validación del cuestionario PCAS. El cuestionario original, diseñado en Estados Unidos, fue traducido simultánea e independientemente por tres profesionales bilingües con experiencia en el manejo de escalas en servicios de salud. Posteriormente los tres se reunieron para cotejar las versiones, acordar una traducción común, debatir discrepancias, documentar las decisiones tomadas y por último acordar una versión consensuada. De este modo se favoreció la claridad expresiva, la utilización de un lenguaje común y la equivalencia conceptual de los textos en relación con la versión original.

La versión traducida y consensuada fue remitida para retro-traducción a un profesional estadounidense fluente en español. Ya en la última fase, los responsables verificaron la coherencia entre la versión traducida y la retro-traducida, centrándose en la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y concep-

tual de ambas versiones. En caso de discrepancias debidas a diferencias culturales, predominó el criterio de mantener el sentido de los ítems sobre su significado literal.

El nuevo cuestionario en español se administró mediante entrevista cognitiva a cinco personas de un centro de atención primaria (CAP) con características similares a la población diana. En las preguntas que plantearon dificultades en su comprensión, se hizo una indagación más profunda destinada a facilitar el proceso de análisis y el ajuste de los ítems, garantizando así una versión considerada óptima que luego fue aplicada a la muestra del estudio (24).

La selección de los participantes en el estudio fue por muestreo consecutivo, de acuerdo a las visitas habituales consignadas en las agendas de enfermería y trabajo social de dos CAP urbanos de Barcelona (España) entre febrero y abril de 2010. La muestra incluyó a 244 usuarios mayores de 18 años de ambos centros, con un mínimo de dos visitas durante los 12 meses previos a la firma del consentimiento informado de participar en la investigación. El tamaño muestral se determinó por el cálculo de cinco pacientes por ítem (25). En el cuadro 1 se pueden observar los dominios de la versión adaptada del cuestionario PCAS.

La fiabilidad “test-retest” se hizo en una submuestra de 165 individuos, a quienes se les auto-administró el cuestionario en dos oportunidades. El segundo cuestionario fue contestado en el centro, por llamada telefónica o por correo postal, entre los 7 y 14 días después de la primera auto-administración. En la figura 1 se muestra el proceso de inclusión de los participantes durante el estudio.

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa SPSS® versión 18. Para asegurar la coherencia en la direccionalidad de los ítems, se invirtieron las puntuaciones de los ítems Q14a, Q15a, Q23a, Q23c, Q23e, Q23f y Q26. En aquellos casos donde los valores se encontraron fuera de rango o eran desconocidos, se auditaron los cuestionarios para comprobar la concordancia entre las respuestas dadas por los participantes y las registradas en la base de datos del investigador.

Cuando hubo falta de datos, se evaluó la posibilidad de hacer la imputación de valores perdidos, calculando un puntaje si el participante respondía al menos 50% de los puntos en una escala. A

**CUADRO 1. Dominios de la versión adaptada al español del cuestionario PCAS<sup>a</sup> para evaluar la atención primaria de salud, Barcelona, España, 2010**

