

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

Aproximación mediante el *Primary Care Assessment Tools (PCAT)*

María Isabel Pasarín Rua

TESIS DOCTORAL UAB / 2015

DIRECTORA

Dra. Carme Borrell i Thió (Departamento de
Ciencias Experimentales y de la Salud,
Universitat Pompeu Fabra)

TUTOR

Dr. Miquel Porta Serra

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA Y DE MEDICINA PREVENTIVA

M Isabel Pasarín Rua
Doctoranda

Carme Borrell i Thió
Directora

Miquel Porta Serra
Tutor

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

Dedicatoria

Me siento con el privilegio de dedicar este trabajo a cinco mujeres:

- Mi madre, la Sra. Lola Rúa Castro (1922-2015), por darme la vida y la gran familia que construyó (yo soy la última de 8 hermanos, así que estuve en riesgo de no formar parte de ella si se hubiera quedado con 7 hijos, que desde luego ya eran unos cuantos...). Mi agradecimiento más sincero por todo lo que me ha dado, así como a mi padre Sergio Pasarín Fernández (1915-1977), mis hermanos y hermanas (Sergio, Conxa, Lola, Toni, Edi, Paco y Ausi), mis sobrinos y sobrinas (Iván, Sergi, Arjuna, Joana, Katia, Marc, Iván) y las personas que los acompañan.
- Mi hija, Eulàlia Barrera Pasarín, sin explicaciones, la quiero con locura, que sepa que siempre estaré ahí y que me siento muy querida por ella.
- La impulsora de esta línea de trabajo a nivel mundial: la profesora Barbara Starfield (1932-2011), me dedicó mucho más de lo que yo pretendía que me dedicara. Destaco, además de su talento, su bien hacer y generosidad. Esta tesis forma parte de algo en lo siempre me he sentido en deuda con ella.
- La compañera que ha estado en todo este proceso: Silvina Berra. Se apuntó a esta línea de investigación con toda su generosidad y sabiduría, y cuando regresó a Argentina, su país natal, continuó con ella y favoreció su expansión por diferentes países centro y sudamericanos. Además me ha concedido la oportunidad de mantenerme vinculada al PCAT y acercarme a países como Argentina, Ecuador y Bolivia.
- La persona que más me ha influido profesionalmente: Carme Borrell i Thió, con la que tengo el privilegio de estar desde el primer día que me dedico a la salud

pública, de la que he aprendido y continúo aprendiendo, mucho en metodología, teoría y técnica, pero sobre todo de sus valores y su ética. *Gràcies Carme! Has cregut en mi més que jo mateixa i això m'ha donat autoconfiança, element clau per avançar.*

Agradecimientos

Empiezo con un agradecimiento a todos, sin excepción, los que me han acompañado en algún momento de mi vida, en lo personal y en lo profesional, porque lo que soy y lo que finalmente he acabado haciendo y teniendo os lo debo a todas y todos.

El trabajo que presento en esta tesis se ha basado en el trabajo colaborativo con diferentes profesionales de la salud pública, sin vosotras y vosotros no lo hubiera llevado a cabo, mi más sincero agradecimiento a: Silvina Berra, Carme Borrell, Ferran Daban, Marta García, Angelina González, Mercè Gotsens, Aina Plaza, Luís Rajmil, Kàtia Rocha, Maica Rodríguez-Sanz, Andreu Segura, Maite Solans, Barbara Starfield (†), Cristian Tebé e Inmma Vallverdú. Extiendo este agradecimiento a Joan Ramon Villalbí, con quien en la Agencia de Salud Pública de Barcelona he compartido el interés y el trabajo acerca de la atención primaria.

A compañeras y compañeros de trabajo, desde que empecé en la Agencia de Salud Pública de Barcelona en octubre de 1992 (entonces *Institut Municipal de la Salut*) como becaria. Los dos servicios en los que he trabajado Información Sanitaria y Salud Comunitaria, en los que se me han brindado las oportunidades de aprendizaje que me han permitido llegar hasta aquí. A todas y cada una de las personas con las que he trabajado: ¡Gracias!

Antonia, Lidia, Rosa, Betlem, iniciamos juntas las carrera de medicina en el año 1987 y mantenemos una amistad muy reconfortante que además ha crecido con más mujeres fantásticas. Os agradezco mucho, sobre todo vuestra incondicionalidad.

Ester, Pili, Isa, Gemma, Rosa, Teresa, Maica, Lourdes, Maureen, Carme, Josep, Begoña y aquellos y aquellas que con nuestra amistad vamos compartiendo nuestros momentos y etapas, sin vosotros la vida sería menos grata.

Carme Borrell i Miquel Porta, por querer estar implicados en este trabajo, como dirección y como tutoría. ¡Gracias!

Y finalizo los agradecimientos con la primera dedicatoria, a mi familia: mi hija Eulàlia, hermanos y hermanas, sobrinos y sobrinas, y Sergio Pasarín Fernández y Lola Rúa Castro, mis padres que estarán siempre. En ellos además escribo los dos apellidos, sin obviar el segundo, el de las madres de ambos, en agradecimiento a ellas y a tantas a las que hay tanto que agradecer.

Resumen

El objetivo general de esta tesis es obtener instrumentos de evaluación del modelo teórico de la Atención Primaria (AP) que permitan su utilización en Catalunya y en el contexto español, y a partir de ellos hacer una primera evaluación en Catalunya bajo la perspectiva de desigualdades sociales.

Para ello se realizaron dos procesos independientes de adaptación del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT), uno para poder utilizarlo en una encuesta de salud y otro para obtener medidas de los Equipos de Atención Primaria (EAP). La metodología ha sido en gran parte la misma, en base a las recomendaciones de adaptación transcultural: traducción, retrotraducción, comité de expertos, prueba pretest y medición de propiedades psicométricas del cuestionario obtenido. Se han obtenido dos instrumentos independientes, en catalán y en castellano: a) un conjunto de ítems para poder incluir en la encuesta de salud, un PCAT abreviado de 10 ítems para adultos, y 2) el PCAT-Equipo de Atención Primaria versión extensa que permitirá el análisis de todas las dimensiones de la AP definidas por B Starfield (primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural).

El PCAT-10 incluido en la Encuesta de Salud de Catalunya del año 2006 permitió conocer que la valoración de la AP obtenía una puntuación de 7 sobre 10, y sin presentar un patrón de desigualdad, ya que no se mostraron diferencias en las puntuaciones según clase social.

En conclusión, se encuentran ya disponibles unos instrumentos en catalán y castellano que amplían el marco de evaluación de la AP en el contexto del sistema sanitario en España y Catalunya. Desde la perspectiva de la población, el PCAT-10 ha presentado buenas propiedades métricas, proporciona un índice para la evaluación de la AP y permitirá la monitorizado en el tiempo y el análisis en subgrupos y en el total de la población. A partir de la valoración de los directores/as de EAP se podrá evaluar el modelo teórico completo de la AP definido por B. Starfield.

Summary

The main objective of this thesis is to obtain instruments for the evaluation of the theoretical model of Primary Care (PC) for use in Catalonia, and in the Spanish context in general, and from them to make a first evaluation in Catalonia from the perspective of social inequalities

To this end, two independent processes of adapting the Primary Care Assessment Tool (PCAT) questionnaire have been made, one to use in a health survey and the other to obtain measurements of the PC facilities. To a great extent, the methodology has been the same for both, based of the recommendations for transcultural adaptation: translation, retro translation, committee of experts, pretest and measurement of psychometric properties of the obtained questionnaire. Two independent instruments have been obtained, in Catalan and Spanish: a) a set of items to be included in the health survey, a brief PCAT of 10 items for adults and b) PCAT- PC team, extended version, which will allow the analysis of all the dimensions of the PC defined by B Starfield (first contact, longitudinality, comprehensiveness, coordination, family centeredness, community orientation and cultural competence).

The PCAT-10 included in the Health Survey of Catalonia in 2006 revealed that the evaluation of the AP resulted in a mark of 7 over 10, showing no pattern of inequality, since differences in the scores were not according to social class.

In conclusion, there are already available instruments in Catalan and Spanish that extend the frame of evaluation of the PC in the context of the health system in Spain and Catalonia. From the perspective of the population, the abbreviated PCAT-10 has presented good metric properties and provides an index for the evaluation of the PC that will allow monitoring over time and analysis in sub-groups, as well as in the total population. Through the evaluation of directors of PC teams, the complete theoretical model of the AP defined by B Starfield will be able to be evaluated.

Prefacio

Contextualizando este trabajo

1. El ámbito en el que se desarrolla

Esta tesis sobre la atención primaria ha sido desarrollada desde el ámbito de trabajo en salud pública, en la administración pública y concretamente en el ámbito de la salud pública local, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, donde la investigación forma parte pequeña pero muy importante y está directamente relacionada con la acción.

Desde su función de observatorio de la salud poblacional, una de las áreas que se sigue es la de la actuación de los servicios sanitarios. En este ámbito es una prioridad conocer la calidad de la atención primaria y vigilar que no existan desigualdades sociales en la atención, entendida como la posibilidad que se ofrezca diferente nivel de calidad según posición la socio-económica y/o cultural de las personas.

Conocer la visión de la población de los servicios sanitarios, en este caso concreto de la atención primaria es importante y para ello se dispone de un instrumento de gran potencia dado además que se utiliza de forma sistemática: la Encuesta de Salud de Barcelona. Desde el año 1983 se han realizado en la ciudad de Barcelona seis encuestas de salud, en los años 1983, 1986, 1992, 2000, 2006 y 2012, además que el año 2004 la Encuesta de Salud de Catalunya permitió también el análisis a nivel de ciudad. Para el año 2016 ya se está ya preparando la siguiente ESB.

En el año 2006, las encuestas de Barcelona (ESB) y de Catalunya se desarrollaron conjuntamente. Fue para esta ESB-ESCA 2006 que se inició el trabajo de adaptar y traducir el *Primary Care Assesment Tools* (PCAT), instrumento en el que se basa esta tesis doctoral.

Dado que una encuesta abarca múltiples temáticas es un requerimiento que haya un limitado número de preguntas para cada una de ellas. Éste fue el principal motivo por lo que el instrumento de valoración de la AP a utilizar tuviera que ser muy reducido.

Además, disponer de diferentes perspectivas de evaluación es aconsejable, por lo que se valoró idóneo poder realizar una valoración de la AP basada en el conocimiento más completo de sus dimensiones. Es por ello que se solicitó una ayuda al Ministerio de Sanidad, la cual fue concedida en el año 2005 (FIS PI 052763), para adaptar el cuestionario *Primary Care Assessment Tools* específico para medir a nivel de centro de salud. Se escogió tomar como población de estudio a los directores y directoras de los Equipos de Atención Primaria porque se consideró una población más fácilmente accesible que los proveedores directos de atención, siendo más factible la repetición de la medida en tiempos futuros.

2. El transcurrir del tiempo entre que se inicia el proyecto y se presenta esta tesis

El tiempo pasa inexorablemente y la doctoranda tuvo un cambio de actividad laboral desde que empezó la línea de trabajo de esta tesis, en el año 2005, hasta el momento actual en que se presenta. Del entonces Servicio de Información Sanitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, pasó a trabajar en el Servicio de Salud Comunitaria ejerciendo un cargo de gestión. Dicho cambio dificultó la dedicación a esta línea de investigación ya que dejó de estar relacionada directamente con su desarrollo profesional habitual.

Ésta es la principal razón por la que ha pasado tanto tiempo desde el inicio del trabajo de esta tesis doctoral hasta su presentación. Además, no todos los productos de este proyecto o línea de trabajo forman parte de la tesis doctoral y algunos todavía están pendientes de publicación.

Estos años transcurridos también explican que la redacción de los apartados globales de esta tesis (introducción y discusión general) se hayan realizado incluyendo bibliografía más reciente que la utilizada para los artículos que conforman la tesis.

3. El trabajo continúa en marcha...

La evaluación de la AP a través del PCAT la inició la profesora Bárbara Starfield (1932 – 2011) junto con el profesor Leiyu Shi, en la Universidad Johns Hopkins. La profesora B Starfield fue facilitando el crecimiento de una red informal internacional de

profesionales que hemos ido trabajando con el PCAT, adaptándolo a nuestros diferentes entornos. Esta red informal, en el año 2014 se formalizó para el entorno iberoamericano, de tal forma que ese año se consolidó una “comunidad de práctica” en el marco de la Organización Panamericana de Salud (OPS) con la participación de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, España, Méjico, Perú, Trinidad y Tobago, y Uruguay, denominada “Colaboración IA-PCAT” (<http://ops.opimec.org/que-es/>). La doctoranda, M Isabel Pasarín Rúa, ha participado y continúa participando en líneas del trabajo colaborativo, especialmente en los procesos de adaptación del PCAT en los diferentes contextos.

Índice

Resumen.....	11
Summary.....	12
Prefacio.....	13
Lista de abreviaciones.....	20
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1 Qué define la Atención Primaria.....	21
1.2 Las desigualdades sociales en salud y en la provisión de servicios sanitarios.....	24
1.3 Instrumentos de evaluación de la AP.....	26
1.4 El Primary Care Assessment Tools (PCAT).....	28
1.4.1. Contextos en los que se ha utilizado el PCAT.....	34
1.5 La adaptación de cuestionarios a otros contextos.....	35
1.6 Justificación.....	37
2. OBJETIVOS.....	41
3. HIPÓTESIS.....	43
4. MÉTODOS Y RESULTADOS.....	45
<i>Artículo 1:</i> Pasarín MI, Berra S, Rajmil R, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un Instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. <i>Atención Primaria</i> 2007. 39: 395- 403.....	47
<i>Artículo 2:</i> Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary health in health surveys: a population perspective. <i>European Journal of Public Health</i> , 2012. 22: 14-19.....	57
<i>Artículo 3:</i> 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 la atención primaria desde la perspectiva de la población <i>Med Clin</i> (Barc). 2011. 137 (extr 2): 49-54.....	65

<i>Artículo 4:</i> Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, Vallverdú I, Starfield B. Evaluation of Primary Health Care: the “Primary Care Assessment Tools-Facility version” for the Spanish Health System. <i>Gac Sanit.</i> 2013; 27:12-8 Incluye anexo disponible online http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009	73
5. DISCUSIÓN	95
5.1 Sobre las adaptaciones del PCAT.....	96
5.1.1. Versión para usuarios/as.....	96
5.1.2. Versiones para profesionales de Atención Primaria.....	107
5.2 La valoración de la atención primaria a través del PCAT.....	111
5.2.1. Fortalezas y debilidades de la AP.....	113
5.2.2. ¿Afecta la diversidad de proveedores al desempeño de la AP?.....	116
5.2.3. El PCAT para valorar los cambios en los procesos de reforma de la AP.....	119
5.2.4. ¿Desigualdades sociales en la atención?.....	120
5.2.5. Otros aspectos que el PCAT ha permitido valorar.....	123
5.3 Limitaciones.....	125
5.4 Fortalezas y aportaciones.....	128
5.5 Recomendaciones.....	129
6. CONCLUSIONES	131
Bibliografía.....	133
ANEXOS.....	151
- Cuestionarios PCAT de Equipos de Atención Primaria, versión extensa, en catalán y en castellano.	
- Artículo: Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care	

experiences for children in a population survey. BMC Public Health 2011, 11:285 doi:10.1186/1471-2458-11-285

- Artículo: Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014. 30:2607-2618.
- Carta al director: García-Ruiz M, Pasarín Rúa MI, Berra S, Daban Aguilar F. ¿Conocen los directores de los Equipos de Atención Primaria información de calidad sobre características socioeconómicas de la población que tienen asignada? Aten Primaria 2011, 43: 509-510. oi:10.1016/j.aprim.2010.09.015

Lista de abreviaciones

AP: Atención Primaria

EAP: Equipo de Atención Primaria

EEUU: Estados Unidos

ESB: Encuesta de Salud de Barcelona

ESCA: Encuesta de Salud de Catalunya

PCAS: Primary Care Assessment Survey

PCAT: Primary Care Assessment Tools

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Qué define la Atención Primaria

El informe anual de la Organización Mundial de la Salud del año 2008 fue dedicado enteramente a la Atención Primaria de Salud: “La atención primaria de salud: más necesaria que nunca”.(1) Puso de manifiesto que seguían siendo válidas las recomendaciones de la Declaración de Alma-Ata del año 1978 y que se debía “recuperar la perspectiva de la Atención Primaria (AP) como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud”. El informe propuso cuatro líneas de acción para reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud para todos: 1) reformas en pro de la cobertura universal, 2) prestación de servicios que responda a las necesidades y expectativas de la población, y sensible a los cambios del contexto, 3) reformas de las políticas públicas que faciliten: la integración de las intervenciones de salud pública y la AP, aplicación de políticas públicas saludables y fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales; y 4) reformas del liderazgo que faciliten la existencia de un liderazgo en pro de la salud integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los sistemas de salud.

En el año 1994, el Instituto de Medicina de EEUU definió la AP como el nivel de atención que realiza “la prestación de servicios de salud integrados y accesibles, por parte de médicos/as que son responsables de hacer frente a una gran mayoría de las necesidades de atención de salud personal, desarrollando una relación sostenida con los pacientes, y actuando en el contexto de la familia y la comunidad”.(2)

Acorde con esta definición Barbara Starfield se refirió a la AP como el nivel de la atención sanitaria que, ante una necesidad de atención, se encarga de ofrecer a la población -independientemente del sexo, enfermedad, órgano o sistema afectado-, el primer contacto, una atención longitudinal en el tiempo, integral –con una amplia oferta de servicios, los necesarios para atender a las necesidades más comunes de la población-, y coordinada con el resto de niveles asistenciales. Además, la AP debe contemplar el entorno familiar y tener una orientación comunitaria(3) así como competencia cultural.(4)

INTRODUCCIÓN

Así fue como Barbara Starfield definió los atributos de la AP, cuatro básicos, esenciales, exclusivos: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, y tres relacionados con los anteriores: enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. (3–5) Gran parte de estas características se deben a que se define como foco de atención de la AP al individuo, no a los problemas de salud. De este modo:

- La AP debe ser el “primer contacto”, el nivel de atención con el que las personas establezcan el primer contacto para temas referentes a su salud, exceptuando aquellas situaciones de emergencia.
- El profesional de la atención primaria debe tener la posibilidad de ejercer una continuidad en los cuidados, de realizar una atención longitudinal en el tiempo, no centrada en la enfermedad sino en la persona.
- La AP debe ofrecer una atención global, integral o extensa, no centrada sólo en la resolución de los problemas de salud que se demandan sino, por ejemplo, en realizar intervenciones preventivas, en respuesta a las necesidades en salud más prevalentes.
- La AP debe estar coordinada con el resto de niveles asistenciales.

Como características que también debe cumplir y se relacionan con las anteriores:

- La importancia de centrar la salud de las personas en su contexto social más cercano, la familia. Ello implica reconocer la familia como un participante importante en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación, así como tener en cuenta la historia de riesgos y enfermedades familiares y tratar de incorporar la familia en lo que sea necesario del proceso de atención. (6)
- La necesidad de que la atención esté orientada a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana, por lo tanto la “orientación comunitaria”.
- Los profesionales deben saber adaptarse y establecer

relaciones que faciliten la atención a los problemas de salud de las personas de diferentes grupos sociales, realizando una atención que respete la lengua, las creencias y las actitudes de las personas de la población que tienen asignada, refiriéndose B. Starfield a esta característica con el término de “competencia cultural”.

El desarrollo de estos atributos depende de elementos estructurales u organizativos que faciliten actuaciones, el proceso, pero asimismo requiere que la población utilice de forma continuada su proveedor de AP para todas aquellas necesidades relacionadas con la salud.(7)

Utilizar la medida de los atributos de la AP como indicadores de calidad es consistente con la literatura existente que vincula la AP de alta calidad con mejores indicadores de salud. Los principales atributos de la AP se relacionan con mejoras tanto en efectividad como en eficiencia.(8)

En España, la AP cambió de forma substancial en los últimos 20 años del S XX a partir de su proceso de reforma que empezó en el año 1984 y finalizó hacia el año 2003. La reforma favoreció una atención más acorde con lo promulgado en la reunión de Alma-Ata en el año 1979, con muchos cambios positivos pero tampoco exenta de críticas.(9–11)

En un entorno de Sistema Nacional de Salud como es el caso de España, es de especial importancia hacer el sistema viable y eficiente, siendo uno de los factores determinantes de su eficiencia la disponibilidad de un nivel de AP que cumpla la función de ser la puerta de entrada, con elevada capacidad resolutoria y nuclear, modulando la utilización del resto del sistema, es decir que cumpla realmente con su función.(12)

INTRODUCCIÓN

1.2 Las desigualdades sociales en salud y en la provisión de servicios sanitarios

La existencia de desigualdades sociales en salud ha sido ampliamente descrita y constatada en todos los niveles territoriales, desde el nivel local al nivel internacional.(13–16)

Existe evidencia que los países con un sistema sanitario más orientado a la atención primaria que a los servicios sanitarios especializados, no sólo tienen mejor salud a menor coste sino que además tienen menos desigualdades en salud.(17–20) El sistema sanitario español es básicamente de financiación pública y por lo tanto se enmarca dentro de aquellos sistemas de salud que fueron definidos por ser de los más equitativos.

No obstante, se había evidenciado la existencia de desigualdades en el acceso a algunas prestaciones y en la utilización de servicios sanitarios según género, clase social o territorio.(21–25) Así, por ejemplo, el análisis de la encuesta de salud de España del año 2003 mostró que la vacunación antigripal conseguía mayores coberturas en las clases sociales más aventajadas, patrón contrario al haber recibido consejo profesional para dejar de fumar, más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas. La misma encuesta mostraba que las clases sociales más desfavorecidas utilizaban más los servicios de atención primaria y de urgencias, y las clases más aventajadas utilizaban más los servicios especializados.(24)

A pesar de que España dispone de un sistema de salud bastante equitativo, cambios en el acceso de la población pueden contribuir a disminuir este valor. Por ejemplo, con el Real Decreto-ley 16/2012, bajo el argumento de la importante crisis económica mundial, se pusieron en marcha un conjunto de medidas, consideradas “urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. La que se considera más grave es volver a los conceptos de asegurado y beneficiario del sistema público, ya que excluye a personas, principalmente colectivos de inmigrantes, además de personas desempleadas que por no tener trabajo en España deciden probar suerte en otro país, perdiendo la cobertura sanitaria pública si residen más de 90 días fuera del territorio nacional.(26) La

introducción de cambios que suponen dejar fuera de la cobertura a colectivos que pueden llegar a ser los más empobrecidos y vulnerables debe alertar de la elevada de probabilidad de que la actuación sanitaria sea generadora de desigualdad en salud. Además, en momentos de empeoramiento de diversos determinantes de la salud, se puede considerar todavía con mayor trascendencia seguir manteniendo la equidad como uno de los objetivos del sistema de salud.

Los observatorios de salud pública tienen entre sus funciones la vigilancia de la salud y de las tendencias de las enfermedades en la población, de las desigualdades en salud, así como los factores potencialmente relacionados, entre ellos la calidad del sistema de atención. La información que proporcionan ayuda a poner en la agenda pública y en las políticas líneas de acción necesarias.(27)

En la ciudad de Barcelona es la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona la que realiza esta función. Es por ello que desde hace más de 30 años que analiza las principales fuentes de información poblacionales que se disponen y realiza un seguimiento anual de los indicadores de determinantes de la salud, de salud y de enfermedad disponibles, e incluye la perspectiva del análisis de las desigualdades sociales en salud.(28) Las principales fuentes de información que utiliza son: censo, padrón, natalidad, mortalidad, enfermedades de declaración obligatoria, y otros registros específicos como el Sistema de Información de Drogodependencias de Barcelona, el sistema de información de lesiones por accidente de tráfico, etc. Una de las fuentes de información que aporta mejor información referente a determinantes de salud, la salud y el uso de servicios sanitarios es la Encuesta de Salud de Barcelona (ESB), encuesta poblacional que se realiza cada 4-5 años desde el año 1983. La ESB ha permitido estudiar las desigualdades sociales en salud y en el uso de servicios sanitarios según diferentes ejes de desigualdad, principalmente el género, la clase social, el nivel de estudios, y el origen cultural. (22,23)

En la ESB del año 2006, primera que se realizaba conjuntamente con la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA), se creyó oportuna la introducción, en el apartado de servicios sanitarios, de preguntas

INTRODUCCIÓN

que permitieran aproximarse a la valoración que hacía la población respecto al desempeño de la AP. Fue el inicio de la línea de investigación que entre otros frutos, ha dado lugar a esta tesis doctoral.

1.3 Instrumentos de evaluación de la AP

En la evaluación de la atención sanitaria, utilizar diferentes perspectivas aporta una visión más completa; la de los propios servicios es una, pero la de la población atendida así como la que potencialmente podría ser atendida son otras. Para conocer el desempeño de los servicios de salud se pueden utilizar, por lo tanto, diversas fuentes de información.(29)

Un aspecto que con frecuencia se ha utilizado para conocer elementos de la calidad de la atención ha sido la medida de la satisfacción de los usuarios de los servicios. También de los usuarios potenciales, como se realizó por ejemplo en la encuesta de salud de Barcelona del año 1992 y en Mataró.(30,31) Pero la medida de la satisfacción presenta varias limitaciones. Una es su menor accionabilidad, entendida como la capacidad de conducir directamente a acciones que mejoren la atención. Cuando se pregunta por satisfacción no se pregunta por la causas y además la satisfacción está muy ligada, entre otros determinantes, a las expectativas de quienes responden.(29) Así, mientras los índices de satisfacción contrastan contra expectativas, los índices que miden las experiencias pueden contrastar contra estándares de calidad.(32) Otro hecho que no favorece utilizar la satisfacción como instrumento básico de evaluación es que se han encontrado divergencias entre lo que se reporta en estudios cualitativos -los cuales permiten conocer más detalladamente experiencias de atención y la valoración que de ellas hacen las personas- y las medidas de satisfacción reportadas en cuestionarios estructurados contestados por esas mismas personas. (33,34) Algunos estudios han encontrado que los usuarios generalmente se muestran poco inclinados a valorar negativamente la atención cuando no están completamente satisfechos, excepto cuando atribuyen claramente a la fuente de atención su experiencia negativa.(34) Así, Haggerty y

cols., resumen que las valoraciones positivas reflejarían una mezcla de experiencias desde adecuadas a excelentes, por lo tanto con baja sensibilidad y especificidad, pero en cambio, las experiencias negativas tienden a expresarse como verdaderas negativas, por lo que los índices de satisfacción negativos presentan buena especificidad.(35)

A partir de final de la década de los años 1990 se desarrollaron instrumentos para valorar la AP según su desempeño más o menos cercano al modelo teórico. De este modo, Dana Gelb Safran y su equipo desarrollaron en Boston (EEUU) el *Primary Care Assessment Survey*, el cual se basaba en la definición de AP que en el año 1994 realizó el Instituto de Medicina. Contiene 51 ítems, a partir de 7 dominios medidos a través de 11 escalas: accesibilidad (organizativa y económica), continuidad (longitudinalidad –en el tiempo-, y frecuentación), exhaustividad (conocimiento contextual del paciente y consejos preventivos), integración –relacionada con la coordinación con otros niveles asistenciales-, interacción (comunicación profesional-paciente y minuciosidad de los exámenes físicos), tratamiento interpersonal y confianza.(2)

Pocos años después, en el año 2000, B Starfield y L Shi publicaron el primer trabajo realizado con el instrumento Primary Care Assessment Tool- Consumer version.(36)

En el año 2009 se publicó un estudio que revisaba los instrumentos de evaluación de la AP que compartían la característica de haber sido diseñados con el propósito de conocer la experiencia de los pacientes con la AP o bien para medir la provisión de AP desde el proveedor. Identificaron 9 instrumentos, entre los que estaban incluidos los dos nombrados -PCAS y PCAT-, y estableciendo una metodología de comparación se concluyó que el PCAT era el único que cumplía con todas las características deseables que se analizaban -tener formatos múltiples, disponer de análisis de fiabilidad y validez, incluir medida de primer contacto y accesibilidad, de enfoque en la persona y continuidad, de exhaustividad (o integralidad o globalidad) y de coordinación-. El PCAS se diferenciaba en que no disponía de múltiples formatos ni de la medida de exhaustividad.(7)

INTRODUCCIÓN

Jeannie L Haggerty y cols. revisaron también la idoneidad de diferentes instrumentos de evaluación de la AP desde la perspectiva de los usuarios, incluyendo entre otros el PCAT y el PCAS. La revisión que realizaron fue respecto a la validez de los mismos para el sistema canadiense, y concluyeron que en general los seis cuestionarios revisados pueden funcionar bien en el contexto canadiense. El PCAT destacaba en la dimensión de accesibilidad-primer contacto como el que mejor la medía. La dimensión de integralidad la encontraron más problemática en primer lugar por lo que se refiere a su definición conceptual y en segundo lugar en cuanto a su medida, y concluyeron que es preferible medirla a partir de la información proporcionada por los proveedores y no por los usuarios. (35,37–40)

En Brasil también se revisaron instrumentos validados de valoración de la AP y también concluyeron que el PCAT era el que más se alineaba con el sistema del país y por lo tanto el que recomendaban utilizar.(41)

1.4 El Primary Care Assessment Tools (PCAT)

“Antes de empezar a medir debemos decidir cómo definir el concepto teórico que se quiere conocer”; en términos muy similares empieza el artículo de Avedis Donabedian del año 1997 sobre cómo valorar la calidad de la atención.(42)

Y ésta fue la principal razón por la que se escogió para este trabajo el conjunto de instrumentos de valoración de la atención primaria (de ahora en adelante se denominarán por las siglas de la versión original en inglés: Primary Care Assessment Tools, PCAT); porque justamente se habían diseñado para evaluar un modelo teórico del nivel de atención primaria de la atención sanitaria. Este modelo teórico que había sido definido por la profesora Barbara Starfield es ampliamente reconocido en el contexto internacional y en el contexto catalán y español. Además, el PCAT fue desarrollado por la misma autora junto con Leiyu Shi, en el Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Este caso de coincidencia entre quien explica

el modelo en el nivel teórico (3) y quien desarrolla el instrumento para su medida,(43) le da a priori validez aparente y una mayor probabilidad de validez de contenido.(44,45)

Las características básicas del modelo han estado definidas en el primer apartado de esta introducción, y se resume en que la AP tiene cuatro atributos propios: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, y tres secundarios: enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural.

Cada atributo esencial está constituido por dos componentes, una de estructura y otra de proceso de la atención (Fig 1). La dimensión de primer contacto está formada por dos subdimensiones: la accesibilidad (elemento estructural necesario) y la utilización como primer contacto. La longitudinalidad de la atención requiere una relación de confianza del usuario con el profesional así como que éste conozca a la persona. Sus dos subdimensiones son: grado de afiliación (identificación de la fuente de atención habitual por parte de los usuarios así como que los profesionales puedan identificar a la población elegible o de referencia) y continuidad interpersonal (implica atención en el tiempo y no centrada en la enfermedad sino en la persona). La dimensión de integralidad o globalidad, referida a la oferta de una cartera extensa e integral que se adecue a las necesidades de la población, incluye dos subdimensiones: los servicios disponibles y los servicios proporcionados, diferenciándose en que los primeros son aquellos servicios que la AP ofrece mientras que los últimos son los que realmente provee. Finalmente, la dimensión de coordinación, la cual implica que la AP actúa de referencia y acompañamiento de la atención que realizan otros servicios especializados, se mide también a través de dos subdimensiones: los sistemas de información que han de permitir ejercer verdaderamente la función, y la integración de la información que incluye la existencia de mecanismos de transferencia de la información y de recepción de la actuación de otros servicios de atención.

INTRODUCCIÓN

Figura 1. Características esenciales de la atención primaria.

ESTRUCTURA		PROCESO
Accesibilidad	PRIMER CONTACTO	Utilización
Grado de afiliación	LONGITUDINALIDAD	Continuidad interpersonal
Cartera de servicios disponibles	INTEGRALIDAD	Servicios proporcionados
Integración de la información	COORDINACIÓN	Sistemas de información y reconocimiento de problemas

Fuente: B Starfield. En: S Berra. El estudio de las funciones de la atención primaria de salud.(46)

El PCAT tiene diferentes formatos, según su extensión (versión completa o extensa y versión corta) y la población a quien se aplican: 1) la población usuaria de la AP (versión para adultos y versión para niños/as y jóvenes), 2) los gestores de los recursos de AP, directores/as de equipos o profesionales que representen a un equipo o centro, y 3) los proveedores directos, los profesionales de la AP que trabajan en atención directa a los usuarios. Asimismo, con posterioridad se diseñó el PCAT orientado a recoger la perspectiva de los gestores de políticas sanitarias referentes a la AP.(47) Por todo ello se habla de PCAT-usuarios adultos, PCAT usuarios-infantil, PCAT-centros o equipos de atención primaria, PCAT-proveedores y PCAT-sistema.

Su aplicación permite hacer una evaluación del grado en que la AP se acerca al cumplimiento de las características que, a nivel teórico, se le adjudican (primer contacto, continuidad, globalidad, coordinación, atención centrada en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural). Exceptuando la versión de sistema, los ítems referentes a las dimensiones se valoran en el PCAT original a través de una escala Likert de 4 opciones

de respuesta (1 “Definetly not”, 2 “Probably”, 3 “Probably”, 4 “Definetly”) e incluye una quinta opción (“Not sure/don’t remember”). Esto permite construir un índice cuantitativo de cada dimensión o subdimensión, además de dos índices globales, uno que mide exclusivamente las dimensiones esenciales y otro que las incluye todas. Starfield y Shi elaboraron también el manual para la realización y análisis de cada uno de ellos (disponibles a través de contacto por web)(48)

En la tabla 1 se presenta la composición en dimensiones y subdimensiones, señalando el número de ítems que contiene cada apartado del cuestionario en la versión original.

INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Composición de los cuestionarios que constituyen el Primary Care Assessment Tools en su versión original. Se presenta el número de ítems de las versiones extensa y corta (versión extensa / versión corta)

Apartados del cuestionario	PCAT usuarios adultos	PCAT usuarios infantil	PCAT centros	PCAT proveedores	PCAT sistema
Información descriptiva del proveedor y su población	2 / 2	6 / 6	14 / 14	14 / 14	30
A1. Grado de filiación con un centro/médico	11 / 5	11 / 5			
B. Primer contacto-utilización	3 / 3	4 / 3			
C. Primer contacto-acceso	12 / 4	12 / 4	9 / 4	9 / 4	8
D. Longitudinalidad de la atención	15 / 4	15 / 4	13 / 4	13 / 4	12
E. Coordinación	13 / 5	13 / 5	7 / 4	7 / 4	4
F. Coordinación (sistemas de información)	3 / 3	3 / 3	9 / 6	9 / 6	
G. Integralidad (servicios disponibles)	25 / 4	16 / 4	25 / 4	25 / 4	24
H. Integralidad (servicios proporcionados)	13 / 5	7 / 7	18 / 10	18 / 10	
I. Enfoque familiar	3 / 3	3 / 3	14 / 3	14 / 3	3
J. Orientación comunitaria	6 / 3	6 / 3	24 / 8	24 / 8	6
K. Competencia cultural	3 / 3	3 / 3	10 / 3	10 / 3	
L. Cobertura sanitaria	11 / 7	11 / 8			
M. Valoración de salud	2 / 2	2 / 2			
N. Características socio-demográficas	9 / 8	9 / 8			
Otros			10 / 10	10 / 10	9
TOTAL	131 / 61	121 / 68	153/70	153/70	96

Incluir diferentes puntos de vista en la evaluación de servicios de atención, o lo que es lo mismo, la opinión de diferentes personas que cumplen diferentes roles, ayuda a tener una valoración más completa de la atención evaluada. Evaluar según la opinión de usuarios o potenciales usuarios, de los profesionales directos que ejercen la atención o los responsables de la gestión de los servicios, ayuda a poder aproximarse más a la expresión del concepto teórico que se está midiendo.

En Brasil, se han realizado diferentes estudios para valorar acercamientos y discrepancias según quién aporta la valoración de la atención primaria. El estudio realizado en Sao Paulo (Brasil), utilizando el PCAT para recoger el punto de vista de los gestores de los equipos de salud, de profesionales y de usuarios de dichos equipos, mostró concordancias, por ejemplo en identificar como peor índice la accesibilidad, pero también patrones específicos, por ejemplo que a través de gestores y profesionales se obtenían mejores puntuaciones en todos los índices que a través de los usuarios. (49,50)

James Macinko y cols., estudiando otra zona de Brasil, compararon los resultados obtenidos utilizando el PCAT en gestores y proveedores con los obtenidos en usuarios, y observaron sólo diferencias significativas en las dimensiones de puerta de entrada y enfoque familiar, la primera fue evaluada de forma más satisfactoria por usuarios y la segunda por proveedores; pero sin embargo no encontraron diferencias significativas en el índice global de AP.(51,52) También el estudio de Cornelis J van Stralen en otros estados de Brasil, encontró estas mismas concordancias y discordancias: el acceso recibía mala puntuación tanto por usuarios como por profesionales y gestores, pero el enfoque familiar y la orientación comunitaria obtenía índices bajos en la valoración de usuarios pero medios-altos en profesionales, especialmente los de las nuevas unidades de atención familiar.(53)

INTRODUCCIÓN

1.4.1. Contextos en los que se ha utilizado el PCAT

Previamente a iniciar el trabajo de esta tesis en el año 2005, las publicaciones disponibles sobre la aplicación del PCAT se referían a EEUU, Canadá y Brasil.

A pesar de que en el año 1998 Starfield y cols. publicaron un estudio evaluando la calidad de la AP desde la perspectiva de los usuarios, con un conjunto de ítems que serían posteriormente la base del PCAT,(4) fue en el año 2000 cuando apareció la primera publicación sobre el mismo, concretamente su adecuación para población infantil y juvenil (36) y en el 2001 el PCAT dirigido a personas usuarias adultas.(43) El PCAT mostró buenas propiedades de su fiabilidad y validez para medir las características y calidad de la AP desde la visión de sus usuarios/as.

Posteriormente, en los años 2002 y 2003 se publicaron aplicaciones del PCAT en otras poblaciones de EEUU, concretamente en población infantil del condado de San Bernardino (California) se utilizó para analizar la variación de la experiencia con la AP según etnia y raza.(32,54,55) También se utilizó para valorar las intervenciones grupales para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, (56) y para comparar la atención de dos tipos de proveedores de AP (Centros de Salud Comunitarios y Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud) (8) Canadá fue el primer país diferente a EEUU donde se aplicó el PCAT, concretamente se utilizó la versión para proveedores con profesionales de AP en las provincias marítimas de Canadá.(57)

Finalmente, en Brasil se utilizó el PCAT de proveedores para comparar dos sistemas de provisión de servicios de AP, el sistema tradicional y el renovado bajo el programa de salud familiar.(52) En 2006 se publicó la validación de la versión en portugués del PCAT-Brasil para usuarios de edad infantil y la de adultos,(58,59) y siguieron nuevos estudios de calidad de la atención primaria en este país.(49,50) También en Canadá se publicaron posteriormente aplicaciones del PCAT en otros contextos.(37,60–66)

En España lo utilizamos por primera vez en el año 2006 (parte del trabajo de esta tesis y otros relacionados).(67–72) Otros países a los que se ha extendido son: Argentina,(73) Uruguay,(74) China,(75–77) Tíbet,(78) Hong-Kong,(79) Corea,(80–82) Nueva Zelanda,(83) y el último publicado ha sido en Dominica.(84)

Adaptaciones del PCAT también se han utilizado para evaluar la atención de poblaciones específicas y/o atendidas en servicios diferentes al de la atención primaria. Concretamente en enfermos afectados de tuberculosis, diabetes, así como en enfermos afectados de enfermedades crónicas, personas infectadas por el VIH y en mujeres usuarias de servicios de atención obstétrica o ginecológica. (6,56,64,85–88)

1.5 La adaptación de cuestionarios a otros contextos

La utilización de un cuestionario que ha sido diseñado en un contexto diferente al que se quiere aplicar requiere que previamente se realice una cuidadosa fase de adaptación transcultural. Se trata de acabar consiguiendo una versión equivalente al instrumento original, válida para medir el mismo constructo teórico y adecuada al contexto en el que se quiere aplicar.(89,90)

La adaptación a un contexto diferente al original no sólo requiere un proceso de traducción –cuando se utilice otra lengua-, sino también una adaptación cultural de los ítems para mantener la validez de contenido a nivel conceptual (medir el mismo concepto en entornos culturalmente diferentes). El proceso de adaptación transcultural propuesto por Beaton y cols. se orienta a maximizar el logro de equivalencia semántica, idiomática, de experiencia y conceptual entre los cuestionarios original y final. Y aun habiendo seguido todos los pasos recomendados, debe realizarse el análisis psicométrico del cuestionario finalmente obtenido.(90)

El proceso básico recomendado para la adaptación transcultural de un cuestionario incluye los siguientes pasos (90):

INTRODUCCIÓN

1. Traducción: se recomienda realizar un mínimo de dos traducciones simultáneas, por dos traductores bilingües cuya lengua materna sea la misma a la que se quiere traducir el original. Las discrepancias entre las dos traducciones, ambigüedades o dificultades del proceso de traducción se deben tratar después conjuntamente.
2. Síntesis de las traducciones, a partir de la discusión del proceso realizado en el primer paso.
3. Retrotraducción del cuestionario obtenido en el paso 2 a la lengua original, sin consultar con el cuestionario original. Este paso sirve para comprobar la validez en cuanto que la versión traducida refleje el mismo contenido que la original. Se pretende asegurar que la traducción haya sido coherente y ayuda a detectar si se han producido grandes inconsistencias o errores conceptuales en el proceso de traducción. Se recomienda que se realicen dos retrotraducciones por dos traductores bilingües cuya lengua materna sea la del cuestionario original.
4. Comité de expertos: incluye los traductores, expertos en metodología y expertos del área que mide el cuestionario (ej.: salud, servicios sanitarios, etc.). Se recomienda también que los que desarrollaron el cuestionario original puedan participar también en esta fase. El comité de expertos debe disponer de todo el material producido hasta esta fase (traducciones, retrotraducciones, notas de campo de cada fase), además del cuestionario original. Las aportaciones de este comité se orientan a conseguir lograr equivalencia entre la versión original y la destino, en cuatro áreas:
 - a) equivalencia semántica: ¿Significan lo mismo las palabras? ¿Un mismo ítem tiene diferentes significados? ¿Hay dificultades gramaticales en la traducción?
 - b) equivalencia idiomática: el lenguaje coloquial puede tener dificultades de traducción, en estos casos el comité deberá formular una expresión equivalente.
 - c) equivalencia experiencial: se refiere a aquellos ítems que capturan experiencias muy propias de un entorno, y por lo tanto el comité de expertos deberá substituir esa experiencia por otra que sea propia del

nuevo entorno en el que se quiere aplicar.

- d) equivalencia conceptual: referido a términos que pueden tener diferentes significados conceptuales en diferentes culturas (ej.: el término “familia”, el cual en unas culturas se refiere a la familia nuclear y en otras a la familia extensa).

El comité de expertos trabajará por consenso para obtener una nueva versión del cuestionario.

5. Pretest de la versión obtenida en la fase 4: se recomienda utilizar esta versión en 30-40 personas de la población a la que va dirigido en cuestionario. Posteriormente a la cumplimentación se le pregunta sobre lo que se ha entendido de cada ítem y de sus respuestas. De esta manera se busca también la equivalencia con la situación que realmente se pregunta.
6. A pesar de seguir todo este proceso no se asegura del todo que se mantenga la fiabilidad y la validez del instrumento original, por lo que se recomienda que para la versión finalmente obtenida se realicen los análisis psicométricos necesarios sobre su fiabilidad y validez, lo cual requerirá análisis tanto a nivel de ítems como a nivel de las escalas o dimensiones que el cuestionario pueda incluir.

1.6 Justificación

En el año 2003, en Catalunya había culminado el largo proceso de reforma de la Atención Primaria, iniciado a mediados de los años 80 y Barcelona había sido de los últimos municipios en finalizar dicho proceso. Era un buen momento para plantearse utilizar una potente herramienta poblacional como es la encuesta de salud, para aportar conocimiento sobre la experiencia que la población tenía con este nivel de atención.

En el año 2004 se iniciaron los primeros pasos para preparar la Encuesta de Salud de Barcelona del año 2006 y se acordó con el Departamento de Salud de Catalunya que se haría por primera vez conjuntamente con la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA 2006).

INTRODUCCIÓN

Procesos en ese momento recientes de evaluación de la AP evidenciaban la falta de información para la medida de aspectos como la accesibilidad, longitudinalidad y continuidad de la atención.(91,92) Era necesario aumentar y mejorar la información que permitiera también la comparación entre centros y proveedores acerca de la capacidad asistencial o la estructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención. (93) (94) Era una oportunidad utilizar la metodología de un proyecto de investigación para desarrollar los instrumentos que se fueran a utilizar, por lo que se planteó toda la estrategia de investigación que esta tesis doctoral presenta.

Un tercer hecho que influyó en el devenir del proyecto que estaba a punto de iniciarse fue que la profesora Barbara Starfield, internacionalmente reconocida como experta en AP, teórica sobre el modelo y que había trabajado en instrumentos de valoración, era también conocedora de la AP en Catalunya y otros lugares de España a través de su contacto directo con profesionales de la AP, tanto de gestión como de atención, y de salud pública, especialmente con la institución que lideraba este trabajo (Agencia de Salud Pública de Barcelona), y por lo tanto era una excelente experta para nuestro sistema y para nuestras intenciones de mejora en las experiencias de evaluación.

Con esta base se creyó oportuno que se iniciara un trabajo para poder aportar a la encuesta de salud del año 2006 una propuesta de medida de la experiencia de la AP. Asimismo, dado que se reconocía que la posibilidad de medida a través de la encuesta limitaría de forma considerable las preguntas a incluir, era oportuno completar el objetivo que permitiría la encuesta (obtener la perspectiva de la población), con la medida del desempeño de la AP en sus dimensiones completas, desde la perspectiva de sus proveedores. En este segundo abordaje también se consideraba la realización de un trabajo que no cumpliera exclusivamente objetivos de investigación sino que el deseo era acabar obteniendo una herramienta que fuera útil para utilizar en próximas ocasiones.

Y finalmente, dado que la detección y vigilancia de las desigualdades sociales en salud era uno de los ejes que desde la

función de observatorio de salud pública se realiza en el servicio de la ASPB donde se inició esta tesis doctoral,(24,95,96) también la evaluación del desempeño de la AP debía permitir el análisis de la posible existencia de un patrón de desigualdad social.

Así, se decidió el inicio de una línea de trabajo, liderada por la doctoranda, para adaptar el PCAT al contexto catalán y por su proximidad (normativa, legislativa y profesional) al español. Se trabajaría para poder hacer una aproximación de la valoración del desempeño de la AP desde la perspectiva de la población y de los proveedores, concretamente desde los Equipos de Atención Primaria, y permitiendo el análisis del desempeño de la AP bajo una óptica de desigualdades sociales.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesis es obtener instrumentos de evaluación del modelo teórico de la Atención Primaria que permitan su utilización en Catalunya y en el contexto español, y a partir de ellos hacer una primera evaluación en Catalunya bajo la perspectiva de desigualdades sociales.

Los objetivos específicos trabajados en esta tesis fueron:

- Reducir, traducir y adaptar transculturalmente la versión corta del cuestionario *Primary Care Assessment Tools* para usuarios (PCAT *consumer 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.
- Evaluar las propiedades métricas de la selección de ítems del Primary Care Assessment Tools (PCAT) incluido en la Encuesta de Salud de Catalunya del año 2006 y adaptado para evaluar la experiencia con la Atención Primaria desde la perspectiva de la población.
- Conocer la valoración de la AP en Catalunya en el año 2006 a partir de la experiencia de la población y los factores que se asocian a una mejor valoración, poniendo especial énfasis en detectar o descartar que exista un patrón de desigualdad social, ya sea por sexo, edad o clase social.
- Obtener un instrumento de valoración de los dominios de la AP (accesibilidad, continuidad, globalidad, coordinación, orientación familiar, orientación comunitaria, y competencia cultural) de utilidad en el sistema sanitario español. Analizar su factibilidad, fiabilidad y validez.

3. HIPÓTESIS

- Es factible obtener un instrumento breve de valoración del desempeño de la AP para incluir en encuestas de salud de ámbito poblacional.
- El instrumento breve adaptado a partir del PCAT para incluir en la encuesta de salud de Catalunya el año 2006 consigue unas buenas propiedades métricas.
- Es factible obtener un instrumento equivalente al “Primary Care Assessment Tool – Extended version (Facility Survey)”, para ser utilizado en España y en la CCAA de Catalunya, con adecuada fiabilidad y validez.
- La valoración global de la AP en Catalunya en el año 2006 es buena, pero podrían existir desigualdades sociales en la provisión de servicios de AP, ya que éstas se han descrito en la provisión de otro tipo de servicios sanitarios así como en la propia distribución del nivel de salud de la población.

4. MÉTODOS Y RESULTADOS

Para verificar las hipótesis planteadas y conseguir los objetivos consecuentes se llevaron a cabo cuatro trabajos cuyas metodologías, resultados y conclusiones específicos se desarrollan en los siguiente artículos:

- Artículo 1: Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un Instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención Primaria* 2007.39: 395-403.
- Artículo 2: Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary health in health surveys: a population perspective. *European Journal of Public Health*, 2012. 22: 14-19
- Artículo 3: 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 la atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*. 2011. 137 (extr 2): 49-54
- Artículo 4: Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, Vallverdú I, Starfield B. Evaluation of Primary Health Care: the “Primary Care Assessment Tools-Facility version” for the Spanish Health System. *Gac Sanit*. 2013; 27:12-8.

En el anexo se presentan el cuestionario obtenido con este trabajo así como otros trabajos que forman parte de la misma línea de investigación y en los que ha participado la doctoranda:

- PCAT de Equipos de Atención Primaria, versión extensa, en catalán y en castellano.
- Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in

MÉTODOS Y RESULTADOS

a population survey. BMC Public Health 2011, 11:285
doi:10.1186/1471-2458-11-285

- Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014. 30:2607-2618.
- García-Ruiz M, Pasarín Rúa MI, Berra S, Daban Aguilar F. ¿Conocen los directores de los Equipos de Atención Primaria información de calidad sobre características socioeconómicas de la población que tienen asignada? Aten Primaria 2011, 43: 509-510. oi:10.1016/j.aprim.2010.09.015

Artículo 1: Pasarín MI, Berra S, Rajmil R, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un Instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención Primaria* 2007. 39: 395-403.

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)

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. España.
^bRed de Centros de Epidemiología y Salud Pública. España.
^cPrograma de Doctorado de Salud Pública. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
^dAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Barcelona. España.
^eJohns 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 resolutoria y nuclear, que module la utilización del resto del sistema¹.

Starfield definió un modelo teórico sobre lo que debe cumplir la APS en el que incluyó unas características básicas y otras relacionadas² (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 de 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 mejoras en diversas áreas, como la calidad de la prescripción farmacológica, la satisfacción de los usuarios, la capacidad resolutoria 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 proveedores acerca de su capacidad asistencial, su estructura, la práctica o el proceso, así como el producto o los resultados de la atención^{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.

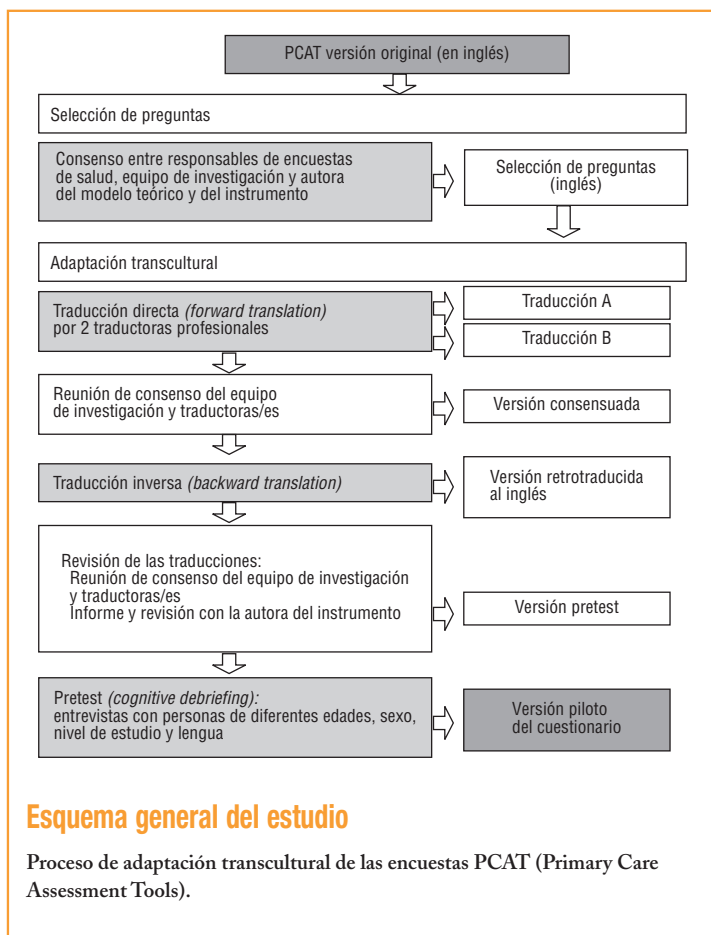
Este cuestionario recoge información sobre la experiencia de los usuarios respecto a cada una de las características de la APS (tabla 1) a partir de la identificación de un proveedor; además, incluye otros apartados, como el tipo de cobertura sanitaria, el estado de salud percibido y las características sociodemográficas¹⁰. 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 constructo⁹⁻¹¹. 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-



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

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 B².

TABLA 2
Dimensiones y números de ítems de las versiones originales (Estados Unidos) y españolas del instrumento 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

^aLas 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).

^bLas 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.

^cLa 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.

^dLas preguntas señaladas sólo forman parte del PCAT-CE.

^eEsta pregunta sólo está incluida en el cuestionario de la ESCA ampliado para la ciudad de Barcelona.
Tabla ampliada en la versión electrónica.

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.

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?		

^aDificultad: 0 = ninguna dificultad, 10 = dificultad máxima.

^bEquivalencia: 0 = equivalencia máxima, 10 = equivalencia mínima.

trivestadas 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 in-

fantil (CE), y 4 modificaciones menores entre los 15 ítems traducidos de la versión para la población adulta (AE). Todas las 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		Total
		Media	Intervalo	Mujer	Varón	Primario	Secundario	Universitario	Castellano	Catalán	
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

^aVersión del PCAT: CE (child edition), infantil; AE (adult edition), personas adultas.

^bPersona entrevistada: directamente a la persona o a través de un informador indirecto, en el caso del cuestionario infantil

^cEn 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

^aPromedios 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.

^bVersión 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 in-

formación 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 necesari-

os 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 cálculos 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 año¹⁶. 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 atención 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 Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la Atención 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 theoretical 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.

Artículo 2: Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary health in health surveys: a population perspective. *European Journal of Public Health*, 2012. 22: 14-19

Assessment of primary care in health surveys: a population perspective

Kátia B. Rocha^{1,2}, Maica Rodríguez-Sanz^{1,2,3}, M. Isabel Pasarín^{1,2,3,4}, Silvina Berra⁵, Mercè Gotsens^{1,2,3}, Carme Borrell^{1,2,3,6}

1 Agència de Salut Pública de Barcelona, Spain

2 Institute of Biomedical Research (IIB Sant Pau), Barcelona, Spain

3 CIBER Epidemiología y Salud Pública, España (CIBERESP)

4 Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

5 CONICET – School of Public Health, National University of Cordoba, Argentina

6 Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain

Correspondence: Kátia B. Rocha, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pl. Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain. Tel: +34 93 2027787, Fax: +34 93 3686943, e-mail: krocha@aspb.cat

Received 15 February 2010, accepted 7 February 2011

Background: The objective of this study was to evaluate the metric properties of a selection of items of the Primary Care Assessment Tool (PCAT) included into 2006 Catalonia Health Survey and adapted to evaluate experiences of primary care (PC) under population perspective. **Methods:** This was a cross-sectional study. The study population was composed of non-institutionalized residents of Catalonia over 15 years of age ($n=12\,933$). The instrument used was a 10-item selection of the adult user's version of the PCAT (PCAT10-AE). We assessed internal consistency, correlation between items and performed exploratory factor analysis and external validity analysis. **Results:** The instrument presented adequate internal consistency (0.72). All items showed acceptable correlation with other items that constitute the scale. The single extracted factor explained 64% of the common variance in the responses, allowing the construction of a global index for evaluation of PC. We observed an association between better evaluation of PC and more satisfaction with the health system. **Conclusions:** Metric analysis supported the integrity and general adequacy of this very short tool included in a population health survey. The global index proposed could be a good measure for assessing and monitoring the adequacy of part of the PC experiences in first-contact care and person-focused care over time, under population perspective. On the other hand, the loss of content as a consequence of the selection of items, suggesting use of the expanded versions of the PCAT-AE whenever a global evaluation of PC is desired and it is possible.

Keywords: Health surveys, metric properties, primary care evaluation

Introduction

Primary health care should play an important role in health systems organization.^{1–3} Different conceptual frameworks have been developed for assessing the quality of healthcare and managed care,^{4–8} including attributes of Primary Care (PC),^{1,9–12} in terms of efficiency, equity and effectiveness. The increasing focus on measuring, assessing and improving the quality of healthcare and organizational performance has provided a large number of measures and instruments permitting assessments from the perspectives of the users, professionals and the health system.^{13–15} Some instruments have been specifically designed to assess the quality of PC,^{16–18} but only a few allow the evaluation of broad dimensions of PC from the population perspective, such as accessibility, continuity, coordination and comprehensiveness.^{19–21}

The 'Primary Care Assessment Tool (PCAT)' has been designed to evaluate attainment of the features of PC,²² based on the theoretical model of PC attributes developed by Starfield.²³ The attributes identified are first-contact accessibility and use; continuity; comprehensiveness and coordination; other attributes include family centredness, community orientation and cultural competence. PCAT is an extensive tool including different versions for the user population, managers and providers. PCAT has been adapted and validated in several countries with different health systems, including the USA,^{21,24} Brazil,^{25,26} Spain,²⁷ Canada²⁸

and Korea,²⁹ and is available in a variety of languages, indicating cross-cultural reliability of the instrument for assessing PC.

The Spanish National Health System was established in 1986 financed from general tax revenue and offers universal coverage, integrated health services and after a long process of reform, the definition of a new model of primary healthcare at the beginning of the new century.^{30,31} Although some studies have evaluated PC quality,^{32–35} there is still a lack of information on some aspects such as accessibility, longitudinality and continuity of care.^{36,37} Pasarín *et al.*²⁷ have adapted Consumer and Provider versions of PCAT for the Spanish context. In 2006, the opportunity arose to include some measures for assessing the performance of PC from a population perspective as part of the Catalonia Health Survey. Due to limited space in this general health survey, there was a need to do an items selection of the adult consumer's version of PCAT (PCAT-AE). The new abbreviated 10-item questionnaire (PCAT10-AE) was designed in collaboration with one author of the original version, for its inclusion in population health surveys.²⁷

As far as we are aware, this is the first time that this approximation for the evaluating PC has been used in a population health survey, and moreover, this is the first time that an instrument derived from the PCAT has been used in an European context. Thus, the objective of this study was to analyse the metric properties of PCAT10-AE, a very short version of PCAT-AE for assessing PC in population health surveys.

Methods

Data collection

We used data from the Catalonia Health Survey conducted in 2006 (CHS-06), a population-based cross-sectional survey carried out in Catalonia, an Autonomous Community in the north-east of Spain (6.8 million inhabitants). The CHS-06 collected information about health, health-related behaviours, health-care services utilization and socio-demographic data from non-institutionalized residents. Data were collected through face-to-face interviews administered at home ($n = 15\,554$).

In CHS-06, the PCAT10-AE was answered by individuals who identified a source of PC using the question, 'Is there a general practitioner or primary care source that you usually go to if you are sick or need advice about your health?' The eligible population was adults >15 years, who identified a usual PC source ($n = 14\,177$), and who had visited a specialist at some time in their life ($n = 13\,255$). We excluded individuals who answered <50% of the 10 items of the PCAT10-AE ($n = 12\,933$).

PC assessment tool: PCAT10-AE

The original Primary Care Assessment Tool Adult Edition (PCAT-AE) had 74 items (original expanded version) and 43 items (short version).²¹ Ten items were selected from the original version in order to design an abbreviated adult user version of PCAT (PCAT10-AE), to include both the Spanish- and Catalan-language versions of the CHS-06. The items selected and the processes of translation and adaptation of PCAT10-AE

have been described previously.²⁷ Briefly, the selection of 10 items was based on (i) prioritization of the attributes of PC in the Spanish and Catalan contexts, (ii) other information already included in the CHS-06 and (iii) consultation with the author of the theoretical model and the original instrument. The priority was to choose items from the essential dimensions. To describe the access to PC four items from first-contact accessibility and use were selected, then three items from continuity and two items from coordination were included. To assess the comprehensiveness of care, one item about mental health counselling was selected, because this is a critical aspect in the primary healthcare in Spain. Finally, one item from cultural competence was also assessed to verify if PC adequately attends to the needs of different social groups (table 1). In addition, a study of the clarity, acceptability and familiarity of content showed that the PCAT10-AE questionnaire was generally understandable, was sufficiently interesting and was well adapted to the language. Each item was to be answered with a 4-point Likert-format response, ranging from 1 to 4 ('definitely not', 'probably not', 'probably yes' and 'definitely yes', respectively), with an additional option, 'don't know or can't remember'.

It is worth noting that different methods have been used to recode non-responses in other PC assessment tools^{21,24,29}: (i) recode to the lowest possible response (0), option used in the PCAT-CE (Child edition);^{24,25} (ii) recode to missing values and exclude the individuals with non-response, this is the option statistically more restrictive; (iii) recode to the mean of the other items answered, option similar to that employed in the PCAT-AE (adult version) namely recoding to the mean of the dimension;²¹ and

Table 1 Analysis of PCAT10-AE item distribution (English and Castilian)

Dimensions		Def. not ^a %	Prob. not %	Yes, Prob. %	Yes, Def. Def. %	Do not know %
First contact	1. When you have a new health problem, do you go to your doctor before going somewhere else? <i>'Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va a su médica o centro antes de ir a otro sitio?'</i>	1.3	2.7	14.0	81.8	0.1
	2. When the office is open and you get sick, would someone from there see you the same day? <i>'Cuando su centro está abierto y se pone usted enfermo ¿le visita alguien de allí el mismo día?'</i>	10.2	9.4	28.6	48.4	3.4
	3. When the office is open, can you get advice quickly over the phone if you need to? <i>'Cuando su centro está abierto, ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso?'</i>	11.1	9.3	26.3	33.9	19.4
	4. When the office is closed, is there phone number you can call when you get sick? <i>'Cuando su centro está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo?'</i>	7.2	5.7	20.8	54.8	11.4
Continuity	5. When you go to see your doctor, do you see the same doctor or nurse each time? <i>'Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico o enfermero?'</i>	8.2	9.9	26.3	54.2	1.4
	6. If you have a question, can you call and talk to the doctor who knows you best? <i>'Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico a o enfermero que le conoce mejor?'</i>	15.1	12.9	23.9	28.1	19.9
	7. Does your doctor know what problems are most important to you? <i>'Sabe su médico qué problemas son más importantes para usted?'</i>	10.3	10.4	23.6	52.6	3.1
Coordination	8. After going to the specialist or special service, did your doctor talk with you about what happened at the visit? <i>'Después de acudir al especialista, ¿su médico habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?'</i>	12.7	7.4	20.5	52.4	6.9
	9. Would you recommend your doctor to a friend or relative? <i>'¿Recomendaría su médico o centro a un amigo o familiar?'</i>	7.5	6.1	23.7	58.2	4.4
Comprehensiveness	10. Counselling for mental health problems <i>'¿Su centro dispone de un servicio de asesoramiento para problemas de salud mental?'</i>	12.5	5.9	17.1	15.5	48.9

a: Likert scale ranging from 1 to 4 ('definitely not', 'probably not', 'probably yes' and 'definitely yes', respectively)

(iv) recode to the neutral value (2.5) in a score ranging from 1 to 4, option used in the Korean PCAT.²⁹

Analysis

First, the distribution of the 10 items of the PCAT10-AE in the sample was described, and means and standard errors of each item were calculated. These analyses were replicated using the different treatment for non-response described above (zero, missing, mean and 2.5).

In order to estimate the reliability of PCAT10-AE, we analysed the internal consistency using Cronbach's α . We also estimated the item-total correlation (ρ), the total α and the α if the item was deleted (α). These reliability estimates were replicated using the different options for non-response.

Exploratory factor analysis with varimax rotation was carried out to investigate the dimensionality of a measurement scale. The structural and construct validity of PCAT10-AE were evaluated. An underlying assumption was that the items should reflect a common construct, and thus the unidimensionality of the instrument would allow us to express the results as a unique score. These analyses were estimated using 2.5 value for non-responses.

The global index for PC evaluation was computed as the sum of 10 items, thus ranging from 10 to 40. To facilitate interpretation, the score was transformed to a scale of 0–100 points [score = $100 \times (\text{sum} - 10) / (40 - 10)$], with higher scores indicating more favourable PC performance. These analyses were estimated using 2.5 value for non-responses.

Moreover, because construct validity includes convergent validity, we analysed the association between the global index PCAT10-AE and the population's satisfaction with the health system thought the question 'How satisfied are you with health services used, over the past 12 months?' with a Likert response (very satisfied, satisfied, dissatisfied or very dissatisfied) included in CHS-06. We described and compared global index means by satisfaction with health services categories using *F*-statistics (analysis of variance) and linear regression analysis, both crude and adjusted by sex, age, social class and type of health insurance coverage. Social class was assigned as the highest class occupation of all members of the household and measured with a widely used Spanish adaptation of the British Registrar General classification.³⁸ Health insurance coverage was analysed in two categories: (i) only National Health System (NHS) and (ii) NHS and a supplementary private insurance.

All analyses were performed using the statistical package STATA 10.

Results

The original sample had 15 554 subjects aged >15 years, of these 14 177 had a usual source of PC, 13 255 of these had visited a specialist physician at some time in their lives and 12 933 answered >50% of the items of PCAT10-AE, cases included in this study, representing a 83% of the original sample.

The distribution of the items of PCAT10-AE in the sample studied showed a distribution heavily skewed towards high scoring evaluations of the PC. Mainly, the Item 1, 'first-contact use', where >80% of the population answered 'definitely yes'. Other items with a positive assessment were Item 5 'see the same doctor and nurse', Item 7 'doctor knows problems that are most important', Item 8 'doctor talk about specialist visit' and Item 9 'recommended your doctor'. However, some items had high proportions of non-responses and worse assessment such as those related to telephone care (Items 3 and 6). Highlighted, mental health counselling (Item 10), which was not answered by half of the population, and the responses were unfavourable for this item (table 1).

Table 2 shows that PCAT10-AE metric characteristics were adequate. The internal consistency of the PCAT10-AE ranged between 0.68 and 0.79 depending on the strategy used to recode the non-response. Data regarding the properties of the items were satisfactory, although the item on mental health was poorly correlated with the others and exclusion of this item increased the reliability of the scale.

The analysis of different methods for handling for non-response revealed the good reliability of the PCAT10-AE for all options tested. However, the use of the mean of other items did not seem appropriate in the PCAT10-AE, because the small number of items does not allow domain scores, and because items from unlike domains can be valued differently. The highest internal consistency was found when non-responses were recoded as missing, and this strategy increased the global index evaluation of PC, but the sample size decreased to 65%. In contrast, setting non-responses to value 0 resulted in a more negative PC evaluation and less internal consistency. We chose the option of recoding to the value 2.5, which resulted in a neutral assessment, and had adequate internal consistency (table 2).

Exploratory factor analysis showed that the first component explained the largest amount of variance in the items (64%). This first factor was correlated with all items (correlations >0.30), except the mental health item. These results lead to the conclusion that the PCAT10-AE can be treated as a unidimensional scale thus allowing the construction of a global index for PC evaluation.

Table 2 Metric analysis of PCAT10-AE item distribution by the different options used to replace non-response (zero, missing, mean, 2.5); analysis of mean, standard error (SE), item correlation (ρ), global index and Cronbach's α

	Zero ^a			Missings			Mean			2.5		
	Mean (SE)	ρ	α	Mean (SE)	ρ	α	Mean (SE)	ρ	α	Mean (SE)	ρ	α
1. New health problem	3.75 (0.01)	0.21	0.68	3.76 (0.01)	0.27	0.76	3.76 (0.01)	0.28	0.79	3.75 (0.01)	0.25	0.72
2. See you the same day	3.06 (0.03)	0.29	0.67	3.19 (0.02)	0.39	0.75	3.19 (0.02)	0.37	0.78	3.16 (0.02)	0.33	0.71
3. Quickly over the phone (office open)	2.41 (0.03)	0.43	0.64	3.03 (0.04)	0.53	0.73	3.07 (0.03)	0.56	0.76	2.92 (0.03)	0.46	0.69
4. Phone number you can call (office closed)	2.97 (0.05)	0.28	0.67	3.39 (0.05)	0.36	0.75	3.36 (0.05)	0.38	0.78	3.28 (0.04)	0.29	0.72
5. See the same doctor or nurse	3.22 (0.02)	0.29	0.67	3.28 (0.02)	0.42	0.74	3.27 (0.02)	0.39	0.78	3.26 (0.02)	0.35	0.71
6. Call and talk doctor who knows best	2.22 (0.04)	0.46	0.63	2.81 (0.03)	0.58	0.72	2.92 (0.02)	0.59	0.76	2.75 (0.03)	0.51	0.68
7. Know problems are most important	3.09 (0.02)	0.47	0.64	3.21 (0.02)	0.52	0.73	3.21 (0.02)	0.55	0.76	3.19 (0.03)	0.52	0.69
8. Doctor talk about specialist visit	2.99 (0.02)	0.42	0.64	3.21 (0.03)	0.49	0.73	3.20 (0.02)	0.52	0.77	3.16 (0.02)	0.47	0.69
9. Recommend your doctor	3.21 (0.02)	0.40	0.65	3.38 (0.01)	0.51	0.73	3.36 (0.01)	0.53	0.76	3.34 (0.01)	0.47	0.69
10. Counselling for mental health	1.35 (0.03)	0.20	0.69	2.69 (0.05)	0.21	0.78	2.98 (0.03)	0.42	0.78	2.60 (0.03)	0.14	0.74
Total Cronbach's α			0.68			0.76			0.79			0.72
Global index PHC	65.6			74.8			74.4			71.4		

a: Zero, recode by the lowest possible response (0), in a score ranging from 1 to 4; missing, recode by missing values and excluding the individuals with non-response; mean, recode by the mean of the others items answered; 2.5, recode by the neutral value (2.5) in a scale

Despite the fact that the unidimensionality of scale was acceptable, we explored a two-factor solution, which increased the amount of variance to 82%. The first rotated factor consisted of items (1, 5, 7, 8 and 9) related to contact with PC professionals, including items about the first-contact utilization, continuity, coordination and cultural competence. Factor 2 included the other items (2, 3, 4, 6 and 10), more related to the PC centre, telephone-based services and mental health counselling (about first-contact accessibility, continuity and comprehensiveness PC dimensions) (table 3).

Using the global index for PC evaluation, convergent validity analysis showed that the lowest assessment corresponded to interviewees who were less satisfied with the health system [mean global index 58.9; 95% confidence interval (95% CI)=56.9–60.9], whereas those most satisfied with the health system had the highest PC evaluation (mean global index 77.8; 95% CI=76.6–79.0). Linear regression also showed a significant positive gradient relating the global index for PC with satisfaction with health system ($\beta=6.6$), which persisted after adjusting for sex, age, social class and type of health insurance ($\beta=5.9$) (table 4).

Discussion

The 10-item selection of adult user version of PCAT is the first instrument for evaluation of PC adapted for general population health surveys (PCAT10-AE) and presents good metric properties, including unidimensionality. In this sense, specific items and the global index are useful for the assessment of the quality of PC under population perspective, although may be limited for certain specific aspects of PC. Then, we consider that PCAT10-AE is a useful tool for assessment of PC from the population perspective, provided there is an important limitation of space and it is impossible to include the original instrument (PCAT-AE).

We found that in Catalonia the population generally provided a favourable assessment of PC, nevertheless telephone access and mental healthcare are critical features needing improvement. The population recognized the PC as the gateway to the health system, i.e. it is the first level of care usually encountered by the

population in relation to their health. This result is expected because Spain has a National Health System and has carried out considerable reform of PHC in the last 25 years. Moreover, these results for first-contact utilization are also consistent with those of other studies.^{21,29}

However, lower evaluations were observed for first-contact accessibility, mainly due to the fact that telephone access was not a widely known service of PC. Similarly, other studies have found that first-contact accessibility was the most problematic and weakest point of PC, and telephone access seemed to receive a particularly poor evaluation.^{20,28}

Other aspects that were positively evaluated were related to continuity and coordination, representing professional knowledge of the patient's medical history, personal situation and ongoing care. Again, however, poor telephone contact with PC professionals affected the evaluation of continuity of care.

Other studies have also reported a high number of non-responses to questions about telephone access,²⁰ although the lack of knowledge about the availability of these resources is considered highly informative in itself.

One aspect related to the comprehensiveness is the access to mental health counselling, that in our results it was not favourably assessed. This could be due to a lack of knowledge about the availability of this service, or to difficulty in understanding this question. It is notable that this item was also unfavourably assessed in the validation of the original instrument.²¹ Nevertheless, users are often unaware of how to access mental healthcare, for example, in Catalonia mental health services are organized in three levels: out-patient care which supports PC, hospital care and community psychiatric rehabilitation in day centres, but improved coordination of these levels is needed.³⁹ Moreover, there are a number of significant barriers to accessing mental healthcare, as highlighted by Miller and colleagues, who examined barriers among patients with chronic mental health disorders using PCAT. These authors noted that PC professionals often do not ask about mental health problems and also that there is a lack of coordination between PC and mental health services.⁴⁰

Table 3 Exploratory factor analysis by PCAT10-AE

	Factor 1	Factor 2
1. When you have a new health problem, do you go to your doctor before going somewhere else?	0.30	
2. When the office is open and you get sick, would someone from there see you the same day?		0.37
3. When the office is open, can you get advice quickly over the phone if you need to?		0.75
4. When the office is closed, is there phone number you can call when you get sick?		0.40
5. When you go to see your doctor, do you see the same doctor or nurse each time?	0.42	
6. If you have a question, can you call and talk to the doctor who knows you best?		0.51
7. Does your doctor know what problems are most important to you?	0.74	
8. After going to the specialist or special service, did your doctor talk with you about what happened at the visit?	0.62	
9. Would you recommend your doctor to a friend or relative?	0.54	
10. Counselling for mental health problems		0.18

Table 4 Analysis of convergent validity through the association between the total score of PCAT10-AE and the population's satisfaction with the health system

PCAT10-AE score by satisfaction with the health system	N	Mean (95% CI)	F (P-value)
Very unsatisfied	408	58.9 (56.9–60.9)	
Unsatisfied	1622	64.2 (62.9–65.5)	
Satisfied	7261	72.2 (71.6–72.8)	
Very satisfied	2062	77.8 (76.6–79.0)	
Linear trend for satisfaction with health system ^a		6.63 (6.01–7.26)	318.93 (<0.0001)
Adjusted linear trend for satisfaction with health system ^b		5.93 (5.39–6.48)	243.90 (<0.0001)

a: Linear regression

b: Linear regression adjusted by gender, age, social class and type of health coverage insurance

F: F-statistic analysis of variance

Metric properties

The PCAT10-AE is a reliable instrument for assessing aspects of the quality of PC. Internal consistency was adequate (Cronbach's α 0.72), considering that the consistency of the original long version of PCAT-AE varied between 0.64 (first contact dimension) and 0.95 (comprehensiveness).²¹ Also, the Korean PCAT-AE, which was constructed using items selected from the original PCAT-AE, had internal consistencies that varied between 0.69 and 0.78.²⁹ It is important to note that the validation of the PCAT10-AE was carried out in the general population and not in a health-care setting, although the inclusion of less frequent users does not affect the reliability of the scale.

Different methods described in the literature were tested for missing value replacement. The results showed similar good metric properties under the different options tested for the PCAT10-AE. Future studies would be advised to use multiple imputation and other complex techniques to treat non-response. However, factors and characteristics associated with PC evaluation or with non-response are needed. In our study, we chose to replace non-responses with a neutral value of 2.5 to facilitate the reproducibility and comparability of these results with others.^{21,29}

Based on metric analysis of the PCAT10-AE, we accept the unidimensionality of the instrument, and we propose a global index for assessment of PC. The original validation of the PCAT-AE emphasized that the inter-factor correlations were excessively high and that the correlations between all factors were significantly positive, indicating the complementary nature of PC domains.²⁰ Similarly, a short tool for assessing PC (with 21 items in five domains) has been implemented for the Korean context, which also uses an average score in all five domains.

Despite being a very short instrument, we explored a two-dimensional structure of PCAT10-AE, obtaining one factor more related to the continuity of service and other factor more related to the services offered by the primary health-care centre. Similarly, Mead *et al.*²⁰ identified two factors that were clearly related to 'access' and 'interpersonal care'. Future studies are needed to further explore the possible advantages of two components of PC, as it provides more information about achievement of the core goals of PC quality. This solution still does not recognize the importance of two of the key domains of PC: comprehensiveness (which, in this study, addressed only mental health services) and coordination (which was represented by a single item).

The convergent validation showed a strong association between the experiences with PC and satisfaction with the health system. Despite being a simple analysis, the convergent validity provided quite informative results, although other studies have not performed analysis of convergence between PCAT and other measures, or an external validity test.^{20,21,29}

Limitations

Interpretation of our results should take into account some of their limitations. The PCAT10-AE tool is a very short version of the original instrument and this makes it difficult to compare findings with those of other published PCAT tools. Nevertheless, the characteristics of items selected in the PCAT10-AE are similar to those of other PCAT tools. In this sense, the reduced number of items does not allow us to perform analyses PC by dimensions and the global index resulted by them (PCAT and PCAT10-AE) are not comparable; the first is based in a global vision of PC, and the second in a selection of important aspects but not complete. One problem is the inadequate representation of two of the four critical domains of PC and suggests that future efforts add a few items that better represent care in the domains of comprehensiveness and coordination. The construction of a global index may neglect some specific domain and may mask the multidimensionality represented in the original versions of PCAT-AE (expanded and short). The original versions are more appropriate for measuring

the attainment of PC attributes because they provide information on the structure and process elements related to the four key domains of PC (first contact, continuity of care, coordination and comprehensiveness).^{20,29}

Second, some items showed high rates of non-response, such as items about telephone care and mental health counselling. The decision to replace missing values with a neutral value (2.5) could result in excessively positive assessment if ignorance about these services is related to lower availability or accessibility. Third, the assessment of PC through the population's perspective is entirely based on self-reported information. While this may be the best way to ascertain individual experiences, it is subject to recall and response bias. However, a positive aspect of this study is that our evaluation of PC is representative of the entire population, not only the users of health services. Also, all participants were potential users, given that Spain has a National Health System.

Conclusion

This article provides evidence on advantages and limitations of including a selection of 10 items from the PCAT to comprehensively assess PC from the population's perspective. The main limitation of this instrument is its small number of items, which neglect the evaluation of some aspects of the global experience with PC by users. Whenever possible, the expanded version of the PCAT-AE must be implemented to capture all the expected domains of PC. Nevertheless, the PCAT10-AE is a very short tool, easy to administer, which presents good metric properties, and provides a global index for PC evaluation, and is useful on context in that it is impossible to include a larger number of items. The Catalonia Health Survey was the first large-scale study including an index to systematically assess the quality of primary health care. The PCAT10-AE in health surveys will allow to analyse experiences with PC not only between population groups and over time.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the staff of the Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya involved in the acquisition of data in the Catalonia Health Survey, led by Pilar Brugulat. We also thank Barbara Starfield and Olatz Garin for their important work on the revision of this article.

Funding

This project has been financed by Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (CAHTA) (Grant no 098/12/06).

This paper forms part of the PhD dissertation of M. Isabel Pasarín the doctoral Programme in Public Health, University of Barcelona.

Agency of Technology Assessment and Research Catalonia (AATRM 098/12/06); doctoral dissertation of M. Isabel Pasarín conducted in the Universitat Autònoma de Barcelona.

Conflicts of interest: None declared.

Key points

- In recent decades, PC has assumed a central role in the organization of health systems. PC is continuously evolving, and this alone justifies the need to evaluate it systematically.
- An abbreviated version of adult PCAT (PCAT10-AE) is a useful tool for evaluating PC from the population perspective, because it is short, easy to administer and presents

good metric properties, thus permitting the construction of a single global PC evaluation score.

- The importance of including tools for evaluation of the PC in population health surveys is based on the monitoring and assessment of PC attributes between population groups and over time, in this sense, PCAT10-AE represents an adequate instrument for this objective.

References

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
- Primary Health Care: Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Rico A, Saltman RB, Boerma GW. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Soc Pol Admin* 2003;37:592–608.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2008;51:1611–25.
- Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78:717–31.
- Derosé SF, Pettiti DB. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annu Rev Public Health* 2003;24:363–84.
- Delnoij DM, Groenewegen PP. Health services and systems research in Europe: overview of the literature 1995–2005. *Eur J Public Health* 2007;17(Suppl):110–3.
- Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy* 2008;85:263–76.
- Sibthorpe B. A proposed conceptual framework for performance assessment in primary care: a tool for policy and practice. Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute, 2004.
- Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005;22:215–22.
- Haggerty J, Borge F, Levesque JF, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007;5:336–44.
- Hogg W, Rowan M, Russell G, et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care* 2008;20:308–13.
- Murray CJ, Frenk J. Health metrics and evaluation: strengthening the science. *Lancet* 2008;371:1191–9.
- Hussey PS, de Vries H, Romley J, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res* 2009;44:784–805.
- Alexander JA, Hearld LR. What can we learn from quality improvement research? A critical review of research methods. *Med Care Res Rev* 2009;66:235–71.
- Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94–8.
- Caminal J, Starfield B, Sanchez E, et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14:246–51.
- Ohman-Strickland PA, John OA, Nutting PA, et al. Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 1): 1257–73.
- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;36:728–39.
- Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)—development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract* 2008;9:13.
- Shi L, Starfield B. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001;50:161–75.
- Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.
- Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford, 1998.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2): 998–1003.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006;22:1649–59.
- Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007;22:167–77.
- Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, et al. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria* 2007;39:395–401.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008;6:116–23.
- Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, et al. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2009;21:103–11.
- Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997;41:121–37.
- Rico A. *Health Care System in Transition [online report]*. Spain: European Observatory on Health Systems and Policies, 2000.
- Duran J, Jodar G, Pociello V, et al. [The reform of primary health care: the economic, care and satisfaction results]. *Aten Primaria* 1999;23:474–8.
- Daban F, Pasarin MI, Rodriguez-Sanz M, et al. [Evaluation of the primary health care reform: preventive practices and inequalities]. *Aten Primaria* 2007;39:339–46.
- Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, et al. [An evaluation of the impact of primary care reform on health]. *Aten Primaria* 1999;24:468–74.
- Martín Zurro A, Castelltort L, Sans Miret A. Análisis crítico de la reforma de la Atención Primaria. El modelo de atención primaria de salud: Balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000;25:45–58.
- Plaza TA, Zara YC, Guarga RA, Farres QJ. [Results of a benchmarking exercise for primary care teams in Barcelona, Spain]. *Aten Primaria* 2005;35:122–7.
- Lorenzo-Cáceres AA, Puime AO. Publications on Primary Care evaluation in Spain after twenty years of reform (1984–2004). Thematic and bibliometric analysis. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:131–45.
- Domingo SA, Marcos AJ. [Proposal of an indicator of “social class” based on the occupation]. *Gac Sanit* 1989;3:320–6.
- Salvador-Carulla L, Garcia-Alonso C, Gonzalez-Caballero JL, Garrido-Cumbrera M. Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. *J Ment Health Policy Econ* 2007;10:87–100.
- Miller CL, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatry Serv* 2003;54:1158–60.

Artículo 3: 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 la atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*. 2011. 137 (extr 2): 49-54



Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población[☆]

M. Isabel Pasarín^{a,b,c,d,e,*}, Kátia B. Rocha^{a,c}, Maica Rodríguez-Sanz^{a,c,d}, Silvina Berra^{f,g} y Carme Borrell^{a,b,c,d}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^bUniversitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^cInstitut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^dCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^eUniversitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^fConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

^gEscuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

RESUMEN

Palabras clave:
Evaluación
Atención primaria
Población

La evaluación de la atención primaria (AP) debe contemplar diversas perspectivas. El objetivo del trabajo fue conocer la valoración de la AP en Cataluña y detectar o descartar un patrón de desigualdad social a partir de la experiencia de la población. Se realizó un estudio transversal a una muestra ($n = 13.292$) representativa de la población residente en Cataluña > 15 años, que identificaba un profesional de referencia. Se estudió un índice de experiencia con la AP según variables personales y del profesional de referencia. Se ajustaron modelos multivariados de regresión binomial negativa para la obtención de las razones de prevalencia y sus intervalos de confianza del 95%. Se obtuvo un índice medio de 71 (escala 0-100). Un índice > 70 se asoció a: mayor edad, más visitas en el último año, más tiempo con el profesional y residir en áreas menos densas. Los ítems con menor puntuación fueron: atención telefónica y disponibilidad de servicios de salud mental. Se concluye que los factores asociados con una mejor experiencia están relacionados con una mayor frecuentación de los profesionales. No se detectaron desigualdades sociales.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

One more step in the study of social inequalities in primary care provision from a population-based perspective

ABSTRACT

Keywords:
Evaluation
Primary care
Population

Evaluation of Primary Care (PC) must include different perspectives. The objective of the study was to know the assessment of the PC in Catalonia and detecting whether or not a pattern of social inequality exists, through user's experience. A cross-sectional study was conducted, in a representative sample ($n = 13,292$) of the Catalonia population (aged 15), who identify a reference professional. It was studied an index of experience with PC by personal variables and variables about the reference professional. Negative binomial regression models (bivariate and multivariate) were adjusted to obtain the prevalence ratios and confidence intervals of 95%. The index gained an average of 71 (scale 0-100). A rating above 70 was associated with higher age, greater number of visits in the last year, more time with the same professional and living in an area of lower population density. Items with lower scores: telephone attention and availability of mental health services. We concluded that factors associated with a better experience are associated with more frequent visits to professionals. We did not detect social inequalities.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpasarin@aspb.cat (M.I. Pasarín).

[☆]Este trabajo forma parte de la tesis doctoral de M. Isabel Pasarín, que se realiza en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Este estudio ha sido parcialmente financiado por la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS), Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Proyecto 098/12/06.

Introducción

La existencia de desigualdades sociales en salud ha sido ampliamente descrita^{1,2}. Aunque es cierto que el sistema sanitario es sólo uno más de los determinantes de la salud de las poblaciones, tal y como ha sido puesto de manifiesto en diferentes modelos de deter-

minantes de la salud^{3,4}, hay evidencia de que los sistemas sanitarios de financiamiento público consiguen mejores niveles de equidad⁵. El Sistema Nacional de Salud utilizado en España y en sus 17 comunidades autónomas —financiado principalmente por impuestos y que proporciona atención sanitaria universal, con servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria⁶— es una buena base para la disposición de equidad en el sistema.

La universalización de la atención sanitaria es un paso importante para asegurar la no producción de desigualdades sociales desde los servicios de salud, pero aun así se deben establecer sistemas de vigilancia ya que incluso en sistemas de atención sanitaria universal podrían producirse barreras de acceso a la atención de calidad, tal y como ha sido evidenciado en diversos procesos y entornos^{7,8}.

La atención primaria (AP) puede influir en la implantación de un sistema sanitario más eficiente si actúa como puerta de entrada al sistema, si tiene una elevada capacidad de resolución y modula el uso del resto del sistema⁹. España empezó la reforma de la AP en el año 1984 realizando importantes cambios como la introducción de la historia clínica, estableciendo los equipos de atención primaria y ampliando las horas de atención¹⁰. En el momento actual, en que hace ya más de 7 años de la finalización de la reforma (en 2003), es necesario disponer de instrumentos que completen su evaluación desde la perspectiva de la experiencia de la población, ya que cualquier persona es potencialmente usuaria de los servicios públicos. La encuesta de salud por entrevista, con un abasto de población, se convierte en un instrumento de enorme utilidad ya que permite tener información que otros sistemas de información, basados exclusivamente en los usuarios, no permiten.

En Estados Unidos, Starfield y Shy diseñaron un conjunto de instrumentos de valoración de la AP (PCAT, *primary care assessment tool*)¹¹ que permiten evaluar los atributos de la AP: a) ser accesible y utilizada como el primer contacto con el sistema de salud; b) ofrecer una atención continuada y global, y c) estar coordinada con los otros niveles del sistema sanitario, además de tener un enfoque familiar y comunitario, y competencia cultural¹². El PCAT tiene 3 versiones en función de si las preguntas deben ser contestadas por los usuarios, los gestores de los servicios o los propios profesionales. El PCAT se está utilizando en diferentes países y contextos. Así, la versión para usuarios se ha validado en Estados Unidos^{11,13} y, además de allí¹⁴, se ha utilizado en países como Brasil y Canadá^{15,16}. En España se construyó y validó para su uso una versión muy abreviada que se podría incluir en una encuesta de salud¹⁷.

En Cataluña —una de las 17 comunidades autónomas de España, con más de 7 millones de habitantes en 2006— se llevan a cabo encuestas de salud a la población desde 1994 y son un instrumento clave para conocer la visión de la ciudadanía respecto a aspectos clave de los servicios sanitarios¹⁸. En la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 (ESCA 2006) se introdujo un conjunto de ítems para poder conocer más en profundidad aspectos relacionados con la calidad de la AP. Dichos ítems se seleccionaron de la versión corta del cuestionario de adultos del PCAT. Dicha selección se basó en varios aspectos: a) en España la AP es de provisión pública y la mayor parte de su cartera de servicios, así como cuestiones organizativas, se definen por ley. En consecuencia, en muchas cuestiones hay poca variabilidad en la oferta en comparación con el contexto original del PCAT (Estados Unidos). En este sentido, se incluyeron algunos ítems que hacían referencia a servicios de oferta más heterogénea en el territorio (p. ej., atención psicológica-psiútrica en el primer nivel de atención); b) la encuesta contiene otros apartados que complementan los seleccionados (p. ej., información socioeconómica del individuo, uso de servicios sanitarios, prácticas preventivas realizadas, etc.), y c) las prioridades de los objetivos generales de la encuesta de salud se centran mayormente en acceso, continuidad de la atención, coordinación y competencia cultural. En publicaciones previas se describe con mayor detalle el proceso de selección y adaptación cultural de los ítems¹⁷ y el cálculo del índice que permite

obtener este instrumento, con resultados aceptables de fiabilidad y validez¹⁹.

El objetivo de este trabajo fue conocer la valoración de la AP en Cataluña en el año 2006 a partir de la experiencia de la población y los factores que se asocian a una mejor valoración, poniendo especial énfasis en detectar o descartar que exista un patrón de desigualdad social, ya sea por sexo, edad o clase social.

Metodología

Mompert-Penina et al describen la metodología básica de la ESCA 2006 en esta monografía²⁰. La población de estudio fueron personas residentes en Cataluña. Para la realización de este estudio se seleccionó a participantes > 15 años que afirmaron tener un médico o centro de referencia (14.177, 91% de la muestra de > 15 años)²¹, que habían visitado alguna vez en la vida a un médico especialista y que habían contestado más del 50% de los ítems que constituyen el índice de valoración de la AP, principal variable de estudio. La muestra que finalmente se utilizó estaba formada por 13.052 personas > 15 años.

Como indicador de valoración de la experiencia con AP se utilizó el índice abreviado derivado de 10 ítems seleccionados del PCAT, construido específicamente para incluir en encuestas de salud de la población^{17,19}. Los 10 ítems son contestados a través de una escala de Likert de 1 a 4 (“sí, sin duda”; “es probable que sí”; “es probable que no”, “no, en absoluto”) que además incluye la opción “no lo sé, no lo recuerdo”. El índice global se calculó como la suma de los 10 ítems, resultando un valor de 10 a 40. Para facilitar la interpretación, la puntuación se transformó en una escala de 0 a 100 puntos (puntuación = $100 \times [\text{suma} - 10] / [40 - 10]$) cuyas puntuaciones más altas indican una experiencia más favorable con la AP.

Como variables de estudio se incluyeron: a) edad (15-44 años, 45-64 años y ≥ 65 años); b) sexo; c) clase social; d) estado de salud percibido; e) tipo de cobertura sanitaria (exclusivamente pública o pública y privada); f) modalidad del médico de cabecera (público o privado); g) tiempo con el mismo médico de cabecera (1 año, 1-2 años, ≥ 3 años), y h) número de visitas con su médico de cabecera en el último año (ninguna, 1-2, 3-4, ≥ 5).

Siguiendo la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología según la adaptación española de la clasificación del British Registrar General²², la clase social se asignó a partir de la ocupación basada en la distribución de las ocupaciones en 5 clases sociales:

- Clase I: directivos y técnicos superiores.
- Clase II: técnicos medios, artistas y deportistas.
- Clase III: administrativos y técnicos de apoyo.
- Clase IV: profesiones manuales cualificadas y semicualificadas.
- Clase V: profesiones manuales no cualificadas.

Estas 5 clases sociales se agruparon para el análisis en I-II, III y IV-V.