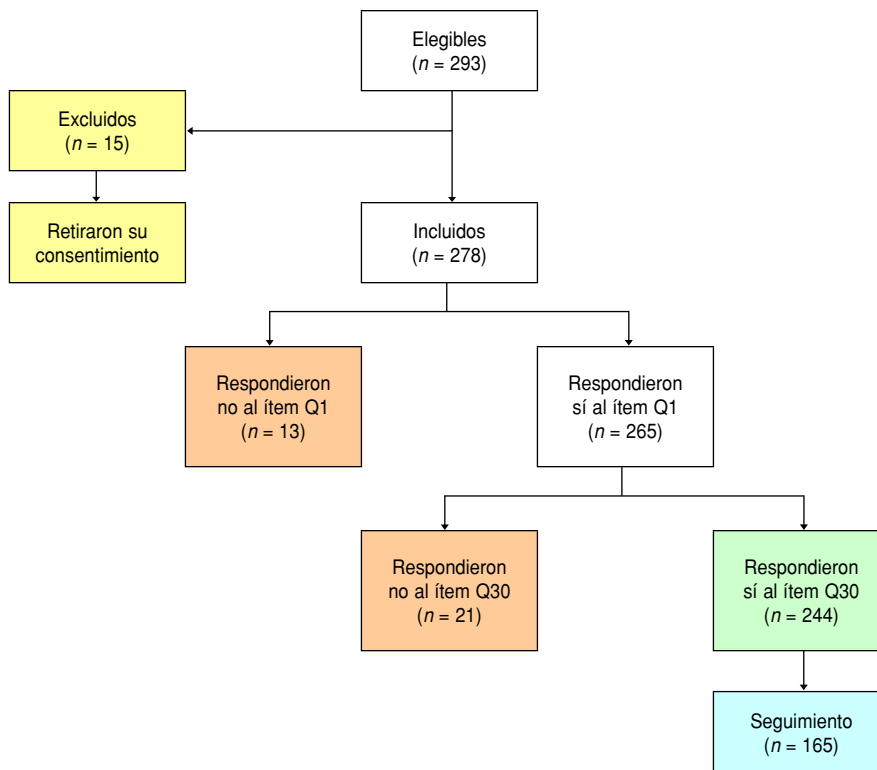
Dominio	Definición
Accesibilidad	Grado en el que las personas pueden utilizar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas (accesibilidad a servicios complementarios [Q11b-Q12b]/organizacional [Q7b-Q8b-Q9b-Q10b-Q13a-Q13b]).
Continuidad	Grado en que el paciente entra en contacto con los profesionales de salud, durante su proceso diagnóstico y terapéutico (continuidad longitudinal [Q2] y continuidad basada en la frecuencia de visitas [Q14a-Q15a]).
Integralidad	Grado de conocimiento que tiene el profesional de salud acerca del paciente (conocimientos de la población a cargo [Q25a-Q25b-Q25c-Q25d-Q26] y consejería preventiva [Q21a-Q21b-Q21c-Q21d-Q21e-Q21f-Q21g]).
Integración	Grado en que el médico da soporte al paciente para facilitar el proceso de manejo clínico con otras disciplinas, si fuera necesario (Q31a-Q31b-Q31c-Q31d-Q31e-Q31f).
Interacción clínica	Grado de comunicación y minuciosidad que tiene el médico al atender / explorar al paciente (comunicación médico-paciente [Q17a-Q17b-Q17c-Q17d-Q17e-Q18] y minuciosidad en la exploración física [Q16a]).
Trato interpersonal	Grado de empatía y de relación entre el profesional de salud y el paciente (Q19a-Q19b-Q19c-Q19d-Q19e).
Confianza	Grado de seguridad que tiene el paciente acerca de lo que el médico puede hacer en una determina situación (Q23a-Q23c-Q23e-Q23f-Q23b-Q23d-Q23g-Q24).

**Fuente:** elaboración de los autores a partir de las referencias 13 y 14.

**Nota:** en paréntesis se presentan los factores e ítems que componen cada dominio. Los ítems en cursiva requirieron el proceso de recodificación.

<sup>a</sup> Siglas en inglés de Primary Care Assessment Survey (encuesta para evaluar la atención primaria).

**FIGURA 1. Proceso utilizado para seleccionar a los entrevistados con la versión adaptada al español del cuestionario PCAS<sup>a</sup> para evaluar la atención primaria de salud, Barcelona, España, 2010**



**Fuente:** elaboración de los autores.

**Nota:** la tasa de respuesta fue de 83,28%.

<sup>a</sup> Siglas en inglés de Primary Care Assessment Survey (encuesta para evaluar la atención primaria).

continuación se procedió a recalibrar los ítems Q21a, Q21b, Q21c, Q21d, Q21e, Q21f, Q21gb y Q24, para garantizar que todos los ítems de la escala contribuyeran igualmente al puntaje total. El paso final consistió en transformar el puntaje inicial de cada dominio a un valor continuo, donde 0 fue el puntaje más bajo posible y 100 el más alto posible. La fórmula para calcular la puntuación de la escala transformada fue:

$$\frac{\text{Puntuación actual de la escala} - \text{puntuación mínima posible de la escala}}{\text{Puntuación máxima posible de la escala}} \times 100$$

Para establecer la validez de contenido se conformaron dos grupos de trabajo, uno de usuarios con características similares a la muestra y otro de profesionales de salud ligados a la atención primaria. Ambos grupos fueron integrados por tres participantes, a quienes se les entregó un “plan normalizado de trabajo” para garantizar la estandarización en el proceso de valoración de los ítems. Esta validez no supuso un concepto estadístico, sino que dependió de los juicios que los integrantes de los grupos hicieron sobre la pertinencia de los ítems.

La validación de apariencia, por otro lado, se llevó a cabo mediante análisis de la distribución de las respuestas, identificándose los efectos de techo y suelo por ítem, y análisis de participación y patrones de no respuesta, en tanto que la validez de constructo se determinó a través de un análisis factorial exploratorio usando el método de componentes principales con rotación varimax. La validación de criterio se efectuó analizando el coeficiente de correlación de Pearson entre la medida resumen de la escala y los ítems que se utilizaron como preguntas “ad hoc”, después de comprobar la normalidad en la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors.

La fiabilidad-consistencia interna se comprobó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, considerándose como buena cuando el valor de alfa estuvo entre 0,7 y 0,9. Finalmente, la fiabilidad test-retest se hizo aplicando el coeficiente de correlación intraclass, calculado por medio del análisis de varianza (ANOVA, por sus siglas en inglés) de mediciones repetidas.

El desarrollo del estudio se ciñó a las consideraciones éticas de la Declaración

**CUADRO 2. Características sociodemográficas de la población estudiada con la versión adaptada al español del cuestionario PCAS<sup>a</sup> para evaluar la atención primaria de salud, Barcelona, España, 2010 (n = 244)**

Característica	No.	%
Edad (años)		
< 60	87	35,7
60–70	68	27,9
70–80	65	26,6
>80	24	9,8
Ocupación		
Trabajador/asalariado	78	32,0
Desempleado con subsidio del Estado	13	5,3
Desempleado	7	2,9
Estudiante	3	1,2
Labores del hogar	75	30,7
Pensionado	67	27,5
Sin datos	1	0,4
Titular/beneficiario de algún seguro privado		
Sí	109	44,7
No	126	51,6
Sin datos	9	3,7
Nivel educativo		
Sin estudios	11	4,5
Primario	57	23,4
Secundario	10	4,1
Grado medio	37	15,2
Grado superior	17	7,0
Bachillerato	43	17,6
Universitario	49	20,1
Post-universitario	15	6,1
Sin datos	5	2,0
Percepción del estado de salud		
Excelente	3	1,2
Muy buena	17	7,0
Buena	114	46,7
Regular	88	36,1
Mala	18	7,4
Sin datos	4	1,6

**Fuente:** elaboración de los autores.

<sup>a</sup> Siglas en inglés de Primary Care Assessment Survey (encuesta para evaluar la atención primaria).

de Helsinki, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Ley Orgánica 15/1999 de España, que garantiza y protege la confidencialidad de los datos.

## RESULTADOS

De los 244 usuarios de los dos CAP que participaron en el estudio, 154 (63,11%) fueron mujeres con una media de edad de 62,67 años (desviación estándar [DE]: 14,76; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 60,32–65,02), mientras que la media de edad de los 90 hombres participantes (36,89%) fue de 65,51 años (DE: 13,88; IC95%: 62,60–68,42). En el cuadro 2 se muestran las características sociodemográficas de los pacientes que formaron parte del estudio.

Como parte de la adaptación cultural del cuestionario PCAS, el factor accesibilidad financiera de la versión original fue reemplazado por accesibilidad a ser-

vicios complementarios (p. ej. ayudas diagnósticas y especialistas). Los ítems relacionados con actividades preventivas como educación en el uso del cinturón de seguridad y en el manejo del estrés, por otra parte, fueron reemplazados por vacunación contra la gripe y consumo de sustancias ilegales o psicoactivas. Finalmente, los ítems relacionados con la ayuda del médico para seleccionar y obtener una visita pronta con los especialistas fueron reemplazados por actividades relacionadas con el proceso de derivación a las especialidades.

La validez de contenido reveló que los ítems relacionados con el conocimiento del médico sobre el paciente como persona (Q25d), derivación al especialista (Q31a), tiempo que dedica el médico al paciente (Q19a) y percepción sobre la inseguridad del médico (Q23b) no evaluaron con claridad el dominio al que pertenecían. Respecto a la validez de apa-

riencia, se observó que 10,66% ( $n = 26$ ) de los participantes no respondieron algún ítem, hallándose que el tiempo de espera para acceder a las ayudas diagnósticas (Q12b) y la continuidad asistencial en las visitas urgentes/prioritarias (Q15a) fueron los ítems más conflictivos. Se observó que el ítem Q15a no presentó efecto suelo ni techo, mientras que el Q12b —que obtuvo 67,78% de los datos en las opciones regular a muy malo— sugirió una tendencia al efecto suelo.