También se utilizó la variable contextual densidad de población en el Gobierno Territorial de Salud (GTS) de residencia (habitantes/km²). Los GTS son consorcios que se regulan por el Decreto 38/2006 y se corresponden con un nivel de descentralización del sistema sanitario catalán. Territorialmente, los GTS están formados por un conjunto de Zonas Básicas de Salud y tienen una dimensión que incluye, como mínimo, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

Se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los 10 ítems que forman parte del índice y se calculó la media y la desviación estándar para cada uno de ellos. Asimismo, se llevó a cabo una descripción de la muestra en función de las variables independientes del estudio y se calcularon las prevalencias de personas con índice valorado en < 50, entre 50 y 69 y ≥ 70 . Las diferencias estadísticas se analizaron mediante la prueba de la χ^2 y un nivel de significación alfa = 0,05. En el análisis del índice de valoración se eligió un valor de 70 como valor de categorización para diferenciar la buena valoración (> 70) tanto en

Tabla 1
Descripción de la muestra según las variables de estudio

	Hombres	Mujeres
	N (%)	N (%)
Edad		
15-44	3.017 (53,2)	3.140 (49,1)
45-64	1.852 (29,0)	1.952 (28,3)
≥ 65	1.328 (17,8)	1.763 (22,6)
Clase social		
Clase social I + II	1.158 (20,5)	1.447 (23,3)
Clase social III	1.712 (26,4)	1.953 (30,4)
Clase social IV + V	3.264 (53,1)	3.132 (46,3)
Cobertura sanitaria		
Pública	4.311 (70,6)	5.080 (73,9)
Doble	1.860 (29,4)	1.760 (26,1)
Estado de salud percibido		
Muy bueno y bueno	4.774 (78,9)	4.615 (68,0)
Regular, malo, muy malo	1.423 (21,1)	2.240 (32,0)
Titularidad del médico de referencia		
Público	5.713 (90,5)	6.247 (88,9)
Privado	484 (9,5)	608 (11,1)
Tiempo con el mismo médico de referencia		
< 1 año	770 (13,7)	930 (14,5)
1 a 2 años	584 (10,7)	678 (11,1)
≥ 3 años	4.843 (75,6)	5.247 (74,4)
Nº de visitas al médico de referencia (último año)		
Ninguna	1.187 (18,5)	886 (12,7)
De 1 a 2	2.468 (41,0)	2.253 (33,3)
De 3 a 4	1.264 (20,9)	1.492 (21,9)
≥ 5	1.278 (19,6)	2.224 (32,1)
Densidad de población del GTS de residencia (habitantes/km ²)		
< 60	1.106 (3,5)	1.200 (3,4)
60-147	1.441 (15,0)	1.579 (15,0)
148-705	1.207 (20,8)	1.259 (19,2)
> 705	2.443 (60,7)	2.817 (62,4)
Total	6.197 (100)	6.855 (100)

GTS: Gobierno Territorial de Salud.

función de la distribución del índice (escogiendo un valor cercano al percentil 50) como sobre la base teórica de que en el sistema español (con una reforma de la AP que tiene más de 25 años de vigencia) es exigible que el nivel de calidad sea de "notable" (valor 7 sobre 10 en puntuaciones escolares), y también por la experiencia de Haggerty et al, que utilizaron el valor 3 en la escala de 1 a 4⁶. Se realizó un análisis multivariado de la valoración positiva de la AP en función de las varia-

bles independientes y mediante el ajuste de modelos de regresión binomial negativa para estimar las razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Primero se estimaron los modelos de regresión crudos y después los modelos multivariados ajustados, para lo cual se incluyeron como variables de ajuste todas las variables que se presentan en la tabla 1. Dado que la salud y la enfermedad, con sus determinantes, tienen comúnmente un perfil en función del género^{23,24}, todos los análisis se realizaron estratificados por sexo y se ponderaron para tener en cuenta el diseño de la muestra. El paquete estadístico utilizado fue el Stata 10 (StataCorp, College Station, Texas, Estados Unidos).

Resultados

La muestra utilizada (tabla 1) se caracteriza por tener una estructura de edad similar a la del conjunto de Cataluña; algo más de una cuarta parte dispone de doble cobertura sanitaria y hay un predominio de clases sociales trabajadoras manuales (IV-V). Alrededor del 90% identifica el médico de cabecera en el sistema público y más del 75% hace más de 3 años que tiene el mismo médico. Sólo el 18,5% de los hombres y el 12,7% de las mujeres no han realizado ninguna visita a este profesional durante el último año, y cerca del 20% de los hombres y más del 30% de las mujeres han hecho ≥ 5 visitas. Por último, más del 60% de la muestra reside en una zona (GTS) de alta densidad de población.

Antes de describir los resultados del índice de AP, se presenta una breve descripción de cada uno de los ítems que lo componen (tabla 2)¹⁹. En primer lugar, no hay importantes diferencias entre los hombres y las mujeres. El ítem con mayor puntuación (3,76 sobre 4) es el 1, cuya pregunta es si cuando la persona tiene un nuevo problema de salud acudiría en primer lugar a este profesional. El ítem 10, referente a si en su centro cree que puede obtener consejo sobre salud mental, es el que peor puntuación ha obtenido (2,59). Hay que señalar que la opción "no lo sé" alcanza un valor > 50% en dicho ítem, así como que en los ítems 3 y 6, referentes ambos a atención telefónica, supera el 20%.

El índice de valoración de la AP tiene un valor medio de 71 en una escala de 0 a 100, tanto en hombres como en mujeres. En la tabla 3 se muestra la distribución de los valores del índice según las diferentes variables estudiadas. En este caso, el índice se ha categorizado en < 50 (valoración muy negativa), entre 50 y 69 (valoración negativa intermedia) y ≥ 70 (valoración positiva). Se observa que las experiencias más positivas en AP se producen en las personas mayores (más

Tabla 2
Análisis de los ítems que forman parte del índice de valoración de la atención primaria: media, desviación estándar y porcentaje de entrevistas que respondían "no lo sé"⁴⁹

Dimensión a la que pertenecen	Ítems	Hombres	Mujeres	Total
		Media ± DE (%)	Media ± DE (%)	Media ± DE (%)
Primer contacto	1. Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio?	3,76 ± 0,56 (0,2)	3,76 ± 0,58 (0,1)	3,76 ± 0,59 (0,2)
	2. Cuando su centro está abierto y se pone usted enfermo/a, ¿le visita alguien de allí el mismo día?	3,14 ± 0,98 (4,2)	3,18 ± 0,98 (3,7)	3,16 ± 0,98 (3,9)
	3. Cuando su centro está abierto, ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso?	2,91 ± 0,92 (21,7)	2,93 ± 0,97 (19,3)	2,92 ± 0,94 (20,4)
	4. Cuando su centro está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo/a?	3,28 ± 0,90 (12,7)	3,29 ± 0,92 (12,0)	3,28 ± 0,91 (12,4)
Continuidad de la atención	5. Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a?	3,24 ± 0,95 (2,5)	3,28 ± 0,95 (1,2)	3,26 ± 0,95 (1,8)
	6. Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor?	2,73 ± 0,97 (22,0)	2,76 ± 1,01 (20,3)	2,74 ± 0,98 (21,1)
Coordinación de la atención	7. ¿Sabe su médico/a qué problemas son más importantes para usted?	3,15 ± 1,01 (3,7)	3,23 ± 1,00 (3,7)	3,19 ± 1,01 (3,7)
	8. Después de acudir al especialista, ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?	3,17 ± 1,02 (7,7)	3,15 ± 1,07 (6,3)	3,16 ± 1,04 (6,9)
Competencia cultural	9. ¿Recomendaría su médico/a o centro a un amigo o familiar?	3,32 ± 0,90 (5,8)	3,36 ± 0,92 (4,3)	3,34 ± 0,91 (5,0)
Globalidad de la atención (servicios disponibles)	10. ¿Su centro dispone de un servicio de asesoramiento para problemas de salud mental?	2,59 ± 0,78 (51,6)	2,61 ± 0,85 (48,0)	2,60 ± 0,81 (49,7)
Índice de valoración de la AP		70,9 ± 16,28	71,84 ± 16,72	71,4 ± 16,52

Tabla 3

Distribución del índice de valoración de atención primaria (en 3 categorías) en la población mayor de 15 años en Cataluña, según las variables de estudio

Valores del �ndice	Hombres (%)			Mujeres (%)		
	< 50	50-69	≥ 70	> 50	50-69	≥ 70
	%	%	%	%	%	%
Edad						
15-44	13,0	37,7	49,3	13,4	35,0	51,6
45-64	7,7	32,4	59,9	8,3	28,5	63,2
≥ 65	3,4	20,9	75,7	4,2	20,7	75,1
Valor de p			0,001			0,001
Clase social						
Clase social I + II	11,4	33,8	54,8	9,6	30,8	59,6
Clase social III	9,6	32,8	57,6	10,8	30,4	58,8
Clase social IV +V	9,0	33,5	57,5	9,6	29,6	60,8
Valor de p			0,277			0,682
Cobertura sanitaria						
Pública	9,9	33,8	56,3	10,8	30,6	58,6
Doble	9,1	31,8	59,1	7,2	28,3	64,5
Valor de p			0,413			0,0006
Estado de salud percibido						
Muy bueno y bueno	10,4	34,6	55,0	10,3	32,3	57,4
Regular, malo, muy malo	7,4	27,7	64,9	8,9	25,0	66,1
Valor de p			0,001			0,001
Titularidad médico referencia						
Público	10,2	34,0	55,8	10,3	32,3	57,4
Privado	5,8	25,2	69,0	4,3	22,0	73,7
Valor de p			0,003			0,001
Tiempo con el mismo médico de referencia						
< 1 año	14,6	43,6	41,8	17,2	41,3	41,5
1 a 2 años	15,2	35,3	49,5	10,3	37,6	52,1
≥ 3 años	8,1	31,0	60,9	8,4	26,6	65,0
Valor de p			0,001			0,001
Número de visitas al médico de referencia (�ltimo año)						
Ninguna	14,1	40,2	45,7	9,7	39,9	50,4
1 o 2	9,6	36,5	53,9	12,2	33,7	54,1
3 o 4	9,3	27,7	63,0	9,8	28,9	61,3
≥ 5	6,5	25,3	68,2	7,5	22,9	69,6
Valor de p			0,001			0,001
Densidad de población del GTS de residencia (habitantes/km²)						
< 60	6,9	23,0	70,1	7,8	23,3	69,0
60-147	7,0	32,0	61,0	8,0	30,3	61,7
148-705	10,3	35,3	54,4	10,0	31,8	58,2
> 705	10,4	33,3	56,3	10,4	29,7	59,9
Valor de p			0,003			0,233

GTS: Gobierno Territorial de Salud.

del 70% presentan un índice > 70, mientras que en el grupo de 15 a 44 son sólo alrededor del 50%), las que tienen doble cobertura sanitaria, las que valoran peor su estado de salud, las que residen en áreas de menor densidad de población, las que tienen el médico de referencia en el sector privado, las que hace más tiempo que tienen al mismo médico y las que lo han visitado con mayor frecuencia. Asimismo, es importante destacar que no hay diferencias entre clases sociales.

Respecto al análisis de los factores que se asocian a una mejor experiencia en AP ( ndice > 70), en la tabla 4 se presentan las razones de prevalencia (RP) y sus IC del 95%, tanto las crudas como las obtenidas en el modelo multivariado que incluía todas las variables analizadas. Tanto en hombres como en mujeres se observa que los factores que se asocian a una mejor experiencia son: a) mayor edad (en hombres > 65 años respecto a los de 15-44, RP = 1,25; IC del 95%, 1,08-1,45); b) tener un médico de referencia en el sector privado (RP de 1,31 en los hombres y de 1,28 en las mujeres, ambas significativas); c) haber realizado una mayor utilización de los servicios de AP (RP significativas en los que habían realizado > 3 visitas en el último año), y d) tener el mismo médico desde hace más tiempo (en ambos sexos, para los que tenían el mismo médico durante ≥ 3 años respecto a los que lo tenían desde hacia < 1 año, la RP fue de 1,46). En ambos sexos se confirma de nuevo la no emergencia de diferencias según la clase social. La menor densidad del territorio también se asocia sig-

nificativamente a mayor proporción de índices > 70 (RP significativamente < 1 conforme se incrementa la densidad de los GTS).

Discusión

Cabe resaltar que no se han evidenciado desigualdades sociales en la experiencia con la AP en la población de Cataluña, lo cual se puede considerar reflejo de que, en general, los servicios de AP ofrecen una atención que no incurre en desigualdades sociales. Esto es importante y acorde con la recomendación de que, para garantizar la equidad, los sistemas de atención a la salud han de ser universales y con un papel preponderante de la AP²⁵. La reforma de la AP iniciada en los años ochenta en España realizó su papel y la dot  de un nivel de calidad claramente superior a la de los años anteriores. Aunque persista un modelo sanitario en el que el nivel hospitalario mantiene un papel muy predominante, no se puede menospreciar el cambio que la reforma de la AP supuso en nuestro país, y para la cual se han evidenciado resultados positivos^{10,26-28}.

La valoración global obtenida es buena, con una puntuación media de 7 sobre 10, a partir de los aspectos medidos. Han emergido factores asociados con una mejor valoración, todos ellos seguramente relacionados con un mayor conocimiento de los profesionales: mayor edad de las personas, mayor utilización, más tiempo con el mismo médico y un entorno más rural. El hecho de que una relación

Tabla 4
Asociación entre tener una alta valoración de la atención primaria (índice ≥ 70) y las variables independientes estudiadas*

	Hombres		Mujeres	
	RP (IC del 95%)	RP ajustada (IC del 95%)	RP (IC del 95%)	RP ajustada (IC del 95%)
Edad				
15-44	1	1	1	1
45-64	1,21 (1,15-1,22)	1,09 (1,00-1,19)	1,22 (1,15-1,30)	0,99 (0,89-1,09)
≥ 65	1,53 (1,45-1,63)	1,25 (1,08-1,45)	1,45 (1,39-1,52)	0,94 (0,83-1,07)
Clase social				
Clase social I + II	1	1	1	1
Clase social III	1,05 (0,98-1,13)	1,03 (0,97-1,11)	0,99 (0,92-1,05)	0,95 (0,90-1,01)
Clase social IV + V	1,05 (0,98-1,11)	1,05 (0,99-1,11)	0,99 (0,96-1,08)	0,95 (0,89-1,01)
Cobertura sanitaria				
Pública	1	1	1	1
Doble	0,95 (0,86-1,05)	0,99 (0,92-1,06)	0,91 (0,86-0,96)	0,99 (0,93-1,04)
Titularidad del médico de referencia				
Público	1	1	1	1
Privado	1,24 (1,12-1,35)	1,31 (1,20-1,43)	1,26 (1,20-1,32)	1,28 (1,21-1,36)
Tiempo con el mismo médico de referencia				
< 1 año	1	1	1	1
De 1 a 2 años	1,18 (1,03-1,62)	1,23 (1,07-1,42)	1,26 (1,13-1,39)	1,21 (1,09-1,33)
≥ 3 años	1,45 (1,31-1,62)	1,46 (1,31-1,62)	1,57 (1,43-1,71)	1,46 (1,34-1,60)
N.º de visitas al médico de referencia (último año)				
Ninguna	1	1	1	1
De 1 a 2	1,18 (1,09-1,27)	1,19 (1,10-1,29)	1,07 (0,99-1,17)	1,07 (0,98-1,17)
De 3 a 4	1,38 (1,26-1,51)	1,35 (1,24-1,47)	1,22 (1,10-1,35)	1,19 (1,06-1,32)
≥ 5	1,49 (1,37-1,63)	1,39 (1,27-1,51)	1,38 (1,27-1,50)	1,33 (1,21-1,46)
Densidad de población del GTS de residencia (habitantes/km²)				
< 60	1	1	1	1
60-147	1,29 (1,17-1,42)	0,88 (0,79-0,99)	1,18 (1,08-1,30)	0,90 (0,82-1,00)
148-705	1,12 (1,00-1,25)	0,81 (0,73-0,89)	1,06 (0,96-1,17)	0,88 (0,80-0,96)
> 705	1,03 (0,95-1,12)	0,81 (0,75-0,87)	1,03 (0,94-1,13)	0,86 (0,79-0,93)

RP: razones de prevalencia; IC: intervalo de confianza; GTS: Gobierno Territorial de Salud.

*RP crudas y ajustadas por el resto de variables de la tabla y el estado de salud percibido e IC del 95%.

más larga con el profesional se asocia a una mejor valoración ha sido descrito también en otros ámbitos²⁹.

A partir de los aspectos medidos en el índice, se detectan 2 áreas que se deben mejorar: una de ellas relacionada con la accesibilidad telefónica y otra con la atención de problemas de la esfera de la salud mental. Los 3 ítems que miden estas áreas muestran tanto las peores valoraciones como el mayor porcentaje de personas que responden "no lo sé", y este desconocimiento puede ser indicativo de no la disponibilidad efectiva (a pesar de estar disponibles, no son percibidos como tales).

La atención telefónica puede influir tanto en aspectos de accesibilidad como de continuidad de la atención, dos de los atributos básicos de la AP (el PCAT incluye cuestiones de acceso telefónico tanto en la dimensión de accesibilidad como en la de continuidad). En un entorno con elevada utilización de la AP, con situaciones frecuentes de saturación, la atención telefónica puede ser una forma de descongestión del sistema, al tiempo que puede facilitar la continuidad de los procesos de atención. Es una de las áreas que se consideran de acción para mejorar la accesibilidad global³⁰. El poder contactar telefónicamente con el profesional de referencia facilita la continuidad de procesos de atención y puede también favorecer una disminución de las visitas presenciales. La aplicación del PCAT completo permite obtener valoraciones para cada una de las dimensiones de la AP, como por ejemplo en Quebec (Canadá), donde se detectó que la accesibilidad fue el área peor valorada por los usuarios¹⁶ y la accesibilidad telefónica resultó especialmente crítica³¹.

En cuanto a que la población tenga también la AP como referente para el malestar de la esfera mental, el hecho de que más del 50% haya respondido que "no sabe", puede estar relacionado por un lado con problemas de la medida (de validez del ítem utilizado), pero también con que realmente parece indicar que no se identifica este nivel de atención como una opción a la que acudir para este tipo de problemas. En Cataluña, la atención especializada en psiquiatría y

salud mental constituye un subsistema muy complejo dentro del sistema sanitario. Hasta el año 1999 no se creó la Red de Salud Mental (Real Decreto 213/1999) y a partir de entonces la red pública de salud mental se organiza en 3 niveles asistenciales básicos: la atención especializada ambulatoria, de soporte a la AP, la atención hospitalaria y la rehabilitación psiquiátrica comunitaria (centros de día y centros de inserción laboral)³². El Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departamento de Salud, editado en el año 2006, tiene definido como uno de sus objetivos la mejora de la atención a los trastornos mentales y las adicciones en la AP a partir de definir una cartera de servicios y diseñar programas de formación continuada entre otras líneas. Lo encontrado en nuestro estudio es coherente también con lo que sucede en otros países, donde la atención a problemas de la esfera de la salud mental desde la AP se está intentando orientar^{33,34}. Por otra parte, se debe tener en cuenta que este ítem pertenece a la dimensión de servicios disponibles del instrumento PCAT que, como se ha comprobado en los análisis de validez de éste y otros instrumentos similares, se diferencia claramente de las restantes, de lo que se interpreta que el concepto medido se refiere a conocimiento de la oferta de servicios, más que a la experiencia con ellos. Así, la reciente reordenación de la atención a la salud mental puede ser un factor explicativo del desconocimiento que la población potencialmente usuaria tenga de su disponibilidad real. Dado que el conocimiento está determinado por el nivel de utilización, cabría profundizar en estudios específicos acerca de la experiencia con los proveedores de AP según los niveles de necesidades en salud mental.

Tener una AP de calidad ha de ser un objetivo de todo el sistema y de toda política sanitaria ya que redonda tanto en la salud de la población como en menores costes. Está evidenciado que los países con mayor tendencia a la atención sanitaria especializada no presentan mejores indicadores de salud, sino todo lo contrario³⁵. Además, cabe prever que en los sistemas públicos que no se restringen a los grupos y sectores más pobres es más fácil que se vele por su calidad y por

mantenerla o mejorarla, ya que los grupos con más poder están directamente interesados en ello. En este sentido, cabe seguir haciendo acciones de mejora de la AP que redunden en un mayor atractivo y un menor uso innecesario de otros niveles de atención. El informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2008 continuaba abogando por una reorientación de los sistemas de salud hacia la AP²⁵.

Las principales ventajas de este estudio se concretan en: a) para aproximarse a evaluar la AP tiene en cuenta toda la población, lo cual es básico en un entorno de Sistema Nacional de Salud; b) aporta una nueva área de evaluación de la AP; c) al formar parte de una encuesta de salud, donde se recogen múltiples aspectos relacionados con la salud, permite, entre otras cosas, evaluar si existen desigualdades en la provisión de un servicio básico como es la AP, y d) por la misma razón será más factible que se pueda seguir utilizando y, por lo tanto, permita la monitorización de un nivel tan importante de la atención como es la AP.

Pero cabe reconocer algunas limitaciones, algunas inherentes al propio instrumento, el cual incluye un conjunto de ítems que se encontraron básicos pero no aportan una evaluación ni completa ni detallada de otros aspectos importantes de la AP; por este motivo, se debe utilizar no como un instrumento de evaluación global, sino de forma complementaria a otros instrumentos y metodologías de evaluación. Además, al ser una selección del instrumento original que incluía todos los atributos de la AP, no permite valorar de forma específica las diferentes dimensiones de la AP y, además, dificulta la comparabilidad con otros países que est n utilizando el PCAT.

Las 2 áreas detectadas como necesarias de mejora, accesibilidad telefónica y atención al malestar de la esfera de la salud mental, requieren acciones específicas para su abordaje. Por otro lado, al ser el conocimiento de los profesionales un motivo que parece asociarse con mejor valoración, se debería favorecer que dicha relación pudiera ser estable. Esto, que se dice fácilmente, tiene muchas implicaciones como, por ejemplo, no provocar cambios de los profesionales desde la administración y gestión de los servicios, pero también favorecer que los profesionales están en unas condiciones de trabajo que no se sientan atraídos por cambiar.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Borrell C, Pasari n MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:388-9.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-9.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document [consultado 03-12-2010]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgpps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud. *Gac Sanit*. 2011 (en prensa). doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024.
- Hsiao WC, Liu Y. Health care financing: assessing its relationship to health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Reverte-Cejudo D, Sánchez-Bayle M. Developing health services to Spain's autonomous region. *Br Med J*. 1999;318:1204-5.
- Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ*. 2000;320:15-8.
- European Union in Public Health Information System. Health Inequalities. Inequalities in health service access. [consultado 3-12-2010]. Disponible en: http://www.euphix.org/object_document/05679n2979.html
- 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.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasari n MI, Gil M, Borrell C, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria*. 1999;24:468-74.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001;50:161-75.
- Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998;46:216-26.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk R, Nanda J, Friedenbergs LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105:998-1003.
- Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv*. 2003;54:1158-60.
- Macinko J, Almeida C, De S  PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22:167-77.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Room for improvement: patient's experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*. 2007;53:1057, 2001:e:1-6, 1056.
- Pasari n MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39:395-403.
- Borrell C, Benach J, coordinadores. Informe CAPS-Fundación Jaume Bofill. Evolución de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasari n MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary health care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2011 Apr 5. [Epub ahead of print].
- Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Guillén-Estany M, Alca n-Zanón M, Bruguat-Guiteras P. Características metodológicas de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011;137 Supl 2:53-8.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Encuesta de Salud de Catalunya 2006 (Adults) [consultado 1-12-2010]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depalsalut/pdf/r15.pdf>
- Sociedad Española de Epidemiología-SEE and Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria-semFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-63.
- Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:639-47.
- World Health Organization. Gender, women and health. Why gender and health? [consultado 30-11-2010]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/genderand-health/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Informe sobre la salud en el mundo. 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca [consultado 01-12-2010]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
- Villalbí JR, Guarga A, Pasari n MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. *Aten Primaria*. 1998;21:95-106.
- Daban F, Pasari n MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, et al. Evaluación de la reforma de la Atención Primaria de Salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39:339-47.
- Villalbí JR, Daban F, Pasari n MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Abandono y prevalencia de tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40:87-92.
- Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al; Korean Primary Care Research Group. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:103-11.
- Department of Health. Primary Care & Community Services. Improving GP access and responsiveness [consultado 03-12-2010]. Disponible en: http://productiveprimarycare.co.uk/Data/Sites/1/dh_accessguide.pdf
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008;6:116-23.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya [consultado 02-12-2010]. Barcelona: Dirección General de Planificación i Avaluaci n; 2006. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depalsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>
- Royal College of General Practitioners. Position Statement. Mental Health and Primary Care [consultado 02-12-2010]. Disponible en: http://www.rcgp.org.uk/PDF/clinspec_printed%20version%20mental%20health.pdf
- Magruder KM, Yeager DE. Mental Health Problems in Primary Care: Progress in North America. *Eur J Psychiatr*. 2007;21:55-61.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.

Artículo 4: Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, Vallverdú I, Starfield B. Evaluation of Primary Health Care: the “Primary Care Assessment Tools-Facility version” for the Spanish Health System. *Gac Sanit.* 2013; 27:12-8.

Incluye anexo disponible online <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009>

Original article

Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools - Facility version” for the Spanish health system

M. Isabel Pasarín^{a,b,c,d,*}, Silvina Berra^{b,e,f}, Angelina González^a, Andreu Segura^g, Cristian Tebé^e, Anna García-Altés^{a,b}, Inma Vallverdú^h, Barbara Starfield^{i,j}^a Agencia de Salud Pública de Barcelona–IIB Sant Pau, Barcelona, Spain^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain^c Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, Spain^d Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología, y de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain^e Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), Barcelona, Spain^f National Research and Technology Council (CONICET), Córdoba, Argentina^g Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona, Spain^h Consorci Sanitari de Barcelona, Barcelona, Spainⁱ Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University, USA

ARTICLE INFO

Article history:

Received 1 November 2011

Accepted 13 March 2012

Available online 24 August 2012

Keywords:

Primary care

Health care quality

Evaluation

Questionnaires

ABSTRACT

Objective: To obtain versions of the *Primary Care Assessment Tools (PCAT)-Facility version* to evaluate primary care (PC) in the Spanish context, and to analyze its feasibility, reliability and validity.**Methods:** Cultural adaptation was performed through the use of forward and backward translations into Spanish and Catalan, observations and opinions of a panel of experts, and cognitive interviews with target users (PC team managers). A pilot phase was carried out in a sample of 130 managers of PC teams in Catalonia. A post-test questionnaire was sent 4-5 months later to all 194 managers of PC teams in the Barcelona health region. Analysis of metric properties included: 1) description of items and verification of Likert assumptions, since domain scores are obtained by summing item scores; 2) reliability analysis (Cronbach's alpha coefficient, Pearson's correlation coefficient, test-retest analysis); and 3) validity analysis (expert panel, cognitive interviews, and convergent and discriminant validity).**Results:** Substantial adaptation was required for the accessory section of the questionnaire, but less was required in PC domain measurements. Items were added to the comprehensiveness domain to reflect services usually available in Spain. The lowest Cronbach's alpha scores were found for Access (0.62) and Coordination (0.59 and 0.65), while values were >0.70 for the remaining domains.**Conclusion:** The Spanish version of the PCAT-Facility questionnaire is now available and shows adequate reliability and validity. The Spanish PCAT version will facilitate national and international comparisons of PC and analysis of the determinants of quality of service provision.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Evaluación de la atención primaria de salud: Primary Care Assessment Tools - Facility version para el sistema de salud español

RESUMEN

Objetivo: Obtener versiones del *Primary Care Assessment Tools-Facility version* como herramienta de evaluación de la atención primaria (AP) para la aplicación en el contexto español, y analizar su fiabilidad y validez.**Métodos:** Se realizó una adaptación cultural con traducciones y retrotraducciones al español y al catalán, observaciones y opiniones de un panel de expertos y entrevistas cognitivas con usuarios finales (directivos del equipo de AP). Se realizó una fase piloto con una muestra de 130 directivos de AP de Cataluña. Una versión final se envió 4-5 meses después a los 194 directivos de los equipos de la región sanitaria de Barcelona. El análisis de las propiedades métricas incluyó: 1) descripción de ítems y verificación de las asunciones de la escala Likert, porque las puntuaciones de los dominios se obtienen sumando los ítems; 2) análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson, análisis test-retest); y 3) análisis de validez (panel de expertos, entrevistas cognitivas, validez convergente y discriminante).

Palabras clave:

Atención primaria

Calidad de atención sanitaria

Evaluación

Cuestionarios

* Corresponding author.

E-mail address: mpasarin@aspb.cat (M.I. Pasarín).

^j Prof. Barbara Starfield passed away on June 10, 2011, only days before the last version of this paper was finished. With these lines, all the authors wish to recognize and thank her for her important contributions to our work, as well as to primary healthcare in Spain and in many other countries around the world. We greatly appreciate her generously open attitude and her unflinching willingness to collaborate and share her knowledge. Many thanks Professor Barbara Starfield!

Resultados: Se requirió una importante adaptación de las secciones accesorias del cuestionario, pero no en las de los dominios de AP. Se añadieron ítems en la dimensión de globalidad. Las menores puntuaciones del alfa de Cronbach se encontraron en acceso (0,62) y coordinación (0,59 y 0,65); el resto de los dominios tuvieron valores > 0,70.

Conclusión: Disponemos de una versión española del PCAT - *Equipo de Atención Primaria* con unas adecuadas fiabilidad y validez, que facilitará comparaciones nacionales e internacionales, y el análisis de los determinantes de una provisión de servicios de calidad.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Introduction

A strong primary care (PC) with a high capacity for resolving problems can modulate the use of the rest of the health system, making the system more efficient.^{1,2} Until now, few studies have attempted to assess the strength of PC because of an unclear conceptualization and specification of its component attributes.³ Moreover, very little use is made of tools that are able to measure the multiple functions of PC or which allow comparison between countries or systems. Although some instruments are already available to measure core attributes of PC⁴, they are not widely disseminated, nor have they been adapted and validated to obtain equivalent measures in distinct countries.

Starfield's theoretical model defines a number of core and ancillary domains that PC should accomplish.⁵ For the core domains, PC should be the point of entry into the health system (except for emergency situations); provide care focused on the person, which is longitudinal (based on a long-term personal relationship), and should be comprehensive, and coordinated with other levels of care. For the ancillary domains, PC should focus on the health of individuals in the context of their family and community and be able to adapt and develop a relationship with the various social groups present in the community, demonstrating cultural competence.

The Primary Care Assessment Tools (PCAT) was developed to address that assessment model for PC domains.^{6,7} Three versions were developed to allow evaluation from the points of view of the population (consumer version), managers (facility version) and health professionals (provider version). The consumer version has been applied in the USA,^{6,8,9} Brazil,¹⁰ Canada,¹¹ Korea,¹² Hong Kong,¹³ and Taiwan,¹⁴ and several other countries are currently working on it (Uruguay, Argentina, China, etc.).^{15,16} In Spain, a brief version of the PCAT-consumer version was included in the 2006 Catalan Health Interview Survey.^{17–19}

The Spanish General Health Service Act (1986) establishes a national health system composed of 17 regional health services. The Spanish health system is financed mainly by taxes and provides universal and free health coverage, including primary, specialized and hospital care.²⁰ Catalonia is one of the regions with transferred health responsibilities within Spain and has two official languages, Spanish and Catalan.

For evaluation of health services, equivalent instruments are essential. Originally designed for the USA, a cross-cultural adaptation of the PCAT is needed when used in other contexts. The general objective of this study was to obtain and evaluate an instrument to assess the domains of primary care (accessibility, continuity, comprehensiveness, coordination, family-centeredness, community orientation and cultural competence) that are useful for the Spanish health system. The specific objectives were to adapt the PCAT to the Spanish health system and culture and to analyze its feasibility, reliability and validity. This article describes the adaptation process that may be useful in other contexts because it followed international recommendations for cross-cultural adaptations,^{21,22} adding a specific step of health system adaptation, in order to ensure the equivalence between PC measures in an international context.

Methods

A cross-cultural adaptation process was conducted to obtain versions of the PCAT - Facility questionnaire to be applied in the Spanish National health system and to test its reliability and validity. The procedure followed is represented in figure 1. Since this study was conducted in Catalonia, the Castilian (Spanish) and Catalan languages were used because they are the main official languages spoken in this autonomous region, language being the only difference between Spanish health regions relevant to the measure of PC.

The PCAT Facility Questionnaire

The original questionnaire measures seven domains of PC (two of them divided in two subdomains), through 158 items (Table 1). Each item is answered by a 4-point Likert-type scale (1 = definitely not; 2 = probably not; 3 = probably; 4 = definitely). The score of each domain is the arithmetic mean of its item responses.²³ Two global scores can be calculated, one reflecting the score for core domains, the other a summary of all domains. In both cases, scores were calculated as the average of scores from the domains included. The questionnaire includes 29 additional questions about the characteristics of the PC provider and its potential users. The original version is designed to be answered by the PC team director, or another professional in the center able to answer questions about the center's characteristics and services offered to the population

Table 1

Structure of the Primary Care Assessment Tools (PCAT) - Facility extended version questionnaire: the original, in English, and the final Spanish and Catalan versions. Number of items in different sections.

Parts of the questionnaire	Number of items in the original version	Number of items in the Spanish and Catalan versions
About PC provider information	29	36
<i>Core domains:</i>		
C. First contact- Access	9	8
D. Continuity	13	14
E. Coordination	7	9 (+ 1 open question ^a)
F. Coordination (information systems)	9	7 (+1 open question ^a)
G. Comprehensiveness (services available)	25	27
H. Comprehensiveness (services provided)	18	17
<i>Ancillary domains:</i>		
I. Family-centeredness	14	16
J. Community orientation	24	22 (+3 open questions ^a)
K Cultural competence	10	9 (+1 open question ^a)
<i>Total</i>	158	171
Subtotal core domains (C-H)	81	82
All domains (C-K)	129	129

^a Open questions are accessory, and do not contribute to the domain score.

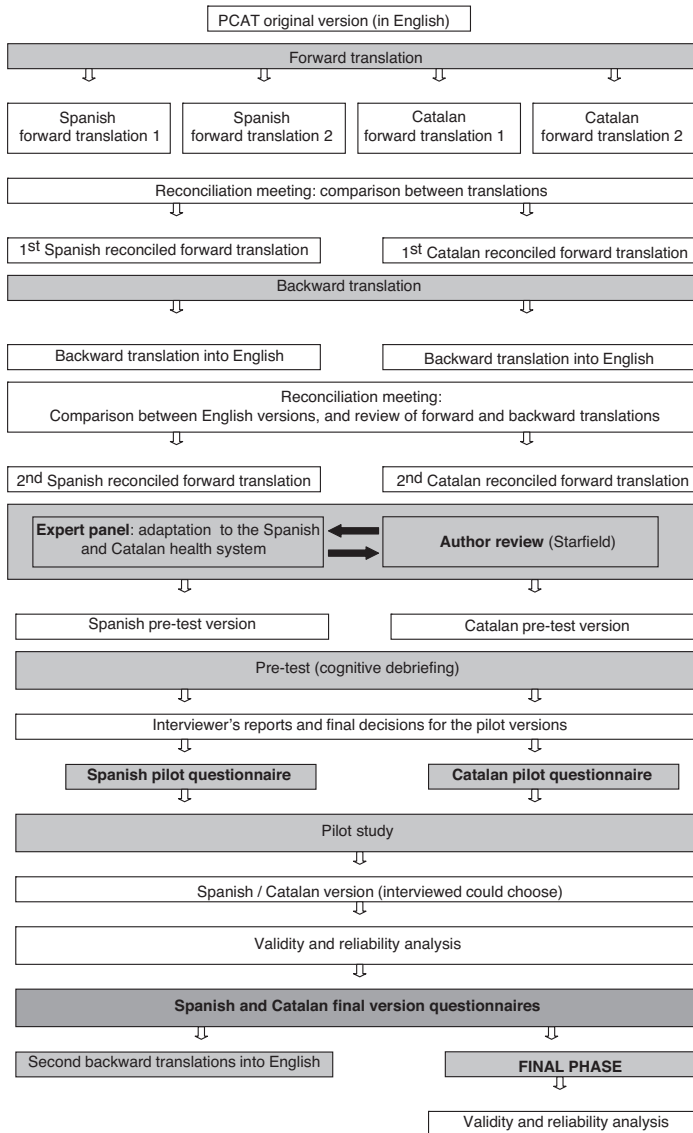


Fig. 1. Process of translation-adaptation and analysis.

covered. The Spanish version was prepared to be answered by PC team managers or coordinators.

Cultural adaptation (pre-test phase)

Two trilingual (English, Spanish and Catalan) translators worked on the original English version and each translator produced one Spanish and one Catalan version. Subsequently, the translators met with the research team to obtain one agreed version in Spanish and one in Catalan. Through discussion, items were categorized as presenting: *a*) no problems, *b*) some language or cultural problems, and *c*) no cultural equivalence, i.e. items related to the USA health system not applicable to Spain.

From the agreed version, a back translation into English was obtained (through a native-born English translator), and a final meeting was held with the research team and all translators in order to compare the original English version with the English back translation version to check the semantic equivalence between the original and the adapted questionnaires. The team agreed on amendments and the Spanish and Catalan versions of the questionnaire went through the next step.

For the adjustment of the questionnaire to the Spanish health system, a panel of PC experts was held to: 1) assess the suitability of each item within the health system (content validity), and 2) propose new items to add when needed. The panel was composed of three PC professionals (a general practitioner-director of a PC team, a general practitioner with experience in managerial

aspects of PC at the regional level, and the third was a physician with experience in research on PC), and three public health professionals (one of whom had experience in PC evaluation and the others were experts in evaluation and measures). From this phase a pre-pilot version was obtained.

Feasibility and understanding of the questionnaire

Finally, a pre-test including a cognitive interview was conducted to test the feasibility and understanding of the pre-pilot version. Semi-structured individual interviews were conducted with six directors of PC teams in the public system. These directors were asked to complete the questionnaire and were later asked for their opinions on and experience of completing the questionnaire. From this phase a pilot version was obtained.

Study of metric properties of the questionnaire

All the analyses were done at two time points, i.e. with the pilot version of the questionnaire and with the final version. The pilot questionnaire was sent to a sample of 130 managers of PC teams in Catalonia (one of Spain's 17 autonomous regions). The final version was mailed to the 194 managers of PC teams in the Barcelona health region (the largest health region in Catalonia, with a population of over 5 million), 56 of which had responded to the pilot questionnaire.

Likert scaling assumptions were tested as item responses are summed in each score without standardization or weighting. We analyzed the following elements: *a*) item-convergent validity (tested by item-scale correlations); *b*) item-discriminant validity (the correlation of each item with its own domain score should be higher than with other domains); *c*) analysis of variance for equal items, calculating the mean, standard deviation and percentage of variability of each item; *d*) equal item-score correlation (tested by the range of correlations between each item and its domain score); and *e*) domain score reliability (tested by Cronbach's alpha coefficient).⁶

The reliability of the domain scores was measured through test-retest and internal consistency. Test-retest stability was measured by comparing the responses of the 56 people who completed both the pilot version and the final version 4–5 months afterwards. This period was chosen to be long enough to avoid a relevant memory effect in the response to items, but at the same time short enough to reduce the likelihood of changes occurring which could cause problems with internal validity. The means of the domain scores were compared (T-test for paired data), and the intraclass correlation coefficient (ICC) was calculated. The occurrence of any significant changes in the PC team (composition, organization, etc.) was also determined. To identify internal consistency, Cronbach's alpha coefficients of the scales and item-total correlations for items in each domain were calculated. A Cronbach's alpha between 0.70 and 0.95 was expected,²⁴ while the total correlation between an individual item and the sum of the remaining items of the domain was expected to be >0.20 , and preferably >0.30 .²² For each domain, the percentages of PC teams with domain scores equal to 1 and to 4 were determined; a ceiling or floor effect was considered to be present when the corresponding percentage was $>15\%$.²²

The content validity of the scales measuring PC domains was assessed by using both the information collected from the panel of experts and the results of the cognitive interviews. Construct validity was analyzed throughout the measures of convergent validity and discriminant validity explained above. Finally, criterion validity was approximated through the correlation between the score value for the Accessibility domain and a question, not forming part

of any PCAT domain, which asked whether the center was open 24 hours a day.

Results

Cultural adaptation

The forward-backward translations showed low difficulty and high linguistic equivalence according to the translators' evaluations. Some exceptions were items on the characterization of PC services and population. The major change made in this phase was the exclusion of items that were only applicable to the US health system. Those items belonged to the accessory section of the questionnaire, not to the PC attributes section. Another change made was the addition of new items to collect features of the national health system in Spain such as the goal of universal coverage. The Spanish and Catalan versions showed similar results, with few important discrepancies among experts. The only concept that required discussion in the translation process was the "special test", because in Spanish and Catalan professional jargon the term used is "complementary test".

The expert panel also proposed modifications. For example, references to the weekend were separated into "Saturday" and "Sunday", as some PC centers may be open on Saturday but generally not on Sunday. Major changes were made in the Comprehensiveness attribute, with some items excluded (such as colonoscopy, which is not usually done in Spanish PC) and other items added for their importance in the Spanish context (e.g. advice on alcohol consumption, acenocumarol monitoring and eye examination for diabetes). In table B of the appendix in online version, those items are marked with "m" (modified, 1 item) or "n" (new/added, 14 items).

Feasibility and understanding of the questionnaire

Cognitive interviews showed that an average of 37.4 minutes was needed to complete the questionnaire. The degree of difficulty was rated as very low (mean = 1.2 on a scale of 0, no difficulty, to 5, very difficult), while the degree of understanding of questions was high (mean = 4). In addition, the level of interest of questions was moderate/high (mean = 3.5) and language appropriateness was good/moderate (mean = 3.8).

Metric properties of the questionnaire

The comprehensive results of the analysis by item, given their length, are available exclusively in the online version of this work.

The response rate of the pilot phase was 80% (105 of 130 questionnaires). The analysis performed yielded similar results to those obtained with the final version, which is described below. Most of the changes were in items not related to PC domains, and most of them were not part of the original PCAT (table A of the appendix in online version, lists the changes emerging from the pilot phase). The final version was answered by 68.6% (133 of 194) managers of the PC teams.

None of the items measuring PC domains presented problems of non-response, while some showed low variability, especially in the Comprehensiveness domain (table B of the appendix in online version). In the item-total correlation analysis, 84% of the items ($n = 108$) showed Pearson correlation coefficients ≥ 0.20 , and 81% ($n = 105$) ≥ 0.30 , while over 95% ($n = 123$) showed correlations of each item with its scale that were higher than with other dimensions.

Cronbach's alpha coefficient was >0.70 for the scores for most the domains, but was lower for Accessibility (0.62) and Coordination (0.59, and 0.65 in the subdomain of coordination-information

Table 2
Summary measures of domains in the Spanish version of the Primary Care Assessment Tools (PCAT) - Facility.

Domains	Number of items	Mean	Standard deviation	Lower value	Upper value	Floor effect (% values = 1)	Ceiling effect (% values = 4)	Range of correlation item-domain score	Cronbach's alpha coefficient
C. First contact- Access	8	3.04	0.50	2.00	4.00	0	2.5	0.06-0.67	0.62
D. Continuity	14	3.15	0.32	2.31	3.88	0	0	0.16-0.61	0.82
E. Coordination	9	2.91	0.36	2.13	3.69	0	0	0.09-0.40	0.59
F. Coordination (information systems)	7	3.33	0.47	1.86	4.00	0	11.3	0.33-0.46	0.65
G. Comprehensiveness (services available)	27	3.34	0.30	2.26	3.89	0	0	0.00-0.53	0.74
H. Comprehensiveness (services provided)	17	3.53	0.41	2.41	4.00	0	18.8	0.41-0.71	0.93
I. Family-centeredness	16	3.09	0.47	2.12	4.00	0	3	0.45-0.81	0.94
J. Community orientation	22	2.98	0.50	1.68	4.00	0	0.8	0.20-0.65	0.90
K Cultural competence	9	2.59	0.57	1.33	4.00	0	0.8	0.30-0.64	0.80

systems) (Table 2). The internal consistency of Accessibility (0.62) increased to 0.65 if item C1n1 (center opens every Saturday) was excluded. None of the domains showed a floor effect, but in Comprehensiveness (services provided), 18.8% of teams showed the maximum value (4).

Analysis of test-retest reliability (Table 3) showed no significant differences for any domain between the two time points. For overall scores (score for core domains, and score for all domains), the ICC was >0.75. The highest score was for Coordination (adequacy of information systems) with an ICC >0.70, while the lowest were for Coordination of care (0.45) and Family orientation (0.51).

The questionnaire's content validity was checked and increased during the phase in which the expert panel adjusted the adaptation of items to the Spanish and Catalan health system, taking into account the theoretical model.

For construct validity, item-scale correlations, already mentioned in reference to internal consistency, are shown in the table B of the appendix in online version. Seventeen items (13%) showed low item-convergent validity (Pearson's $r < 0.20$) in the dimensions of Access (5 items), Continuity (1 item), Coordination (1 item), and Comprehensiveness- services available (10 items). A total of 24 items (18.6%) showed a Pearson's $r < 0.30$. When discriminant validity was analyzed, some items had a moderate or high correlation (coefficient >0.30) with another dimension than with that expected: in the domains of Access (item C4), Continuity (D4), Coordination (E12), Coordination-systems information (F6), Comprehensiveness-services available (G19,G23), and Community-oriented (J1n, J13).

Finally, the correlation between reported Access attribute and the PC team being located in a 24-hour center was 0.65, providing some evidence of criterion validity.

Discussion

PC evaluation should involve multiple perspectives and tools.^{25–27} This study describes an instrument to measure whether PC provision achieves the standards of the theoretical model. A review highlighted the PCAT, as the only tool that includes psychometrically tested domains for all of the PC core domains and is available in multiple and comparable formats (for providers as well as users).⁴ The PCAT measures the key characteristics of PC defined by the World Health Organization-Europe,²⁸ as well as other basic components of particular interest for Spain, such as Family-centeredness and Cultural competence.

The method used for obtaining the Spanish version ensures equivalence with the original. All the analyses conducted with the items, as well as the test-retest analysis, indicate the good reliability of the questionnaire. The PCAT-Facility has shown acceptable convergent validity (81% of items showed item-total correlation, with Pearson's correlation coefficients ≥ 0.30)²² and good discriminant validity (in 95% of cases, the correlation of each item with its scale was higher than with other domains), as well as good internal consistency in most of the domains (Cronbach's alpha coefficient >0.70).²⁴ Repeatability was less good (ICC <0.70),²² which may be due to the difficulty of choosing a suitable time lapse between the two measures. When health effects are measured in people, a 2-week lapse has been reported to be advisable, but in the case of measures of the health system we have found no references on a recommended period. The period used may have been too long.

The use of the PCAT adapted to Spain allows comparison between our health system and others, which is the main reason to adhere to the original instrument. There are other tools, such as PC Monitor,²⁹ to compare PC in distinct countries, but PCAT specifically

Table 3
Reliability measures in the test-retest analysis.

Domains	N	Test		Retest		p-value of the difference in means	ICC
		Mean	SD	Mean	SD		
C. First contact- Access	42	3.17	0.47	3.11	0.50	0.42	0.56
D. Continuity	42	3.32	0.29	3.29	0.32	0.46	0.54
E. Coordination	42	3.04	0.40	3.00	0.38	0.59	0.45
F. Coordination (information systems)	41	3.46	0.47	3.49	0.41	0.60	0.76
G. Comprehensiveness (services available)	42	3.44	0.31	3.42	0.31	0.52	0.61
H. Comprehensiveness (services provided)	42	3.58	0.39	3.63	0.34	0.43	0.52
I. Family-centeredness	42	3.27	0.43	3.27	0.46	0.94	0.51
J. Community orientation	42	3.21	0.47	3.19	0.53	0.71	0.67
K Cultural competence	40	2.69	0.54	2.73	0.56	0.60	0.63
Score for core attributes (C-H)	41	20.00	1.52	20.03	1.46	0.90	0.75
Score for all domains (C-K)	39	29.14	2.49	29.29	2.44	0.61	0.78

SD: standard deviation; ICC: intraclass correlation coefficient.

provides assessment of the theoretical components that should be met by PC. The PCAT instrument has already been validated for assessing the theoretical model of PC,⁵ making it suitable for use in different contexts. In Spain, there is extensive experience of having adapted and validated instruments designed in other contexts, especially in the field of measuring health and quality of life,^{30–32} but there is less experience in the field of health services evaluation, specifically PC, and fewer tools for international comparability are available.

As expected, the main differences between the original instrument and its Spanish adaptation are in sections concerning aspects of organization and structure of PC teams and their assigned populations. For the sections of PC domains of the questionnaire, the Spanish version of the PCAT-Facility shows good linguistic and conceptual equivalence with the original. The low variability in some items can be explained by the homogeneity of PC teams, since many aspects of PC provision and functioning are determined by the system not by the team (e.g. items related to the services covered). We decided to maintain these items to allow international comparability.