El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (0,905) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2 = 6903,445$ ;  $P < 0,001$ ) revelaron que la muestra cumplía los criterios para realizar el análisis factorial, el cual determinó una estructura de 11 factores: integración del cuidado; accesibilidad organizacional; accesibilidad a servicios complementarios; continuidad basada en la frecuencia de las visitas; continuidad longitudinal; minuciosidad de la exploración física, comunicación y trato interpersonal; prevención de hábitos tóxicos y conductas sexuales de riesgo; conocimiento de la población a cargo; seguridad percibida; fomento de hábitos saludables, y percepción del paciente sobre la praxis médica. Estos factores en conjunto explicaron 68,38% de la varianza total de los resultados. Tras la rotación de la matriz, el primer factor explicó 20,38% de la varianza, lo que confirma a esta escala como multidimensional.

Los factores 2 (integración del cuidado), 5 (accesibilidad organizacional), 7 (accesibilidad a servicios complementarios), 10 (continuidad basada en la frecuencia de las visitas) y 11 (continuidad longitudinal) midieron claramente las mismas variables del PCAS original.

Los factores 1, 3, 4, 6, 8 y 9 generaron nuevas agrupaciones de los ítems para evaluar las demás variables del cuestionario. El factor 1 obtuvo cargas factoriales altas para ítems que forman parte del dominio minuciosidad de la exploración física, comunicación y trato interpersonal. Incluyó además el ítem que evalúa el grado de confianza en el médico y el ítem que mide el conocimiento de la historia clínica del paciente. El factor 3 mostró cargas factoriales altas para la mayoría de los ítems que conforman el dominio conocimiento de la población a cargo, el 4 obtuvo cargas factoriales altas para ítems relacionados con la prevención de hábitos tóxicos y conductas sexuales de

**CUADRO 3. Análisis factorial exploratorio (método de extracción: componentes principales) y método de rotación (normalización Varimax con Kaiser),<sup>a</sup> Barcelona, España, 2010**

Dominio	Ítem	Factores Varianza <sup>b</sup>										
		1 20,38	2 6,91	3 5,96	4 5,82	5 5,68	6 5,46	7 4,63	8 3,99	9 3,96	10 3,39	11 2,20
Minuciosidad de la exploración física	Q16a	0,56										
Comunicación	Q17a	0,73										
	Q17b	0,82										
	Q17c	0,84										
	Q17d	0,78										
	Q17e	0,83										
	Q18	0,62										
Trato interpersonal	Q19a	0,69										
	Q19b	0,82										
	Q19c	0,84										
	Q19d	0,81										
	Q19e	0,80										
Grado de confianza en el médico	Q24	0,51										
Conocimiento de la historia clínica del paciente	Q25a	0,60										
Integración del cuidado	Q31a		0,69									
	Q31b		0,66									
	Q31c		0,68									
	Q31d		0,67									
	Q31e		0,68									
	Q31f		0,52									
Conocimientos de la población a cargo	Q25b			0,70								
	Q25c			0,58								
	Q25d			0,76								
	Q26			0,67								
Consejería preventiva (hábitos tóxicos y conductas sexuales de riesgo)	Q21a				0,80							
	Q21b				0,81							
	Q21c				0,79							
	Q21g				0,63							
Accesibilidad organizacional	Q7b					0,62						
	Q8b					0,65						
	Q9b					0,60						
	Q10b					0,53						
	Q13a					0,63						
	Q13b					0,53						
Seguridad percibida	Q23a						0,55					
	Q23c						0,63					
	Q23e						0,76					
	Q23f						0,65					
Accesibilidad a servicios complementarios	Q11b							0,86				
	Q12b							0,89				
Consejería preventiva (fomento de hábitos saludables)	Q21d								0,67			
	Q21e								0,73			
	Q21f								0,72			
Percepción del paciente sobre la praxis médica	Q23b									0,70		
	Q23d									0,79		
	Q23g									0,66		
Continuidad basada en la frecuencia de visitas	Q14a										0,83	
	Q15a										0,78	
Continuidad longitudinal	Q2											0,57

**Fuente:** elaboración de los autores.

<sup>a</sup> La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

<sup>b</sup> Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación (porcentaje de la varianza).

riesgo y el 6 para ítems relacionados con la seguridad percibida. El factor 8 mostró cargas factoriales altas para ítems relacionados con el fomento de hábitos saludables, en tanto el factor 9 presentó

cargas factoriales altas para ítems relacionados con la percepción del paciente sobre la praxis médica (cuadro 3).

Los resultados del análisis de correlación verificaron que la puntuación total

de la versión adaptada del PCAS correlaciona significativamente con el ítem Q33b (valor de  $r_{\times 1 \times 2} = 0,569$ ;  $P = 0,01$ ), al igual que con el ítem Q32 (valor de  $r_{\times 1 \times 2} = 0,600$ ;  $P = 0,01$ ). Obtuvo asimismo

**CUADRO 4. Consistencia interna de la versión adaptada al español del cuestionario PCAS<sup>a</sup> para evaluar la atención primaria de salud, Barcelona, España, 2010**

Dominio	Alfa de Cronbach
Accesibilidad	0,79
Continuidad	0,48
Integralidad	0,75
Integración	0,88
Interacción clínica	0,92
Trato interpersonal	0,93
Confianza	0,73

**Fuente:** elaboración de los autores.

<sup>a</sup> Siglas en inglés de Primary Care Assessment Survey (encuesta para evaluar la atención primaria).

un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,94 para el conjunto de la escala y para cada dominio que lo compone osciló entre 0,48 y 0,93 (cuadro 4).

Al evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario PCAS no se presentó diferencia entre los resultados obtenidos ( $F [1,140] = 0,155 [P = 0,694]$ ), demostrando buena concordancia entre los resultados de la escala al aplicar el instrumento en diferentes momentos.

## DISCUSIÓN

La versión adaptada al español del cuestionario PCAS demostró tener propiedades psicométricas adecuadas, lo cual permite concluir que se trata de una escala válida y fiable para medir la atención primaria desde un contexto multidimensional —que se refleja en los 11 factores que la componen. Tal multidimensionalidad apoya la definición expuesta en la Declaración de Alma-Ata y la del IOM. Asimismo, se ratifica en diversos estudios que han valorado la calidad de la atención primaria a partir de una serie de atributos como accesibilidad, coordinación, integralidad, continuidad, integración, trato interpersonal, confianza e interacción clínica (2, 3, 9, 18).

Durante el proceso de adaptación cultural, las traducciones —incluida la búsqueda de equivalencias semánticas de los ítems— tuvieron en cuenta las diferencias existentes entre el sistema sanitario español y el de Estados Unidos —de donde el PCAS es originario. En el caso de España, el modelo de sanidad es público y otorga a los usuarios una base amplia de servicios sin copagos (excepto en medicamentos), pero tiene la limitación de no ofrecer el derecho a

elegir, puesto que la red de servicios de salud está organizada en el espacio territorial y, según donde resida, el usuario tiene a disposición un CAP, un hospital y servicios especializados y complementarios de referencia determinados. Por el contrario, el sistema estadounidense es privado y proporciona libertad de elección al asegurado, siempre y cuando (el usuario) tenga capacidad de pago para acceder a ese servicio, hecho que desencadena la limitación de no ser una atención de cobertura universal equitativa, puesto que quien tiene mayor poder adquisitivo recibe mejores servicios sanitarios.

Por tal razón las preguntas vinculadas a los seguros copagos (accesibilidad financiera), al no ser un problema en el acceso a la atención primaria en España, fueron remplazadas por otras relacionadas con las dificultades para acceder a los servicios complementarios debido a las listas de espera. Del mismo modo, dado que las actividades preventivas relacionadas con el uso del cinturón de seguridad y el estrés no forman parte de las intervenciones prioritarias en la atención primaria de este país, fueron sustituidas por la prevención de sustancias ilegales o psicoactivas y la vacunación contra la gripe, actividades preventivas que sí son de interés en el ámbito español (3, 5). Por último, en razón de que en este país el proceso administrativo de derivación de pacientes a las diferentes especialidades o servicios complementarios no es manejado por los médicos, se decidió modificar estos ítems por actividades propias del médico español en la gestión de las derivaciones.