The main weakness of the instrument obtained concerns its criterion validity; being a new instrument, there are no other good measures to obtain evidence about this feature. Even so, the result of the approximation used, consisting of correlating the score for accessibility to the fact that the center is open 24 hours, suggests confidence in the measure. The results for the questionnaire's content validity are considered appropriate, firstly, because the original questionnaire was designed by one of the authors (Starfield) and the consumer version has already been validated in the English version,⁵ and secondly the members of the research team and expert panel that collaborated in the adaptation phases are knowledgeable about the PC model and functioning in Spain and, more specifically, in Catalonia.

In the measure of PC domains, Comprehensiveness -subdomain services provider- showed a ceiling effect; one of the reasons could be the above-mentioned homogeneity of the public healthcare system in specifying the services portfolio covered. Comparing different systems or suppliers outside the public system would probably result in less homogeneity. Continuity, Family-centeredness, Community orientation and Cultural competence had the best Cronbach's alpha results (0.82, 0.94, 0.90 and 0.80, respectively) and showed no ceiling effects. In the Spanish health system, these PC attributes are less determined by the system and depend more on the dynamics and organization of each team. The PCAT-Facility in Brazil, the only country with published results on its psychometric properties, showed that the dimensions of access, comprehensiveness and community orientation had Cronbach's alpha scores close to 0.70, but the remaining dimensions had scores below 0.60.³³ Similarly, in the Spanish PCAT, coordination has a Cronbach's alpha score under 0.60, but in all the other domains, our scores are higher.

The results should be analyzed in light of the existing organizational system, given that some aspects of services provision will be determined by distinct levels: the macro-system organization, the provider, and the organization of the PC team. Finally, it is important to acknowledge that the provision of care will ultimately depend on the professionals providing the care.

Importantly, the PCAT-Facility version assumes a certain homogeneity among the distinct professionals within the PC team, and those completing the questionnaire could have been biased toward the mean or otherwise have tended to respond positively.

Given the response rate obtained, nearly 70%, and the good results (not shown) of a comparative analysis between the total sample and that finally obtained with respect to geographical area and type of healthcare provider, we are confident that the sample on which the tests were based did not show a sufficient selection

bias to influence the psychometric characteristics obtained by the questionnaire.

We conclude that, even taking into account the limitations of this study, we have an instrument with which to expand the scope of PC assessment, with adequate reliability and validity. Moreover, we believe this instrument could be especially useful as it is feasible to implement (being completed by the PC team manager/coordinator), requires only about 35 minutes to complete and presents low difficulty. This questionnaire also provides a measure of the domains of PC with good reliability, and their assessed validity has been partly corroborated by the analysis performed.

This instrument could be useful for national (at the regional level) and international comparisons, especially in light of the World Health Report 2008 on primary care.³⁴ In addition, the PCAT could be used to ascertain whether the results for the PC domains are associated or not with the characteristics of the team and/or the population, and an inequality perspective can be introduced in this analysis. Furthermore, the PCAT could be useful to monitor the health system, at PC level, especially in the present context, with the current economic crisis provoking changes in the health system.

¿What is known about this topic?

Evaluating public services, in this case primary care (PC), has always been important and is even more so in the context of the current crisis. There is a theoretical model for the basic domains of PC. PC domains have been well defined: PC should be accessible, should provide longitudinal as well as comprehensive and person-focused care, and should be coordinated with other levels of care. Furthermore, PC should focus on the health of individuals in the context of their family and community and should show cultural competence. However, research has not addressed these functions with valid tools. The Primary Care Assessment Tools grew out of this model and is increasingly used internationally.

¿What does the present study add?

This study provides a new tool for the assessment of PC in the Spanish context, the Primary Care Assessment Tools (PCAT), which is used in PC teams, and provides information on its reliability and validity. So far, no published studies have evaluated a full version of the PCAT-Facility, with high equivalence to the original version. Consequently, our study could be useful to researchers from other nations. This instrument will allow evaluation of PC domains in Spain and facilitate comparisons with other settings where this tool has been applied (Brazil, Canada, USA, Argentina, etc.).

Authors' contributions

M.I. Pasarín and S. Berra conceived the project and the article. M.I. Pasarín, S. Berra, A. Segura, A. García-Altés and B. Starfield participated in the study design, in the definition of the analysis strategy and in the discussion of results. M.I. Pasarín wrote the first draft of the manuscript. All the authors critically reviewed the manuscript. A. González performed most of the fieldwork and analyzed the data, guided and supervised by M.I. Pasarín and S. Berra. M.I. Pasarín conducted the interviews in the fieldwork. A. Gonzalez, C. Tebé and I. Vallverdú participated in the definition of the analysis strategy and discussion of the results and critically reviewed the manuscript. All the authors approved the final version.

Funding

This study was partially funded by the Fondo de Investigaciones Sanitarias [proyecto FIS number 052763] and the CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Conflict of interest

None.

Acknowledgements

The authors thank the managers of the primary healthcare teams that completed the questionnaire and all those who participated in some phases of this study (interviews and expert panel).

Appendix. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009>.

References

- World Health Organization. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the path to universal coverage. (Accessed August 11, 2011.) Available from: <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
- 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.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:150–71.
- Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Managed Care*. 2009;18:44–8.
- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: NY Oxford University Press; 1998.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50:161.
- Starfield B, Cassidy 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.
- Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105:998–1003.
- Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski EA, et al. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatric Services*. 2003;54:1158–60.
- Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22:167–77.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Phys*. 2007;53:1056–7.
- Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, et al. Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:103–11.
- Wong SY, Kung K, Griffiths SM, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010;10:397.
- Tsai J, Shi L, Yu WL, et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010;48:628–34.
- Pizzanelli M, Ponzio J, Buglioli M, et al. Validación del Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*. 2011;27:187–9.
- Berra S, Audisio Y, Mántaras J, et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011;2:6–14.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, et al. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39:395–401.
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, et al. Assessment of primary health care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2012;22:14–9.
- Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*. 2011;11:285.
- Reverte-Cejudo D, Sánchez-Bayle M. Developing health services to Spain's autonomous regions. *BMJ*. 1999;318:1204–5.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25:3186–91.
- Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005;125 (Supl 1):56–60.
- (Accessed January 5, 2012.) Available from: <http://www.jhsph.edu/pccp/pca.tools.html>.
- Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:34–42.
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23:308–16.
- Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, Sans-Corrales M, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006;20:209–19.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1999;24:468–74.
- WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET). (Accessed January 9, 2012.) Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2010/primary-care-evaluation-tool-pcet>.
- Kringos DS, Boerma W, Bourgueil T, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11:81.
- Tebé C, Berra S, Herdman M, et al. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescentes. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:650–4.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50.
- Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, et al. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit*. 2003;17:181–9.
- Macinko J, Almeida C, dos Santos Oliveira E. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis. *Brazil Int J Health Plann Manage*. 2004;19:303–17.
- World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary care—now more than ever. (Accessed May 31, 2011.) Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

Appendix

Table A of this annex lists the major changes that emerged from the results of the pilot phase.

Results of item analysis of the PCAT-Facility questionnaire, Spanish and Catalan versions

Table B of this annex shows the results per item. The numbering of the original questionnaire in English has been maintained. Items added in the Spanish and Catalan versions are identified with 'n' (*new*) after the corresponding number. The letter 'm' marks those that were *modified* from the English version.

The highest non-response rate was 6% (items J20 and J21), which was not considered high, since most items had a very low non-response rate (<4%). When analyzing the variability of the responses to each of the items, we found four (G1, G2, G24, and H7), all under the Comprehensiveness domain, with a standard deviation of < 0.225, equivalent to a variability of less than 10%.

When checking Likert scaling assumptions, we observed the following: 1) Good results in the corrected item-total correlation in 108 of 129 items. In those for which the correlation was < 0.20, notably, 5 of the 8 items were in Access, 1 was in Continuity or Ongoing Care (D1n), 1 was in Coordination (E9), and 8 were among the 27 items of Comprehensiveness - services available (G1, G3, G7, G12n, G22, G24, G26n, G27n and G28n). 2) In the analysis of discriminant validity, the correlation of each item with its dimension was greater than that with the other dimensions for all items except 6 (C4,

D4, E12, F6, G19 and G23) of the 129. 3) The item-scale correlations covered a wide range in the dimensions of Access (0.06-0.67), Continuity (0.16-0.61), Comprehensiveness - services available (0- 0.53), and Community Focus (0.20 – 0.65). 4) Finally, as stated in the article, the Cronbach's alpha coefficient was very good, > 0.80, in the dimensions of Continuity, Comprehensiveness-Services Provided, Family and Community Focus, and Cultural Competence. Comprehensiveness showed an acceptable 0.70, and Services Available, 0.79. Access and Coordination were both < 0.70.

In the item analysis, when calculating the modification of Cronbach's alpha with the exclusion of each item, we observed the following:

- In Accessibility, the coefficient falls when three items (C1n2, C6 and C7) are removed. For the remaining items, the coefficient either stays the same or rises slightly upon removal.
- In Continuity, the coefficient does not vary upon removal of any item.
- In Coordination, removing E9 leads to a rise of < 3%, while the removal of any one of the other items results in a drop of between 3 and 10%.
- In Coordination-information systems, the exclusion of each item lowers the coefficient by between 3.1 and 11 %.
- In Comprehensiveness, no significant variations in Cronbach's alpha resulted from the removal of any item in Available Services or Services Provided, nor did removal of any item in Family and Community Focus affect the coefficient.

For the analysis of internal consistency, Pearson's item-total correlation was calculated (corrected without the item). Correlations < 0.30 were observed in the following cases:

- In Access, C1n1, C3, C4, C8 and C9 had very low correlations, each being < 0.15.
- In Ongoing Care, D1 and D1n correlations were 0.25 and 0.16, respectively.
- In Coordination, the correlation for E9 was 0.09 and those for E10 and E12n were both 0.25. For Coordination-information systems, the correlation was never < 0.30 for any item.
- The dimension for which the greatest number of items showed problems of low correlations was Comprehensiveness–services available, in which 15 of 27 items had correlations of < 0.30. Of these, 10 were < 0.20 (G1, G3, G7, G10, G12m, G22, G24, G26n, G27n and G28n), and 5 fell between 0.20 and 0.30 (G2, G8, G11, G14 and G23).
- For the remaining dimensions, only one item, J1 in Community Focus, had a correlation of < 0.30 (the value was 0.20).

Table A. Changes made after the pilot phase.

Parts of the questionnaire	Changes
General and Others	It was noted that questions admitting multiple responses would have worked better as a series of independent Yes/No questions.
	Options were added under ‘Others’
	Reminders were added, e.g. ‘Mark one option only’.
	Filter questions were added.
	A redundant question on the average of daily/weekly visits was eliminated.
Domains	Elimination of some items that had been newly included in the Spanish version.
	Elimination of C5 of the original version because it referred to an offer given by the system (assistance by telephone) and F3 because 100% of responses were the same.
	Modification of certain new items in the Spanish version.
	Inclusion of a new response option to cover all answers (Item C7 - ‘Does not apply / Not applicable’ for those centers that do not close any day of the week).
	Change of heading for J9 from ‘clinical data of your center’ to ‘data from clinical histories’.

Table B. Item analysis PCAT- Facility Spanish version.

Item	Non-response (%)	No, en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que si Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
ACCESO / FIRST CONTACT – ACCESS											
C1n1.	0,00	9,77	2,26	9,02	78,95	3,57	0,94	63 %	0,07	-	0,65
C1n2.	1,50	69,92	0,75	0,00	27,82	1,85	1,35	90 %	0,67	-	0,44
C3.	0,75	0,75	0,00	6,77	91,73	3,91	0,36	24 %	0,13	-	0,62
C4.	0,00	0,00	3,76	26,32	69,92	3,66	0,55	37 %	0,09	E (a=0,50)	0,63
C6.	0,75	51,88	3,76	3,76	39,85	2,32	1,44	96 %	0,67	-	0,43
C7.	0,75	57,14	1,50	2,26	38,35	2,22	1,45	97 %	0,67	-	0,43
C8.	0,00	0,00	1,50	29,32	69,17	3,68	0,50	33 %	0,06	-	0,63
C9.	0,75	15,00	51,10	33,10	0,00	2,82	0,67	45 %	-0,05	-	0,66
CONTINUIDAD/ ONGOING CARE											
D1.	2,26	0,00	3,01	69,92	24,81	3,22	0,49	33 %	0,25	-	0,83
D1n.	0,00	0,00	2,26	48,12	49,62	3,47	0,54	36 %	0,16	-	0,83
D2.	3,76	55,64	33,08	6,02	1,50	3,48	0,69	46 %	0,37	-	0,82
D3.	0,00	0,75	3,01	73,68	22,56	3,18	0,51	34,0	0,46	-	0,81

Item	Non-response (%)	No. en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que si Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variabilidad	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
D4. Si los pacientes tienen una pregunta, ¿pueden llamar y hablar con el /la médico /a o el /la enfermero /a que mejor los conoce?	3,01	0,00	2,26	32,33	62,41	3,62	0,53	35,3	0,40	E (a=0,52) I (a=0,41)	0,82
D5. ¿Cree que los médicos dejan suficiente tiempo a los pacientes para que hablen de sus preocupaciones o problemas?	1,50	3,76	21,80	54,89	18,05	2,89	0,74	49,3	0,49	-	0,81
D6. ¿Cree que los pacientes se sienten cómodos cuando explican sus preocupaciones o problemas a los médicos?	1,50	0,00	0,75	60,90	36,84	3,37	0,50	33,3	0,53	-	0,81
D7. ¿Los médicos conocen "muy bien" a los pacientes que se visitan en su centro?	1,50	0,00	2,26	58,65	37,59	3,36	0,53	35,3	0,53	-	0,81
D8. ¿Los médicos saben con quién vive cada paciente?	2,26	0,75	17,29	69,17	10,53	2,92	0,56	37,3	0,51	-	0,81
D9. ¿Los médicos saben qué problemas son más importantes para los pacientes que visitan?	1,50	0,00	3,01	69,92	25,56	3,23	0,49	32,7	0,56	-	0,81
D10. ¿Cree que los médicos conocen los antecedentes médicos completos de cada paciente?	0,00	0,00	8,27	60,15	31,58	3,23	0,59	39,3	0,61	-	0,80
D11. ¿Cree que los médicos conocen el trabajo o empleo de cada paciente?	2,26	0,00	41,35	51,13	5,26	2,63	0,59	39,3	0,58	E (a=0,41) I (a=0,42)	0,80
D12. ¿Los médicos sabrían si los pacientes tienen problemas para conseguir o pagar una medicación recetada?	1,50	0,00	27,82	61,65	9,02	2,81	0,58	38,7	0,50	-	0,81
D13. ¿Los médicos saben todos los medicamentos que toman sus pacientes?	1,50	0,00	12,03	57,89	28,57	3,17	0,62	41,3	0,45	-	0,81
COORDINACIÓN / COORDINATION											
E1. ¿Su centro comunica por teléfono o envía a sus pacientes los resultados de los análisis, o bien les ofrece la posibilidad de hacerlo?	0,00	32,33	23,31	27,07	17,29	2,29	1,10	73,3	0,31	-	0,56
E7. ¿Cree que los médicos están al corriente de todas las visitas a especialistas (públicos y privados) de sus pacientes o las pruebas complementarias que se hacen?	0,75	0,75	36,09	56,39	6,02	2,68	0,60	40,0	0,37	-	0,54
E7n. ¿Cree que los médicos están al corriente de todas las visitas a urgencias de sus pacientes?	0,75	0,75	36,09	55,64	6,77	2,69	0,61	40,7	0,40	-	0,53
E8. Cuando hay que derivar a un especialista, ¿los médicos comentan con el paciente los distintos sitios a donde puede ir?	2,26	5,26	30,08	45,86	16,54	2,75	0,80	53,3	0,30	-	0,55
E9. ¿Hay alguien en su centro que ayude al paciente a concertar una visita con el especialista?	1,50	2,26	8,27	37,59	50,38	3,38	0,74	49,3	0,09	-	0,61
E10. Cuando se deriva a los pacientes al especialista, ¿los médicos les proporcionan alguna información escrita para el especialista?	0,00	0,00	0,00	12,03	87,97	3,88	0,33	22,0	0,26	-	0,57
E11. ¿Los médicos reciben información útil sobre los pacientes que han derivado cuando vuelven del especialista o de las pruebas complementarias?	3,01	8,27	48,87	36,09	3,76	2,36	0,70	46,7	0,35	-	0,54

Item	Non-response (%)	No. en absoluto Definitely (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que sí Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
E12. Después de la derivación, ¿los médicos hablan con los pacientes sobre los resultados de las (s) visita(s) con el especialista o de las pruebas complementarias? ¿En su EAP se han consensuado criterios terapéuticos con los servicios especializados de referencia? ¿En relación a qué procesos?	0,00	0,00	4,51	61,65	33,83	3,29	0,55	36,7	0,31	D(a=0,48)	0,56
E12n.	4,51	11,28	24,06	37,59	22,56	2,75	0,95	63,3	0,27	-	0,57
E13n.											
COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN) / COORDINATION (INFORMATION SYSTEMS)											
F2. ¿Su EAP permite que los pacientes vean sus historias clínicas si lo desean? ¿Los pacientes pueden obtener todo el contenido de la historia clínica?	1,50	5,26	14,29	34,59	44,36	3,20	0,88	58,7	0,39	-	0,61
F2n.	0,75	3,76	16,54	26,32	52,63	3,29	0,88	58,7	0,36	-	0,62
¿Su EAP utiliza los siguientes medios para garantizar que se dan los servicios adecuados?											
F4. Gráficas en las historias clínicas con los resultados de laboratorio	2,26	10,53	9,02	19,55	58,65	3,29	1,02	68,0	0,33	-	0,63
F5. Guías y/o protocolos impresos en las historias clínicas	1,50	8,27	12,03	22,56	55,64	3,27	0,98	65,3	0,46	-	0,58
F6. Revisiones periódicas de las historias clínicas para hacer una evaluación longitudinal de los pacientes	3,76	9,77	30,08	30,08	26,32	2,76	0,97	64,7	0,39	J (a=0,41)	0,61
F7. Listados de problemas en las historias clínicas	2,26	0,00	2,26	18,80	76,69	3,76	0,48	32,0	0,36	-	0,63
F8. Listados de medicaciones en las historias clínicas	1,50	0,00	0,75	14,29	83,46	3,84	0,39	26,0	0,37	-	0,63
F9. Otros. Por favor, especifique											
GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)/ COMPREHENSIVENESS (AVAILABLE SERVICES)											
Si los pacientes necesitan alguno de los siguientes servicios, ¿podrían recibirlos en su mismo centro?											
G1. Consejos de alimentación	0,00	0,00	0,00	3,76	96,24	3,96	0,19	12,7	0,00	-	0,74
G2. Vacunaciones	1,50	0,00	0,00	1,50	96,99	3,98	0,12	8,0	0,21	-	0,74
G3. Valoración de necesidad de acceder a programas o prestaciones sociales	0,00	0,00	0,75	8,27	90,98	3,90	0,32	21,3	0,11	-	0,74
G4. Revisiones odontológicas	0,75	5,26	3,76	5,26	84,96	3,71	0,78	52,0	0,48	-	0,72
G5. Tratamientos odontológicos	1,50	6,02	7,52	16,54	68,42	3,50	0,88	58,7	0,35	-	0,73
G6. Planificación familiar o servicios de control de natalidad	1,50	15,04	14,29	9,77	59,40	3,15	1,16	77,3	0,53	-	0,71
G7. Asesoramiento o tratamiento de toxicomanía y drogadicción	1,50	18,80	24,06	30,83	24,81	2,63	1,06	70,7	0,17	-	0,74
G8. Asesoramiento para problemas de salud mental o de conducta	0,75	5,26	3,76	30,08	60,15	3,46	0,80	53,3	0,24	-	0,74
G10. Sutura de heridas leves	0,00	0,00	3,76	15,79	80,45	3,77	0,51	34,0	0,27	-	0,74
G11. Asesoramiento y pruebas de VIH/SIDA	0,00	0,00	2,26	9,77	87,97	3,86	0,41	27,3	0,23	-	0,74

Item	Non-response (%)	No, en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que si Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
G12m Extracción de tapones de cera	0,00	3,01	5,26	8,27	83,46	3,72	0,70	46,7	0,19	-	0,74
G13. Cribaje de problemas de visión	0,75	12,03	30,83	21,80	34,59	2,80	1,05	70,0	0,48	-	0,72
G14. Pruebas de alergia	3,76	68,42	13,53	7,52	6,77	1,51	0,91	60,7	0,27	-	0,74
G15. Inmovilización de un tobillo con esguince	0,00	1,50	0,75	15,04	82,71	3,79	0,82	34,7	0,34	-	0,73
G16. Extracción de verrugas	2,26	24,81	19,55	15,04	38,35	2,68	1,23	82,0	0,48	-	0,72
G17. Citología vaginal	3,01	30,08	5,26	6,77	54,89	2,89	1,36	90,7	0,42	-	0,72
G18. Tacto rectal	0,00	0,00	1,50	18,80	79,70	3,78	0,45	30,0	0,45	-	0,73
G19. Consejos para dejar de fumar	0,75	0,00	0,00	7,52	91,73	3,92	0,27	18,0	0,37	H(a=0,42)	0,74
G20. Atención prenatal	2,26	21,05	7,52	9,77	59,40	3,10	1,24	82,7	0,42	-	0,72
G21. Extripación de una uña encamada	4,51	41,35	27,07	13,53	13,53	1,99	1,07	71,3	0,33	-	0,73
G22. Asesoramiento sobre voluntades anticipadas	0,75	0,00	3,01	30,08	66,17	3,64	0,54	36,0	0,19	-	0,74
G23. Asesoramiento sobre adaptación a los cambios propios del envejecimiento	1,50	0,75	0,75	27,82	69,17	3,68	0,53	35,3	0,28	H(a=0,47) I(a=0,49) J(a=0,44)	0,74
G24. Atención de enfermería en el domicilio	0,00	0,00	0,00	3,01	96,99	3,97	0,17	11,3	0,14	-	0,74
G25n. Asesoramiento sobre consumo de alcohol	0,00	0,00	0,00	15,79	84,21	3,84	0,37	24,7	0,10	-	0,74
G27n. Control de Acentuamarol	2,26	16,54	6,02	9,77	65,41	3,27	1,16	77,3	0,02	-	0,76
G28n. Espirometría	1,50	9,02	1,50	4,51	83,46	3,65	0,90	60,0	-0,04	-	0,76
G29n. Fondo de ojo en pacientes diabéticos	3,01	39,85	19,55	8,27	29,32	2,28	1,28	85,3	0,37	-	0,73
GLOBALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS) / COMPREHENSIVENESS (SERVICES PROVIDED)											
Los temas siguientes se hablan con los pacientes?											
H1. Alimentación adecuada, horas de sueño necesarias	0,00	0,00	0,00	20,30	79,70	3,80	0,40	26,7	0,67	I(a=0,45)	0,93
H2. Seguridad en el hogar, cómo guardar los medicamentos en un lugar seguro	0,00	0,75	5,26	29,32	64,66	3,58	0,63	42,0	0,69	I(a=0,54)	0,92
H3. Uso del cinturón de seguridad	3,01	3,76	24,81	30,08	38,35	3,06	0,90	60,0	0,68	-	0,93
H4. Cómo tratar los conflictos familiares	2,26	0,75	18,05	44,36	34,59	3,15	0,74	49,3	0,71	I(a=0,45)	0,92
H5. Actividad física adecuada	0,75	0,00	1,50	25,56	72,18	3,71	0,49	32,7	0,70	I(a=0,48)	0,92
H6. Niveles de colesterol	0,00	0,00	0,00	9,02	90,98	3,91	0,29	19,3	0,41	-	0,93
H7. Fármacos que se toman	0,75	0,00	0,00	6,02	93,23	3,94	0,24	16,0	0,46	-	0,93
H8. Exposición a sustancias peligrosas en el hogar, en el trabajo o en el barrio	1,50	2,26	19,55	42,11	34,59	3,11	0,80	53,3	0,71	I(a=0,42)	0,92
H10. Prevención de quemaduras por agua caliente	0,75	1,50	14,29	37,59	45,86	3,29	0,77	51,3	0,71	I(a=0,44)	0,92

Item	Non-response (%)	No, en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que sí Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha with out the item
H11. Prevención de caídas	2,26	1,50	1,50	29,32	65,41	3,62	0,60	40,0	0,67	I(a=0,42)	0,92
H12. Prevención de la osteoporosis	0,00	0,00	1,50	32,33	66,17	3,65	0,51	34,0	0,71	I(a=0,50)	0,92
H13. Atención a los problemas habituales de la menstruación y la menopausia	1,50	0,00	3,01	37,59	57,89	3,56	0,56	37,3	0,62	I(a=0,46)	0,93
¿Los temas siguientes, referidos a los niños, se hablan con los niños y los padres/ tutores?											
H14. Maneras de afrontar los problemas de conducta del niño /a	0,00	0,00	0,75	29,32	69,92	3,69	0,48	32,0	0,60	-	0,93
H15. Cambios en el crecimiento y conducta que los padres pueden esperar a ciertas edades	0,00	0,00	0,75	26,32	72,93	3,72	0,47	31,3	0,61	D(a=0,41)	0,93
H16. Temas de seguridad para niños menores de 6 años: cruzar la calle de forma segura y utilizar las sillitas de seguridad en el coche	0,00	1,50	4,51	30,08	63,91	3,56	0,66	44,0	0,70	-	0,92
H17. Temas de seguridad para niños de entre 6 y 12 años: utilizar el cinturón de seguridad y el casco para la bici	1,50	1,50	4,51	33,08	59,40	3,53	0,66	44,0	0,66	-	0,92
H18. Temas de seguridad para niños mayores de 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas y no beber si se ha de conducir	0,75	0,75	3,01	25,56	69,92	3,66	0,58	38,7	0,70	I(a=0,42)	0,92
ENFOQUE FAMILIAR / FAMILY FOCUS											
11. ¿Los profesionales de su EAP preguntan a los pacientes sobre sus ideas y opiniones cuando planifican el tratamiento o cuidados para el paciente o un miembro de su familia?	1,50	0,75	6,77	62,41	28,57	3,21	0,59	39,3	0,51	J(a=0,44)	0,94
12. ¿Los profesionales de su EAP preguntan a los pacientes sobre las enfermedades o problemas que puedan tener sus familiares?	0,75	0,00	6,02	51,88	41,35	3,36	0,59	39,3	0,54	-	0,94
13. ¿Los médicos de su EAP pueden y están dispuestos a encontrarse con los miembros de la familia para hablar de un problema de salud o familiar?	0,00	0,00	3,76	40,60	55,64	3,52	0,57	38,0	0,54	D(a=0,43) E(a=0,45) J(a=0,48)	0,94
¿ Los siguientes puntos forman parte de la rutina en la evaluación de la salud, por parte de la mayoría de profesionales de su EAP?											
14. Uso de genogramas o cuestionario APGAR familiar	1,50	11,28	46,62	30,08	10,53	2,40	0,83	55,3	0,45	-	0,94
15. Conversación sobre los factores de riesgo familiares relacionados con la salud (p. ej., genética)	1,50	0,00	15,79	52,63	30,08	3,15	0,67	44,7	0,58	D(a=0,44) J(a=0,42)	0,93
16. Conversación sobre los recursos económicos de la familia	1,50	0,75	42,11	42,11	13,53	2,69	0,71	47,3	0,72	H(a=0,47)	0,93
17. Conversación sobre los factores de riesgo sociales (p. ej., pérdida del empleo)	0,75	0,75	20,30	54,14	24,06	3,02	0,69	46,0	0,81	D(a=0,43) H(a=0,51) J(a=0,49)	0,93
18. Conversación sobre las condiciones materiales de vida (por ejemplo, equipamiento básico del hogar, transporte, etc.)	3,76	3,01	32,33	46,62	14,29	2,75	0,74	49,3	0,75	H(a=0,46) J(a=0,42)	0,93
19. Conversación sobre el estado de salud de otros miembros de la familia	0,00	0,75	16,54	54,14	28,57	3,11	0,69	46,0	0,80	D(a=0,45) J(a=0,48)	0,93

Item	Non-response (%)	No, en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que sí Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
¿ Los siguientes puntos forman parte de la rutina en la evaluación de la salud, por parte de la mayoría de profesionales de su EAP?											
14. Uso de genogramas o cuestionario APGAR familiar	1,50	11,28	46,62	30,08	10,53	2,40	0,83	55,3	0,45	-	0,94
15. Conversación sobre los factores de riesgo familiares relacionados con la salud (p. ej., genética)	1,50	0,00	15,79	52,63	30,08	3,15	0,67	44,7	0,58	D(a=0,44) J(a=0,42)	0,93
16. Conversación sobre los recursos económicos de la familia	1,50	0,75	42,11	42,11	13,53	2,69	0,71	47,3	0,72	H(a=0,47)	0,93
17. Conversación sobre los factores de riesgo sociales (p. ej., pérdida del empleo)	0,75	0,75	20,30	54,14	24,06	3,02	0,69	46,0	0,81	D(a=0,43) H(a=0,51) J(a=0,49)	0,93
18. Conversación sobre las condiciones materiales de vida (por ejemplo, equipamiento básico del hogar, transporte, etc.)	3,76	3,01	32,33	46,62	14,29	2,75	0,74	49,3	0,75	H(a=0,46) J(a=0,42)	0,93
19. Conversación sobre el estado de salud de otros miembros de la familia	0,00	0,75	16,54	54,14	28,57	3,11	0,69	46,0	0,80	D(a=0,45) J(a=0,48)	0,93
110. Conversación sobre la crianza de los hijos	2,26	0,00	21,05	48,87	27,82	3,07	0,71	47,3	0,74	-	0,93
111. Evaluación de signos de malos tratos a menores	1,50	0,75	3,76	38,35	55,64	3,51	0,61	40,7	0,75	E(a=0,45) J(a=0,44)	0,93
111n1 Evaluación de indicios de maltrato a mujeres	0,75	0,75	6,02	43,61	48,87	3,42	0,64	42,7	0,76	D(a=0,45) J(a=0,47)	0,93
111n2 Evaluación de indicios de maltrato a ancianos	0,75	0,75	6,02	42,86	49,62	3,42	0,64	42,7	0,77	D(a=0,42) H(a=0,45) J(a=0,42)	0,93
112. Evaluación de indicios de crisis familiar	2,26	1,50	23,31	50,38	22,56	2,96	0,73	48,7	0,71	H(a=0,47) J(a=0,47)	0,93
113. Evaluación del impacto de la salud del paciente en el funcionamiento de la familia	1,50	1,50	20,30	48,12	28,57	3,05	0,75	50,0	0,78	D(a=0,47) E(a=0,41) G(a=0,44) H(a=0,56) J(a=0,55)	0,93
114. Evaluación del desarrollo infantil	1,50	0,00	1,50	30,83	66,17	3,66	0,51	34,0	0,52	J(a=0,42)	0,94
ORIENTACIÓN COMUNITARIA / COMMUNITY ORIENTATION											
J1. ¿Los médicos de su EAP hacen visitas a domicilio para cualquier tipo de paciente siempre que estos lo soliciten?	0,75	0,00	3,01	35,34	60,90	3,58	0,55	36,7	0,20	-	0,90
J1n. ¿Los médicos de su EAP hacen actividades de grupo fuera del centro (por ejemplo, hogares de ancianos, escuelas, centros cívicos, etc.)?	0,75	0,75	11,28	27,82	59,40	3,47	0,73	48,7	0,39	I(a=0,41)	0,90
J2. ¿Cree usted que los médicos de su EAP tienen un conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de las comunidades que atienden?	1,50	0,00	15,79	42,11	40,60	3,25	0,72	48,0	0,47	I(a=0,47)	0,90

Item	Non-response (%)	No, en absoluto Definitely not (%)	Es probable que no Probably not (%)	Es probable que sí Probably yes (%)	Si, sin duda Yes, absolutely (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha with the item
J3. ¿Los médicos de su EAP aceptan opiniones e ideas de la población que les pueden ayudar a ofrecer una mejor atención sanitaria?	1,50	0,00	5,26	51,88	41,35	3,37	0,58	38,7	0,52	G(a=0,42) H(a=0,43) I(a=0,56) K(a=0,45)	0,90
J4. ¿Su EAP tiene capacidad para adaptar los programas o servicios de atención sanitaria para responder a problemas de salud específicos de la comunidad? ¿Su EAP utiliza los siguientes tipos de datos para determinar qué programas o servicios necesitan las comunidades que atiende?	0,75	0,75	8,27	48,12	42,11	3,33	0,66	44,0	0,50	I(a=0,47) K(a=0,44)	0,90
J5. Datos de mortalidad	0,00	18,80	39,10	20,30	20,30	2,43	1,02	68,0	0,56	-	0,90
J6. Datos sobre enfermedades transmisibles (p. ej. enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis)	1,50	11,28	30,83	31,58	24,06	2,70	0,97	64,7	0,64	-	0,90
J7. Datos de coberturas vacunales	2,26	0,00	2,26	27,82	69,17	3,67	0,52	34,7	0,44	-	0,90
J8. Datos de riesgos sanitarios y laborales	0,75	7,52	25,56	38,35	25,56	2,84	0,91	60,7	0,54	-	0,90
J9. Datos obtenidos de las historias clínicas de su centro	3,01	0,75	3,76	28,57	61,65	3,60	0,61	40,7	0,44	-	0,90
J10. ¿Su EAP utiliza los siguientes medios para monitorizar y/o evaluar la efectividad de los servicios / programas Encuestas a sus pacientes	5,26	14,29	19,55	27,82	38,35	2,90	1,07	71,3	0,52	-	0,90
J11. Encuestas a la comunidad	0,00	19,55	26,32	33,08	18,80	2,52	1,02	68,0	0,51	-	0,90
J12. Opinión de las organizaciones o de los órganos consultivos de la comunidad	0,00	10,53	22,56	37,59	27,07	2,83	0,96	64,0	0,65	I(a=0,42)	0,90
J13. Opinión del personal del centro	2,26	2,26	2,26	41,35	54,14	3,47	0,66	44,0	0,59	-	0,90
J14. Análisis de datos locales o estadísticas vitales (mortalidad, nacimientos, prevalencias, etc.)	2,26	9,77	23,31	32,33	30,83	2,88	0,98	65,3	0,65	-	0,90
J15. Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios de su centro	0,00	2,26	13,53	35,34	47,37	3,30	0,79	52,7	0,54	-	0,90
J16. Información de otros trabajadores sanitarios de la comunidad	3,76	8,27	18,05	36,84	30,83	2,96	0,94	62,7	0,62	-	0,90
J17. Participación de usuarios en un comité de seguimiento	1,50	41,35	26,32	15,79	10,53	1,95	1,03	68,7	0,52	I(a=0,43) K(a=0,46)	0,90
J18. ¿Su EAP utiliza alguna de las siguientes actividades para llegar a los colectivos de la comunidad que atiende?	6,02	23,31	21,05	27,07	27,07	2,59	1,13	75,3	0,64	K(a=0,43)	0,90
J19. Trabajo en red con agencias locales y estatales involucradas con grupos culturalmente diversos	6,02	42,11	28,57	21,05	5,26	1,89	0,93	62,0	0,48	-	0,90
J20. Vínculos con organizaciones/ servicios religiosos	0,00	13,53	18,80	33,83	33,08	2,87	1,03	68,7	0,59	F(a=0,46)	0,90
J21. Relación con grupos del barrio o líderes de la comunidad	1,50	1,50	2,26	38,35	55,64	3,52	0,63	42,0	0,40	-	0,90
J22. Relación con servicios sociales de la comunidad											

Item	Non-response (%)	No. en absoluto <i>Definitely not</i> (%)	Es probable que no <i>Probably not</i> (%)	Es probable que sí <i>Probably yes</i> (%)	Si, sin duda <i>Yes, absolutely</i> (%)	Mean	SD	% Variability	Corrected item-total correlation	Correlation with other attributes	Alpha without the item
COMPETENCIA CULTURAL / CULTURAL COMPETENCE											
K2. ¿En su EAP pueden comunicarse con personas que no hablen bien catalán o castellano?	0,75	0,00	18,80	50,38	30,08	3,11	0,70	46,7	0,43	-	0,79
K3. En caso necesario, ¿su EAP tiene en cuenta las creencias de una familia relativas a la atención sanitaria o al uso de medicina tradicional, como por ejemplo la atención por un 'curandero', o el uso de remedios caseros, fitoterapia, etc.?	3,76	1,50	11,28	63,16	20,30	3,06	0,62	41,3	0,30	-	0,80
K4. En caso necesario, ¿su EAP tiene en cuenta la intención de una familia de usar un tratamiento alternativo, como por ejemplo homeopatía o acupuntura?	3,01	0,00	7,52	62,41	27,07	3,20	0,56	37,3	0,38	-	0,80
¿Su EAP utiliza alguno de los siguientes medios para abordar la diversidad cultural?											
K5. Formación del personal por parte de profesores externos	2,26	18,05	18,05	35,34	26,32	2,72	1,06	70,7	0,46	-	0,79
K6. Programas de capacitación impartidos por el personal del centro	3,01	27,82	32,33	18,05	18,80	2,29	1,08	72,0	0,56	J(a=0,47)	0,78
K7. Utilización de materiales o folletos que reflejen las diferencias culturales (lengua, imágenes visuales, costumbres religiosas)	3,76	8,27	24,81	46,62	16,54	2,74	0,84	56,0	0,62	J(a=0,45)	0,77
K8. Personal que refleje la diversidad cultural de la población que atiende	2,26	45,86	30,08	13,53	8,27	1,84	0,96	64,0	0,56	-	0,78
K9. Traductores / intérpretes / mediadores	3,76	35,34	15,79	23,31	21,80	2,33	1,19	79,3	0,55	-	0,78
K10. Planificación de servicios adecuada a la diversidad cultural	2,26	30,08	36,09	20,30	11,28	2,13	0,98	65,3	0,64	J(a=0,49)	0,76

5. DISCUSIÓN

Con el trabajo desarrollado en esta tesis doctoral se han obtenido dos herramientas para la evaluación de un nivel tan importante en el sistema sanitario como es la atención primaria, estrategia básica en la atención a la salud. Se ha adaptado a nuestro contexto un instrumento que se diseñó en EEUU para evaluar si el desempeño de la AP cumple con su modelo teórico y que se está expandiendo a países de contextos muy diversos como por ejemplo Canadá, Argentina, Brasil, Corea, China, etc.

Los resultados obtenidos han permitido contrastar y corroborar las hipótesis del trabajo que abordaban la factibilidad de conseguir unas herramientas de calidad aceptable que permitieran ampliar los enfoques evaluativos de la AP hasta el momento disponibles en Catalunya y en España. Estas herramientas, las adaptaciones del PCAT a un formato abreviado del PCAT-Usuarios para incluir en encuestas de salud, así como la versión extensa y completa del PCAT-Equipos de AP, con las limitaciones que como todo instrumento tienen, pueden utilizarse en las estrategias de evaluación existentes.

Asimismo, el análisis realizado con la versión abreviada del PCAT de usuarios a través de la Encuesta de Salud de Catalunya del año 2006 permitió conocer que la AP obtenía una puntuación de 7 sobre 10, sin observar un patrón de desigualdad social y que los aspectos que se asociaban a una mejor puntuación podrían considerarse como aquellos vinculados a un mejor conocimiento de los profesionales: mayor edad de las personas, mayor utilización de la AP, más tiempo con el mismo médico y también el entorno más rural.

A continuación se presenta la discusión global, en primer lugar respecto a los procesos de adaptación transcultural de los instrumentos de evaluación obtenidos, y seguidamente sobre lo que el uso del PCAT ha permitido hasta ahora conocer respecto a la calidad de la AP incluyendo el eje de análisis de las desigualdades sociales en salud.

DISCUSIÓN

5.1 Sobre las adaptaciones del PCAT

Siguiendo las recomendaciones internacionales de adaptación transcultural de cuestionarios, se han obtenido un conjunto de instrumentos para la evaluación del desempeño de la AP en Catalunya y España. En primer lugar, una versión corta para incluir en la encuesta de salud poblacional de adultos, el que denominamos PCAT-10-adultos, ya que incluye 10 ítems del PCAT original, la cual se acompaña de otra versión también abreviada para incluir en el cuestionario infantil de las encuestas de salud (PCAT-19-infantil) el cual no forma parte de esta tesis doctoral pero sí de la línea de investigación.(68) En segundo lugar, el cuestionario dirigido a directores y directoras de Equipos de Atención Primaria (PCAT-EAP), en versión extensa, el cual posibilita el análisis por dimensiones y presenta mayor equivalencia con el instrumento original, lo que facilitará estudios y seguimiento más completo de las diferentes áreas esenciales del desempeño de la AP. En los dos procesos cabe señalar que participó Barbara Starfield, autora del modelo teórico y coautora del instrumento original junto a Leiyu Shi.

5.1.1. Versión para usuarios/as

El cuestionario obtenido para adultos, PCAT-10, ha presentado propiedades métricas adecuadas. En términos de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach entre 0,66 y 0,75 según la estrategia utilizada de tratamiento de las no respuestas. Con la opción escogida (asignando el valor intermedio 2,5) el índice alfa de Cronbach obtenido es de 71,4.

En la misma línea de trabajo, se realizó un proceso muy similar para el PCAT-19-infantil, en el que la limitación de espacio no era tan restrictiva y se pudieron incluir 19 ítems de las dimensiones de la AP, excepto enfoque familiar y orientación comunitaria, las cuales tampoco habían sido incluidas en el PCAT-10.(68) En éste se obtuvo un rango de alfa de Cronbach entre 0,44 (primer contacto-accesibilidad) y 0,83 (competencia cultural), pero si se cambiaba la estructura de las dimensiones del PCAT original a las que se obtenían según el análisis factorial realizado, la fiabilidad

aumentaba considerablemente, siendo de 0,71 la del factor que incluía los ítems de primer contacto-accesibilidad y longitudinalidad (las dos dimensiones que obtenían por separado un valor de alfa de Cronbach inferior a 60).

En los dos instrumentos obtenidos para Catalunya, PCAT-10 adultos y PCAT-19 infantil, se obtuvo una buena aproximación a la medida de validez general del instrumento al hallar buena correlación con la medida de satisfacción con los servicios sanitarios.

El instrumento original para usuarios/as, realizado en EEUU, fue validado y están publicadas sus propiedades psicométricas, tanto para la versión infantil como la de adultos. En la versión de adultos la consistencia interna variaba entre 0,64 (primer contacto) y 0,95 (globalidad). En la versión infantil entre 0,40 (longitudinalidad) y 0,86 (coordinación).(36,43) Sus resultados, así como publicaciones posteriores que han comparado diferentes cuestionarios de evaluación de la AP, (7,41) lo sugieren como un buen instrumento de evaluación. Un hecho indirecto pero atractivo para confirmar su idoneidad y utilidad es que su uso siga una extensión importante en diferentes contextos, socioculturalmente muy diferentes pero en los que la AP debe cumplir con el mismo modelo teórico. Hasta el momento, se encuentran publicaciones sobre su uso en los siguientes países: EEUU,(8,32,54,56,97,98) Canadá,(60,64,99–101) Brasil, (49,51,53,59,102–105), Argentina,(106) China, (75–79) Nueva Zelanda,(83) Taiwan,(107) Corea, (80–82) y España, incluyendo las publicaciones que forman parte de esta tesis doctoral. (68–70,72).

Además, hasta el momento no constan publicaciones en revistas indexadas pero en otros países del continente americano se están realizando los procesos de adaptación del PCAT de usuarios, concretamente en los países de Uruguay (está publicada su adaptación del PCAT de proveedores),(74) Colombia, Bolivia, Ecuador y Méjico, tal como puede consultarse en la web de la Comunidad de Práctica IA-PCAT que se constituyó en el año 2013 bajo el amparo de la OPS.(108) La doctoranda forma parte del grupo internacional de expertos que participa en los diferentes procesos de adaptación transcultural.

DISCUSIÓN

Los procesos de adaptación y los cuestionarios finalmente obtenidos han sido diferentes en los diferentes países. Así, en Canadá se diseñó un cuestionario de evaluación de la percepción de los pacientes respecto a la calidad de la atención primaria que incluía 31 preguntas provenientes del PCAT de usuarios original, pero también 5 ítems del PCAS y otras 32 preguntas propias. Del PCAT incluyeron ítems de las dimensiones de grado de afiliación, accesibilidad-primer contacto, longitudinalidad y coordinación. (60,100)

En el año 2011 se publicaron en un número especial de la revista *Healthcare Policy* (Vol.7) un conjunto de artículos que reflejaban un análisis comparativo de 6 instrumentos para evaluar la AP desde la perspectiva de los usuarios, entre ellos el PCAT, con el objeto de orientar su uso en Canadá. Entre ellos presentan la metodología seguida para su validación y los resultados obtenidos una vez aplicados en muestras de población canadiense. Para su uso en Canadá concluyeron que los seis funcionaban de forma similar a como lo hacían en los países donde se habían desarrollado y que los podían utilizar con confianza.(35,37–39,63) El PCAT obtuvo unos coeficientes alfa de Cronbach entre 0,65 (orientación comunitaria) y 0,76 (coordinación).

Una de las publicaciones de este número refiere un estudio cualitativo mediante grupos de discusión con usuarios en el que analizaban las facilidades y dificultades de los diferentes cuestionarios. Del PCAT fue valorado por los usuarios su amplitud y profundidad de las cuestiones que plantea, pero se señalaba como una dificultad la nominación al proveedor de la atención. En la versión original americana la fuente de atención se denomina “PCP” que se corresponde bien con las siglas *Primary Care Provider* y *Primary Care Physician*. Como sucedió en la adaptación en España, en la versión francesa de Canadá la denominación de la fuente de atención presentaba dificultades de traducción ya que la denominación del profesional (doctor, médico, etc.) no comparte inicio de palabra con el centro de atención (utilizaron “clínic” en francés, nosotros “centro de AP”), con lo cual la denominación finalmente era más larga – en el PCAT-10 fue “su médico/a o centro” – y se debía diferenciar según la pregunta se refiera al profesional o al centro.(109)

En Brasil se trabajaron dos versiones para usuarios. Por un lado,

el grupo de instrumentos PCATool-Brasil elaborado por el equipo técnico liderado por Erno Harzheim, el cual incluye las versiones de usuarios de adultos e infantil así como la versión de profesionales, todas ellas incluidas en el manual que fue publicado en el 2010 por el Ministerio de Salud. (110) A diferencia de la adaptación realizada en Canadá, en Brasil se optó por mantener fidelidad a la estructura del PCAT. En la tabla 2 se muestra el número de ítems que contienen las versiones nombradas del PCATool-Brasil finalmente obtenidas. Destaca que no se incluyera la dimensión de competencia cultural, sin encontrar razones de ello en los documentos consultados. En el manual se pueden identificar aquellos ítems de las diferentes versiones que fueron mantenidos en el cuestionario por su importancia conceptual a pesar de no haber alcanzado valores muy aceptables en las medidas de validación. Ésta fue una de las razones por las que en nuestro PCAT-EAP mantuvimos también algunos ítems.(71)

En el año 2013 se publicó un número de la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria especialmente dedicado al PCAT, en el que algunos de sus artículos eran sobre el proceso de adaptación y validación de las versiones de usuarios (Rev Bras Med Fam Comunidade 2013; 8).