En la validez de apariencia, los ítems relacionados con el tiempo de espera para acceder a las ayudas diagnósticas y la continuidad asistencial en las visitas urgentes/prioritarias presentaron mayor tasa de no respuesta, debido en gran medida a que los usuarios no habían utilizado estos servicios por la asistencia pública, ya fuera porque tenían seguro privado o porque su condición de salud no lo requería. La validez de contenido aportó información relacionada con la poca claridad de algunos ítems al interior de los factores: conocimientos de la población a cargo, integración, trato interpersonal y confianza. Este hallazgo se corroboró en el análisis factorial, donde se obtuvieron seis factores con agrupaciones de variables distintas a la versión original del cuestionario.

La comunicación y minuciosidad en la exploración física se fusionaron en la construcción del factor 1, denominado trato interpersonal. El conocimiento de la población a cargo, pese a tener un ítem incluido en el factor 1, estuvo bien representado en el factor 3. La asesoría preventiva estuvo representada en el factor 4 como prevención de hábitos tóxicos y conductas sexuales de riesgo (actividades preventivas en población de riesgo) y, en el factor 8, como fomento de hábitos saludables (p. ej. dieta, actividad física y vacunación contra la gripe). La división de este factor se vio condicionada al tipo de actividades preventivas que se brindan a la comunidad de acuerdo al ciclo vital y a las necesidades o problemas de salud de cada individuo.

La confianza estuvo representada en el factor 6 —seguridad peribida— y, en el factor 9, como percepción del paciente sobre la praxis médica. Finalmente, el ítem grado de confianza en el médico quedó incluido en el factor 1. La división de este factor pudo estar condicionada por la variabilidad en el sentido de redacción de los ítems o por el grado de dificultad de los pacientes para evaluar la praxis o conducta médica, lo que en cualquier caso es una valoración subjetiva y depende en gran medida del grado de relación existente entre el médico y el paciente.

En la validez de criterio el PCAS tiene una pregunta que indaga el grado de satisfacción con el médico, la cual en la versión española incluyó un ítem sobre la satisfacción con la atención recibida en el CAP. La mejor correlación se presentó con el ítem de satisfacción con el médico, hallazgo que corrobora la premisa de evaluación de la atención primaria desde el contexto de la relación médico-paciente.

Al evaluar la fiabilidad de consistencia interna con el alfa de Cronbach, el PCAS mostró una alta homogeneidad de datos, sugiriendo la inclusión de ítems redundantes que bien podrían ser excluidos de la versión adaptada al idioma español. No obstante se decidió no suprimir variables, basados en el marco teórico que sustenta los constructos del PCAS y en la interpretación coherente de los dominios. Los resultados garantizan la posibilidad de efectuar sumatorios para obtener una puntuación total de la escala. Este hallazgo se presentó también en la versión original de la escala, donde los valores de consistencia interna fue-

ron superiores a 0,74 (13). Por último, al evaluar la estabilidad temporal, los resultados del análisis de correlación fueron significativos, demostrando que la escala es estable en el tiempo.

En síntesis, el PCAS es un instrumento de medición clave para valorar la percepción de la atención que recibe el usuario a partir de la relación existente entre el médico y el paciente. Contar con este cuestionario adaptado seguramente favorecerá el desarrollo de estrategias para fortalecer la prestación de servicios de salud, aumentando así la satisfacción de los pacientes y mejorando el estado de salud de las poblaciones.

Vale señalar que los resultados del cuestionario PCAS adaptado están asociados al modelo de asistencia sanitaria español, por lo cual, antes de aplicar la escala en otro país, será indispensable realizar un proceso de adaptación y validación según corresponda. Aun cuando la muestra no fue estratificada por edad y el método de selección de los participantes fue por muestreo consecutivo, la media de edad concuerda con el tipo de población que acude a los centros de atención primaria en España, dato que además se puede corroborar en los estudios EROCAP y BRAND II, donde

la media de edad fue de  $60,6 \pm 14,3$  y  $64,40 \pm 11,50$ , respectivamente (26, 27).

Respecto a las limitaciones en la autoadministración del cuestionario, se detectó una media de tiempo superior a la reportada por los autores de la versión original del PCAS, lo cual refleja la necesidad de reducir la extensión de la escala mediante el modelo de ecuaciones estructurales. En este sentido, se propone desarrollar a futuro un estudio cuyos objetivos sean reducir y validar la escala simplificada del PCAS. Con relación a la salud pública, disponer de una escala válida para evaluar la atención primaria con un enfoque multidimensional debería facilitar la planificación, implementación y seguimiento de estrategias de mejora continua en la prestación de servicios de salud, particularmente en el ámbito de la atención primaria.

**Agradecimientos.** Los autores quieren dar las gracias en primer lugar a los usuarios de CAPSE, sin cuya colaboración este estudio no hubiera sido posible. También expresan su gratitud a Sandra Fontanals, Míreia López, Elena Mañes, Jordi Mondejar, Francesc Pont y Marina Rovira por su participación en la valoración cualitativa de la escala. Agradecen también al

grupo de trabajo del estudio PCAS por la inclusión y el seguimiento de usuarios —y en especial a Calvin Hodge, Susana González Martínez y Tania Ramis por el trabajo realizado en el proceso de traducción y adaptación del cuestionario—; a Laura Sebastián, gerente de CAPSE, por permitir el desarrollo del estudio en los centros de atención primaria, y a la Maestría de Epidemiología de la Universidad del Valle, por el apoyo metodológico. Finalmente agradecen a los autores de la versión original del PCAS: Safran DG/The Health Institute® y New England Medical Center, por autorizar la traducción y adaptación del cuestionario.

**Grupo de trabajo del estudio PCAS.** Pilar Abadía; Irene Aldea; Carmen Alvira; Inmaculada Carreras; Jordi Casasayas; Cristina Colungo; María Isabel Español; Noemí García Planas; María Teresa Garrido Sánchez; Susana González Martínez; Carmen Herranz; Calvin Hodge; Gemma Hormigo; Eva Martínez; Carmen Pérez Martín; Silvia Porcar; Ester Gisset Prieto; Tania Ramis; Nuria Rodríguez Valiente; Silvia Roura; Remedios Ruiz; Nuria Sansuan Gallart; Silvia Santiago González; Rosa Segarra; María Isidora Torralba Ríos.

## REFERENCIAS

- Safran DG, Wilson IB, Rogers WH, Montgomery JE, Chang H. Primary care quality in the medicare program. Comparing the performance of medicare health maintenance organizations and traditional fee-for-service medicare. *Arch Intern Med.* 2002(7);162:757–65.
- Lin BY, Lin CC, Lin YK. Patient satisfaction evaluations in different clinic care models: care stratification under a national demonstration project. *Health Place.* 2010;16(1):85–92.
- Chacón Fuertes J, Jurado Moreno J, Martín Carpena G, Robledo del Corro M, Sáenz Martínez FJ. Autogestión en la atención primaria española. Análisis de la situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y mediano plazo. *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia;* 2008. Disponible en: [http://www.semg.es/doc/documentos\\_SEMG/auto\\_gestion\\_ap.pdf](http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/auto_gestion_ap.pdf) Acceso el 11 de julio de 2011.
- Organización Mundial de la Salud. Introducción y panorámica. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf) Acceso el 11 de julio de 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007–2012. Proyecto AP-21; 2007. Disponible en: [http://www.msps.es/profesionales/proyectosActividad/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msps.es/profesionales/proyectosActividad/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf) Acceso el 11 de julio de 2011.
- Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2–3):177–85.
- Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among canadian experts. *Ann Fam Med.* 2007;5:336–44.
- Rodríguez HP, von Glahn T, Rogers WH, Chang H, Fanjiang G, Safran DG. Evaluating patients' experiences with individual physicians. A randomized trial of mail, internet, and interactive voice response telephone administration of surveys. *Med Care.* 2006;44(2):167–74.
- Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Intern Med.* 2003;138(3):248–55.
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la conferencia internacional sobre la atención primaria de salud. Alma-Ata; 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> Acceso el 11 de julio de 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=10269&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10269&Itemid) Acceso el 11 de julio de 2011.
- Institute of Medicine. Report of a study. A manpower policy for primary health care. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1978. Disponible en: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9932&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9932&page=R1) Acceso el 25 de septiembre de 2011.
- Institute of Medicine. Defining primary care. An interim report. Washington, D.C.: National Academy Press; 1994. Disponible en: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9153&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9153&page=R1) Acceso el 25 de septiembre de 2011.
- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care.* 1998;36(5):728–39.
- Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res.* 2002;37(3):529–50.