En el PCAT-Brasil para menores se obtuvieron parámetros de fiabilidad de alfa de Cronbach en un rango de 0,74 en integralidad-servicios disponibles a 0,88 en orientación comunitaria y rangos de correlación ítem-total entre 0,31 y 0,80.(58) En la versión extensa de adultos, la dimensión de coordinación –sistemas de información obtuvo un alfa de Cronbach de 0,15, situándose el resto entre 0,62 (primer contacto-utilización) y 0,88 (integralidad-servicios disponibles). En el análisis factorial, los dos ítems de coordinación – sistema de información se distribuyeron en dos factores diferentes, uno con ítems de longitudinalidad de la atención y otro básicamente de acceso.(111) La versión reducida de adultos se realizó a partir de la selección de ítems a partir de un análisis discriminante de cada ítem así como valorando su relevancia teórica y los ítems que se habían mantenido en otros países. El alfa de Cronbach de la escala global de valoración de la AP en esta versión corta fue de 0,82. La utilidad de este nuevo instrumento es sobre todo, según sus autores,

DISCUSIÓN

para valorar el constructo global de AP, teniendo en cuenta que los ítems de las dimensiones que más contribuían a éste son los de longitudinalidad e integralidad-servicios prestados, destacando también la orientación comunitaria.(112)

En el año 2007, James Macinko y cols. adaptaron también para Brasil el PCAT de adultos desde su versión original. En esta adaptación se modificó la escala de respuesta de los ítems a una escala Likert de 6 opciones (de 0 nunca, a 5 siempre), en lugar de la de 5 opciones del instrumento original (desde 1 “seguro que no” a 4 “seguro que sí”, con una quinta opción de “No sabe no responde”). En la tabla 2 también se muestra el contenido de este instrumento. En este cuestionario añadieron un componente de 6 ítems referido a las habilidades y a la formación de los profesionales de AP entre los que estaban incluidos dos de los tres ítems que pertenecen a la dimensión de competencia cultural en el PCAT original. Este instrumento presentó un alfa de Cronbach total de 0,80 y disminuía cuando se suprimía una dimensión, a excepción de primer contacto-acceso, en que se mantenía el valor de 0,80. (51)

Tabla 2. Contenido en dimensiones y número de ítems de los cuestionarios PCAT adaptados en Brasil y Argentina.

Apartados del cuestionario	Brasil usuarios infantil (110)	Brasil usuarios adultos (110)	Brasil usuarios adulto reducida (112)	Brasil profesionales (110)	Brasil 2 -PCAT usuarios adultos (51)	Argentina PCAT usuarios adultos (73)
A1. Grado de filiación	3	3	3			3
B. Primer contacto-utilización	3	3	1		11	3
C. Primer contacto-acceso	6	12	2	9	3	12
D. Longitudinalidad de la atención	14	14	4	13	10	14
E. Coordinación	5	8	4	6	19	9
F. Coordinación (sistemas de información)	3	3	1	3		3
G. Integralidad (servicios disponibles)	9	22	3	22		28
H. Integralidad (servicios proporcionados)	5	13 ♀ / 11 ♂	4	15	22	12
I. Enfoque familiar	3	3	2	3	6	3
J. Orientación comunitaria	4	6	2	6	5	6
K. Competencia cultural						3
TOTAL	55	87	25	77	76	96

En Argentina fue donde se trabajó con la primera adaptación de la versión completa del PCAT para usuarios en castellano, obteniéndose adecuadas medidas de validez y fiabilidad, y manteniendo alta equivalencia con la versión original.(46,73) El PCAT adaptado para usuarios adultos está constituido por 95 ítems e incluye todas las dimensiones del PCAT original. En 7 de

DISCUSIÓN

las 10 dimensiones y subdimensiones la correlación ítem-total era en más del 90% de los ítems correspondientes mayor a 0,30, en las tres restantes este porcentaje era superior al 65%. El alfa de Cronbach obtuvo un rango de 0,44 a 0,95, siendo la menor la de la subdimensión de coordinación-sistemas de información y la mayor la de integralidad-servicios disponibles.(73)

El PCAT de usuarios se extendió también por el continente asiático y hasta el momento se ha adaptado en Corea del Sur, Taiwan y China. (Tabla 3)

En Corea se han realizado diferentes adaptaciones del PCAT, la primera en 2009, concluyó con una versión del PCAT de usuarios de 21 preguntas que implicó una reducción importante de ítems y cambios en los componentes. De los 5 ítems de la dimensión que denominaron “atención personalizada”, cuatro provenían de la dimensión de longitudinalidad. El cuestionario resultante estaba formado por 4 dimensiones (atención personalizada, coordinación, integralidad y orientación familiar y comunitaria) además de un dominio formado por 4 ítems independientes. Las dimensiones obtuvieron un índice de alfa de Cronbach entre 0,69 (integralidad) y 0,78 (atención personalizada) y el rango de correlaciones entre los ítems y su escala estuvo entre 0,38 y 0,69.(80)

Posteriormente se publicó otra versión del PCAT de usuarios, con dos acepciones: la versión corta del PCAT de adultos (KC PCAT) y una versión estándar (KS PCAT); según su autor, la primera es útil para comparaciones internacionales ya que mantiene las dimensiones originales del PCAT, la segunda mantiene la validez para utilizar en Corea, no para comparaciones internacionales y no mantiene las mismas dimensiones (concretamente desaparece el enfoque familiar y las dos de integralidad se engloban en una).(81) La versión estándar obtuvo índices de alfa de Cronbach entre 0,69 (competencia cultural) y 0,90 (continuidad de la atención).

En Taiwan se utilizó el PCAT de usuarios pero no se identifica en la publicación que se haya realizado un proceso de traducción y adaptación, utilizando la versión corta del PCAT de usuarios de EEUU.(113)

El último país del que hasta el momento se dispone del PCAT adaptado es China, donde se han realizado también dos procesos independientes de adaptación del PCAT de usuarios, uno en el que participaba uno de los autores de la versión de EEUU (Leiyu Shi), a partir de la versión extensa original y que se concretó en una versión de 34 ítems entre los que no se incluía la dimensión de competencia cultural,(77) y otra versión que basó en la versión corta de adultos y obtuvo una versión de 33 ítems. (75)

La primera versión publicada, originada a partir del PCAT adultos - versión extensa, estaba formada por 9 dimensiones y un ítem individual (tabla 3). Obtuvo un rango de índices de alfa de Cronbach entre 0,48 (primer contacto-utilización) y 0,86 (integralidad). El rango de correlaciones de los ítems con su dimensión estuvo entre 0,57 y 0,84, y el rango de correlaciones de cada ítem con otras escalas fue de 0,00 a 0,42.

Y finalmente, la última adaptación del PCAT de la que se ha encontrado información sobre el proceso de obtención y resultados de sus propiedades psicométricas es la que se hizo para la Región Autónoma de Tíbet, también con la participación de L. Shi, a partir de la primera versión china. En ésta se incluyó de nuevo la medida de la competencia cultural y contiene un total de 28 ítems. (78) En Hong Kong se utilizó una traducción del PCAT de usuarios adultos al chino cantonés, del que no se han encontrado publicados los resultados de valoración psicométrica.(79,114)

DISCUSIÓN

Tabla 3. Contenido en dimensiones y número de ítems de los cuestionarios PCAT adaptados en países asiáticos para usuarios adultos.

Apartados del cuestionario ^a	Corea (80)	Corea (81)	Corea versión estándar (81)	China (origen en versión extensa) (77)	China (origen en versión corta) (75)	PCSAT adultos Tíbet (78)
B. Primer contacto-utilización	3	3	3	2	3	6 ^b
C. Primer contacto-acceso		4	3	2	4	2
D. Longitudinalidad de la atención	5	4	7	5	4	
E. Coordinación	3	3	4	4	4	2
F. Coordinación (sistemas de información)		4		5	3	
G. Integralidad (servicios disponibles)		4			4	7 ^c
H. Integralidad (servicios proporcionados)	6	5	6	7	5	
I. Enfoque familiar		3			3	5
J. Orientación comunitaria	4	4	4	6	3	4
K. Competencia cultural		3	3			
TOTAL	21	37	30	34 ^d	33	26 ^e

^a No se incluye el apartado A1 grado de filiación ya que no se especifica en ninguna de las publicaciones.

^b Estos 6 ítems conforman una sola dimensión primer contacto y longitudinalidad

^c Se diferencian dos subdimensiones: atención médica (4 ítems) y atención social (3 ítems).

^d Incluye 2 ítems en una dimensión que denominan “alcance” y 1 ítem de estabilidad del proveedor de atención primaria.

^e Incluye además dos ítems independientes, uno referido como “el mismo médico” y otro “estabilidad”.

El PCAT para usuarios siempre se aplicó en el marco de estudios cuyo objetivo primordial era conocer el desempeño de la AP, utilizándose PCAT adaptados pero con una mayor extensión de la que se administró en Catalunya.

El instrumento abreviado del PCAT en castellano y catalán (PCAT-10-adultos y PCAT-19 infantil) partió de una circunstancia previa muy concreta y diferente del resto de adaptaciones del PCAT usuarios: que pudiera formar parte de una encuesta de salud poblacional, hecho que condicionó una drástica reducción del número de ítems. Su objetivo fue que permitiera, por un lado una valoración que partía de las hipótesis a priori de debilidades de la AP en nuestro contexto y al mismo tiempo actuara como indicador centinela, por lo tanto ayudando a detectar situaciones que hicieran necesario estudios más en profundidad. La priorización de las dimensiones de primer contacto, continuidad y coordinación de la atención y competencia cultural, respondía a un momento en el que se había finalizado un largo proceso de reforma de la atención primaria, en la que uno de los cambios que se habían producido era la introducción de nuevos y diversos proveedores de servicios en el modelo de AP público y que además se habían producido cambios poblacionales importantes, básicamente debido al incremento de población nacida en otros países que habían venido a vivir a Catalunya.

Además, a diferencia de la mayoría de países en que se ha utilizado, en Catalunya y España en general, el hecho que exista un sistema nacional de salud imprime homogeneidad en parte de los conceptos que mide el PCAT, sobre todo algunos de estructura, especialmente en las dimensiones de accesibilidad e integralidad-servicios provistos.

La restricción del número de ítems desde un inicio sucedió también en los grupos de: Brasil, el cual hizo la versión reducida (25 ítems), Corea (versiones de 21 a 37 ítems) y China (versiones de 26 a 34 ítems). Pero además hay que tener en cuenta que estando formando parte de un cuestionario más amplio y más concretamente de una encuesta de salud, hay información que recogía el PCAT original que ya estaba incluida en otros apartados de la encuesta. Éste es el

DISCUSIÓN

caso de variables sobre estado de salud percibido, tener problemas de salud crónicos, haber recibido algunas prácticas preventivas e información socio-demográfica y de tipo de cobertura de sanitaria.

Por lo tanto, el instrumento que se ha obtenido en este trabajo tiene su principal utilidad en el ámbito nacional, para la realización de medidas repetidas en el tiempo, no así para comparaciones internacionales ya que la equivalencia con el resto es baja, incluso con aquellos que tienen un número reducido de ítems, ya que partiendo del mismo instrumento original, la selección de ítems ha sido diferente (por ejemplo, con la versión coreana de 22 ítems, el PCAT-10, con 10 ítems, sólo coincide en 3, y formulados algo diferentes, debido a los procesos de adaptación transcultural)

Como se menciona al inicio de este apartado, el PCAT-10 obtenido en castellano y catalán el índice alfa de Cronbach obtenido es de 71,4. En las adaptaciones del PCAT realizadas en otros países hemos podido consultar el índice alfa de las diferentes dimensiones que constituyen los cuestionarios, y oscilan entre valores de alrededor de 0,65 y 0,95, con la excepción de tres valores menores a 0,50, concretamente: 0,15 en coordinación – Sistemas de información del PCAT de adultos de Brasil,(111) 0,40 en la dimensión de longitudinalidad del PCAT infantil original de EEUU, (36) y 0,44 en la dimensión de coordinación-sistemas de información de Argentina.(73) Las únicas adaptaciones que presentan el índice alfa para el conjunto de las dimensiones son la versión reducida de Brasil, con 0,82,(112) la versión de adultos de Brasil del grupo de J. Macinko, con 0,80,(51) y el PCAT adaptado para Tíbet, con un alfa global de 0,92 (78); todas ellas son superiores a la obtenida con el PCAT-10, pero hay que tener en cuenta que ésta es la única que no se realiza en una muestra de usuarios sino de población general, y aun habiendo personas menos frecuentadoras de los servicios, se mantiene un nivel de consistencia interna aceptable.

Respecto a la validez de constructo, medida a través del análisis factorial, el obtenido con el PCAT-10, muestra que el primer factor explica el 54% de la varianza, valor semejante al obtenido en otras adaptaciones del PCAT (48% por los 5 factores del PCAT infantil

de EEUU, 40% por los 8 factores del PCAT infantil de Brasil, 51% por los 12 factores del PCAT de usuarios adultos de Brasil y 57,4% por los 9 factores del PCAT de usuarios adultos de Argentina). Y similares son los valores obtenidos en las versiones asiáticas, ya que las versiones chinas de adultos dan lugar ambas a 9 factores que explican el 56,4% (la de 34 ítems) y 55,2% (la de 33 ítems) de la varianza en los dos casos respectivamente. (75,77) Y en el PCAT de Tíbet, de 28 ítems, se identificaron 7 escalas que explicaban un 60,7% de la varianza total.(78)

Consideramos que con el PCAT-10 disponemos de un pequeño cuestionario que mediante las encuestas de salud ya instauradas en Catalunya y en Barcelona, permitirá hacer un seguimiento de la AP desde la perspectiva de la población, especialmente importante en los momentos actuales en que ya hace 8 años de las primeras medidas. Hay que tener en cuenta que desde entonces, argumentado en la crisis económica de finales de la primera década del S XXI, se han producido importantes cambios en la financiación de los servicios que será conveniente vigilar el impacto que en la calidad de la atención puedan haber repercutido.(115,116)

La comparabilidad de ambos instrumentos con otros entornos en el ámbito internacional se podrá hacer para el subconjunto de ítems que hemos realizado en Catalunya. En todos los procesos de adaptación transcultural han provocado la exclusión de algunos ítems y la introducción de otros, y esto se deberá tener en cuenta a la hora de querer hacer comparaciones internacionales.

5.1.2. Versiones para profesionales de Atención Primaria

Las versiones del PCAT preparadas para poder medir los atributos o dimensiones de la AP desde el lado de la oferta, desde los servicios, son las versiones de proveedores (*Provider version*) y la de centros, equipos o directivos (*Facility version*). Son muy similares entre ellas pero preparadas para ser contestadas desde el punto de vista de quien directamente da la atención, independientemente de su profesión, la versión de proveedores, o desde el responsable de estos profesionales (*Facility version*).

DISCUSIÓN

Estas versiones, hasta el momento han tenido un uso algo menos extenso que la versión de usuarios, encontrándose bibliografía de su utilización en EEUU, Brasil, Canadá, Uruguay, Argentina y Dominica, además de la versión en castellano y catalán que se presenta en esta tesis.

La versión obtenida para Catalunya y España, el PCAT-EAP, contiene 129 ítems para medir las 9 dimensiones y subdimensiones del modelo teórico de la AP definido por B Starfield, más 28 preguntas sobre el EAP y la población atendida y asignada.

Mantiene equivalencia con el instrumento original, presentó buena fiabilidad (consistencia interna, test-retest) y buena validez en los aspectos que de ésta pudieron medirse (de constructo, convergente y discriminante).

En EEUU, del PCAT de proveedores sólo se ha encontrado un estudio en el cual utilizan únicamente los ítems de coordinación adaptados, en el marco de un estudio más amplio.(117) No se ha encontrado información referente a sus propiedades psicométricas.

En Canadá, el primer estudio publicado que utiliza el PCAT de proveedores es del año 2002 y en el mismo se explica que se realizaron cambios menores de la versión original que afectaban a los apartados del cuestionario que no son las dimensiones (ej.: preguntas sobre características socio-demográficas); realizaron una prueba piloto en una muestra de 5 médicos de familia para asegurar que el contenido y el formato eran apropiados.(57)

En el estudio de Ontario de comparación de modelos de atención primaria, también refieren que se realizaron los mínimos cambios sobre el PCAT original, para mantener al máximo la validez reflejada por la misma, y las modificaciones se refirieron únicamente a las preguntas de contexto.(65)

En Brasil, el primer uso que realizaron del PCAT-centros de AP, fue publicado en el año 2004, sobre una adaptación del PCAT- Facility realizada por Macinko y cols. (52) con dos versiones, una para ser respondida por proveedores directos de la atención y otra para los gestores, para ser respondida con una visión más general. De este proceso se refiere haber realizado la traducción al portugués y el

proceso de retrotraducción y la realización del pre-test de la versión obtenida, así como la introducción de nuevos ítems para reflejar mejor el contexto. La fiabilidad de las dimensiones obtuvo un rango del alfa de Cronbach entre 0,46 a 0,80. Los valores más bajos fueron en coordinación (0,46), longitudinalidad (0,48) y enfoque familiar (0,57), y las más elevadas en orientación comunitaria (0,80) e integralidad (0,77). Cabe señalar que en esta adaptación del PCAT, como se ha explicado anteriormente, no se mantuvo la escala de respuesta del original (Likert de 5 opciones, desde 1 “seguro que no” a 4 “seguro que sí”, con una quinta opción de “No sabe no responde”) sino que se utilizó una escala Likert de 6 opciones, de 0 –nunca- a 5 –siempre-.

Vale la pena señalar que el uso del PCAT profesionales -Facility-, se señala por Macinko y cols. como un método válido de valoración rápida de la atención, lo cual es coincidente con el motivo por el que se escogió esta versión para ser adaptada al contexto español, concretamente al catalán, previendo su mayor oportunidad de uso, ante la menor probabilidad de realizar una larga encuesta específica a la población que incluyera todas las dimensiones de la AP.

En el año 2013 se publicó el proceso y los resultados del análisis psicométrico de la adaptación a Brasil de la versión larga del PCAT de profesionales, a partir del PCAT de proveedores.(118). En este caso se mantuvo la misma escala de respuestas de los ítems, igual que se hizo en el PCAT-EAP. Se realizó una traducción al portugués y una retrotraducción al inglés. De la primera versión realizaron la valoración de la forma y el vocabulario aplicándola a 6 profesionales de salud. La validación de contenido o conceptual fue realizada por dos de los investigadores y la autora del instrumento original (B Starfield). La fidelidad de las escalas fue medida a través del índice alfa de Cronbach de consistencia interna, la razón de éxito de la escala (% de correlaciones en que los ítems de un atributo concreto son superiores a las correlaciones de esos ítems con otros atributos, sobre el total de correlaciones efectuadas para cada atributo) y la estabilidad en el tiempo, repitiendo un 10% de las entrevistas entre 1 y 6 meses después de la primera. No incluyeron la dimensión de competencia cultural porque no había sido incluida en las versiones de usuarios. El análisis

DISCUSIÓN

factorial exploratorio retuvo 9 factores que explicaban un 75% de la varianza total. El alfa de Cronbach se situó entre 0,28 (acceso-primer contacto) y 0,90 (orientación comunitaria), aunque cabe señalar que de las 9 dimensiones, 6 presentaron un valor superior a 0,70. Las razones de éxito de las escalas fueron del 74% a 100%. Y en la comparación de las dimensiones en el tiempo, se observó estabilidad en todas las dimensiones excepto en la de orientación familiar.

Concluyen que en las dimensiones de acceso-primer contacto y coordinación, con predominio de ítems con baja carga factorial y medidas de consistencia interna insuficiente y moderada, se podría valorar la posibilidad de excluir algunos ítems, sobre todo por las características que no dependen de los profesionales sino, en su caso, de la administración municipal y por lo tanto son uniformes para todos los servicios de AP. Lo mismo nos hemos encontrado en el caso de la adaptación del PCAT a Catalunya, en que ítems que no presentan buenas propiedades psicométricas (ej.: elevada homogeneidad con el subsecuente efecto techo o suelo) son principalmente debidas a que son características del sistema que afectan a todos o a la mayoría de centros de AP. Aun y así, el grupo de Brasil, igual que hicimos con el PCAT-EAP, optó por mantenerlos en el cuestionario debido a la elevada importancia conceptual en el modelo de AP propuesto por B Starfield, además de para mantener equivalencia con instrumentos de otros países.

Los otros tres países sudamericanos que han trabajado el PCAT de profesionales son Uruguay, Argentina y Dominica. De Uruguay se encuentra sólo publicada la metodología de validación.(74) Argentina realizó un proceso de traducción y adaptación del conjunto de instrumentos PCAT liderado por Silvina Berra del que se encuentra publicada la metodología de adaptación y la evaluación de la comprensión y equivalencia semántica, estando pendiente el estudio de la validez de los diferentes cuestionarios exceptuando la versión de usuarios adultos, tal como se ha nombrado en el apartado anterior.(46,73,89)

De Dominica, recientemente se ha publicado una valoración del desempeño de la AP realizado con el PCAT de proveedores junto

con el último PCAT diseñado, PCAT de sistema.(84) Este último se propone como un instrumento que permita de forma ágil y como los mismos autores dicen “a vista de pájaro” una valoración de la AP a nivel nacional. El PCAT para proveedores fue adaptado para su uso en Dominica. Es el primer estudio que aporta información sobre la concordancia entre los índices obtenidos a través de la visión de los proveedores directos de la atención y la visión de sistema. En el trabajo no se presentan resultados del proceso de adaptación ni propiedades psicométricas obtenidas en dicha población. En este trabajo se propone que este modelo de valoración de la AP puede ser extensivo a otros países. Y ciertamente, podría ser una manera de evitar que se mantengan ítems en la versión de proveedores o de centros que son dependientes del sistema, y de esta manera bajaría el número de ítems que presenten efecto techo o suelo, cuando se debe a características del sistema. De todas formas, antes de eliminar ítems se deberá valorar si puede haber discordancias entre las diferentes perspectivas evaluativas, siendo éste un signo de que, por ejemplo, no todo lo que se decide para implantar en el sistema es finalmente aplicado. Además, la disponibilidad de resultados divergentes según la fuente de quien proceden, puede ser en sí mismo un buen instrumento para incitar al diálogo y a otros estudios si es necesario para profundizar en los motivos de las divergencias.

Finalmente, señalar que del PCAT de sistema también hay bibliografía de su uso en Tailandia, aunque no se han conseguido encontrar resultados de sus propiedades psicométricas. (47)

5.2 La valoración de la atención primaria a través del PCAT

En este apartado se presentan las preguntas que han podido ser contestadas mediante el uso del PCAT, aquellas para la que los cuestionarios de usuarios y usuarias de este instrumento ha permitido avanzar en sus respuestas. Empezando a modo de resumen se podría decir que los grandes temas que ha permitido contestar el PCAT son:

DISCUSIÓN

- Las fortalezas y debilidades de la AP en cada contexto
- ¿En qué aspectos afecta al desempeño de la AP la existencia de diferentes proveedores y/o modelos modelo de provisión de servicios?
- ¿Los procesos de reforma de la AP han influido en la mejora de todas sus dimensiones? ¿Sólo en algunas? ¿Cuáles?
- Otras preguntas: ¿Afectan diferentes modelos de atención a la valoración del desempeño de la AP? ¿Según tipología de enfermedades? Y otras.

Las respuestas se han dado, en mayor medida, a partir de la perspectiva de los usuarios, pero también ha habido estrategias de evaluación que han utilizado conjuntamente las perspectivas de los usuarios/as y la de sus proveedores, incluso la de los responsables a nivel de sistema. Como ya se ha mencionado en el apartado de la introducción, incluir en la valoración del desempeño de los servicios públicos la perspectiva de la población es conveniente y necesario, complementa otras fuentes de información que valoran desde el lado de la oferta y por lo tanto están sujetas al “sesgo del experto”, y no sólo en cuanto a error, sino también porque no siempre existe concordancia entre lo que para la población es importante y lo que es para los proveedores, gestores y/o planificadores de los servicios. Se ha descrito que para los usuarios es especialmente importante la disponibilidad de tiempo y de servicios, la accesibilidad, la continuidad de la atención, la información que reciben y la relación médico-paciente, y otorgan menos importancia a aspectos organizativos.(119)

Los siguientes apartados de este punto 5.2 abordan algunos de los resultados que el análisis de la AP mediante el PCAT ha aportado en diferentes contextos, profundizan respecto a los modelos de provisión de servicios, en el análisis de reformas de la AP y en la detección de desigualdades sociales desde la provisión de servicios de AP.

5.2.1. Fortalezas y debilidades de la AP

La aplicación del PCAT-10 permitió conocer que en una escala de 0 a 10, la AP en Catalunya, medida con este instrumento (que sobre todo incluye aspectos de primer contacto y longitudinalidad de la atención), obtenía en el año 2006 una puntuación que se puede considerar buena, de notable (7 en una escala de 0 a 10). También permitió identificar algunas posibles debilidades: la atención a la salud mental y la atención telefónica.

En el trabajo realizado con el PCAT-19 a población infantil, también en la ESCA-ESB 2006, en el que se pudo realizar un análisis por dimensiones, se obtuvieron medias y medianas de cada dimensión de nivel aceptable (todas superiores a 3 en escala 1-4). Analizando el porcentaje de personas que presentaban índices menores a 3 (considerados no adecuados en diferentes publicaciones), era mayor, cercano al 50%, en la dimensión de integralidad-servicios recibidos, seguido de cerca del 40% para la longitudinalidad de la atención. Las dimensiones de primer contacto y competencia cultural eran las que acumulaban menor proporción de población con nivel menor de 3 (25,9% y 28,8% respectivamente).(72)

En EEUU, el país de donde procede la versión original del PCAT, hasta el momento se ha utilizado el PCAT de usuarios, tanto de adultos como infantil, para analizar la existencia de desigualdades sociales en el proceso de atención, por lo que los resultados se presentan en el apartado 5.2.4.

De Canadá se destaca:

- En Quebec, las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones se pueden considerar adecuadas (superiores a 3 en escala 1 a 4) excepto la accesibilidad (inferior a 2,5), y no mejoró de forma significativa después de un proceso de reforma.(60,100)
- En Ontario, la continuidad relacional era peor en las áreas rurales y para pacientes con problemas de salud mental. Además, también para aquellos que no tienen fuente regular de atención y en aquellos en que los equipos de AP son grandes.

DISCUSIÓN

- Los médicos de familia de la región formada por las denominadas “Provincias Marítimas” consiguen las mejores puntuaciones en los índices de coordinación-integración de la atención, longitudinalidad y en integralidad-servicios disponibles (puntuaciones superiores a 3 en la escala de 1 a 4), y las peores puntuaciones en orientación comunitaria y competencia cultural (por debajo de 2,5)(57)

Brasil ha sido junto a Canadá, de los países que han analizado conjuntamente la perspectiva de usuarios y proveedores. El acceso también se señaló como área de mejora, lo mismo que la función de la AP como gestor de la atención (gatekeeper) y la orientación comunitaria. (49,50,52,53) Sin embargo, la función de puerta de entrada, en cuanto a la capacidad de dar respuesta ante nuevos problemas de salud, vínculo (AP como fuente regular de atención) y la relación directa con los profesionales de salud se identificaban como las dimensiones que bajo las dos perspectivas eran mejor puntuadas.(50)

El acceso también fue uno de los puntos débiles que mostró la AP en Dominica en un estudio reciente publicado en 2015, cuando se medía desde la perspectiva del sistema, pero no se correspondía con la valoración bajo la perspectiva de los proveedores (obtuvo el menor valor del índice según los informantes clave del sistema, de 0,57 en un rango de 0 a 1, pero sin embargo, fue de 0,84 en los proveedores de atención). Dos hipótesis, y en sentido contrario, podían estar explicando esta divergencia: por un lado que los proveedores hicieran esfuerzos especiales para llegar a la población, pero por otro lado que los proveedores desconocieran a la población no usuaria habitual de los servicios. En Dominica, la dimensión de orientación comunitaria era de las que conseguía mayores índices, pero en general, los índices del PCAT de sistema eran inferiores a los de proveedores, excepto para la dimensión de coordinación. La divergencia también se expresaba con los índices globales: 0,69 según el PCAT de sistema y 0,81 según el PCAT de proveedores.

En Argentina, un primer análisis del PCAT de centros realizado en la ciudad de Córdoba ayudó a identificar la longitudinalidad, la integralidad respecto a servicios proporcionados y el enfoque

familiar como las dimensiones con buen nivel de puntuación (superior a 3 en la escala 1-4) y las dimensiones de accesibilidad-primer contacto, competencia cultural, coordinación-sistemas de información y integralidad-servicios disponibles como las dimensiones con puntuación no favorable (menor a 3).(46,89).

Respecto a los países asiáticos, en dos de los estudios realizados en Corea, las dimensiones con menor puntuación fueron la integralidad, coordinación y la orientación familiar y comunitaria, aunque los mismos autores marcan problemáticas en la valoración de la integralidad sugiriendo que la medida de esta dimensión requiere seguramente una revisión.(80,82)

En Taiwan, ninguna de las dimensiones obtenía un índice con media de 3 o superior, aunque eran significativamente superiores en aquellos que identificaban una fuente regular de atención.(107)

El uso del PCAT de usuarios en China evidenció que la orientación comunitaria era la dimensión más desfavorable y la integralidad-servicios disponibles la más favorable. En la valoración global sólo un tercio de la muestra obtenía un índice de valor óptimo.(75) En Tíbet, los centros de salud obtuvieron mejores índices que la atención desde los hospitales, exceptuando un factor específico de su instrumento, denominado “estabilidad” referida a la estabilidad de los profesionales los cuales, debido a las peores condiciones del nivel de AP, tienen una frecuente movilidad hacia puestos de trabajo mejor considerados.

Finalmente, en Tailandia, mediante el PCAT de sistema, realizaron una primera valoración de la AP que sirvió para identificar como principal punto débil la distribución geográfica desigual de la AP. Las dimensiones que estaban funcionando de forma satisfactoria eran: longitudinalidad, coordinación, enfoque familiar y orientación comunitaria, y el resto de dimensiones requerían de introducción de mejoras.(47)

Con todos estos ejemplos, vemos que el uso del PCAT puede aportar información de gran utilidad para todos aquellos colectivos con interés en la AP, desde los planificadores, financiadores,

DISCUSIÓN

gestores hasta los profesionales directos de la atención, y también a la propia población y sus movimientos sociales implicados en tener unos servicios de salud de calidad.

5.2.2. *¿Afecta la diversidad de proveedores al desempeño de la AP?*

En EEUU se utilizó el PCAT para comparar la calidad del desempeño de la AP entre dos proveedores, concretamente los centros de salud comunitarios (Community Health Centers, CHC) –específicos de atención a poblaciones vulnerables- y las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations HMO), las cuales atienden a población mayoritariamente de hogares de ingresos medios. Observaron que los CHC obtenían mejores puntuaciones en el desempeño de la AP, excepto en el área de primer contacto.(8)

En Ontario (Canadá), para evaluar la provisión de servicios de AP según diferentes modelos de provisión utilizaron una amplia estrategia evaluativa que incluyó medidas a usuarios, así como a proveedores y a personal directivo de los equipos. Combinaron además una aproximación cuantitativa mediante cuestionarios con otra cualitativa mediante entrevistas a personas de los tres grupos. El cuestionario que utilizaron para pacientes derivaba en gran parte del PCAT pero completado con otras preguntas. En el caso de la aplicación a proveedores y directivos de equipos, escogieron preguntar una serie de ítems a unos y otros ítems a otros. De este ambicioso proyecto evaluativo está publicada la metodología en el año 2009,(65) y hasta el momento se encuentran publicados resultados de los factores que se asocian a una mejor longitudinalidad de la atención, a una atención más integral, mayor orientación comunitaria y a la atención con enfoque familiar.(120–123)

Congruente con el resultado obtenido en EEUU, en Ontario, los Centros de Salud Comunitarios (*Community Health Centers*, CHC), en los que trabaja un equipo de profesionales multidisciplinario,

pagados mediante salario y con enfoque en la comunidad, las necesidades de la población y en colectivos vulnerables, fue el modelo que mejor puntuó en integralidad, orientación comunitaria y en enfoque familiar. No fue así en continuidad relacional o longitudinalidad, en la que el modelo de HSO (Health Service Organizations) obtuvo mejor índice. Hay que tener en cuenta que los HSO siguen un sistema basado en capitación y sus profesionales tienen una penalización económica si sus pacientes buscan atención en otros servicios.

En los modelos ajustados, parte de las diferencias encontradas entre los modelos comparados se reducían y algunas llegaban a desaparecer cuando se controlaba por las características de los profesionales. Las diferentes publicaciones presentan con detalle las características de la población, de los profesionales y de los servicios que se asocian a mayores índices de las dimensiones de la AP; así, como ejemplo:

- La longitudinalidad era más alta para usuarios de edad avanzada y enfermedades crónicas, en el caso de profesionales con más años desde su graduación, en equipos pequeños, con más de 24 horas a la semana de guardia y los que cerraban el fin de semana. Y era más baja en las zonas rurales, en pacientes con mala salud mental, en aquellos con nivel educativo elevado y empleados, y finalmente en aquellos que no identificaban una fuente regular de atención.
- Se asoció a mayor integralidad equipos con más médicos de familia, la ruralidad y la mayor distancia a un hospital.
- Y mayor enfoque familiar se asoció a un mayor número de profesionales de enfermería y las áreas menos rurales.

En Brasil, algunos de los estudios publicados con el PCAT comparan el modelo de unidades tradicionales de AP con las del Programa de Salud Familiar, obteniendo estos últimos mayores puntuaciones en casi todas las dimensiones, pero se detectaban como área de mejora el acceso, el rol de la AP como gestor de la atención (gatekeeper) y la orientación comunitaria en ambos tipos de provisión, y la coordinación en el sistema tradicional. (49,50,52,53). En la comparación de diferentes proveedores de

DISCUSIÓN

AP también hallaron peores valores de índices de la AP para las unidades tradicionales, comparadas con otros tres modelos en el municipio de Porto Alegre. La formación especializada así como la formación continuada fueron dos factores asociados a mejores índices de desempeño de la AP.(124) En el estudio realizado en una ciudad del sur, Chapecó, el acceso fue la dimensión que de forma concordante con el resto de estudios en Brasil presentó un índice bajo, así como la longitudinalidad de la atención.(125) En el estudio realizado en la ciudad de Curitiba, la longitudinalidad, al igual que los índices de otras dimensiones, mejoraban bajo el modelo del Programa de Salud Familiar, respecto a las unidades tradicionales de atención.(126)

Un estudio específico para personas mayores realizado en Porto Alegre (Brasil) reveló valoraciones especialmente bajas de consecución de gran parte de las dimensiones de la AP, y que obtener puntuaciones mayores se relacionaba con los servicios que practicaban en mayor medida prácticas preventivas recomendadas. (127)

En Argentina se comparó la dimensión de continuidad de la atención en la población infantil según el tipo de proveedor, hallándose mejor valoración en aquellos en que los cuidadores identificaban un médico en lugar de un centro de salud. (106)

En el estudio de Hong Kong se comparó las experiencias con la AP de los usuarios de centros de AP que están especialmente dedicados a colectivos vulnerables, pacientes ancianos y pacientes con enfermedades crónicas (GOPCs *General OutPatients Clinics*), con usuarios de médicos de atención primaria privados. Observaron que los usuarios de los profesionales privados presentaban mejores experiencias, especialmente una mayor accesibilidad y una atención más centrada en la persona. No observaron diferencias en los índices de coordinación, integralidad, enfoque familiar ni orientación comunitaria.(114)

Una característica que puede diferenciar a los centros proveedores de AP es si cumplen función docente o no. En Canadá, uno de los primeros estudios que se realizó con el PCAT fue precisamente

estudiando la calidad de la atención en los centros que eran docentes para medicina de familia.(57) Éstos obtuvieron valores más altos en la dimensión de “coordinación: integración de la atención” y la más baja en “competencia cultural”. Además, observaron un comportamiento de género, de forma que la función de primer contacto-accesibilidad fue más alta para las médicas, además de relacionarse con mayor experiencia (en años de profesión y en número de pacientes visitados por semana), y en centros urbanos. Sus resultados apuntaron que la longitudinalidad y la orientación comunitaria eran mejores en profesionales con más experiencia y mayor número de pacientes a la semana. Sin embargo, menos años de experiencia se asoció a mejor índice de “coordinación: historia clínica continuidad”. La competencia cultural era mayor en profesionales que atendían poblaciones diversas. Y la coordinación-integración de la atención fue más alta en el área rural.

Esta mirada de vigilancia de la calidad de la atención bajo la óptica de diversidad en los proveedores de la atención es especialmente importante mantenerla en Catalunya, ya que la provisión de servicios sanitarios, incluidos los de AP, está sujeta a una amplia diversidad de proveedores.(93) Hasta la actualidad se han realizado algunos estudios para detectar o descartar que esta diversidad no implique una diversidad en la calidad de la atención.(128,129) El PCAT-10 no permite realizar este análisis ya que se desconoce mediante la encuesta de salud el proveedor concreto del EAP de la persona entrevistada, pero sí que el análisis que permita el PCAT-EAP podrá aportar información a este objetivo de evaluación. Ésta, además, sería una de las razones para hacer un estudio más ampliado a la población con un PCAT de usuarios más ampliado que el actual.

5.2.3. El PCAT para valorar los cambios en los procesos de reforma de la AP

Varias de las publicaciones que se disponen del PCAT están en el marco de estudios específicos de evaluación de la AP en el contexto de procesos de reforma llevado a cabo en la última década del siglo XX y primera del siglo XXI.

DISCUSIÓN

Así, en Canadá se utilizó para evaluar el proceso de reforma de la AP, tanto en Quebec como en Ontario. En Quebec detectaron como principal área de mejora, en el 2002, previo a la reforma, la accesibilidad, observando también que las personas con una fuente de atención regular conseguían mejores puntuaciones en el desempeño de la AP. Su uso una vez implantada la reforma, permitió por ejemplo comprobar mejoras en la dimensión de longitudinalidad, no así en accesibilidad.(60,100,101)

En Brasil, el PCAT, como se ha mencionado anteriormente, los cambios renovadores en la AP supusieron la implantación del Programa de Salud Familiar cuyos resultados se han comentado en el apartado anterior (5.2.1) en que se comparaban proveedores de la atención, y excepto en accesibilidad, los centros bajo el nuevo programa conseguían mejores indicadores de desempeño.

En Catalunya, el último gran proceso de reforma de la AP, como se ha comentado anteriormente se inició en 1984 y duró cerca de 20 años. Se realizaron varios estudios para evaluar, tanto su proceso como su impacto. Además, se constató que en Barcelona fue un buen instrumento para corregir en una pequeña parte de las desigualdades sociales en salud.(20,95,96) Pero para cuando se inició el proyecto de investigación de esta tesis doctoral la reforma había finalizado. Aun y así, tanto el PCAT de usuarios (PCAT-10 adultos, PCAT-19 infantil) como el PCAT de centros de AP (PCAT EAP) pueden servir para hacer un seguimiento de la evolución del desempeño de la AP y su aproximación o distanciamiento respecto al modelo teórico.

5.2.4. ¿Desigualdades sociales en la atención?

Los servicios sanitarios pueden servir para amortiguar en una pequeña parte las desigualdades sociales en salud, pero además se debe evitar que el mismo sistema sanitario cause desigualdades. En mayo de 2009, la 62ª asamblea de la OMS, en base al informe sobre AP del 2008 así como al informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud del mismo año, instó a los estados miembros, entre otras actuaciones, tanto a acelerar las medidas de acceso universal a la AP y garantizar la protección social, como

a proteger los presupuestos de salud, en el contexto de crisis financiera internacional.(130)

El PCAT es un instrumento útil para este objetivo. Según los resultados obtenidos en Catalunya, en el año 2006, no se constató un patrón de desigualdad en el desempeño de la AP medido a través del PCAT-10. Para el caso de los menores, sí que se detectó que para familias que los padres eran inmigrantes declaraban una experiencia peor en varias de las dimensiones de la AP.(72)

En EEUU, Stevens y cols., constataron que políticas de restricciones a usuarios, dificultando el acceso a la atención, tienen impacto negativo en la longitudinalidad de la atención, y además con patrón de desigualdad ya que afectaba más a los grupos étnicos y raciales minoritarios que a la población blanca no hispana.(98)

Los estudios publicados en EEUU que utilizan el PCAT justamente evalúan cuestiones relacionadas con el análisis de desigualdades en el desempeño de la AP. Uno de los estudios iniciales en EEUU utilizó el PCAT de usuarios para detectar desigualdades en la atención en las personas afectadas de enfermedad mental crónica, con valores medios de las dimensiones básicas de la atención, en este caso de los centros comunitarios de salud mental sistemáticamente inferiores a los de población general.(131)

En California (San Bernardino) se constataron desigualdades por etnia y raza en la calidad de la atención primaria prestada en población infantil, de forma que la experiencia con la AP conseguía mejores resultados en todas las dimensiones esenciales para la población blanca, y la población asiático-americana era la que resultaba con peores índices, especialmente en el uso de la AP como primer contacto, en la relación interpersonal (longitudinalidad) y en los servicios recibidos (integralidad).(54)

En un estudio específico para usuarios de edad infantil analizaron si la concordancia de raza/etnia entre paciente y proveedor implicaba diferencias en la experiencia con la atención, y concluyeron que al contrario que en estudios realizados en adultos, la concordancia de raza no se asociaba en su estudio con mejores índices de

DISCUSIÓN

experiencia, estableciendo la hipótesis que las desigualdades que se presentan en adultos pueden estar atenuadas en las relaciones que se establecen cuando median menores. O bien que buscar la concordancia de raza-etnia no es una medida que permita reducir desigualdades que se observan en la atención, en que los blancos reflejan mejores experiencias, especialmente en los aspectos relacionales (fortaleza de la filiación, relaciones interpersonales con proveedores).(32,98)

En Ontario encontraron que la dimensión de enfoque comunitario obtenía índices más altos entre los pacientes con nivel socio-económico más bajo, pudiendo ser un reflejo de que los profesionales realizan una atención especial en establecer relaciones especiales con estos pacientes.(122)

En Canadá se utilizó el PCAT para evaluar si en el marco del proceso de reforma de la AP se producían desigualdades de género y éstas se constataron en uno de los modelos de atención, concretamente en el de pago por servicio.(99) Éstas se descartaron en gran parte, a pesar de que sí se señaló que bajo el modelo de pago por servicio era más probable hallar desigualdades de género en la atención a enfermos crónicos, en el sentido de encontrar en las mujeres menor proporción de seguimiento de las recomendaciones de atención.(99) En cuanto a la edad, encontraron que las personas mayores reportaban mejor atención, efecto que se mantenía incluso después de ajustar por el peor nivel de salud que el resto de edades. En los enfermos crónicos, la edad era un determinante estadísticamente significativo de recibir la atención según las recomendaciones de las guías de práctica clínica, excepto en los Centros de Salud Comunitaria. (132) En Porto Alegre (Brasil) se obtuvo un resultado diferente, dado que los índices de calidad de la atención en ancianos fueron bajos en muchas de las dimensiones y en diversidad de proveedores.(127)

El estudio del desempeño de la AP en el estado de Sao Paulo, mediante el uso del PCAT tanto de usuarios como de profesionales, analizando un conjunto de municipios estratificados según un índice social compuesto por renta, escolarización y esperanza de vida, observaron un patrón conforme las dimensiones de

accesibilidad y puerta de entrada eran las que presentaban valores del índice más altos en los grupos de municipios con índice social más favorable, y en el caso de las dimensiones de orientación comunitaria y elección de servicios, eran más altos en los municipios con el índice social menos favorable.(50)

En Hong Kong, con un sistema de atención en gran parte basado en atención privada (70%), la aplicación del PCAT de usuarios constató la existencia de desigualdades sociales, en el sentido que se observó que la calidad de la atención –medida como el índice de AP del PCAT así como las dimensiones de primer contacto –utilización- y globalidad de la atención- se asociaba de forma directamente proporcional al nivel de ingresos familiares.(79)

5.2.5. Otros aspectos que el PCAT ha permitido valorar

Con el PCAT se han realizado estudios de aspectos específicos de la AP, generalmente estudios de alguna de las dimensiones de la AP.

En EEUU se realizó un estudio sobre la coordinación entre AP y atención especializada con el PCAT de proveedores y reflejaron que la percepción de actuar a favor de una atención coordinada a partir de informarse mutuamente los profesionales de AP y los especialistas es en parte discordante: cerca del 70% de médicos de AP contestaron que siempre o la mayoría de veces informan por escrito al especialista al que derivan sobre la historia del paciente y las razones de consulta, pero sólo el 35% de especialistas contestaban que siempre o la mayoría de veces recibían dicha notificación; y del mismo modo, el 81% de especialistas declaraban que informaban por escrito pero sólo el 62% de médicos de AP decían que recibían dicha información.(117) Esto podría indicar un posible sesgo de información y por lo tanto de validez de los ítems, por otro lado bastante difícil de salvar en este tipo de estudio, pero útil de haber identificado para tenerlo en cuenta ante resultados de otros estudios.

En Nueva Zelanda se utilizó la dimensión de continuidad de la atención y concluyeron que era elevada para las personas con

DISCUSIÓN

elevadas necesidades de salud (ancianos, algunos grupos étnicos, personas con bajos ingresos y enfermos crónicos), por lo cual concluyeron que se debe seguir incentivando que las personas tengan disponible e identificada una fuente de atención regular en el primer nivel de atención.(83)

El PCAT también se utilizó para comparar diferentes modelos de atención para colectivos de enfermedades específicos, así, Canvy y cols. realizaron un ensayo clínico aleatorio para comparar la confianza con el profesional así como los atributos de la AP, en personas con diabetes mellitus tipo II mal “controlados” según recibieran la atención habitual o bien atención grupal. Identificaron que el segundo grupo obtenía mejores puntuaciones del índice de confianza con los profesionales y en las dimensiones de coordinación, orientación comunitaria y competencia cultural.(56)

En otro estudio muy similar de este grupo, realizado con otros grupos de pacientes diabéticos, obtuvieron esos mismos resultados en cuanto a la competencia cultural y la orientación comunitaria, además de observar también mejor valoración de la longitudinalidad.(97) En población adulta diabética atendida por Medicaid el uso del PCAT sirvió para conocer que la AP que cumple con sus dimensiones puede ser un factor asociado a mejor atención de la diabetes tipo II (6) y, por lo tanto, favorecer las condiciones de desempeño de una AP de calidad puede ser una estrategia de abordaje de las desigualdades en salud ya que consigue mejoras en el impacto de una enfermedad en poblaciones socio-económicamente desfavorables.

Además, hay numerosa bibliografía sobre otros aspectos analizados (ej.: factores que influyen en las actividades preventivas y de promoción de la salud de la AP), en los que se utilizaron ítems del PCAT de las secciones complementarias (tipo de población atendida, variables de estructura, etc.), como variables independientes en análisis de aspectos concretos de la calidad de la atención. (66,133)

En Brasil se utilizó una adaptación del PCAT para usuarios afectados de tuberculosis con el fin de evaluar los servicios específicos.(134)

Identificaron como puntos débiles: que la orientación comunitaria no es muy tenida en cuenta en el abordaje de la enfermedad por parte de los servicios específicos, (102) déficits en la accesibilidad al diagnóstico, (103) con barreras económicas al tratamiento (en transporte a los centros de tratamiento) y las debidas a la pérdida de días de trabajo debido al tratamiento.(85,86)

5.3 Limitaciones

Como en todo trabajo hay que tener en cuenta las limitaciones que finalmente tiene. A pesar de que en cada una de las publicaciones que forman parte de esta tesis doctoral se incluyen las limitaciones propias de cada uno de los estudios, a continuación se hace una referencia a las principales limitaciones más generales.