16. Safran DG, Rogers WH, Tarlov AR, Inui T, Taira DA, Montgomery JE, et al. Organizational and financial characteristics of health plans. Are they related to primary care performance? *Arch Intern Med.* 2000;160:69-76.
17. Wilson IB, Rogers WH, Chang H, Safran DG. Cost-related skipping of medications and other treatments among medicare beneficiaries between 1998 and 2000. Results of a national study. *J Gen Intern Med.* 2005;20(8):715-20.
18. Montgomery JE, Irish JT, Wilson IB, Chang H, Li AC, Rogers WH, et al. Primary care experiences of medicare beneficiaries, 1998 to 2000. *J Gen Intern Med.* 2004;19(10):991-8.
19. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in english general practice: observational study. *BMJ.* 2001;323(7316):784-7.
20. Safran DG, Karp M, Coltin K, Chang H, Li A, Ogren J, et al. Measuring patients' experiences with individual primary care physicians. Results of a statewide demonstration project. *J Gen Intern Med.* 2006;21(1):13-21.
21. Taira DA, Safran DG, Seto TB, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, et al. Asian-American patient ratings of physician primary care performance. *J Gen Intern Med.* 1997;12(4):237-42.
22. Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):536-42.
23. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K, et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med.* 2010.
24. Castillo Díaz M. Utilidad de los métodos de pretest para la evaluación de los cuestionarios en la investigación mediante encuesta [tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2009. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18595820.pdf> Acceso el 11 de julio de 2011.
25. Garson G. Factor analysis. *Statnotes: Topics in multivariate analysis*; 2011. Disponible en: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm> Acceso el 11 de julio de 2011.
26. De Francisco AL, De la Cruz JJ, Cases A, De la Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JI, et al. Prevalence of kidney insufficiency in primary care population in Spain: EROCAP study. *Nefrologia.* 2007;27(3):300-12.
27. Abellan Aleman J, Prieto Diaz MA, Leal Hernandez M, Balanza Galindo S, De la Sierra IA, Martell CN, et al. Evaluación y control de los hipertensos diabéticos atendidos en centros de atención primaria de España. Estudio BRAND II. *Aten Primaria.* 2011;43(6):297-304.

Manuscrito recibido el 17 de marzo de 2011. Aceptado para publicación, tras revisión, el 22 de junio de 2011.

## ABSTRACT

### Validation of the Spanish version of the Primary Care Assessment Survey questionnaire

**Objective.** Adapt the Primary Care Assessment Survey (PCAS) questionnaire to the Spanish language and determine its validity and reliability in identifying strengths and weaknesses in primary health care (PHC).

**Methods.** Study of the adaptation and validation of a questionnaire-survey. The suitable sample selected was 244 users of PHC services. The users were over 18 years of age and had had at least two institutional visits prior to being included in the study. The variables used were access, continuity, comprehensiveness, integration, clinical interaction, interpersonal treatment, and trust. Participation was confirmed through analysis of the distribution of responses; participation and patterns of nonresponse; the construct, through exploratory factorial analysis, using principal component analysis and the varimax rotation; the criterion, through the Pearson product-moment correlation coefficient; and reliability using Cronbach's alfa and the intraclass correlation coefficient.

**Results.** The exploratory factorial analysis obtained 11 factors that explain 68.38% of the original variability. The criterion validity showed a sufficient correlation between the summary measure of the scale and the ad hoc variables Q33b (value of  $r_{x1x2} = 0.569$ ;  $P = 0.01$ ) and Q32 (value of  $r_{x1x2} = 0.600$ ;  $P = 0.01$ ). The scale obtained a coefficient of Cronbach's alfa of 0.94. The test-retest reliability ( $F [1 \ 140] = 0.155 [P = 0.694]$ ) demonstrated that the scale is stable over time.

**Conclusions.** The psychometric properties of the adapted version of the PCAS questionnaire make it possible to state that it is a valid and reliable scale to evaluate primary care from a standpoint of ongoing care based on the physician-patient relationship.

## Key words

Health care surveys; primary health care; validation studies; quality of health care; Spain.