En primer lugar, respecto a los trabajos de adaptación transcultural y medida de propiedades psicométricas del PCAT-10 y del PCAT-EAP se destacan las siguientes limitaciones:

- El PCAT-10, dada la gran adaptación que requirió ya que además de buscar una adaptación transcultural, se necesitaba un instrumento mucho más reducido que la versión corta original para que pudiera formar parte de la encuesta de salud general, no permite tener una medida global de la AP que tenga en cuenta sus diferentes dimensiones, ni comparable con otros entornos en que se utilizara el PCAT. Esta limitación es importante pero en gran manera sucede en la mayoría de instrumentos que requieren una adaptación transcultural.
- Uno de los ítems del PCAT-10 presentó una elevada no respuesta, concretamente el de disponibilidad percibida de servicios para el asesoramiento sobre problemas de salud mental. Las dos hipótesis explicativas que se plantearon fue que en parte era una no respuesta que significaba desconocimiento de que realmente se dispongan, pero también surgieron dudas de la validez del ítem, cuestionando si realmente se entendía. Esto ha traído consecuencias en el futuro del ítem ya que para la próxima encuesta de salud del año 2016 se ha propuesto su modificación (ver siguiente apartado).
- En el PCAT-EAP sucede que hay diversos ítems que presentan

DISCUSIÓN

una elevada homogeneidad en la respuesta, con el consecuente “efecto techo” / “efecto suelo”, fenómeno que es tenido en cuenta como limitación en los cuestionarios. La principal razón es que miden aspectos más relacionados con lo que Hogg y cols., sitúan más en el ambiente estructural de su marco conceptual de la AP; factores que determina el sistema sanitario especialmente.(135) Pero su permanencia en el único cuestionario que hasta el momento disponemos en España para medir el desempeño de la AP en cuanto a sus dimensiones, se valora necesaria ya que permitirá tres cosas: tener medida del desempeño de la AP de forma global y por dimensiones, mayor comparabilidad con otros países en los que se está utilizando el instrumento y vigilar la evolución en el tiempo. Respecto a este último punto: el efecto techo/suelo es debido a que son características que actualmente asegura el sistema público, pero éstas podrían variar en el tiempo.

- En el caso del PCAT-EAP no se ha presentado la validación de la estructura del cuestionario mediante la estrategia de análisis de análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio. Sí que se realizó con los resultados de la fase piloto del cuestionario (resultados no publicados) ya que es una metodología frecuentemente utilizada en este tipo de estudios pero se desestimó. Las principales razones fueron: 1) la falta de fronteras conceptuales claras entre las dimensiones definidas (ej.: un ítem de la dimensión de acceso como el C4 - cuando su centro está abierto, ¿los pacientes pueden hacer consultadas rápidas por teléfono si lo necesitan?- está también relacionado con la dimensión de continuidad de la atención), y 2) el elevado número de ítems en cada dimensión dificulta operativamente el análisis factorial ya que en la investigación del PCAT-EAP se producía el hecho que había 129 ítems y 130 respuestas válidas, lo cual originaba una situación de no identificación, es decir, había más parámetros a estimar que puntos de información. Por estas razones se consideró que el análisis factorial no era el más idóneo para validar la estructura del cuestionario y se consideró que debía prevalecer la validación en la perspectiva conceptual junto con la voluntad de reproducir al máximo posible el instrumento original. Si en el futuro se necesita disponer de una versión reducida del cuestionario PCAT-EAP

se puede considerar identificar aquellos ítems que presenten unas correlaciones intradimensión más elevadas, además de aquellos que hagan mayor aportación al alfa de Cronbach de la dimensión. En este caso sí que podría considerarse la realización del análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Respecto a la medida del desempeño de la AP a través de una encuesta de salud:

- Se deben tener en cuenta las limitaciones que el diseño transversal conlleva en sí mismo: el estudio de las asociaciones está sujeto a tener en cuenta que exposiciones y posibles efectos se miden al mismo tiempo y por lo tanto hay posibilidad de que opere algún sesgo del tipo de “causalidad inversa”. Pero en este estudio (artículo 3) se valora que este riesgo es bajo ya que las exposiciones estudiadas (edad, sexo y clase social) no se modifican en función de la variable resultado (valoración de la AP).
- Sí que podrían operar otros sesgos, como el sesgo de memoria, especialmente en aquellos usuarios que utilizan poco los servicios de AP. Pero la encuesta de salud poblacional presenta potencialidades bastante excepcionales, principalmente dos: 1) su periodicidad, convirtiendo a la encuesta en un potente instrumento de vigilancia para la salud pública, y 2) tener una muestra representativa de la población, la cual en nuestro entorno es en un elevado porcentaje potencialmente usuaria de los servicios públicos de AP, lo cual minimiza el sesgo de selección que puede conllevar hacer el estudio exclusivamente con usuarios. Además, en una muestra poblacional hay tanto usuarios frequentadores como poco frequentadores, por lo tanto los primeros no están sobrerrepresentados, hecho que seguramente incrementaría el sesgo hacia la obtención de mejores resultados.

Respecto al hecho de ser un instrumento de evaluación de la AP: el PCAT mide el acercamiento de su desempeño al modelo teórico. Hay otros aspectos que no mide y son necesarios en la evaluación de la AP, desde cuestiones de infraestructura, hasta de gestión clínica, calidad asistencial, eficiencia, etc. Es por ello que se considera que el PCAT añade una nueva información a

DISCUSIÓN

la evaluación que hasta entonces se tenía, no sustituye la que se estuviera haciendo desde otras fuentes.

Pero como escribe Juan Gérvas, “hay que evitar dar respuestas simples a situaciones y problemas complejos”,(136) y en este caso diríamos que comparar un nivel de atención de un sistema complejo, en base exclusivamente al valor de unos índices determinados, sería erróneo ya que ni en éste ni en tantos temas, podemos pedirle a un valor cuantitativo que refleje toda la complejidad que la realidad implica. Su utilidad radicará especialmente en detectar áreas de mejora que deberán ser analizadas más detalladamente con más información, cuantitativa y cualitativa.

5.4 Fortalezas y aportaciones

Algunas fortalezas y aportaciones se acaban de anunciar en el apartado anterior ya que contrarrestan algunas limitaciones concretas. Así, disponer del PCAT-EAP en castellano y catalán permitirá valorar la AP en cuanto al acercamiento al modelo teórico y a sus dimensiones. Contrastar los resultados obtenidos contra criterios del modelo teórico da una buena accionabilidad ya que permite identificar elementos de mejora de forma mucho más directa que otros instrumentos de medida de calidad, especialmente de satisfacción. Siendo además un instrumento que su uso se está extendiendo a nivel internacional permitirá comparaciones internacionales.

Disponer además de un instrumento, el PCAT-10 de adultos, junto el PCAT-19 infantil, preparados para formar parte de una encuesta de salud poblacional, ofrece la oportunidad de incluir la evaluación de la AP en el marco de vigilancia de la salud pública. Analizar la calidad de la atención de un servicio que se dirige a casi toda la población, a través de una muestra poblacional evita los sesgos asociados a la investigación basada en muestra de usuarios de proveedores, ya que estas muestras suelen incluir los usuarios más frecuentadores del servicio. (54)

Además, como instrumento para evaluar la AP puede tener diferentes usos, unos más enfocados a determinar áreas de mejora globales o bajo condiciones específicas por ejemplo según características de la población o del EAP, otros más enfocados a comparaciones internacionales, siempre teniendo en cuenta los diferentes contextos así como los diferentes PCATs resultantes de los procesos de adaptación transcultural.

La disponibilidad de un instrumento que permite la valoración del desempeño de la AP desde diferentes perspectivas ya se ha nombrado en diferentes momentos de la introducción y discusión de esta tesis doctoral que es una fortaleza de los procesos de evaluación y concretamente de la evaluación que el PCAT permite como instrumento. Se han mostrado los diferentes resultados que en ocasiones se obtienen según cuál sea la fuente de valoración (usuarios, proveedores, gestores e incluso a nivel de sistema de salud), estas discrepancias pueden ser de gran ayuda a la hora de analizar, valorar y comprender la calidad de la AP.

5.5 Recomendaciones

Es necesario que la cultura de la evaluación en el sistema sanitario sea básica. La evaluación ha de ser el único instrumento válido para la toma de decisiones. La asignación de recursos, la organización de los mismos y su gestión ha de decidirse sobre la base de criterios válidos y fiables. Y para el caso concreto de la AP, como parte del sistema sanitario que ha estado sujeta a cambios importantes y siendo el nivel de atención con mayor impacto poblacional, aun es más evidente la necesidad de la evaluación. La evaluación ha de incorporar múltiples áreas (el proceso de la provisión de servicios, sus resultados y el impacto de su intervención) y diferentes perspectivas (los planificadores, gestores, proveedores y también sus usuarios y sus potenciales usuarios).

Es por todo ello que el uso del PCAT se podría considerar para introducirlo como elemento sistemático de vigilancia, lo cual ya es un hecho para el PCAT10 y PCAT19 en las encuestas de salud de Barcelona y Catalunya, y en el futuro podría ser para el PCAT-EAP.

DISCUSIÓN

Estando en un contexto de diversificación de proveedores de servicios de AP y para asegurar la buena calidad de la atención independientemente del proveedor sería aconsejable que se analizaran las diferencias según éste. Para ello sería además aconsejable combinar, tal y como se ha hecho en otros países, la medida conjunta de la perspectiva de la provisión de servicios con la de la recepción de los mismos.

Sería recomendable también que continúe la vigilancia que los servicios o el sistema no generen desigualdad social. Con más motivo en la actualidad, en que las presiones por la disminución de costes del sistema de atención puede tener repercusiones sobre las poblaciones más vulnerables y por lo tanto provocar desigualdades en la atención,(54) que a la larga incrementen las desigualdades sociales en salud. La recomendación es en doble sentido: en la puesta en marcha de políticas hay que valorar previamente su impacto en salud y en las desigualdades, y al mismo tiempo se requiere de sistemas de monitorización implantados de manera sistemática que permitan hacer un seguimiento de las desigualdades sociales en la atención sanitaria. La AP se ha mencionado como una estrategia para conseguir equidad en la atención a la salud,(137) razón de más para monitorizar su actuación desde la perspectiva de equidad.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden extraer de los trabajos presentados en esta tesis doctoral son:

- Se encuentran ya disponibles unos cuestionarios en catalán y castellano que amplían el marco de evaluación de la AP en el contexto del sistema sanitario en España y Catalunya, desde la perspectiva de los usuarios y/o de los usuarios potenciales.
- El hecho de que estas versiones basadas en el PCAT sean muy reducidas posibilita que se puedan incluir en las principales encuestas de salud que se realizan en España en diversos entornos (municipios, comunidades autónomas, nacional), tal como se ha efectuado en las encuestas de salud de Catalunya y de Barcelona.
- La principal limitación de la versión reducida de usuarios adultos, PCAT-10-AE, su reducido número de ítems, es al mismo tiempo la razón de su potencia: su mayor posibilidad de uso. Sobre todo teniendo en cuenta que ha presentado buenas propiedades métricas y proporciona un índice global para la evaluación de la AP, el cual podrá ser monitorizado en el tiempo y analizado en subgrupos y en el total de la población.
- La inclusión del PCAT-10-AE en la Encuesta de Salud de Catalunya del año 2006 no evidenció la existencia de desigualdades sociales en la experiencia con la AP en la población de Catalunya. Sí que detectó dos posibles áreas como necesarias de mejora: la accesibilidad telefónica y la atención al malestar de la esfera de la salud mental.
- Asimismo, disponemos de otro instrumento también basado en el PCAT que permite una evaluación completa de las dimensiones teóricas de la AP, con una fiabilidad y validez adecuadas, y factible de utilizar ya que estando destinado a ser cumplimentado por los responsables de los Equipos de Atención Primaria (PCAT-EAP) no requiere de un trabajo de campo excesivamente complicado ni costoso, es fácil de cumplimentar y requiere sólo de unos 35 minutos.

CONCLUSIONES

- Además, el PCAT-EAP es útil para comparaciones internacionales, con otros entornos en los que se está utilizando el PCAT, siempre teniendo en cuenta previamente los procesos de adaptación transcultural que han tenido cada uno de ellos.
- El PCAT-EAP puede ser también de utilidad en el contexto de diversificación de la provisión de servicios como instrumento para evaluar que no se producen desigualdades en la calidad de la atención en función de quién realice su provisión.

Bibliografía

1. World Health Organization. The World Health Report 2008. primary health Care - Now more than ever. The World Health Report. 2008.
2. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira D a., Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey. *Med Care*. 1998;36:728-39.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33.
4. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998;46:216-26.
5. Starfield B. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. 518 p.
6. Stevens GD, Shi L, Vane C, Peters AL. Do Experiences Consistent With a Medical-Home Model Improve Diabetes Care Measures Reported by Adult Medicaid Patients? *Diabetes Care*. 2014;37:2565-71.
7. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag care*. 2009;18:44-8.
8. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *South Med J*. 2003;96:787-95.
9. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin*. 1996;106:97-102.
10. Borrell-Carrió F, Gené-Badía J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión clínica y Sanit*. 2008;10:3-7.

11. Gérvas J, Pérez Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. *Gestión Clínica y Sanit.* 2008;10:8-12.
12. Villalbí JR, Farrés J. [Rounding off the reform of primary health care: managing change in Barcelona, 1998-2003]. *Aten Primaria.* 2005;35:484-8.
13. Borrell C, Malmusi D. Research on social determinants of health and health inequalities: evidence for health in all policies. *Gac Sanit.* 2010;24 Suppl 1:101-8.
14. Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;12:384-7.
15. Wilkinson R. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality.* London: Routledge; 1996.
16. Pasarín MI, Borrell C, Brugal MT, Díaz-Quijano E. Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality. *J Urban Heal.* 2004;8:349-62.
17. Starfield B. The future of primary care: refocusing the system. *N Engl J Med.* 2008;359:2087.
18. 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. *Health Serv Res.* 2003;38:831-65.
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
20. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. [An evaluation of the impact of primary care reform on health]. *Aten Primaria.* 1999;24:468-74.
21. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [A proposal of policies and

- interventions to reduce social inequalities in health in Spain. Commission to Reduce Social Inequalities in Health in Spain]. *Gac Sanit. Spain: Elsevier España*; marzo de 2012;26(2):182-9.
22. Borrell C, Benach J, (coordinadors). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Bofill FJ, editor. Barcelona: Mediterrània S.L.; 2005. 299 p.
 23. Borrell C, Rohlfs I, Ferrando J, Pasarín MI, Domínguez-Berjón F, Plasència A. Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *Int J Health Serv*. 1999;29:743-64.
 24. Pasarín Rúa MI, Rodríguez-Sanz M, Vergara Duarte M, Martínez Martínez JM, Benach Rovira J, Borrell Thió C. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. En: Navarro López V, Martín-Zurro A, editores. *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: IDIAP, Jordi Gol; 2009. p. 260.
 25. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002;37:529-50.
 26. Cantero Martínez J. A vueltas con el Real Decreto-ley 16 / 2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud [editorial]. *Gac Sanit*. 2014;28:351-3.
 27. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:324-6.
 28. Borrell C, Bartoll X, García-Altés A, Pasarín MI, Piñeiro M, Villalbí JR. [Twenty five years of health reports in Barcelona: a commitment to transparency and a tool for action]. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85:449-58.

29. Derose SF, Petitti DB. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annu Rev Public Health*. 2003;24:363-84.
30. Borrell C, Arias A, Baranda L, C. L. Enquesta de Salut de Barcelona, Novembre 1992. Manual. Barcelona; 1992.
31. Bolívar I. [Satisfaction with primary medical care: population determinants]. *Gac Sanit*. 1999;13:371-83.
32. Stevens GD, Shi L, Cooper L a. Patient-provider racial and ethnic concordance and parent reports of the primary care experiences of children. *Ann Fam Med*. 2003;1:105-12.
33. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med*. 1998;47:1351-9.
34. Collins K, O’Cathain A. The continuum of patient satisfaction - From satisfied to very satisfied. *Soc Sci Med*. 2003;57:2465-70.
35. Haggerty JL, Burge F, Beaulieu MD, Pineault R, Beaulieu C, Lévesque JF, et al. Validation of instruments to evaluate primary healthcare from the patient perspective: Overview of the method. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):31-46.
36. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105:998-1003.
37. Haggerty JL, Bouharaoui F, Santor DA. Differential item functioning in primary healthcare evaluation instruments by French/English version, educational level and urban/rural location. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):47-65.
38. Haggerty JL, Burge F, Pineault R, Beaulieu MD,

- Bouharaoui F, Beaulieu C, et al. Management continuity from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):139-53.
39. Haggerty JL, Lévesque JF, Santor D a., Burge F, Beaulieu C, Bouharaoui F, et al. Accessibility from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):94-107.
 40. Haggerty JL, Beaulieu MD, Pineault R, Burge FK, Lévesque JF, Santor DA, et al. Comprehensiveness of care from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):154-66.
 41. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC De. Primary health care assessment tools: a literature review and metasyntesis. *Cien Saude Colet*. 2014;19:4851-60.
 42. Donabedian a. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 260:1743-8.
 43. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50:161.
 44. Martyn Shuttleworth. Tipos de validez [Internet]. Explorable.com. 2015. Recuperado a partir de: <https://explorable.com/es/tipos-de-validez>
 45. Hubley AM, Zumbo BD. A Dialectic on Validity: Where We Have Been and Where We Are Going. *J Gen Psychol*. 1996;123:207-15.
 46. Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Córdoba: Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias

Médicas. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina); 2012.

47. 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.
48. Starfield B, Shi L. Primary Care Assessment Tools. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center [Internet]. [citado 1 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
49. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior Â, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006;11:633-41.
50. Ibañez N, Rocha JSY, Forster AC, Novaes MHD, Luiza A. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006;11:683-703.
51. Macinko J, Almeida C, De Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):167-77.
52. Macinko J, Almeida C, dos Santos E, Hlingelhofer P. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19:303-17.
53. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBDS, Lima AMD De, Massote AW, Oliveira CDL. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S148-58.

54. Stevens GD, Shi L. Racial and ethnic disparities in the quality of primary care for children. *J Fam Pract.* 2002;51:573.
55. Stevens GD, Shi L. Racial and Ethnic Disparities in the Primary Care Experiences of Children: A Review of the Literature. *Med Care Res Rev.* 2003;60:3-30.
56. Clancy DE, Cope DW, Magruder KM, Huang P, Salter KH, Fields a. W. Evaluating Group Visits in an Uninsured or Inadequately Insured Patient Population With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ.* 2003;29:292-302.
57. Rowan MS, Lawson B, Maclean C, Burge F. Upholding the Principles of Primary Care in Preceptors ' Practices. *Fam Med.* 2002;34:744-9.
58. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica.* 2006;22:1649-59.
59. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:156.
60. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Room for improvement. *Can Fam Physician.* 2007;53:1056-7.
61. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Reported Accessibility , Continuity , and Coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med.* 2008;6:116-24.
62. Haggerty JL, Lévesque JF, Santor DA, Burge F, Beaulieu C, Bouharaoui F, et al. Accessibility from the patient perspective: Comparison of primary healthcare

- evaluation instruments. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):94-107.
63. Haggerty JL, Beaulieu MD, Pineault R, Burge FK, Lévesque JF, Santor D a., et al. Comprehensiveness of care from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Health Policy*. 2011;7(SPEC. ISSUE):154-66.
 64. Russell GM, Dabrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care : The Impact of Organizational Factors. *Ann Fam Med*. 2009;7:309-18.
 65. Dahrouge S, Hogg W, Russell G, Geneau R, Kristjansson E, Muldoon L, et al. The comparison of models of primary care in Ontario (COMP-PC) study: Methodology of a multifaceted cross-sectional practice-based study. *Open Med*. 2009;3:149-64.
 66. Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L, et al. Health promotion activity in primary care: Performance of models and associated factors. *Open Med*. 2009;3:165-73.
 67. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención Primaria*. 2007;39:395-401.
 68. Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*. 2011;11:285.
 69. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2011;1-6.

70. 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*. 2011;137(Supl 2):49-54.
71. Pasarin MI, Berra S, Gonzalez A, Segura A, Tebe C, Garcia-Altes A, et al. Evaluation of primary care: The «Primary Care Assessment Tools - Facility version» for the Spanish health system. *Gac Sanit*. 2013;27:12-8.
72. Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín M, Borrell C. Experiences with primary care associated to health , socio-demographics and use of services in children and adolescents Experiencias con la atención primaria asociadas a la salud , características sociodemográficas y uso de servicios en niños y adolescent. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:2607-18.
73. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Maria M, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33:30-9.
74. Grupo-Pcat-Uy, Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 2011;27:187-9.
75. Wang HHX, Wong SYS, Wong MCS, Wang JJ, Wei XL, Li DKT, et al. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *Q J Med*. 2015;108:549-60..
76. Wang HHX, Wong MCS, Wang JJ. Patients' Experiences in Different Models of Community Health Centers in Southern China. *Ann Fam Med*. 2013;11:517-26.

77. Yang H, Shi L, Lebrun L a, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care*. 2013;25:92-105.
78. Wang W, Shi L, Yin A, Lai Y, Maitland E, Nicholas S. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. *BioMed Res*. 2014; ID308739, 7 pages
79. Owolabi O, Zhang Z, Wei X, Yang N, Li H, Wong S, et al. Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:487.
80. Lee JH, Choi Y-J, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:103-11.
81. Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): The Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care*. 2011;19:85-103.
82. Sung NJ, Markuns JF, Park KH, Kim K, Lee H, Lee JH. Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Fam Pract*. 2013;30:568-75.
83. Jatrana S, Cramton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary care. *N Z Med J*. 2011;124:16-25.
84. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37:104-12.
85. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino-Netto A, et al.

- Financial challenges to access tuberculosis treatment in Ribeirão Preto - São Paulo. *Rev da Esc Enferm.* 2011;45:1118-24.
86. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Netto AR, Scatena Villa TC. Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19:9.
 87. Reyes E, Sharma A, Thomas KK, Kuehn C, Morales J. Development of a technical assistance framework for building organizational capacity of health programs in resource-limited settings. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:399.
 88. Scholle SH, Kelleher Kelly. Assessing Primary Care Performance in an Obstetrics/Gynecology Clinic. *Women Health.* 2003;37:15-30.
 89. Berra S, Audisio Yanina., Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud. *Rev Argent Salud Pública.* 2011;2:6-14.
 90. 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.
 91. 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;35:122-8.
 92. Plaza Tesías a., Guarga Rojas a., Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005;35:130-9.
 93. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2003;31:382-5.

94. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Mason; 2001.
95. Daban F, Isabel Pasarín M, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, et al. Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39:339-46.
96. Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Zara C, et al. Social determinants of prescribed and non-prescribed medicine use. *Int J Equity Health*. 2010;9:12.
97. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2007;33:309-14.
98. Stevens GD, Shi L. Effect of managed care on children's relationships with their primary care physicians: differences by race. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:369-77.
99. Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, Russell G, Devlin RA, Tugwell P, et al. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BMC Public Health*. 2010;10:151.
100. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician*. 2010;56:e273-82.
101. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice Features Associated With Patient reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*. 2008;6:116-24.

102. Curto M, Scatena LM, Laine de Paula Andrade R, Fredemir Palha P, de Assis EG, Estuque Scatolin B, et al. Control de la tuberculosis: percepción de los enfermos sobre orientación a la comunidad y participación comunitaria. *Rev Latino-Am Enferm*. [internet]. sept.-oct. 2010; [acceso en: 16 mayo 2015]; 18: [08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_20.pdf.
103. Scatena LM, Scatena Villa TC, Ruffino-Netto A, Lineu-Kritski A, Ribeiro-Monteiro de Figueiredo T, Figueiredo-Vendramini SH, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities. *REv Saúde Pública*. 2009;43:389-97.
104. Ribeiro LDCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2010;26:2316-22.
105. Alves Leão CD, Prates Caldeira A. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *Cienc Saúde Colect*. 2011;16:4415-23.
106. Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:227-34.
107. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010;48:628-34.
108. OPS. OMS. Red Colaborativa en APS. Comunidad de Práctica Colaboración IA-PCAT [Internet]. Recuperado

a partir de: <http://ops.opimec.org/comunidades-de-practica/colaboracion-ia-pcat/>

109. Haggerty JL, Beaulieu C, Lawson B, Santor DA, Fournier M, Burge F. What Patients Tell Us about Primary Healthcare Evaluation Instruments : Response Formats , Bad Questions and Missing Pieces Ce que disent les patients au sujet des instruments d ' évaluation des soins de santé primaires : formats des réponses , mauvaises. Health Policy. 2011;7(Special Issue):66-78.
110. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília DF; 2010. 80 p.
111. Harzheim E, Oliveira MMCD, Rodrigues Agostonho M, Hauser L, Tetelbom Stein A, Rodrigues Gonçalves M, et al. [Validation of the Primary Care Assessment Tool : PCATool-Brazil for adults]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8:274-84.
112. Oliveira MMCD, Harzheim E, Riboldi J, Bartholow Duncan B. [PCATool-ADULT-BRAZIL : a reduced version]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8:256-63.
113. Tsai J, Shi L, Yu W-L, Lebrun L a. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. Med Care. 2010;48:628-34.
114. Wong SYS, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MCS, Lo S V, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. BMC Public Health. 2010;10:397.
115. Vall-Ilosera Moll de Alba A, Zapater Torras F. La

atención primaria en Catalunya : una paulatina
regresión. *Salut 2000*. 2015;146:25-9.

116. Sellarès J, Benet JM, Alonso L, Sans M, López À. Atenció primària: l'efecte de les retallades al sistema sanitari públic. Informe anual 2013. Barcelona; 2013.
117. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Arch Intern Med*. 2011;171:56-65.
118. Hauser L, Leite de Castro RC, Vigo A, Gomes da Trindades T, Rodrigues Gonçalves M, Tetelbom Stein A, et al. [Translation , adaptation , validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:244-55.
119. Jiménez Villa J. La evaluación necesita la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007;39:402-3.
120. Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G. Predictors of relational continuity in primary care: Patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract*. *BMC Family Practice*; 2013;14:1-9.
121. Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichael G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract*. 2010;27:535-41.
122. Mayo-Bruinsma L, Hogg W, Taljaard M, Dahrouge S. Family-centred care delivery: comparing models of primary care service delivery in Ontario. *Can Fam Physician*. 2013;59:1202-10.
123. Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Shortt M. Community orientation in primary care

practices: Results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. *Can Fam Physician*. 2010;56:676-83.

124. Castro RCL, 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 Saúde Pública*. 2012;28:1772-84.
125. Moreira Vitoria A, Harzheim E, Pasa Takeda S, Hauser L. [Evaluation of primary health care attributes in Chapecó , Brazil]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:285-93.
126. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. [Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:294-303.
127. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. [Assessing the quality of care for the elderly in services from public primary health care in Porto Alegre, Brazil]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:264-73.
128. Villalbí JR, Manzanera R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. *Cuad Gestión*. 2000;6:128-38.
129. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparison of primary care teams in Barcelona according to management formulas. *Aten Primaria*. 2000;26:600-6.
130. WHO. Primary health care, including health system strengthening. 2009. p. 3.
131. Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski E a, Rosenheck R a. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv*. 2003;54:1158-60.

132. Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, Russell G, Devlin RA, Tugwell P, et al. Age equity in different models of primary care practice in Ontario. *Can Fam Physician*. 2011;57:1300-9.
133. Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et al. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *Cmaj*. 2012;184:135-44.
134. Scatena Villa TC, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35:610-2.
135. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: The importance of a structural domain. *Int J Qual Heal Care*. 2008;20:308-13.
136. Gérvas J. [Strong Primary care is that of which has instruments that allow measuring the quality it offers (to improve it continuously)]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:223-4.
137. Maeseneer M, Willems S, De Sutter M, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf 2007;(March):1-42.

ANEXOS

- *Cuestionarios PCAT* de Equipos de Atención Primaria, versión extensa, en catalán y en castellano.
- *Artículo:* Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011, 11:285 doi:10.1186/1471-2458-11-285
- *Artículo:* Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2014. 30:2607-2618.
- *Carta al director:* García-Ruiz M, Pasarín Rúa MI, Berra S, Daban Aguilar F. ¿Conocen los directores de los Equipos de Atención Primaria información de calidad sobre características socioeconómicas de la población que tienen asignada? *Aten Primaria* 2011, 43: 509-510. oi:10.1016/j.aprim.2010.09.015

Centre d'Atenció Primària:
Codi d'unitat productiva:
Mes i any de reforma de l'Àrea Bàsica de Salut: /

QÜESTIONARI D'AVAUACIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT
QÜESTIONARI D'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
VERSIÓ COMPLETA

Traduït i adaptat de:
“Primary Care Assessment Tool. Facility survey. Expanded Version”
Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health
Developed by
Barbara Starfield, MD, MPH

Instruccions

Quan respongui a les preguntes relacionades amb l'equip, contesti pensant en la majoria de metges/esses del seu equip d'atenció primària (EAP), així com en condicions normals de treball (per exemple, excloent període de vacances). En aquelles preguntes referides “al seu centre”, contesti pensant en l'equipament (CAP) on està ubicat el seu EAP.

Si us plau, intenti respondre de manera que reflecteixi la realitat; si creu que no pot fer-ho en alguna pregunta en concret, respongui “No ho sé”.

Donat que aquest qüestionari ha estat desenvolupat als EEUU s'ha adaptat per al seu ús en el sistema sanitari espanyol, però conserva algunes preguntes que, semblant obvies aquí, permetran establir comparacions amb altres sistemes diferents.

A. INFORMACIÓ ADMINISTRATIVA

Data d'emplenament del qüestionari: / / Hora d'inici: h min.
 D D M M A A

Nom i càrrec de la persona que omple el qüestionari:

Adreça del centre:

Número de telèfon:

Empresa proveïdora:

B. GENERAL

1. Especifiqui el tipus de centre en què està ubicat el seu Equip d'Atenció Primària (EAP): **(Marqui'n una opció)**

- 1 Centre amb un EAP
2 Centre amb més d'un EAP

2. El centre disposa de consultoris locals? **(Marqui'n una opció)**

- 1 No
2 Sí. Quants?

3. Quins serveis hi ha ubicats al centre? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Medicina de família
2 Pediatria
3 Consulta d'infermeria
4 Odontologia
5 Treball social
6 Unitat docent
7 Atenció continuada
8 Extraccions
9 Diagnòstic per la imatge
10 Rehabilitació
11 Laboratori d'anàlisis clíniques
12 Llevadora
13 Atenció toco-ginecològica
14 Salut mental d'adults
15 Salut mental infantil
16 Altres especialitats mèdiques
17 Cirurgia menor
17 Podologia
18 Unitat/Consulta de tabaquisme
19 Altres serveis. Indiqui quins

4. A data d'**1 de gener de 2007**, en l'Equip d'Atenció Primària:

- 1 Quin era el nombre de metges/esses de capçalera integrats?
- 2 Quin era el nombre de metges/esses de capçalera no integrats?
- 3 Quin era el nombre de pediatres integrats?
- 4 Quin era el nombre de pediatres no integrats?
- 5 Quin era el nombre d'infermeres/s integrades?
- 6 Quin era el nombre d'infermeres/s no integrades?

5. Quin tipus de visites es fan en el seu centre? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Visita espontània
- 2 Visita amb cita prèvia (demanada per l'usuari)
- 3 Visita programada (demanada pel professional)
- 4 Visita urgent
- 5 Altres. Per favor, especifiqueu:

6. Teniu algun sistema de valoració o de triatge per assignar dia i hora a les visites espontànies? (**Marqui'n una opció**)

- 1 No. Passeu a la pregunta 8.
- 2 Sí

7. En aquest cas: quin professional fa inicialment la valoració o el triatge? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Administratiu
- 2 Infermeria
- 3 Metge
- 4 Altres. Per favor, especifiqueu:

8. Com es procedeix a la gestió de l'agenda per les visites a demanda de l'usuari (visites espontànies i amb cita prèvia). (Respondre totes)

Sí No

- 1 Call center
- 2 Sanitat Respon
- 3 Demanda telefònica del ciutadà al propi EAP
- 4 Presència física del ciutadà al CAP
- 5 Internet i/o terminals d'autocita
- 6 Altres. Per favor, especifiqueu:

9. Quin suport té la història clínica en el seu EAP? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Història clínica en paper
- 2 Història clínica informatitzada

10. Quines consultes i nivells assistencials tenen accés a la història clínica? (Respondre totes)

Sí No Servei no disponible

- 1 Consulta de medicina de família
2 Consulta de pediatria
3 Consulta d'infermeria
4 Consulta d'odontologia
5 Consulta de treball social
6 Urgències del propi EAP
7 Atenció domiciliària del propi EAP (abans, durant o després de la visita)
8 Atenció continuada
9 Els especialistes que visiten en el centre
10 Els especialistes que visiten fora del centre
11 Els especialistes de l'hospital de referència
12 Altres. Per favor, especifiqui:

11. Referint-nos concretament al dia d'avui: a les persones que demanen o han demanat una visita espontània pel seu metge de capçalera, en promig, ¿per quan se li està donant o se li ha donat hora de visita? (**Marqui'n una opció**)

- 1 Per avui mateix
2 Per demà
3 Per demà-passat
4 Per d'aquí a 3-6 dies
5 Per d'aquí a 7 dies o més

12. El seu centre té una població definida geogràficament a la qual atendre? (**Marqui'n una opció**)

- 1 Sí 2 No 9 No ho sé

13. Quin és aproximadament el percentatge de la població que atén el seu EAP que és originària d'altres països?

%

14. Quin percentatge aproximat dels pacients del seu EAP tenen malalties cròniques o discapacitats permanents, al seu parer?

%

15. Quin percentatge dels pacients del seu EAP estan inscrits en una llista o en un registre informatitzat que els identifica com a pacients seus?

%

16. Al seu parer, quin percentatge dels pacients utilitza només el seu EAP per a totes les seves necessitats d'atenció primària (excepte en cas d'autèntiques urgències, PASSIR i atenció especialitzada)?

%

17. De la població assignada al seu Equip d'Atenció Primària, quin percentatge aproximadament...

- utilitza només els serveis sanitaris públics? %
- utilitza només els serveis sanitaris privats? %
- utilitza tots dos tipus de serveis (públics i privats)? %

Total 100 %

C. PRIMER CONTACTE - ACCÉS

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
C8. Els pacients poden concertar hora fàcilment per a les visites no urgents al seu centre?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. De mitjana, els pacients han d'esperar més de 30 minuts des que arriben fins que el/la metge/ssa o el/la infermer/a els visita?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1n2. El seu centre és obert tots els dissabtes de l'any?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1n4. El seu centre és obert tots els diumenges de l'any?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quan el seu centre és obert i els pacients es posen malalts, hi ha algú del centre que els visiti aquell mateix dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quan el seu centre és obert, els pacients poden fer consultes ràpides per telèfon si ho necessiten?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quan el seu centre és tancat els dissabtes i/o els diumeges, i els pacients es posen malalts, algú del centre podria visitar-los aquell mateix dia? No aplicable, el meu centre sempre està obert <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quan el seu centre és tancat a la nit i els pacients es posen malalts, algú del centre podria visitar-los aquella mateixa nit? No aplicable, el meu centre sempre està obert <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E. COORDINACIÓ					
Si us plau, marqui la resposta més adequada.					
	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
E1. El seu EAP comunica per telèfon o envia als seus pacients els resultats de les anàlisis, o bé els ofereix la possibilitat de fer-ho?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Creu que els metges estan al corrent de totes les visites als especialistes (públics i privats) dels seus pacients o les proves complementàries que es fan?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7n. Creu que els metges estan al corrent de totes les visites a urgències dels seus pacients?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Quan s'ha de derivar a un especialista, els metges comenten amb el pacient els diferents llocs on pot anar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. Hi ha algú al seu centre que ajudi al pacient a concertar una visita amb l'especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10. Quan es deriva als pacients a l'especialista, els metges proporcionen alguna informació escrita per a l'especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. Els metges reben informació útil sobre els pacients derivats quan tornen de l'especialista o de les proves complementàries?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Després de la derivació, els metges parlen amb els pacients sobre els resultats de la/les visita/es amb l'especialista o de les proves complementàries?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12n. En el seu EAP han consensuat criteris terapèutics amb els serveis especialitzats de referència?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13n. En relació a quins processos?					

F. COORDINACIÓ (SISTEMES D'INFORMACIÓ)

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
F2. El seu EAP permet que els pacients vegin les seves històries clíniques si ho desitgen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2n Els pacients poden obtenir tot el contingut de la historia clínica?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

El seu EAP utilitza els següents mitjans per garantir que es donen els serveis adequats?

F4. Gràfiques en les històries clíniques amb els resultats de laboratori	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. Guies i/o protocols impresos en les històries clíniques	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6. Revisions periòdiques de les històries clíniques per fer una avaluació longitudinal dels pacients	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. Llistats de problemes en les històries clíniques	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. Llistats de medicacions en les històries clíniques	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9. Altres. Per favor, especifiqui:					

G. GLOBALITAT (SERVEIS DISPONIBLES)

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
Si els pacients necessiten algun dels següents serveis, podrien rebre'l actualment en el seu centre mateix?					
G1. Consells d'alimentació	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Vacunacions	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Valoració de necessitat per accedir a programes o prestacions socials	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Revisions odontològiques	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tractaments odontològics	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Planificació familiar o serveis de control de natalitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Assessorament o tractament de toxicomania i drogoaddicció	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Assessorament per a problemes de salut mental o de conducta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura de ferides lleus	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Assessorament i proves de VIH/Sida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12m. Extracció de taps de cera	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Cribratge de problemes de visió	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Proves d'al·lèrgia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Immobilització d'un turmell amb esquinç	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Exèresi de berrugues	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Citologia vaginal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Tacte rectal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Consells per deixar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Atenció prenatal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Extirpació d'una ungla encarnada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Assessorament sobre voluntats anticipades	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G23. Assessorament sobre adaptació als canvis propis de l'envelliment	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G24. Atenció d'infermeria a domicili	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G26n. Assessorament sobre consum d'alcohol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G27n. Control de sintrom	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G28n. Espirometria	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G29n. Fons d'ulls en pacients diabètics	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H. GLOBALITAT (SERVEIS PROPORCIONATS)

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
Els temes següents es parlen amb els pacients?					
H1. Alimentació adequada, hores de son necessàries	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Seguretat a casa, com ara guardar els medicaments en un lloc segur.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Ús del cinturó de seguretat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Com tractar els conflictes familiars	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Activitat física adequada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Nivells de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Fàrmacs que es prenen	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposició a substàncies perilloses a la llar, a la feina o al barri	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenció de cremades per aigua calenta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenció de caigudes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenció de l'osteoporosi	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Atenció als problemes habituals de la menstruació i la menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Els temes següents, referits als infatsns, es parlen amb els nens i pares/tutors?					
H14. Maneres d'afrontar els problemes de conducta del nen/a	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Canvis en el creixement i conducta que els pares poden esperar a certes edats	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Temes de seguretat per a nens menors de 6 anys: creuar el carrer de forma segura i utilitzar les cadiretes de seguretat del cotxe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Temes de seguretat per a nens entre 6 i 12 anys: utilitzar el cinturó de seguretat i el casc per a la bici	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Temes de seguretat per a nens majors de 12 anys: sexe segur, dir no a les drogues i no beure si s'ha de conduir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I. ENFOCAMENT FAMILIAR

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
11. Els professionals del seu EAP pregunten als pacients sobre les seves idees i opinions quan planifiquen el tractament o cura per al pacient o un membre de la família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Els professionals del seu EAP pregunten als pacients sobre malalties o problemes que poden tenir els seus familiars?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Els metges del seu EAP poden i estan disposats a trobar-se amb els membres de la família per tal de parlar d'un problema de salut o familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Els següents punts formen part de la rutina d'avaluació de la salut, per part de la majoria de professionals del seu EAP?

14. Ús de genogrames o qüestionari APGAR familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Conversa sobre els factors de risc familiars relacionats amb la salut (p.ex., genètica)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Conversa sobre els recursos econòmics de la família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. Conversa sobre els factors de risc socials (p.ex., pèrdua del lloc de treball)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Conversa sobre les condicions materials de vida (per exemple, equipaments bàsics de la llar, transport, etc.)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. Conversa sobre l'estat de salut d'altres membres de la família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I10. Conversa sobre la criança dels fills	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11. Avaluació de signes de maltractament a menors	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11n1. Avaluació d'índicis de maltractament a dones	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11n2. Avaluació d'índicis de maltractament a la gent gran	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I12. Avaluació d'índicis de crisi familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I13. Avaluació de l'impacte de la salut del pacient en el funcionament de la família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I14. Avaluació del desenvolupament infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

J. ORIENTACIÓ COMUNITÀRIA

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
J1. Els metges del seu EAP fan visites a domicili per a qualsevol tipus de pacient sempre que aquests ho demanin?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J1n. Els professionals del seu EAP fan activitats de grup fora del centre (p.ex. llars de gent gran, escoles, centres cívics, etc.)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. Creu que els metges del seu EAP tenen un coneixement adequat sobre els problemes de salut de les comunitats que atenen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. Els metges del seu EAP accepten opinions i idees de la població que els poden ajudar a oferir una millor atenció sanitària?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4. El seu EAP té capacitat per adaptar els programes o serveis d'atenció sanitària per tal de respondre a problemes de salut específics de la comunitat?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

El seu EAP utilitza els següents tipus de dades per determinar quins programes o serveis necessiten les comunitats que atén?

J5. Dades de mortalitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Dades sobre malalties transmissibles (p.ex. malalties de transmissió sexual, tuberculosi)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J7. Dades de cobertures vacunals	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J8. Dades sobre riscs sanitaris i laborals	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J9. Dades obtingudes de les històries clíniques del seu centre	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J10. Altres. Per favor, especifiqui:					

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
El seu EAP utilitza els següents mitjans per monitorar i/o avaluar l'efectivitat dels serveis/programes?					
J11. Enquestes dels seus pacients	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J12. Enquestes de la comunitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J13. Opinió de les organitzacions o dels òrgans consultius de la comunitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J14. Opinió del personal del centre	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J15. Anàlisi de dades locals o estadístiques vitals (mortalitat, naixements, prevalences, etc.)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J16. Avaluacions sistemàtiques dels programes i serveis del seu centre	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J17. Informació d'altres treballadors sanitaris de la comunitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J18. Participació d'usuaris en un comitè de seguiment	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J19. Altres. Per favor, especifiqui:					

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
El seu EAP utilitza alguna de les següents activitats per arribar als col·lectius de la comunitat que atén?					
J20. Treball en xarxa amb agències locals i estatals involucrades amb grups culturalment diversos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J21. Vincles amb organitzacions/serveis religiosos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J22. Relació amb grups del barri o líders de la comunitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J23. Relació amb serveis socials de la comunitat	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J24. Altres. Per favor, especifiqui:					

K. COMPETÈNCIA CULTURAL

Si us plau, marqui la resposta més adequada.

	Sí, sens dubte	És probable que sí	És probable que no	No, en absolut	No ho sé
K2. En el seu EAP poden comunicar-se amb persones que no parlin bé català o castellà?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K3. En cas necessari, el seu EAP té en compte les creences d'una família relatives a l'atenció sanitària o ús de medicina tradicional, com per exemple les atencions per un "curandero", o l'ús de remeis casolans, fitoteràpia, etc.?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. En cas necessari, el seu EAP té en compte la intenció d'una família d'usar un tractament alternatiu, com per exemple homeopatia o acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

El seu EAP utilitza algun dels següents mitjans per abordar la diversitat cultural?

K5. Formació del personal per part de professors externs	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K6. Programes de capacitació impartits pel personal del centre	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K7. Utilització de materials o fullets que reflecteixin les diferències culturals (llengua, imatges visuals, costums religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K8. Personal contractat que reflecteixi la diversitat cultural de la població que atén.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K9. Traductors / intèrprets / mediadors	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K10. Planificació de serveis adequada a la diversitat cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K11. Altres. Per favor, especifiqui:					

ALTRES

1. ¿Reben cap tipus d'incentius els professionals del vostre EAP al llarg de l'any? **(Marqui'n una opció)**

- 1 No. Passi a la pregunta 6.
2 Sí

2. ¿Quins grups professionals del seu EAP reben incentius al llarg de l'any? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Metges/esses de família
2 Pediatres
3 Infermeria
4 Auxiliars de enfermeria
5 Personal no sanitari
6 Treball social
7 Odontologia
8 Coordinador-a / director-a de l'equip
9 Adjunt/a d'infermeria
10 Altres. Per favor, especifiqui:

3a. En el seu equip, ¿N'hi ha professionals d'altres entitats? **(Marqui'n una opció)**

- 1 Sí 2 No 9 No ho sé (Si ha respós 'No' o 'No ho sé' passi a la pregunta 4)

3b. ¿Poden aquests professionals rebre incentius des de l'entitat a la que vostè pertany? **(Marqui'n una opció)**

- 1 Sí 2 No 9 No ho sé

3c. ¿Poden aquests professionals rebre incentius d'altres entitats diferents de la que vostè pertany? **(Marqui'n una opció)**

- 1 Sí 2 No 9 No ho sé

4. A l' any 2006, a què van estar vinculats els incentius en el seu equip? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Objectius vinculats a la part variable i/o al procés d'avaluació del CatSalut
2 Objectius de la pròpia empresa
3 DMA de la prescripció farmacèutica (DMA: Despesa Màxima Assumible)
4 Beneficis obtinguts de la pròpia gestió de l'equip
9 Altres. Per favor, especifiqui:

5. ¿Quins tipus d'incentius reben els professionals? (Respondre totes)

Sí No

- 1 Econòmics
2 Formació
9 Altres. Per favor, especifiqui:

6. Referint-nos al mes passat. En el seu EAP, quantes visites per setmana es varen fer en promig? (Faci una estimació)

visites

7. Quin és el percentatge aproximat de visites per grup d'edat?

Percentatge

Edat 0-14

%

Edat 15-64

%

Edat 65 i més

%

Total 100 %

8. En el darrer any, quin és el nombre de persones que han sol·licitat canvi d'EAP per tal de ser atesos pel seu EAP?

9. Quin percentatge d'aquests canvis han estat acceptats? %

10. El seu centre està en condicions de saber quants pacients (no visites) ha atès en un any? (**Marqui'n una opció**)

1 Sí 2 No 9 No ho sé

11. Som conscients que el finançament i la manca de personal són els principals recursos que cal abordar. Deixant de banda això, hi ha d'altres recursos que el seu centre necessiti per assegurar un servei d'atenció primària adient?

Per favor, asseguri's que no s'ha saltat cap pàgina. Gràcies.

Gràcies pel temps que ha dedicat a omplir aquesta enquesta. L'equip de recerca esperem que sigui un instrument més d'utilitat en l'avaluació de l'Atenció Primària de Salut en el nostre sistema i que com a tal ajudi a detectar àrees de millora de l'atenció sanitària.

Si desitja rebre una còpia de l'informe final d'aquest estudi, marqui-ho a la següent casella.

Sí No

Si està interessat en participar en la discussió dels resultats que s'esdevinguin d'aquest projecte de recerca, marqui-ho a la següent casella, i si la resposta és afirmativa li agraiem que ens faciliti la seva adreça de correu electrònic per tal de poder contactar amb vostè

Sí No Adreça e-mail: _____ @

Hora de finalització: h min

Centro de Atención Primaria:
Código de unidad productiva:
Mes y año de reforma del Área Básica de Salud: /

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
CUESTIONARIO DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
VERSIÓN COMPLETA

Traducido y adaptado de:
“Primary Care Assessment Tool. Facility survey. Expanded Version”
Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health
Developed by
Barbara Starfield, MD, MPH

Instrucciones

Cuando responda a las preguntas relacionadas con el centro, conteste pensando en la mayoría de médicos de su centro o en su equipo de atención primaria, así como en condiciones normales de trabajo (por ejemplo, excluyendo el periodo de vacaciones). En aquellas preguntas referidas “A su centro”, conteste pensando en el equipamiento (CAP) donde esta ubicado su EAP.

Por favor, intente responder de manera que refleje la realidad; si cree que no puede hacerlo en alguna pregunta en concreto, responda “No lo sé”.

Dado que este cuestionario ha sido desarrollado en los Estados Unidos, se ha adaptado para su uso en el sistema sanitario español. Sin embargo conserva algunas preguntas que, aunque parecen obvias en nuestro contexto, permiten establecer comparaciones con otros sistemas diferentes.

A. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha de cumplimentación del cuestionario: / / Hora de inicio: h min.
 D D M M A A

Nombre y cargo de la persona que cumplimenta el cuestionario:

Dirección del centro:

Número de teléfono:

Empresa proveedora:

B. GENERAL

1. Especifique el tipo de centro en el que está ubicado su Equipo de Atención Primaria (EAP): **(Marque una opción)**

1 Centro con un EAP

2 Centro con más de un EAP

2. ¿El centro dispone de consultorios locales? **(Marque una opción)**

1 No

2 Sí. ¿Cuántos? _____

3. ¿Qué servicios hay ubicados en el centro? (Responda todas)

Si No

1 Medicina de familia

2 Pediatría

3 Consulta de enfermería

4 Odontología

5 Trabajo Social

6 Unidad docente

7 Atención continuada

8 Extracciones

9 Diagnóstico por imagen

10 Rehabilitación

11 Laboratorio de análisis clínicos

12 Matrona

13 Atención toco-ginecológica

14 Salud mental de adultos

15 Salud mental infantil

16 Otras especialidades médicas

17 Cirugía menor

18 Podología

19 Unidad/ Consulta de tabaquismo

20 Otros servicios. Indique cuales:

4. En fecha de **1 de enero de 2007**, en el Equipo de Atención Primaria:

- 1 ¿Cuál era el número de médicos / as de cabecera integrados? _____
- 2 ¿Cuál era el número de médicos / as de cabecera no integrados? _____
- 3 ¿Cuál era el número de pediatras integrados? _____
- 4 ¿Cuál era el número de pediatras no integrados? _____
- 5 ¿Cuál era el número de enfermeras /os integrados? _____
- 6 ¿Cuál era el número de enfermeras /os no integrados? _____

5. ¿Qué tipos de visitas hay en su centro? (responda todas)

Si No

- 1 Visita espontánea
- 2 Visita con cita previa (solicitada por el usuario)
- 3 Visita programada (solicitada por el profesional)
- 4 Visita urgente
- 5 Otras. Por favor, especifique: _____

6. ¿Tienen algún sistema de valoración o de cribaje para asignar día y hora a las visitas que se producen a demanda del usuario?

- 1 No. Pase a la pregunta 8.
- 2 Si

7. En este caso: ¿qué profesional hace la valoración o el cribaje? (Responda todas)

Si No

- 1 Administrativo
- 2 Enfermería
- 3 Médico
- 4 Otros. Por favor, especifique: _____

8. ¿Cómo se procede a la gestión de la agenda para las visitas solicitadas por el usuario (visitas espontáneas y con cita previa)? (Responda todas)

Si No

- 1 *Call center*
- 2 *Sanitat Respon*
- 3 Solicitud telefónica del ciudadano al propio EAP
- 4 Presencia física del ciudadano en el CAP
- 5 Internet y /o terminales de autocita
- 6 Otros. Especificar: _____

9. ¿En qué soporte tienen la historia clínica en su EAP? (Responda todas)

Si No

- 1 Historia clínica en papel

2 Historia clínica informatizada

10. ¿Qué consultas y niveles asistenciales tienen acceso a la historia clínica? (Responda todas)

Si No Servicio no disponible

- 1 Consulta de medicina de familia
2 Consulta de pediatría
3 Consulta de enfermería
4 Consulta de odontología
5 Consulta de trabajo social
6 Urgencias del propio EAP
7 Atención domiciliaria del propio EAP (antes, durante o después de la visita)
8 Atención continuada
9 Los especialistas que visitan en el centro
10 Los especialistas que visitan fuera del centro
11 Los especialistas del hospital de referencia
12 Otros. Por favor, especifique: _____

11. Refiriéndonos concretamente al día de hoy, a las personas que piden visita espontáneamente para su médico de cabecera, en promedio, ¿para cuándo se le está dando o se le ha dado hora de visita? (**Marque una opción**)

- 1 Para hoy mismo
2 Para mañana
3 Para pasado mañana
4 Para dentro de 3-6 días
5 Para dentro de 7 días o más

12. ¿Su centro tiene una población definida geográficamente a la que atender? (**Marque una opción**)

- 1 Sí 2 No 9 No lo sé

13. ¿Cuál es aproximadamente el porcentaje de la población que atiende su EAP que es originaria de otros países?

_____ %

14. ¿A su parecer qué porcentaje aproximado de los pacientes de su EAP tienen enfermedades crónicas o discapacidades permanentes,?

_____ %

15. ¿Qué porcentaje de pacientes de su centro están inscritos en una lista o un registro informatizado que los identifica como pacientes suyos? _____ %

16. ¿A su parecer, qué porcentaje de los pacientes utiliza solamente su EAP para todas sus necesidades de atención primaria (excepto en casos de auténticas urgencias, PASSIR y atención especializada)? _____ %

17. De la población asignada a su Equipo de Atención Primaria, ¿Qué porcentaje aproximadamente...

- utiliza solamente los servicios sanitarios públicos? _____ %

- utiliza solamente los servicios sanitarios privados? _____ %

- utiliza los dos tipos de servicios (públicos y privados)? _____ %

Total 100 %

C. PRIMER CONTACTO - ACCESO

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
C8. ¿En su centro, los pacientes pueden concertar hora fácilmente para las visitas no urgentes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. De media, ¿los pacientes tienen que esperar más de 30 minutos desde que llegan hasta que el / la médico /a o el /la enfermero /a los visita?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1n2. ¿Su centro está abierto todos los sábados del año?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1n4. ¿Su centro está abierto todos los domingos del año?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Cuando su centro está abierto y los pacientes se ponen enfermos, ¿Hay alguien del centro que los visite ese mismo día?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Cuando su centro está abierto, ¿los pacientes pueden hacer consultas rápidas por teléfono si lo necesitan?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Cuando su centro está cerrado los sábados y /o domingos, y los pacientes se ponen enfermos, ¿alguien del centro podría visitarlos ese mismo día? No aplicable, mi centro esta siempre abierto <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Cuando su centro está cerrado por la noche y los pacientes se ponen enfermos, ¿alguien del centro podría visitarlos esa misma noche? No aplicable, mi centro esta siempre abierto <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Recuerde que debe pensar en la mayoría de médicos de su equipo de atención primaria, así como en condiciones normales de trabajo (por ejemplo, excluyendo periodo de vacaciones, sustituciones, etc.).

D. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
D1. En su EAP, ¿a los pacientes les atiende el /la mismo /a médico /a cada vez que se visitan?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D1n. ¿A los pacientes crónicos de su EAP que reciben atención domiciliaria, les atiende el mismo médico /a o enfermero /a cada vez que se visitan?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. ¿A los médicos de su EAP les es difícil entender las preguntas que les realizan los pacientes? [NO tenga en cuenta los problemas de idioma, en este apartado nos referimos a problemas de comunicación en la misma lengua]	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. ¿Cree usted que los pacientes de su EAP entienden lo que el médico les pregunta o les dice? [NO tenga en cuenta los problemas de idioma, en este apartado nos referimos a problemas de comunicación en la misma lengua]	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Si los pacientes tienen una pregunta, ¿pueden llamar y hablar con el /la médico /a o el /la enfermero /a que mejor los conoce?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. ¿Cree que los médicos dejan suficiente tiempo a los pacientes para que hablen de sus preocupaciones o problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. ¿Cree que los pacientes se sienten cómodos cuando explican sus preocupaciones o problemas a los médicos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. ¿Los médicos conocen "muy bien" a los pacientes que se visitan en su centro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. ¿Los médicos saben con quién vive cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. ¿Los médicos saben qué problemas son más importantes para los pacientes que visitan?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10. ¿Cree que los médicos conocen los antecedentes médicos completos de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. ¿Cree que los médicos conocen el trabajo o empleo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. ¿Los médicos sabrían si los pacientes tienen problemas para conseguir o pagar una medicación recetada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. ¿Los médicos saben <i>todos</i> los medicamentos que toman sus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E. COORDINACIÓN

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
E1. ¿Su centro comunica por teléfono o envía a sus pacientes los resultados de los análisis, o bien les ofrece la posibilidad de hacerlo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. ¿Cree que los médicos están al corriente de todas las visitas a especialistas (públicos y privados) de sus pacientes o las pruebas complementarias que se hacen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7n. ¿Cree que los médicos están al corriente de todas las visitas a urgencias de sus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Cuando hay que derivar a un especialista, ¿los médicos comentan con el paciente los distintos sitios a donde puede ir?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. ¿Hay alguien en su centro que ayude al paciente a concertar una visita con el especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10. Cuando se deriva a los pacientes al especialista, ¿los médicos les proporcionan alguna información escrita para el especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. ¿Los médicos reciben información útil sobre los pacientes que han derivado cuando vuelven del especialista o de las pruebas complementarias?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Después de la derivación, ¿los médicos hablan con los pacientes sobre los resultados de la(s) visita(s) con el especialista o de las pruebas complementarias?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12n. ¿En su EAP se han consensuado criterios terapéuticos con los servicios especializados de referencia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13n. ¿En relación con que procesos? _____					

F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
F2. ¿Su EAP permite que los pacientes vean sus historias clínicas si lo desean?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2n. ¿Los pacientes pueden obtener todo el contenido de la historia clínica?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

¿Su EAP utiliza los siguientes medios para garantizar que se dan los servicios adecuados?

F4. Gráficas en las historias clínicas con los resultados de laboratorio	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. Guías y/ o protocolos impresos en las historias clínicas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6. Revisiones periódicas de las historias clínicas para hacer una evaluación longitudinal de los pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. Listados de problemas en las historias clínicas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. Listados de medicaciones en las historias clínicas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9. Otros. Por favor, especifique: _____					

G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
Si los pacientes necesitan alguno de los siguientes servicios, ¿podrían recibirlos en su mismo centro?					
G1. Consejos de alimentación	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Vacunaciones	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Valoración de necesidad de acceder a programas o prestaciones sociales	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Revisiones odontológicas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamientos odontológicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Planificación familiar o servicios de control de natalidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Asesoramiento o tratamiento de toxicomanía y drogadicción	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Asesoramiento para problemas de salud mental o de conducta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura de heridas leves	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Asesoramiento y pruebas de VIH /SIDA	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12m. Extracción de tapones de cera	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Cribaje de problemas de visión	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Pruebas de alergia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Inmovilización de un tobillo con esguince	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Extracción de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Citología vaginal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Tacto rectal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Consejos para dejar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Atención prenatal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Extirpación de una uña encarnada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Asesoramiento sobre voluntades anticipadas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G23. Asesoramiento sobre adaptación a los cambios propios del envejecimiento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G24. Atención de enfermería en el domicilio	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G26n. Asesoramiento sobre consumo de alcohol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G27n. Control de sintrom	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G28n. Espirometría	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G29n. Fondo de ojo en pacientes diabéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H. GLOBALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS)

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
¿ Los temas siguientes se hablan con los pacientes?					
H1. Alimentación adecuada, horas de sueño necesarias	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Seguridad en el hogar, cómo guardar los medicamentos en un lugar seguro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Uso del cinturón de seguridad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Cómo tratar los conflictos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Actividad física adecuada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Niveles de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Fármacos que se toman	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposición a sustancias peligrosas en el hogar, en el trabajo o en el barrio	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevención de quemaduras por agua caliente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevención de caídas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevención de la osteoporosis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Atención a los problemas habituales de la menstruación y la menopausia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
¿ Los temas siguientes, referidos a los niños, se hablan con los niños y los padres/ tutores?					
H14. Maneras de afrontar los problemas de conducta del niño /a	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Cambios en el crecimiento y conducta que los padres pueden esperar a ciertas edades	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Temas de seguridad para niños menores de 6 años: cruzar la calle de forma segura y utilizar las sillitas de seguridad en el coche	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Temas de seguridad para niños de entre 6 y 12 años: utilizar el cinturón de seguridad y el casco para la bici	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Temas de seguridad para niños mayores de 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas y no beber si se ha de conducir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I. ENFOQUE FAMILIAR

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
I1. ¿Los profesionales de su EAP preguntan a los pacientes sobre sus ideas y opiniones cuando planifican el tratamiento o cuidados para el paciente o un miembro de su familia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. ¿Los profesionales de su EAP preguntan a los pacientes sobre las enfermedades o problemas que puedan tener sus familiares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. ¿Los médicos de su EAP pueden y están dispuestos a encontrarse con los miembros de la familia para hablar de un problema de salud o familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

¿Los siguientes puntos forman parte de la rutina en la evaluación de la salud, por parte de la mayoría de profesionales de su EAP?

I4. Uso de genogramas o cuestionario APGAR familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I5. Conversación sobre los factores de riesgo familiares relacionados con la salud (p. ej., genética)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I6. Conversación sobre los recursos económicos de la familia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I7. Conversación sobre los factores de riesgo sociales (p. ej., pérdida del empleo)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I8. Conversación sobre las condiciones materiales de vida (por ejemplo, equipamiento básico del hogar, transporte, etc.)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I9. Conversación sobre el estado de salud de otros miembros de la familia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I10. Conversación sobre la crianza de los hijos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11. Evaluación de signos de malos tratos a menores	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11n1. Evaluación de indicios de maltrato a mujeres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11n2. Evaluación de indicios de maltrato a ancianos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I12. Evaluación de indicios de crisis familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I13. Evaluación del impacto de la salud del paciente en el funcionamiento de la familia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I14. Evaluación del desarrollo infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
J1. ¿Los médicos de su EAP hacen visitas a domicilio para cualquier tipo de paciente siempre que estos lo soliciten?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J1n. ¿Los médicos de su EAP hacen actividades de grupo fuera del centro (por ejemplo, hogares de ancianos, escuelas, centros cívicos, etc.)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. ¿Cree usted que los médicos de su EAP tienen un conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de las comunidades que atienden?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. ¿Los médicos de su EAP aceptan opiniones e ideas de la población que les pueden ayudar a ofrecer una mejor atención sanitaria?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4. ¿Su EAP tiene capacidad para adaptar los programas o servicios de atención sanitaria para responder a problemas de salud específicos de la comunidad?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

¿Su EAP utiliza los siguientes tipos de datos para determinar qué programas o servicios necesitan las comunidades que atiende?

J5. Datos de mortalidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Datos sobre enfermedades transmisibles (p. ej. enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J7. Datos de coberturas vacunales	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J8. Datos de riesgos sanitarios y laborales	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J9. Datos obtenidos de las historias clínicas de su centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J10. Otros. Por favor, especifique: _____					

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
¿Su EAP <u>utiliza</u> los siguientes medios para monitorizar y/o evaluar la efectividad de los servicios / programas?					
J11. Encuestas a sus pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J12. Encuestas a la comunidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J13. Opinión de las organizaciones o de los órganos consultivos de la comunidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J14. Opinión del personal del centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J15. Análisis de datos locales o estadísticas vitales (mortalidad, nacimientos, prevalencias, etc.)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J16. Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios de su centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J17. Información de otros trabajadores sanitarios de la comunidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J18. Participación de usuarios en un comité de seguimiento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J19. Otros. Por favor, especifique: _____					

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
¿Su EAP utiliza alguna de las siguientes actividades para llegar a los colectivos de la comunidad que atiende?					
J20. Trabajo en red con agencias locales y estatales involucradas con grupos culturalmente diversos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J21. Vínculos con organizaciones/ servicios religiosos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J22. Relación con grupos del barrio o líderes de la comunidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J23. Relación con servicios sociales de la comunidad	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J24. Otros. Por favor, especifique: _____					

K. COMPETÈNCIA CULTURAL

Por favor, marque la respuesta más adecuada.

	Sí, sin duda	Es probable que sí	Es probable que no	No, en absoluto	No lo sé
K2. ¿En su EAP pueden comunicarse con personas que no hablen bien catalán o castellano?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K3. En caso necesario, ¿su EAP tiene en cuenta las creencias de una familia relativas a la atención sanitaria o al uso de medicina tradicional, como por ejemplo la atención por un “curandero”, o el uso de remedios caseros, fitoterapia, etc.?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. En caso necesario, ¿su EAP tiene en cuenta la intención de una familia de usar un tratamiento alternativo, como por ejemplo homeopatía o acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

¿Su EAP utiliza alguno de los siguientes medios para abordar la diversidad cultural?

K5. Formación del personal por parte de profesores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K6. Programas de capacitación impartidos por el personal del centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K7. Utilización de materiales o folletos que reflejen las diferencias culturales (lengua, imágenes visuales, costumbres religiosas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K8. Personal que refleje la diversidad cultural de la población que atiende	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K9. Traductores / intérpretes / mediadores	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K10. Planificación de servicios adecuada a la diversidad cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K11. Otros. Por favor, especifique: _____					

OTROS

1. ¿ Reciben algún tipo de incentivos los profesionales de su EAP a lo largo del año? **(Marque una opción)**

1 No. Pase a la pregunta 6.

2 Sí

2. ¿Qué grupos de profesionales de su EAP reciben incentivos al largo del año?(Responda todas)

Si No

1 Médicos / as de familia

2 Pediatras

3 Enfermería

4 Auxiliares de enfermería

5 Personal no sanitario

6 Trabajo social

7 Odontología

8 Coordinador-a / director-a del equipo

9 Adjunto /a de enfermería

10 Otros. Por favor, especifique: _____

3a. En su EAP, ¿Hay profesionales de otras entidades? **(Marque una opción)**

1 Sí 2 No 9 No lo sé (Si su respuesta es 'No' o 'No lo sé' pase a la pregunta 4)

3b. Pueden estos profesionales recibir incentivos desde la entidad a la que usted pertenece? **(Marque una opción)**

1 Sí 2 No 9 No lo sé

3c. Pueden estos profesionales recibir incentivos de otras entidades diferentes a la que usted pertenece? **(Marque una opción)**

1 Sí 2 No 9 No lo sé

4. En el año 2006, ¿A qué estaban vinculados los incentivos en su equipo? (Responda todas)

Si No

1 Objetivos vinculados a la parte variable y /o al proceso de evaluación del CatSalut

2 Objetivos de la propia empresa

3 GMA de la prescripción farmacéutica (Gasto Máximo Asumible)

4 Beneficios obtenidos de la propia gestión del equipo

9 Otros. Por favor, especifique: _____

5. ¿Qué tipo de incentivos reciben los profesionales? (Responda todas)

Si No

1 Económicos

2 Formación

9 Otros. Por favor, especifique: _____

6. Refiriéndonos al mes pasado. En su EAP, cuántas visitas por semana se realizaron en promedio? (haga una estimación)

_____ visitas

7. ¿Cuál es el porcentaje aproximado de visitas por grupos de edad?

	Pocentaje
Edad 0-14	_____ %
Edad 15-64	_____ %
Edad 65 y más	_____ %
Total	100%

8. En el último año, ¿cuál es el número de personas que han solicitado cambio de EAP para ser atendidos por su EAP? _____

9. ¿Qué porcentaje de estos cambios han sido aceptados? _____ %

10. ¿Su centro está en condiciones de determinar cuántos pacientes (no visitas) ha atendido en un año? (**Marque una opción**)

1 Sí 2 No 9 No lo sé

11. Somos conscientes de que la financiación y la escasez de personal son los principales recursos que hay que abordar. Aparte de esto, ¿hay otros recursos que su centro necesite para asegurar un servicio de atención primaria adecuado?

Por favor, asegúrese de que no se ha saltado ninguna página. Gracias.

Gracias por el tiempo que ha dedicado a rellenar esta encuesta. El equipo de investigación esperamos que sea un instrumento más de utilidad en la evaluación de la Atención Primaria de Salud en nuestro sistema y que como tal ayude a detectar áreas de mejora de la atención sanitaria.

Si desea recibir una copia del informe final de este estudio, márkuelo en la siguiente casilla.

Sí No

Si está interesado /a en participar en la discusión de los resultados de este proyecto de investigación, márkuelo en la siguiente casilla, y si la respuesta es afirmativa le agradeceremos que nos facilite su dirección de correo electrónico con el fin de poder contactar con usted.

Sí No Dirección e-mail: _____@_____

Hora de finalización: h min.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey

Silvina Berra^{1,2*}, Kátia B Rocha^{3,4}, Maica Rodríguez-Sanz^{3,4}, M Isabel Pasarín^{3,4}, Luis Rajmil^{1,4}, Carme Borrell^{3,4} and Barbara Starfield⁵

Abstract

Background: The Primary Care Assessment Tool (PCAT) is an interesting set of tools for primary care research. A very short version could inform policy makers about consumer experiences with primary care (PC) through health surveys. This work aimed to investigate the validity and reliability of a selection of items from the child short edition (CS) of the PCAT.

Methods: A 24 item questionnaire permitted the identification of a regular source of care and the assessment of the key attributes of first contact, ongoing care over time, coordination, services available and services received (comprehensiveness), and cultural competence. Structural validity, reliability, and construct validity were assessed using responses from 2,200 parents of a representative sample of the population aged 0 to 14 years in Catalonia (Spain) who participated in the 2006 Health Survey. Structural validity was analyzed using exploratory and confirmatory factor analyses and reliability was assessed using Cronbach's alpha. Construct validity was assessed using linear regression analysis between PC experience scores and a measure of overall user satisfaction with healthcare services.

Results: A total of 2,095 (95.2%) parents provided useable responses on PC. After Confirmatory Factor Analysis (CFA), the best fitting model was a 5-factor model in which the original dimensions of first contact and ongoing care were collapsed into one. The CFA also showed a second order factor onto which all domains except services available loaded (root mean square error of approximation = 0.000; comparative fit index = 1.00). Cronbach's alpha values for one of the original scales (first-contact) was poor (alpha < 0.50), but improved using the modified factor structure (alpha > 0.70). Scores on the scales were correlated with satisfaction with healthcare services ($p < 0.01$), thereby providing some preliminary evidence of construct validity.

Conclusions: This very short questionnaire obtained from the PCAT-CE yields information about five attributes of PC and a summary score. It has shown evidence of validity and reliability for judgments about experiences with primary care overall. If space on surveys is at a premium, the instrument could be useful as a measure of PC experiences.

Background

The importance of primary care (PC) in making health care delivery more efficient and in tackling health inequalities has been discussed at a political level worldwide for at least the last three decades [1]. Several countries have reformed their health system with a particular

emphasis on strengthening primary care. Public health researchers have made considerable efforts to assess the quality of primary care and the extent of improvements. Interest in a broader theoretical model of PC has also grown, and it has become clear that there is a need for research tools to measure important attributes of primary care from the user's point of view [2,3].

Theoretical models of primary care have stressed its structural and organizational aspects [4,5] and other attributes essential to primary contact for users and

* Correspondence: silvinaberra@gmail.com

¹Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ), Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

their families, focusing on the user perspective [6,7]. One of the most widely acknowledged definitions of the quality of PC services is “the provision of accessible and integrated services addressing a large majority of health care needs, developing a sustained relationship with patients, and practicing in the context of family and community” [8]. The Primary Care Assessment Tools (PCAT), developed in the United States (US), addresses these issues [9].

The PCAT is a set of questionnaires consisting of consumer-client surveys, facility surveys, and provider surveys. Their development provided a set of tools for PC evaluation that have become increasingly widely used in several countries [10-13]. The different versions include items designed to collect information on four core and three ancillary domains of PC. The core attributes are [14]: first contact, i.e. assessment of PC's role as the entry point to the health care system except in emergency situations; ongoing care, i.e. maintenance of person-focused care over time; comprehensiveness, which deals with PC's ability to make available and provide a wide range of services, including but not limited to preventive care, in response to prevalent health needs; and coordination, i.e. to support and integrate the care of problems addressed elsewhere, either by practitioners or medical records. PCAT also addresses the extent to which PC focuses on the health of individuals within the context of family (family orientation), is able to tackle community health problems (community orientation), and can deal with the need to establish relationships with people from different social groups (cultural competence).

Spain initiated substantial health care reforms in 1986, by legislating for universal tax-financed services, increasing the proportion of total health expenditure which is publicly financed, [15] and making the strengthening of primary care teams a central part of its strategy in primary care. The state-run health service provides free access to services, but approximately 10% of adult people and one third of the infant population pay for additional private healthcare coverage. Autonomous Communities have full autonomy in the health-care sector in Spain. In Catalonia, in the north-east of Spain, health interview surveys have been conducted periodically since 1983 (Barcelona city) and 1994 (Catalonia) to evaluate the population's health status and its determinants, and to assess the performance of healthcare services. In the 2006 edition of the Catalan Health Interview Survey,[16] the intention to assess Primary Health Care led to interest in implementing the PCAT. Since the expanded version of the PCAT for children (PCAT-CE) or the short version (PCAT-CS) could not be included due to limitations in the length of the survey, several items from the PCAT-CS were selected to

provide information on primary care. Given that use of this subset of items represented a substantial modification to the original instrument, it was considered necessary to re-assess its psychometric characteristics. The research question addressed in this paper is whether the selected items provide a valid and reliable measure of parent experiences with PC.

Methods

Sample and setting

The 2006 Catalan Health Interview Survey was a cross-sectional study carried out in a representative sample of non-institutionalized residents of Catalonia. Sample selection used a multi-stage design. First, municipalities were selected according to number of inhabitants and, second, individuals were selected based on age and sex distribution from the population registry of the Statistical Institute of Catalonia (IDESCAT). The sample size for the population under 15 years was established at 2,200 infants and children. Main cases and five replacements were initially selected. The sample size was reached with 65% of main cases and 22% of first replacement cases; the remainders were mostly second replacement cases. Reasons for replacement were because parents refused the interview or were not found at the available address. The survey questionnaire was administered during home-based interviews with a proxy respondent, preferably the child's usual caregiver.

The instrument to assess PC in Spain

The original child edition of the short, consumer version of the PCAT contains 44 items (PCAT-CS) distributed over 7 domains [17]. Five initial questions are used to identify the source of Primary Care. First contact accessibility and utilization (first contact domain), longitudinal interpersonal relationships (ongoing care domain), coordination of services (coordination domain), comprehensiveness of services available and received (comprehensiveness domain) are assessed through questions on how confident the respondent is about their provision by the primary care source. Three ancillary domains (family centeredness, community orientation, and cultural competence) are also assessed.

To include the PCAT in the 2006 Catalan Health Interview Survey questionnaire for 0 to 14 year olds, it was necessary to select a subset of items due to limitations on space. Based on the PCAT-CS, the local working group together with one of the authors of the original version agreed on a very short version that was considered to best represent the thrust of the original questionnaire. This compromise led to the exclusion of the Community and Family Orientation domains, and the selection of a minimum of two items from the remaining domains based on their interest in covering a

broader range of aspects of primary care performance. The final version included twenty-four items adapted to the Spanish context, since the Health System is homogeneous in all the Autonomous Communities in Spain. Two initial questions ask if children have a regular source of primary care or, if not, about the last general practitioner or pediatrician that they visited. Three questions characterize the regular source of care. The remaining 19 items cover five of the seven domains in the original questionnaire, including first contact (4 items, mostly addressing accessibility), ongoing care (3 items), coordination of services (a filter plus 2 items), comprehensiveness (4 items in the services available subdomain, and (3 items of the services received subdomain, one of which is only for adolescents), and cultural competence (2 items). Items and other text were translated into Catalan and Spanish, the main official languages spoken in Catalonia, following an internationally recommended process of cross-cultural adaptation to achieve semantic equivalence with the original version [18]. Further details of the selection of items and the cross-cultural adaptation have been published elsewhere [19]. The current analysis focuses only on the 17 items actually used to assess PC attributes across the full age-range for paediatric care. The 5 items used to identify and characterise the source of care were therefore excluded, together with the filter question before the coordination domain, and one item which only applies to adolescents.

All items covering the PC domains are answered on a 4-point Likert-type scale (1 = definitely not; 2 = probably not; 3 = probably yes; and 4 = definitely yes). Additional response options included "don't know" or "can't remember" [20]. The score for each domain is computed as the mean value for all items in that domain, and can range between 1 and 4.

The Catalan Health Interview Survey is an observational health survey conducted by the Department of Health of Catalonia as part of routine governmental statistics gathering. The survey complies with all relevant national legislation on the protection and processing of personal data. Data are not openly available but can be obtained on request from the Catalan Department of Health, and the entire questionnaire can be accessed in its website [16].

Analysis

Demographic and health characteristics were described for the sub-sample of the Catalan Health Interview Survey used in the present analysis. As those who did not identify a regular source of care were excluded from the remainder of the analysis, they were compared with those included using chi-square to test for differences on demographic and health status variables.

Several factor analyses were carried out to evaluate the structural validity of this modified version of the PCAT. Factor analysis is a multivariate technique that allows the implementation of a statistical model that reproduces the item variance-covariance matrix and provides statistical information on model quality. In the first instance, we used exploratory factor analysis (EFA) to extract an increasing number of first order factors and account for observed variability without further restrictions on the model. Factors were extracted using diagonally weighted least squares (DWLS) on the item polychoric correlation matrix. Oblimin rotation was applied to allow for correlation between factors. We hypothesized that items would load onto domains in the same way as in the original questionnaire, thereby indicating the appropriateness of the underlying conceptual model for the Catalan population. Preliminary results from this initial factor analysis were further tested using Confirmatory Factor Analysis (CFA). In this case, certain restrictions were imposed on factor structure, and the presence of second order factors and the structural validity of a global score encompassing all domains were also tested. The unweighted least squares estimation method on the item polychoric correlation matrix was used to obtain p-values and standard errors robust for non-normal distributions. This method respects the ordered categorical nature of the items while providing robust estimates of factor loading. The model's overall goodness of fit was assessed using the root mean square error of approximation (RMSEA), and two incremental fit indices, the comparative fit index (CFI), and the Tucker Lewis-Index (TLI). A RMSEA under 0.06 was considered to indicate an excellent fit between the specified model and the data, whereas values of CFI and TLI were required to be over 0.95. The analyses were repeated separately for infants (0 to 5 years), children (6 to 11 years) and adolescents (12 to 14 years) to take into account possible structural variance across age groups.

Models with the best results in the EFA were studied in more depth using confirmatory factor analysis. Pearson correlation coefficients were used to determine the degree of correlation between domains; some degree of correlation between factors was expected.

The descriptive and reliability analysis was conducted based on both the questionnaire structure as administered and the new structure stemming from factor analysis. Score distributions for the 17 items of the PCAT domains was carried out by calculating the mean and standard deviation, the proportion of missing responses, the observed score range, and floor and ceiling effects (i. e. the proportion of cases with the worst and best possible score, respectively). The percentage of items which correlated higher with their hypothesized domain than

with the other domains obtained in the EFA (scaling success rates) was calculated. Homogeneity between items in each factor derived from the factor analysis was assessed using Cronbach's alpha.

General satisfaction with services was used to assess construct validity. Satisfaction was analyzed by an item in the main survey questionnaire with four-point Likert-type response scale where 1 = very satisfied, and 4 = very dissatisfied [21]. Validity was assessed by using individual linear regression models with each factor of the PCAT to predict the dissatisfaction score. We expected to find a moderate association between user satisfaction scores and scores derived for each factor of the PC experience scales. Associations were expected to be negative because satisfaction is scored inversely (1 = satisfied) to the PC experience scales (1 = negative).

SPSS 15.0 was used for the descriptive analysis and Mplus version 5.2 was used for the factorial and regression analyses.

Results

A total of 2,091 parents identified a usual source of care (92.5%), and 4 others (2.7%) had visited a health professional during the previous year. Thus 2,095 parents responded about their experiences with primary care for their children. Sample distribution by age and sex was

equivalent to that of the Catalan general population [22]. The proportion of parents of adolescents who were excluded from analysis because they did not identify a usual source of care was higher than in those included in the study, as was the proportion of parents who declared that their child had a chronic condition (table 1). Other differences between these two groups by sex, educational level or type of health care coverage were not statistically significant.

The exploratory factor analysis was conducted to investigate several possible solutions. The goodness of fit of the models was acceptable for all solutions between one and six factors, and the hypothesis of overall scale unidimensionality was rejected ($\chi^2 = 46.69$, $df = 12$, $p < .001$). The model of the six original scales (first contact, ongoing care, coordination, comprehensiveness of services available, comprehensiveness services received, and cultural competence) showed good results, but Heywood cases were observed, and some items loaded onto more than one factor. Heywood cases appear whenever factor loading estimates exceed 1, which implies that unique factors have negative error variances. These cases are likely to occur when there are too many common factors or when there are too many factors to provide stable estimates with the available data. The solution which best fitted

Table 1 Demographic and health characteristics of the sample.

	Identifying an usual source of care					
	Yes		No		Total	
Age ^a	n	%	n	%	n	%
0 - 5 years	706	33.7	29	27.6	735	33.4
6 - 11 years	927	44.2	39	37.2	966	43.9
12 - 14 years	462	22.1	37	35.2	499	22.7
Sex						
Boys	1077	51.4	56	53.3	1133	51.5
Girls	1018	48.6	49	46.7	1067	48.5
Educational level. Maximum for father or mother.						
Less than primary	278	13.3	19	18.1	297	13.5
Primary school	530	25.3	24	22.9	554	25.2
Secondary school	643	30.7	42	40.0	685	31.1
University degree	644	30.7	20	19.0	664	30.2
Health coverage						
Only public	1591	75.9	82	78.8	1673	76.1
Double (private and public)	504	24.1	22	21.2	526	23.9
Perceived child's health						
Good	2032	97.0	104	100.0	2136	97.1
Poor	63	3.0	0	0.0	63	2.9
Declared chronic conditions^a						
Yes	783	37.4	26	25.0	809	36.8
No	1313	62.6	78	75.0	1391	63.2

Comparison between respondents who identified a usual source of care and those who did not.

^a $p < 0.05$

the conceptual model was a five factor model with an RMSEA of 0.000, a CFI of 1.00, a TLI of 1.03, and a Chi2 = 3.70 (gl = 6, p = 0.72). In this model, most items loaded highest on the domains they were assigned to in the conceptual model. The exception was the first factor, in which the first contact and ongoing care domains merged (table 2). Another model with acceptable goodness of fit was the most parsimonious, with two factors (RMSEA = 0.023; CFI = 0.95; TLI = 0.92; Chi2 = 21.28, gl = 12, p = 0.019). In this case, the majority of items were grouped within the first factor, whilst a second factor consisted of items measuring services available (comprehensiveness).

Confirmatory factor analysis was conducted for the two models showing the best results in the previous exploratory phase. The five-factor model generated a second order factor which could be defined as “experiences with the content of PC” (F6, see Figure 1) and onto which F1 (first contact accessibility and ongoing care), F2 (coordination), F3 (services received), and F4 (cultural competence) all loaded. Only the services available domain did not load onto this 2nd order factor

(F5). This “five plus one” model showed excellent goodness of fit (RMSEA = 0.01, CFI = 0.98; TLI = 0.97; Chi2 = 14.50, gl = 11, p = 0.20) and loadings were high for all six factors. The bifactorial model also presented good results in the CFA (RMSEA = 0.02; CFI = 0.94; TLI = 0.92; Chi2 = 22.86, gl = 11, p = 0.02) with items loading onto factors in a similar fashion to that observed in the EFA and the five plus one model. The multi-group analysis conducted to study the invariance of the structure between age groups confirmed an equivalent factorial structure within the three age groups tested, for the five plus one (Chi2 = 75.0, gl = 53, p = 0.03), and the bifactorial (Chi2 = 67.77, gl = 53, p = 0.06) solutions.

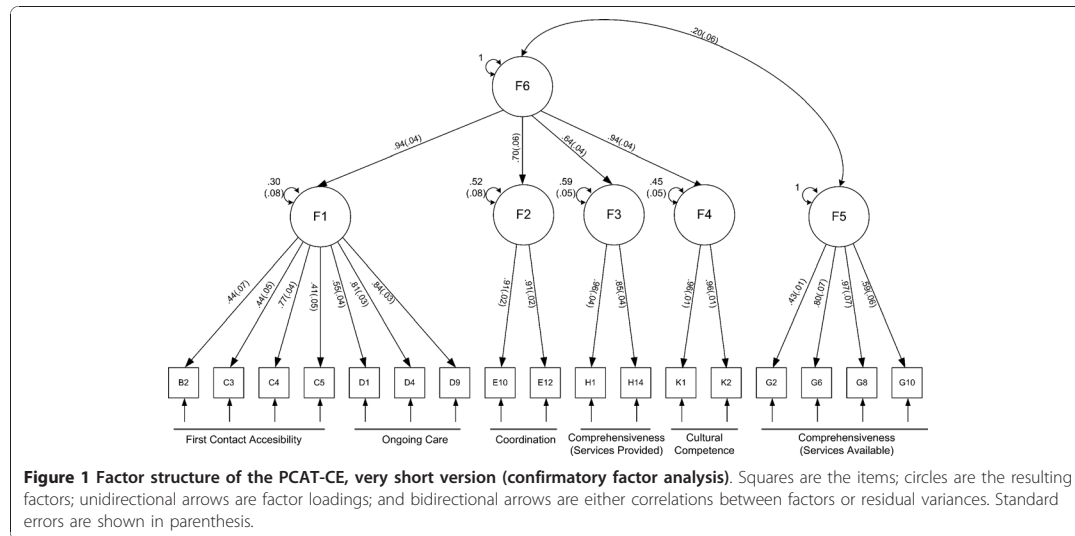
Score distributions by domain and the results of the reliability analysis are shown in table 3. These analyses were carried out for both the six single scales following the structure of the administered instrument, and the two new factors obtained from the factorial analysis: the merged first contact accessibility & continuity, and the second order factor (“experience with the content of PC”). Completion rates were high, with no missing responses on any items, except for the coordination domain, which only people who had visited a specialist

Table 2 Exploratory factor analysis for the PCAT-CE, very short version.

Item ^a	Domains and items	Extracted factors				
		1	2	3	4	5
FIRST CONTACT ACCESSIBILITY AND ONGOING CARE						
B2	When your child has a new health problem, do you go to your PCP before going somewhere else?	0.347	0.088	-0.035	0.017	0.080
C3	When your PCP is <i>open</i> and your child gets sick, would someone from there see him/her the same day?	0.474	-0.195	0.012	0.172	0.098
C4	When your PCP is <i>open</i> , can you get advice quickly over the phone if you need it?	0.816	0.031	0.064	0.091	0.004
C5	When your PCP is <i>closed</i> , is there a phone number you can call when your child gets sick?	0.467	0.154	0.287	-0.186	-0.062
D1	When you take your child to your PCP's, is s/he taken care of by the <i>same</i> doctor or nurse each time?	0.309	0.252	-0.109	-0.140	0.275
D4	If you have a question, can you call and talk to <i>the doctor or nurse who knows your child best</i> ?	0.741	0.036	-0.001	0.077	0.131
D9	Does your PCP know what problems are most important to you and your family?	0.388	0.316	0.070	0.063	0.228
COORDINATION						
E10	Did your PCP write down any information for the specialist about the reason for the visit?	-0.066	0.869	0.031	0.026	-0.010
E12	After your child went to the specialist or special service, did your PCP talk with you and your child about what happened at the visit?	0.076	0.866	-0.070	0.070	0.043
COMPREHENSIVENESS (SERVICES AVAILABLE)						
G2	Immunizations (shots)	-0.417	0.050	0.532	0.115	0.144
G6	Family planning or birth control methods	0.037	0.023	0.898	-0.065	-0.067
G8	Counseling for behavior or mental health problems	0.080	-0.087	0.809	0.104	0.050
G10	Sewing up a cut that needs stitches	0.010	-0.029	0.574	-0.038	0.088
COMPREHENSIVENESS (SERVICES PROVIDED)						
H1	Ways to keep your children healthy, such as nutritional foods or getting enough sleep	0.033	-0.010	-0.022	0.999	0.016
H14	Ways to handle problems with your child's behavior	0.012	0.152	0.067	0.742	-0.039
CULTURALLY COMPETENT						
K1	Would you recommend your child's PCP to a friend or relative who has a child?	0.053	0.117	0.016	0.035	0.824
K2	Would you recommend your child's PCP to someone who does not speak English well?	-0.011	-0.045	-0.002	-0.014	0.985

Oblimin rotated factor loadings (highest loadings for each factor in bold).

^a Items are presented using the original wording from the US version.



were required to answer. Means and standard deviations showed generally positive experiences with primary care and distributions were non-normal, with a marked ceiling effect in Coordination and Cultural Competence. Internal consistency was poor ($\alpha < 0.50$) for the First Contact-Accessibility domain and moderate ($\alpha < 0.57-0.70$) in three of the original six (ongoing care, services available, and services provided). The merged scales resulting from factor analysis showed a lower ceiling effect and achieved satisfactory homogeneity ($\alpha > 0.70$). Scaling success was not achieved in the ongoing

care domain, but was satisfactory in the remaining domains (Table 3).

The PCAT scales showed the expected pattern of association with the overall satisfaction with health-care item, i.e. parents reporting dissatisfaction with health-care services scored low in most of the PC experiences domains (table 4).

Discussion

This study analyzed the structure, construct validity and reliability of a very short version of the PCAT for

Table 3 Score distribution and reliability of the PCAT domains - original and modified scaling.

PCAT domains	Num. of items	% Completion ^a	Mean (SD)	Observed range	Floor	Ceiling	% Scaling succes	Cronbach's alpha (SE)
First Contact Accessibility	4	100.0	3.40 (0.52)	1.00-4.00	0.0	24.6	100.0	0.439 (0.020)
Ongoing Care	3	100.0	3.25 (0.73)	1.00-4.00	2.1	29.2	33.3	0.572 (0.018)
Coordination	2	57.8	3.43 (0.86)	1.00-4.00	5.5	59.4	100.0	0.702 (0.015)
Comprehensiveness (Services Available)	4	100.0	3.21 (0.51)	1.00-4.00	0.1	12.1	100.0	0.599 (0.016)
Comprehensiveness (Services Provided)	2	100.0	3.03 (0.96)	1.00-4.00	9.9	33.9	100.0	0.666 (0.014)
Cultural Competence	2	100.0	3.50 (0.77)	1.00-4.00	3.8	60.1	100.0	0.832 (0.003)
First Contact Accessibility & Ongoing Care	7	100.0	3.33 (0.52)	1.00-4.00	0.0	14.4	100.0	0.710 (0.012)
Experience with PC (second order factor) ^b	13	57.8	3.35 (0.55)	1.25-4.00	0.0	5.9	100.0	0.799 (0.011)

^a Completion rate: percentage of items responded within the scale from the 2,095 cases responding to the health interview survey.

^b The second order factor (F6) is a scale computed from the domains of first contact & ongoing care, coordination, services provided, and cultural competence. It excludes the 'services available' domain.

Table 4 Construct validity.

PCAT domains	Standardized beta	S.E.	z	p-value
First Contact Accessibility	-0.38	0.03	-11.26	<0.01
Ongoing Care	-0.36	0.03	-11.80	<0.01
Coordination	-0.35	0.04	-9.27	<0.01
Comprehensiveness (Services Available)	-0.49	0.17	-2.92	<0.01
Comprehensiveness (Services Provided)	-0.42	0.05	-8.61	<0.01
Cultural Competence	-0.42	0.03	-13.09	<0.01
First Contact & Ongoing Care	-0.36	0.06	-11.6	<0.01
Experience with PC (second order factor)	-0.35	0.03	-11.06	<0.01

Individual regression models between PCAT domains and general satisfaction with health services.

The second order factor (F6) is a scale computed from the domains of first contact & ongoing care, coordination, services provided, and cultural competence. It excludes the 'services available' domain.

parents of children aged 0 - 14 years. This instrument was derived from the original short version developed by researchers in the US (PCAT-CS), and its seventeen items measure several attributes of PC, based on the questionnaire's original conceptual model, with acceptable reliability and validity.

An important finding from the study included the fact that items about ongoing care correlated highly with those measuring first contact accessibility, to the extent that they all loaded onto a single factor. The original PCAT 'ongoing care' domain contained two types of items: those concerning identification with a particular provider and those concerning the nature of the relationship. In the very abridged version used in this study, 2 of the 3 items from the subdomain of interpersonal relationships were associated, making them similar in concept to the items on access in the first-contact subdomain. There is thus a difference with the original instrument, since the smaller number of items and the traits captured by them cannot collect equal information addressing the nature of the relationship, i.e., person focused care over time. Apart from this limitation, the analysis of structural validity indicated that the items selected adequately represent the original conceptual multidimensional model because data fitted well to the remaining 4 domains of coordination, services available, services provided, and cultural competence.

The bifactorial model was also confirmed as an alternative measure of two concepts, with good statistical fit. 'Services available' (a list of characteristics of the source of care that might be needed at some time) is different from services received and, hence, not strictly an 'experiences' measure. Moreover, the second order factor resulting from the confirmatory factor and its reliability analysis underlined the possibility of gathering the information on a unique scale. This option might be useful when a single global measure is required, and could improve the metric properties of the four original scales. Nevertheless, content validity in terms of the

theoretically expected attributes of PC would be reduced as this scale retains fewer than half of the original items. Moreover, if this overall scale is computed it would not include the items relating to the comprehensiveness of primary care services available and would not apply to individuals who did not visit a specialist during the previous year, as they are not required to respond to the questions on coordination.

Using the original scale structure as the 'gold standard', reliability as measured using Cronbach's alpha was suboptimal for some of the individual scales. However, these results derive from a very small subset of the original scales, which makes it difficult to achieve a desired level of internal consistency reliability. When we calculated reliability based on the new factor structure, the alpha coefficients improved considerably suggesting that it would be more appropriate to base scoring of this reduced version on the factorial structure observed in the present study.

The construct validity analysis confirmed the expected pattern of association between experiences with PC and the item assessing satisfaction with health services. Due to a lack of instruments in Spanish measuring similar concepts, we were unable to assess convergent validity. This is a point which should be addressed in the future if such instruments become available. Another aspect which was not assessed was test-retest reliability, which would provide evidence of the degree of random error between two measures from the same individual.

The items used in this very short version of the PCAT were adapted for use in Spain following internationally recommended principles and methods for cross-cultural adaptation to maintain semantic equivalence between language versions. This makes it possible to compare results obtained here with those from the US or other countries in which the same subset of PCAT items has been applied.

Conclusions

The PCAT set of instruments allows for a variety of possibilities in health services research aimed at

informing policy makers about the adequacy of different attributes of primary care. The Catalan Health Survey was the first large scale study including a selection of items from PCAT to assess the quality of Primary Health Care. This selection of items for a population health survey is particularly important because it provides a population perspective and can be useful to study inequalities in experiences with fundamental attributes of primary care. This very short questionnaire could be useful as a measure of primary care experiences if space is at a premium, as is often the case in population health surveys. Based on preliminary evidence of construct validity and reliability provides a summary score of judgments about experiences with primary care overall. It also can report scores on five domains of the theoretical multidimensional model on the base of their content validity and acceptable metric properties, even though lower reliability in some domains was observed and must be taken into account. However, the loss of content stemming from the use of a subset of items, argues for the use of the longer versions of the PCAT to capture all the expected domains of primary care, when possible.

Acknowledgements

This study was partially funded by the *Fondo de Investigaciones Sanitarias*, Spanish Ministry of Science and Innovation (contract PI08/90698). Authors are grateful to Carlos García Forero for his assistance with the data analysis, and Michael Herdman for the review of the manuscript.

Author details

¹Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ), Barcelona, Spain. ²National Research and Technology Council (CONICET), Córdoba, Argentina. ³Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, Spain. ⁴CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, Spain. ⁵Johns Hopkins University, Baltimore, USA.

Authors' contributions

SB and MIP drew up the initial project design; MRS, LR, CB, BS participated in the study design and contributed to the data analysis plan; KBR carried out part of the statistical analysis and the first draft of the results; SB drafted the manuscript; all authors revised it critically, made contributions to the interpretation of data, and gave final approval of the version to be published.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 9 July 2010 Accepted: 9 May 2011 Published: 9 May 2011

References

1. World Health Report 2008: *Primary health care: now more than ever* Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Plaza Tesías A, Zara Yahni X, 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.
3. Villalbí JR, Pasarín MI, Montaner I, Cabezas C, Starfield B: **Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona: Evaluación de la atención primaria de salud.** *Aten Primaria* 2003, **31**:382-5.
4. Sibthorpe B: *A proposed conceptual framework for performance assessment in primary care: a tool for policy and practice* Canberra: Australian primary

- health care research institute; 2004 [http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf], Accessed May 7, 2010.
5. 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):308-313.
6. Donabedian A: *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care* Cambridge: Harvard University Press; 1973, 419-473.
7. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA: **Defining quality of care.** *Soc Sci Med* 2000, **51**(11):1611-1625.
8. Donaldson MS, Yordy KD, Vanselow NA, (eds): **Institute of Medicine: Defining Primary Care: an interim report.** Washington, DC: National Academy Press; 1994.
9. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA: **Measuring consumer experiences with primary care.** *Pediatrics* 2000, **105**:998-1003.
10. 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**(1):397.
11. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA: **Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community.** *Med Care* 2010, **48**(7):628-34.
12. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M: **Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors.** *Ann Fam Med* 2009, **7**(4):309-18.
13. Figueiredo TM, Villa TC, Scatena LM, Cardozo Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Nogueira Jde A, Oliveira AR, Almeida SA: **Performance of primary healthcare services in tuberculosis control.** *Rev Saude Publica* 2009, **43**(5):825-31.
14. Starfield B: *Primary care: balancing health needs, services and technology* New York: Oxford University Press; 1998.
15. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, Gerdtham UG, Gerfin M, Gross L, Häkkinen U, Johnson P, John J, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Perán E, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Rodríguez M, Schellhorn M, Winkelhake O: **Equity in the finance of health care: some further international comparisons.** *J Health Econ* 1999, **18**(3):263-90.
16. Health Survey 2006 (Enquesta de salut 2006): **Proxy-respondent questionnaire for children (questionari informador indirecte per a menors).** [http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc32868.html].
17. Starfield B, Shi L: *PCAT Manual* Johns Hopkins University, Baltimore; 2008 [http://www.jhsph.edu/pccp/pca_tools.html].
18. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P, ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation: **Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation.** *Value Health* 2005, **8**:94-104.
19. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B: **An instrument to evaluate primary health care from the population perspective.** *Aten Primaria* 2007, **39**(8):395-401.
20. Rochas KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín M, Berra S, Gotsens Miquel M, Borrell C: **Assessment of primary health care attributes in health surveys: a population perspective.** *Eur J Public Health* 2011.
21. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas-Lombardía E: **Spain's citizen assess their health care system.** *Health Affairs* 1991, **10**(6):216-28.
22. Idescat. **Statistical Institute of Catalonia: Statistical Yearbook of Catalonia. Structure of the by sex and age groups.** 2006 [http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253&lang=en].

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:
http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/285/prepub

doi:10.1186/1471-2458-11-285

Cite this article as: Berra et al.: Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011 **11**:285.

Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents

Experiencias con la atención primaria asociadas a la salud, características sociodemográficas y uso de servicios en niños y adolescentes

Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes

Silvina Berra ^{1,2}
Maica Rodríguez-Sanz ^{3,4,5}
Luis Rajmil ^{4,6,7}
M. Isabel Pasarin ^{3,4,5}
Carme Borrell ^{3,4,5}

Abstract

This study aimed to evaluate user experiences with primary care for children and adolescents according to health, socio-demographic characteristics, and use of healthcare services. The 2006 Catalan Health Interview Survey studied a representative sample of the population aged 0 to 14 (n = 2,200). Parents reported their experiences with primary care through 17 items from the Primary Care Assessment Tool. Multivariate models were fitted to estimate prevalence ratios (PR) of scoring low on experiences with primary care by health, use of services, and socio-demographic variables. A low first contact-accessibility score was associated with declared chronic conditions. Immigrant parents declared a poor experience with several primary care functions. A low score on first contact-accessibility, continuity of care, and cultural competence was less likely when children had double healthcare coverage and more likely when they had visited emergency services. Improvement of some aspects of primary care services may reduce both use of emergency services and inequity in this area.

Primary Health Care; Health Services; Child; Adolescent

Resumen

Este estudio evaluó las experiencias en la atención primaria de salud para niños y adolescentes, considerando niveles de salud, características sociodemográficas y el uso de servicios de salud. La Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 incluyó una muestra representativa de la población de 0 a 14 años (n = 2.200). Personas adultas informaron sobre sus experiencias con la atención primaria de salud de sus hijos con una selección de 17 ítems del Primary Care Assessment Tool. Se estimaron razones de prevalencia (RP) de baja puntuación en seis funciones de la atención primaria de salud, mediante modelos multivariados. La declaración de enfermedades crónicas se asoció a la baja puntuación en primer contacto-accesibilidad. Los padres inmigrantes declararon peor experiencia con varias funciones de la atención primaria de salud. Las puntuaciones en primer contacto-accesibilidad, continuidad de la atención y competencia cultural fueron más altas cuando los niños tenían cobertura sanitaria doble y más bajas cuando habían visitado los servicios de emergencia. Mejoras en algunas funciones de la atención primaria de salud podrían reducir el uso de servicios de urgencia y la inequidad.

Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud; Niño; Adolescente

¹ Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Córdoba, Argentina.

² Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

³ Agència de Salut Pública de Barcelona, España.

⁴ CIBER Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España.

⁵ Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España.

⁶ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Barcelona, España.

⁷ IMIM Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, España.

Correspondence

S. Berra
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
Ing. Marcelo Gartot 2836, Córdoba 5016, Argentina.
silvinaberra@gmail.com

Introduction

Over the past few decades, several countries have reinforced their primary care services to provide more equitable access to health care, and to achieve more efficient care by strengthening primary care gatekeeping role and improving coordination with other services. Within this stronger role, primary care providers have been required to ensure accessible and integrated services which address the broad majority of health care needs, to develop sustained relationships with patients, and to practice within the context of family and community¹. The extent to which primary care services achieve those objectives is a relevant issue for policy makers. However, several studies and reviews have underlined the need for improvements in the way primary health care is conceptualized and measured² and in the way in which indicators are developed³. The lack of reliable instruments to measure primary health care and the need to include the user's point of view in evaluations have also been pointed out^{4,5}.

Assessing users' experiences of primary care can provide valuable insights and offer a different perspective. For example, van Stralen et al.⁶ demonstrated that user assessments of primary care were worse than those of professionals. Jerant et al.⁷ showed that a reduced risk of mortality was associated with a better patient-reported access to primary care. Race/ethnicity, household poverty, status, parent education, and health insurance coverage are some of the socioeconomic features associated with differences in primary care experiences of access and continuity^{8,9}, but little is known how population health or the kind of services used impact user experience of different aspects of primary health care¹⁰. An association between access or use of services and perceptions of those services, similar to that found in studies of patient-reported care coordination between different levels of care, could be expected¹¹.

Spain began to reform its health services under the General Health Law of 1986. At that time, it shifted from a social insurance model to universal tax-financed coverage, and the proportion of total health expenditure which was publicly financed increased¹². The new primary care strategy was implemented between 1996 and 2003 and focused on strengthening teams at the first level of care. By the beginning of the 21st century, public health service coverage was almost universal and previous studies showed an acceptable level of user satisfaction^{13,14}. Private health-care coverage was also frequent for children, a situation which generated some inequity in access or use of services by, for example, reducing

waiting time for physician visits¹⁵ or emergency services¹⁶. Improvements in areas such as drug prescription, costs per inhabitant^{13,17} and even population health status⁵ suggested a positive impact of primary care reform. At the same time, there were demographic changes within the Spanish population, characterized by an increasing proportion of immigrants and higher birth rates. At that time, there was considerable interest as to whether the health service would be able to provide primary care which met its theoretical obligations, and whether there might be differences in experiences of primary care according to health needs and socioeconomic or utilization variables. For example, it is known that primary care services can improve adolescent behaviours when adequate preventive interventions are delivered¹⁸.

In Catalonia, one of the Autonomous Communities of Spain, health interview surveys are conducted regularly to monitor population health and the results of social and health policies. Implementation of the above mentioned reforms in Spain and Catalonia led to interest in assessing primary care and therefore to the inclusion of additional questions for this purpose in the 2006 edition of the *Catalan Health Interview Survey*. The objective of the present study was to assess experience with primary care and to investigate the association between reported experience and health status, socio-demographic characteristics, use of healthcare services and healthcare coverage in the population of Catalonia under 15 years of age.

Methods

Design and population

The 2006 *Catalan Health Interview Survey* was a cross-sectional study carried out in a representative sample of non-institutionalized residents of Catalonia. For the purposes of the present analysis, the population of interest was non-institutionalized children under the age of 15 years. Sample selection used a multi-stage design with stratification by age and sex; sampling also ensured that data was collected for all 36 "health care areas" ("Arees Integrals de Salut") of the Catalan National Health Service. First, municipalities were randomly selected according to number of inhabitants and, second, individuals were also randomly selected based on distribution by age and sex from the population registry of the Statistical Institute of Catalonia. Replacement cases for first order eligible participants were selected to ensure similar characteristics by

age, sex, and geographical area. The sample size for children aged < 15 years was established at 2,200 and took into account the survey's multiple objectives. This sample size provided a margin of error of under 5%, with a confidence level of 95.5%, as well as the possibility of stratifying with adequate reliability to estimate prevalence and prevalence ratios in multivariate models. Parents received a letter by post from the Department of Health informing them about the survey before the interviewer visit. The sample size was reached with 65% of first selected cases and 22% of first replacement cases; the remainder were primarily second replacement cases. Reasons for replacement were: wrong or changed address, non-locatable, or repeated absence (28%), and parent refusal (7%). The survey questionnaire was administered during home-based interviews with a proxy respondent, preferably the child's usual caregiver¹⁹.

Variables and instruments

Dependent variables were six of the attributes defined by Starfield²⁰ as desirable for primary care performance. These were addressed by a set of items selected from the *Primary Care Assessment Tools* (PCAT)²¹ which were included in the 2006 survey questionnaire for children aged 0 years to 14 years. The 24 PCAT items selected facilitated identification of the primary care provider as the regular source of primary care or, if children did not have a primary care provider, the last physician they visited. Further items facilitate characterization of the primary care provider and 17 items are used to construct the 6 dependent variables: first contact (4 items, most of which address accessibility), continuity of care or longitudinal care (3 items), coordination of services (this domain includes 2 items and is answered only by those who visited a specialist during the last 12 months), comprehensiveness – services available (4 items), comprehensiveness – services received (2 items), and cultural competence (2 items). Further details on item selection, cross-cultural adaptation, and reliability and validity have been published elsewhere^{22,23}. All items covering primary care domains are answered on a 4-point scale (1 = definitely not; 2 = probably not; 3 = probably yes; and 4 = definitely yes). Additional response options include “don't know” or “can't remember”²⁴. Domain scores are calculated from the mean value for all items in the domain and can range between 1 and 4. We used a score of 3 points (corresponding to “probably yes”) as a cut-point to help interpret experiences, an approach employed in previous studies^{25,26}: 3 or more points was defined as the

“expected primary care level” on each attribute; a score under 3 was considered to define a ‘poor experience’ with primary care on any attribute. This facilitated the analysis of poor experiences by other variables collected.

Independent variables were: child's age and sex; child's overall perceived health status, number of chronic conditions, psychiatric disorders (mean score on the 25 item *Strengths and Difficulties Questionnaire*²⁷), number of parents in the household, number of people in the household, parents' educational level, parents' social class, parents' country of birth (Spain or outside Spain), healthcare coverage (only public health insurance or double health insurance; some people in Spain have both public and private health insurance), and general practitioner or pediatrician, specialist, or emergency department visits in the previous year. Social class was based on the head of household's current or previous job based on the Spanish Society of Epidemiology classification²⁸ class I included managerial and senior technical staff and independent professionals; class II, administrative and service workers, self-employed workers, and supervisors of manual workers; class III, skilled non manual workers; class IV, skilled (IVa) and partly skilled (IVb) manual workers; and class V, unskilled manual workers. These six original categories of social class were grouped into three for this analysis: I-II, III, and IV-V.

Statistical analysis

All analyses included the weights derived from the complex sampling design. First, the sample characteristics were described for the whole sample, and then by population groups according to whether the respondent had identified a center or health professional as a source of primary care or not. Between groups comparisons were performed using Chi square.

Means and 95% confidence intervals (95%CI) and medians and interquartile ranges (IQR) were calculated for the six primary care attributes as well as the percentages of the sample scoring low (under 3.0) on each attribute.

A bivariate and multivariate analysis were conducted for each attribute to determine whether there were statistically significant differences on each of the independent variables between respondents scoring low and those scoring over 3. Poisson regression models with robust variance²⁹ were then fitted to estimate the prevalence ratio (PR) and its 95%CI for scoring low on each primary care attribute based on health status, socio-demographic, and health care variables. Variables included in the multivariate models

were those which were statistically significant in the bivariate analysis and which were of interest from an epidemiological viewpoint (i.e. age, sex, social class). Statistical analyses were performed with Stata 9.0 (State Corp., College Station, USA).

Ethics

The *Catalan Health Interview Survey* is an observational health survey conducted by the Department of Health of Catalonia as part of routine governmental statistics gathering. The survey complies with all relevant national legislation on the protection and processing of personal data.

Results

Complete responses on the PCAT were obtained from parents once they had identified their child's usual source of primary care (92.5%) or a health professional visited during the previous year (2.7%). The other 4.8% of the sample declared that they did not have a regular source of care. Of the primary care provider identified, 83% were public health care system providers. Primary care providers were mainly located in primary care centers (78%), followed by single private offices (12%), and other centers or hospitals (10%). There were no missing values on PCAT items. 58% of the sample visited a specialist and consequently answered items on the coordination domain.

The 4.8% of the sample who declared that they did not have a regular source of care was excluded from the analysis. Within this group, parents were less likely to have a child under 12 years with a chronic condition or mental health problems (Table 1). Mean scores for the primary care attributes assessed on the PCAT were all over 3 points (Table 2). Over two thirds of the sample gave a high score (≥ 3) to their experience with primary care on the domains of first contact (74.1%), coordination (69.2%), and cultural competence (71.2%). The domains with the highest percentages of people with low scores were services received from the primary care provider (49.3%), continuity of care (39.4%), and services available (37.9%).

The bivariate analysis (Table 3) showed that, in general, declaring poor health was associated with reporting a poorer experience with primary care. Some socioeconomic characteristics and prior use of services were also associated to the quality of the experience with primary care.

The multivariate models for each of the six domains evaluated are presented in Table 4. Poor scores on the attribute of accessible first contact

were more likely among respondents who reported having one (PR = 1.20; 95%CI: 1.01-1.43) or more chronic conditions (PR = 1.35; 95%CI: 1.13-1.62), when both parents were born outside Spain (PR = 1.20; 95%CI: 1.00-1.45), and among those who had used the emergency services in the last year (PR = 1.20; 95%CI: 1.03-1.39). This attribute was less likely to be scored poorly when children had double coverage (PR = 0.69; 95%CI: 0.56-0.86).

Poor scores on the attribute of continuity of care were more likely when both parents were born outside Spain (PR = 1.17; 95%CI: 1.02-1.34) and in those who had used the emergency services in the previous year (PR = 1.24; 95%CI: 1.11-1.39). Respondents whose child had double health-care coverage (PR = 0.68; 95%CI: 0.57-0.80), or who had visited the general practitioner or paediatrician (PR = 0.82; 95%CI: 0.70-0.97) or a specialist (PR = 0.86; 95%CI: 0.76-0.97) during the last year were less likely to score this attribute low.

Parents in the intermediate social class (PR = 0.78; 95%CI: 0.62-0.97) and those who had visited a general practitioner or pediatrician in the past year were less likely to report poor coordination between primary care and specialist services (PR = 0.72; 95%CI: 0.55-0.94).

No associations were observed for any of the variables analyzed with the domain of services available, whereas the services received subdomain of the comprehensiveness domain was more likely to be scored low by parents of children aged 6 to 11 years (PR = 1.18; 95%CI: 1.04-1.33) or 12 to 14 years (PR = 1.60; 95%CI: 1.42-1.81), by parents born outside Spain (PR = 1.17; 95%CI: 1.04-1.30), and those whose child was only covered by the public health care system (Table 4).

Cultural competence was more likely to be scored low by parents in the lower social class (PR = 1.25; 95%CI: 1.05-1.50), and those who had used emergency services in the past year (PR = 1.23; 95%CI: 1.07-1.41). On the other hand, cultural competence was less likely to be scored low when a child had double healthcare coverage (PR = 0.74; 95%CI: 0.61-0.91) and by parents of children who had visited the general practitioner or the pediatrician in the last 12 months (PR = 0.69; 95%CI: 0.57-0.83).

Discussion

This study reports on user experiences with primary care among parents of children aged 0-14 years in Catalonia, in 2006. High scores in all attributes evaluated indicated strong primary care in Spain, but some disadvantaged social

Table 1

Characteristics of the sample groups identifying (or not) a center or health professional as a source of primary care.

	Yes (n = 2,091)		No (n = 105)		Whole sample	
	n	%	n	%	n	%
Sex						
Girls	1,018	48.6	49	46.7	1,067	48.5
Boys	1,077	51.4	56	53.3	1,133	51.5
Age * (years)						
0-5	706	33.7	29	27.7	735	33.4
6-11	927	44.2	39	37.4	966	43.9
12-14	462	22.1	37	34.9	499	22.7
Perceived health *						
Excellent	568	27.1	48	46.1	616	28.0
Very good	898	42.8	41	39.5	939	42.7
Good	566	27.0	15	14.0	581	26.4
Fair or poor	63	3.0	0	0.0	64	2.9
Number of chronic conditions *						
0	1,038	49.5	71	68.1	1,109	50.4
1	592	28.3	19	17.7	610	27.8
≥ 2	465	22.2	15	14.2	481	21.8
Psychiatric disorders (SDQ)						
No	1,890	90.2	100	95.8	1,990	90.5
Yes	205	9.8	5	4.2	210	9.5
Two-parent household **						
Yes	1,824	87.1	91	86.6	1,915	87.0
No	271	12.9	14	13.4	285	13.0
Number of people in household						
Four or less	1,663	79.4	76	72.0	1,739	79.0
Five or more	432	20.6	29	28.0	461	21.0
Parents' educational level ***						
University	643	30.7	20	19.0	663	30.2
Secondary	643	30.7	42	40.0	685	31.1
Primary or less	808	38.6	43	41.0	851	38.7
Unknown	1	0.0	0	0.0	1	0.0
Parents' social class ***						
I+II	645	30.8	21	19.9	666	30.3
III	627	29.9	38	36.5	665	30.2
IV+V	810	38.7	44	41.4	854	38.8
Unknown	13	0.6	2	2.2	15	0.7
Parents' country of birth						
Both Spain	1,761	84.1	89	84.8	1,850	84.1
Other	334	15.9	16	15.2	350	15.9
Health coverage						
Only public	1,591	75.9	83	78.8	1,674	76.1
Double	504	24.1	22	21.2	526	23.9

SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

* $p < 0.05$;

** Living with both parents;

*** Maximum between both parents.

Table 2

Parents' scores on experiences with attributes of primary care. 2006 Catalan Health Interview Survey.

PC attributes	Mean scores (95%CI)	Median scores (IQR)	% scoring < 3
First contact	3.40 (3.37-3.42)	3.50 (3.00-3.75)	25.9
Continuity of care	3.25 (3.21-3.29)	3.33 (2.83-4.00)	39.4
Coordination	3.43 (3.37-3.49)	4.00 (3.00-4.00)	30.8
Services available	3.21 (3.19-3.24)	3.25 (2.87-3.62)	37.9
Services received	3.03 (2.98-3.08)	3.25 (2.50-4.00)	49.3
Cultural competence	3.50 (3.47-3.54)	4.00 (3.00-4.00)	28.8

95%CI: 95% confidence interval; IQR: interquartile range.

Table 3

Prevalence and prevalence ratios (PR) of low scores in experiences with primary care attributes by sociodemographic, health status, and use of services variables. Bivariate analysis. 2006 Catalan Health Interview Survey.

	First contact		Continuity of care		Coordination		Services available		Services received		Cultural competence	
	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)
Sex												
Boys	27.4	1.0	41.0	1.0	31.2	1.0	39.2	1.0	50.5	1.0	27.6	1.0
Girls	24.3	0.9 (0.8-1.1)	37.7	1.0 (0.9-1.1)	30.3	1.0 (0.8-1.2)	36.6	0.9 (0.8-1.1)	48.0	0.9 (0.9-1.1)	30.1	1.1 (0.9-1.2)
Age (years)												
0-5	26.3	1.0	38.9	1.0	26.8	1.0	41.0	1.0	39.7	1.0	28.6	1.0
6-11	25.9	0.9 (0.8-1.1)	39.7	1.0 (0.9-1.1)	30.2	1.1 (0.9-1.4)	36.5	0.9 (0.8-1.0)	48.7 *	1.2 (1.0-1.3)	29.5	1.0 (0.9-1.2)
12-14	25.3	1.0 (0.8-1.2)	39.4	1.1 (0.9-1.2)	36.5 *	1.3 (1.0-1.6)	36.1	0.9 (0.7-1.0)	65.3 *	1.6 (1.4-1.8)	27.8	1.0 (0.8-1.2)
Perceived health												
Excellent	25.0	1.0	40.0	1.0	37.3	1.0	34.9	1.0	47.9	1.0	26.9	1.0
Very good	25.1	1.0 (0.8-1.2)	37.6	0.9 (0.8-1.1)	32.4	0.9 (0.7-1.1)	39.0	1.1 (0.9-1.2)	50.3	1.0 (0.9-1.1)	28.0	1.0 (0.8-1.2)
Good	27.1 *	1.2 (1.0-1.4)	40.0	1.1 (0.9-1.2)	23.6 *	0.7 (0.6-0.9)	37.9	1.0 (0.9-1.2)	49.1	1.1 (0.9-1.2)	29.0	1.0 (0.9-1.2)
Fair or poor	34.1	1.3 (0.9-2.0)	50.1	1.2 (0.8-1.6)	26.6	0.9 (0.6-1.5)	49.8	1.2 (0.9-1.7)	50.2	1.1 (0.8-1.4)	55.3 *	1.9 (1.5-2.5)
Number of chronic conditions												
0	22.7	1.0	39.4	1.0	31.2	1.0	37.5	1.0	49.2	1.0	28.6	1.0
1	26.9 *	1.2 (1.0-1.4)	36.7	0.9 (0.8-1.1)	24.8	0.8 (0.7-1.1)	36.6	1.0 (0.9-1.1)	47.4	1.0 (0.9-1.1)	29.5	1.1 (0.9-1.2)
≥ 2	31.9 *	1.3 (1.1-1.6)	42.6	1.0 (0.9-1.2)	36.2 *	1.2 (1.0-1.4)	40.5	1.1 (0.9-1.3)	52.0 *	1.1 (1.0-1.2)	28.2	1.0 (0.9-1.2)
Psychiatric disorders (SDQ)												
No	25.1	1.0	38.7	1.0	30.1	1.0	38.0	1.0	48.9	1.0	28.5	1.0
Yes	32.8	1.1 (0.9-1.4)	45.2	1.1 (0.9-1.3)	35.3	1.1 (0.9-1.4)	37.2	1.1 (0.9-1.3)	53.3	1.1 (0.9-1.3)	31.4	1.2 (0.9-1.4)
Two-parent household												
Yes	26.1	1.0	38.7	1.0	31.2	1.0	38.7	1.0	49.1	1.0	28.5	1.0
No	24.4	0.9 (0.8-1.2)	43.6	1.1 (0.9-1.3)	27.8	0.8 (0.6-1.1)	32.4	0.9 (0.7-1.0)	51.0	1.0 (0.9-1.2)	31.0	1.1 (0.9-1.3)
Number of people in household												
Four or less	25.7	1.0	39.6	1.0	30.5	1.0	38.1	1.0	48.8	1.0	28.9	1.0
Five or more	26.8	1.1 (0.9-1.3)	38.4	1.0 (0.8-1.1)	32.3	1.0 (0.8-1.3)	37.2	1.0 (0.9-1.2)	51.3 *	1.1 (1.0-1.2)	28.3	0.9 (0.7-1.1)

(continues)

Table 3 (continued)

	First contact		Continuity of care		Coordination		Services available		Services received		Cultural competence	
	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)	%	PR (95%CI)
Educational level												
University	21.1	1.0	34.4	1.0	31.5	1.0	41.3	1.0	49.0	1.0	22.8	1.0
Secondary	27.1 *	1.3 (1.0-1.5)	40.6 *	1.1 (1.0-1.3)	28.6	0.9 (0.7-1.1)	34.1 *	0.8 (0.7-1.0)	49.2	1.0 (0.9-1.1)	30.0 *	1.2 (1.0-1.5)
Primary or less	28.8 *	1.3 (1.1-1.6)	42.3 *	1.2 (1.0-1.3)	32.0	1.0 (0.8-1.2)	38.3	0.9 (0.8-1.0)	49.7	1.0 (0.9-1.2)	32.6 *	1.4 (1.2-1.6)
Social class												
I+II	20.7	1.0	34.3	1.0	32.6	1.0	39.9	1.0	48.8	1.0	22.5	1.0
III	26.2	1.2 (0.9-1.4)	36.4	1.0 (0.9-1.2)	26.0	0.8 (0.6-1.0)	35.7	0.9 (0.7-1.0)	44.9	1.0 (0.9-1.1)	27.7	1.2 (1.0-1.4)
IV+V	29.6 *	1.4 (1.1-1.6)	45.5 *	1.3 (1.1-1.5)	33.2	1.0 (0.8-1.2)	38.1	0.9 (0.8-1.0)	53.6 *	1.1 (1.0-1.2)	34.4 *	1.4 (1.2-1.7)
Parents' country of birth												
Both Spain	25.2	1.0	37.9	1.0	30.0	1.0	36.7	1.0	47.7	1.0	27.2	1.0
Other	29.7 *	1.3 (1.0-1.5)	47.3 *	1.3 (1.1-1.4)	36.5	1.1 (0.9-1.5)	44.3 *	1.1 (1.0-1.3)	57.6 *	1.2 (1.1-1.3)	36.9 *	1.2 (1.0-1.4)
Health coverage												
Only public	28.3	1.0	43.2	1.0	32.4	1.0	38.1	1.0	52.8	1.0	31.3	1.0
Double	18.1 *	0.6 (0.5-0.8)	27.4 *	0.6 (0.5-0.7)	26.4	0.8 (0.7-1.0)	37.2	1.1 (0.9-1.2)	38.4 *	0.7 (0.7-0.8)	20.9 *	0.7 (0.6-0.8)
Visit general practitioner or pediatrician last year												
No	27.7	1.0	49.2	1.0	40.9	1.0	34.4	1.0	58.8	1	40.9	1
Yes	25.7	0.9 (0.7-1.2)	38.4 *	0.8 (0.7-0.9)	30.0 *	0.7 (0.5-0.9)	38.3	1.1 (0.9-1.3)	48.4 *	0.8 (0.7-0.9)	27.6 *	0.7 (0.5-0.8)
Visit specialist last year												
No	27.2	1.0	43.7	1.0	29.0	1.0	40.2	1.0	48.5	1	33.0	1
Yes	25.1	0.9 (0.8-1.0)	36.7 *	0.8 (0.7-0.9)	31.3	1.0 (0.8-1.3)	36.5	0.9 (0.8-1.1)	49.8	1.0 (0.9-1.1)	26.2 *	0.8 (0.7-1.0)
Visit emergency department last year												
No	23.6	1.0	36.7	1.0	32.5	1.0	36.9	1.0	49.9	1	27.2	1
Yes	29.3 *	1.2 (1.0-1.4)	43.2 *	1.2 (1.1-1.3)	28.8	0.9 (0.8-1.1)	39.4	1.0 (0.9-1.1)	48.5	1.0 (0.9-1.1)	31.2 *	1.2 (1.0-1.4)

95%CI: 95% confidence interval; PR: prevalence ratio; SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

* $p < 0.05$.

groups were more likely to report a worse experience with primary care, even after controlling by health status and use of services.

Almost all survey participants were able to identify a source of primary care and high scores in all attributes evaluated indicated the high quality of primary care in Spain at that time. Furthermore, the attribute of primary care offering accessible first contact received the highest score in Catalonia, whereas it was one of the worst rated domains in Quebec (Canada)³⁰ and several sites in Brazil^{6,31,32,33}. Primary care reforms have been ongoing in all three countries for several decades. In Brazil, several studies compared the traditional model of care, which provides care in basic health units, with the reformed

centers based on the Family Health Strategy, and showed important differences in PCAT domains. Although the results in accessibility differed between studies, they consistently demonstrated more adequate primary care services when those were provided by Family Health Strategy teams³⁴. Scores were particularly good in the domains of longitudinality of care, coordination between levels, comprehensiveness, and family focused care^{26,33,35}. These scores are not directly comparable, however, as different versions of the PCAT were used. Nevertheless, user experience suggests that Spain performed well in terms of providing accessible first contact.

It is highly relevant that the study did not reveal major differences in experiences with

Table 4

Sociodemographic, health status, and use of services variables associated with low scores in experiences with primary care attributes. Multivariate models adjusted by all variables in the table. 2006 Catalan Health Interview Survey.

	First contact	Continuity of care	Coordination	Services available	Services received	Cultural competence
	PR (95%CI)	PR (95%CI)	PR (95%CI)	PR (95%CI)	PR (95%CI)	PR (95%CI)
Sex						
Boys	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Girls	0.93 (0.80-1.07)	0.97 (0.87-1.08)	1.02 (0.86-1.22)	0.95 (0.85-1.07)	0.97 (0.88-1.05)	1.07 (0.93-1.22)
Age (years)						
0-5	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
6-11	1.01 (0.84-1.22)	1.09 (0.95-1.26)	1.10 (0.87-1.39)	0.91 (0.78-1.05)	1.18 (1.04-1.33) *	1.08 (0.91-1.29)
12-14	1.06 (0.85-1.31)	1.14 (0.98-1.34)	1.21 (0.94-1.56)	0.89 (0.75-1.05)	1.60 (1.42-1.81) *	1.04 (0.85-1.27)
Number of chronic conditions						
0	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
1	1.20 (1.01-1.43) *	0.96 (0.84-1.09)	0.83 (0.67-1.04)	1.01 (0.87-1.16)	0.99 (0.89-1.10)	1.06 (0.90-1.23)
≥ 2	1.35 (1.13-1.62) *	1.04 (0.91-1.20)	1.18 (0.97-1.44)	1.11 (0.96-1.29)	1.08 (0.97-1.21)	1.04 (0.87-1.24)
Social class						
I+II	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
III	1.12 (0.92-1.38)	0.96 (0.82-1.12)	0.78 (0.62-0.97) *	0.88 (0.76-1.03)	0.93 (0.83-1.05)	1.14 (0.94-1.38)
IV+V	1.18 (0.98-1.44)	1.10 (0.95-1.26)	0.91 (0.74-1.11)	0.91 (0.78-1.05)	1.01 (0.90-1.12)	1.25 (1.05-1.50) *
Parents' country of birth						
Both Spain	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Other	1.20 (1.00-1.45) *	1.17 (1.02-1.34) *	1.13 (0.84-1.44)	1.15 (0.99-1.34)	1.17 (1.04-1.30) *	1.12 (0.94-1.33)
Health coverage						
Only public	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Double	0.69 (0.56-0.86) *	0.68 (0.57-0.80) *	0.83 (0.67-1.03)	1.05 (0.91-1.21)	0.78 (0.69-0.89) *	0.74 (0.61-0.91) *
Visit general practitioner or pediatrician last year						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Yes	0.92 (0.73-1.19)	0.82 (0.70-0.97) *	0.72 (0.55-0.94) *	1.04 (0.84-1.29)	0.91 (0.80-1.04)	0.69 (0.57-0.83) *
Visit specialist last year						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Yes	0.86 (0.73-1.01)	0.86 (0.76-0.97) *	1.01 (0.82-1.25)	0.97 (0.85-1.11)	0.98 (0.88-1.08)	0.88 (0.75-1.02)
Visit emergency department last year						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Yes	1.20 (1.03-1.39) *	1.24 (1.11-1.39) *	0.97 (0.81-1.15)	0.98 (0.86-1.10)	1.06 (0.97-1.16)	1.23 (1.07-1.41) *

95%CI: 95% confidence interval; PR: prevalence ratio.

* $p < 0.05$.

primary care when children had health needs; only parents of children with chronic conditions scored first contact-accessibility low. On analyzing the data in detail, we found that the low scores largely stemmed from the lack of phone access for obtaining advice (items C4 and C5).

Having visited a general practitioner or pediatrician was associated with a better rating of primary care in continuity of care and coordination, and having visiting a specialist was also as-

sociated with a better score in continuity of care. On the other hand, lower scores on the domains of first contact-accessibility, continuity of care and cultural competence were associated with a higher likelihood of using emergency services. Previous studies in Catalonia found that parents with a low educational level were more likely to use emergency medical services, as were parents of children with additional, private health coverage¹⁶. The potentially inappropriate use of emer-

gency services was linked to the level of knowledge of the health services available and working hours³⁶, in particular among immigrants with precarious work conditions³⁷. A study using data from the 2007-2009 *Medical Expenditure Panel Survey* in US, showed how one element of communication like patient-provider language concordance, was associated with fewer non-emergent visits to emergency department³⁸.

The differences by sociodemographic characteristics after controlling for health and use of services should be underlined as it raises concerns about social inequalities. It is noteworthy that those in disadvantaged social classes and foreign parents were more likely to give lower scores on the attributes of first contact, continuity of care, services received, and cultural competence, thereby identifying characteristics of primary care that require improvement. A series of barriers might lead to a deterioration in the experiences of disadvantaged social groups with primary care, as observed on other indicators of quality of care³⁹. On the other hand, the same attributes of primary care scored well among users whose children had double health coverage, a characteristic which indicates a privileged part of the population. A similar finding was reported in Argentina with data from a sample in which approximately 50% of the children had double coverage⁴⁰. This may be because they can choose between at least two different options when deciding which pediatrician or other health care professional to visit, and they presumably choose the one they are more satisfied with. Our data (not shown) indicated that they more frequently chose to visit pediatricians provided by their private health care insurance plan.

It should be taken into account that recently, as a response to the global economic crisis, European countries in general, and the Spanish government in particular, have tended to restrict public health expenditure. Recent legislative changes have excluded the uninsured from the right to health care, a move which directly affects immigrants and the unemployed⁴¹. In this way access to healthcare services is reduced and inequities in health may become more marked. It will be important to determine whether the situation worsens in the future or whether primary care is reinforced, as proposed in Spain⁴².

The most important weakness of our study was the use of a subset of the original PCAT items selected specifically for use in the 2006 *Catalan Health Interview Survey*, rather than using the complete short version. However, it was not possible to use the complete version in a health survey. The use of a more limited pool of items implies reduced content validity when compared

to the conceptual model proposed by the instrument's authors, and also limits the possibility of comparing with other countries. Other, shorter versions of PCAT are now available which allow for the computation of a global index of primary care, covering all of the domains proposed by Starfield and selected using modern statistical methods⁴³. Thus, any comparison of our results with other studies should be treated with caution. Nevertheless, the inclusion of these domains and items at least allowed us to gather relevant data on perceptions of primary care services from a representative sample of inhabitants.

Another limitation is the cross sectional design of the study, which rules out the possibility of making causal assumptions. Thus, we cannot confirm whether good access and continuity of care led to a greater use of general practitioners and a lower use of emergency services.

Based on studies of representativeness in similar types of health surveys in children, selection bias could affect results if those who refused to participate had poorer health⁴⁴ and if morbidity is associated with worse experience with access to primary care, as was the case in the present analysis. However, refusals to participate in the current survey were low and refusals were replaced with cases selected by random, from individuals of a similar age and the same sex, living in the same area. No additional information was gathered from refusals to characterize their health or use of services so it was not possible to analyze the possibility of bias in greater depth. Moreover, health surveys employing multistage random sampling of communities and households are likely to achieve more representative and better balanced samples in terms of age, sex, and place of residence (urban-rural) samples than institutional samples or studies of health services in which users are interviewed in waiting rooms⁴⁴.

To the best of our knowledge, relatively few studies have examined user perceptions of primary care services from a population perspective while at the same time taking into account several domains considered fundamental to primary care performance. This study provides information about the quality of primary care in a developed country with a National Health Service which provided almost universal coverage and with a relatively strong primary care service in 2006⁴⁵. The attributes of primary care studied here were generally evaluated positively, but sociodemographic differences indicate the existence of inequalities in service quality and provision. There was also some evidence to suggest that inappropriate use of emergency services may be associated with poor ratings of

primary care services among some groups. The study therefore provides relevant information for policy makers, as it suggests that improvement of aspects of primary care services may reduce both inappropriate use of emergency services

and social inequalities in this area. Finally, socio-demographic differences indicate the existence of inequalities in service quality and provision, which could increase given the current economic and political crisis.

Resumo

Este estudo avaliou as experiências com a atenção primária à saúde para crianças e adolescentes, considerando níveis de saúde, características sociodemográficas e o uso de serviços de saúde. A Enquete de Saúde de Catalunha de 2006 incluiu uma amostra representativa da população de 0 a 14 anos (n = 2.200). Pessoas adultas informaram suas experiências com a atenção primária à saúde de seus filhos com uma seleção de 17 itens do Primary Care Assessment Tool. Estimaram-se razões de prevalência (RP) de baixa pontuação em seis funções da atenção primária à saúde mediante modelos multivariados. A declaração de doenças crônicas se associou à baixa pontuação no primeiro contato-acessibilidade. Os pais imigrantes declararam pior experiência com várias funções da atenção primária à saúde. As pontuações no primeiro contato-acessibilidade, continuidade da atenção e competência cultural foram mais altas quando as crianças tinham cobertura sanitária dupla e mais baixas quando tinham visitado os serviços de emergência. Melhorias em algumas funções da atenção primária à saúde poderiam reduzir o uso de serviços de urgência e iniquidade.

Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Criança; Adolescente

Contributors

S. Berra designed the study, made descriptive analysis, interpreted results, drafted the first version of the manuscript, and approved the final version to be published. M. Rodríguez-Sanz designed the study, made the statistical analysis, interpreted results, reviewed critically the draft and approved the final version to be published. L. Rajmil, M. I. Pasarín and C. Borrell designed the study, interpreted results, reviewed critically the draft, and approved the final version to be published.

Acknowledgment

The authors are grateful to Michael Herdman for his critical review of this manuscript. Prof. Barbara Starfield made important contributions to our work and to this manuscript. She passed away before the last version of this paper was finished. We wish to acknowledge and express our gratitude for her generous and unfailing willingness to collaborate and share her knowledge.

References

- Donaldson MS, Yordy KD, Vanselow NA, editors. *Defining primary care: an interim report*. Washington DC: National Academy Press; 1994.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage* 2009; 32:150-71.
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23: 308-16.
- 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; 35:122-7.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre el salud. *Aten Primaria* 1999; 24:468-74.
- van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S148-58.
- Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med* 2012; 10:34-41.
- Stevens GD, Shi L. Racial and ethnic disparities in the primary care experiences of children: a review of the literature. *Med Care Res Rev* 2003; 60:3-30.
- Stevens GD, Seid M, Mistry R, Halfon N. Disparities in primary care for vulnerable children: the influence of multiple risk factors. *Health Serv Res* 2006; 41:507-31.
- Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalán-Ramos A, Pujol-Ribera E, Sampietro-Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy* 2008; 86:335-44.
- Liss DT, Chubak J, Anderson ML, Saunders KW, Tuzzio L, Reid RJ. Patient-reported care coordination: associations with primary care continuity and specialty care use. *Ann Fam Med* 2011; 9: 323-9.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 1999; 18:263-90.
- Durán J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999; 23:474-8.
- Goñi S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy* 1999; 48:107-17.
- Rajmil L, Borrell C, Starfield B, Fernandez E, Serra V, Schiaffino A, et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child* 2000; 83:211-4.
- Berra S, Borrell C, Rajmil L, Estrada MD, Rodríguez M, Riley AW, et al. Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents. *Eur J Public Health* 2006; 16:405-14.
- Catalán A, Parellada N. La reforma de l'atenció primària i el consum de fàrmacs: una simbiosi, encara? *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 1997; 30:12-8.
- Ozer EM, Adams SH, Orrell-Valente JK, Wibbelsman CJ, Lustig JL, Millstein SG, et al. Does delivering preventive services in primary care reduce adolescent risky behavior? *J Adolesc Health* 2011; 49:476-82.
- Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Guillén-Estany M, Alcañiz-Zanón M, Brugulat-Guiteras P. Características metodológicas de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006. *Med Clin (Barc)* 2011; 137 Suppl 2:3-8.
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press; 1998
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50:161.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39:395-401.
- Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 11:285.
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín M, Berra S, Gotsens Miquel M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health* 2012; 22:14-9.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician* 2007; 53:1057.
- Honorato dos Santos de Carvalho VC, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13:605.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38:581-6.
- Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria* 2000; 25:350-63.
- Barros AJ, Hiraikata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.

30. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6:116-23.
31. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8:285-93.
32. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8:264-73.
33. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8:294-303.
34. 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 Saúde Pública* 2012; 28:1772-84.
35. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007; 22:167-77.
36. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit* 2006; 20:91-9.
37. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria* 2012; 44:82-8.
38. Villani J, Mortensen K. Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med* 2013; 26:680-91.
39. Soler-González J, Marsal JR, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit* 2012; 27:19-25.
40. Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8:227-34.
41. López-Fernández LA, Millán JI, Ajuria AF, March Cerdà JC, Suess A, Danet Danet A, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2012; 26:298-300.
42. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervás Camacho J, Márquez Calderón MS, Alvarez-Dardet C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. *Informe SESPAS* 2012. *Gac Sanit* 2012; 26 Suppl 1:3-5.
43. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8:256-63.
44. Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, et al. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health* 2007; 7:182.
45. 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. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.

Submitted on 11/Jan/2014

Final version resubmitted on 27/May/2014

Approved on 04/Jun/2014

Bibliografía

1. McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Vasireddy S, Kayan K, Pande K, et al. Ten-year fracture probability identifies women who will benefit from clodronate therapy-additional results from a double-blind, placebo-controlled randomised study. *Osteoporos Int.* 2009;20:811–7.
2. Vázquez Díaz M, López García Franco A, Isasi Zaragoza C, Aguado Acín P. Fractura osteoporótica: valoración del riesgo en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2007;129:418–23.
3. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women in the UK. *Osteoporos Int.* 2008;19:385–97.
4. Roig Vilaseca D, Gómez Vaquero C, Hoces Otero C, Nolla JM. Riesgo de fractura calculado con el índice FRAX en pacientes con osteoporosis tratados y no tratados. *Med Clin (Barc).* 2010;134:189–93.
5. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A. Case finding for the management of osteoporosis with FRAX-assessment and intervention thresholds for the UK. *Osteoporos Int.* 2008;19:1395–408.

6. Sánchez-Borrego R, Palacios S, Neyro JL, Queredad F, Vázquez F, Pérez M. Actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica en España. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:562–71.

Mariano Blasco Valle^a, Raquel Sanjuán Domingo^b, José María Ferreras Amezc^{b,*} e Elisa Aldea Molina^b

^a *Médico de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España. Grupo de Osteoporosis de Aragón (GOPar)*

^b *Médico de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chemaferreras@hotmail.com (J.M. Ferreras Amezc).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.012

¿Conocen los directores de los Equipos de Atención Primaria información de calidad sobre características socioeconómicas de la población que tienen asignada?

Are the directors of Primary Care Quality information teams aware of the socioeconomic characteristics of their allocated population?

Sr. Director:

La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para mejorar la eficiencia del sistema sanitario y reducir las desigualdades sociales en salud¹. Debido a la falta de instrumentos para evaluar algunos aspectos esenciales de la APS, se ha realizado una adaptación del Primary Care Assessment Tools (PCAT) dirigida a los directores de los Equipos de Atención Primaria (EAP)^{2,3} completada con preguntas sobre las características socioeconómicas de la población atendida. Dado que la fuente de información eran los directores de los EAP, era necesario analizar la calidad de la información aportada por ellos respecto a 2 indicadores sociodemográficos: «% de población originaria de otros países que atiende el EAP» y «% de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos».

Para este estudio se disponía información de 54 de las 66 Áreas Básicas de Salud (ABS) de la ciudad de Barcelona, aportada por los directores de los EAP que contestaron el cuestionario PCAT-EAP (82% de respuesta). El análisis de calidad se realizó utilizando valores de referencia, similares a los denominados «patrones de oro». El indicador de «% de población originaria de otros países que atiende el EAP», se contrastó con los de «% de población inmigrante» y «% de población inmigrante procedente de países no ricos», elaborados a partir de la información disponible en *Indicadores de salud por ABS 2005* (InfoABS05)⁴, basado en el padrón. Para evaluar el «% de población que utiliza únicamente los ser-

vicios sanitarios públicos» se utilizó el «% de población con cobertura exclusivamente pública» obtenido de la *Encuesta de Salud de Barcelona del año 2006* (ESB 2006)⁵, asignando a cada EAP el valor del distrito.

Se utilizaron 2 índices de validez convergente para variables continuas: el coeficiente de correlación de Pearson (r) y el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Ambos índices son complementarios, ya que mientras que el coeficiente de correlación de Pearson analiza la correlación lineal existente entre 2 variables, el coeficiente de correlación intraclase informa de la concordancia entre 2 variables y combina la información de la correlación y de las diferencias sistemáticas entre observaciones⁶. Los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 16.0.

El porcentaje de inmigrantes atendidos por los EAP de la ciudad de Barcelona variaba desde un 5 hasta un 52%. El porcentaje de la población atendida por los EAP de la ciudad de Barcelona que utilizaba únicamente los servicios sanitarios públicos variaba desde un 20 hasta un 99%. Estos datos se asemejaban a los datos procedentes de los valores de referencia. Los casos perdidos en las variables a validar eran aceptables (NS/NC ≤ 30%) (tabla 1).

Los porcentajes de población inmigrante atendida por los EAP y el de población inmigrante recogidos en el InfoABS05 mostraban una correlación y concordancia muy alta, cercana a 0,9. Asimismo, la correlación y la concordancia entre el porcentaje de población inmigrante atendida por los EAP y el de población inmigrante procedente de países no ricos recogidos en el InfoABS05 eran también cercanas al 0,9. La correlación y concordancia entre el porcentaje de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos declarado por los directores de los EAP, y el de población con cobertura exclusivamente pública señalado por la ESB 2006, aunque menores, eran altos, cercanos al 0,8 (tabla 1).

Estos resultados mostraron que la información aportada por los directores de los EAP de la ciudad de Barcelona sobre los indicadores socioeconómicos analizados tienen un nivel

Tabla 1 Estadísticos descriptivos e índices de correlación y concordancia

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo	N válidos	N perdidos
% de población originaria de otros países que atiende el EAP (PCAT)	15,34	9,58	2	52	41	13 (24,1%)
% de población inmigrante (InfoABS05)	16,83	10,64	5,74	61,07	54	-
% de población inmigrante procedente de países no ricos (InfoABS05)	14,06	9,69	5,21	52,46	54	-
% de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos (PCAT)	67,50	21,45	20	99	42	12 (22,2%)
% de población con cobertura exclusivamente pública (ESB 2006)	66,18	13,52	32,80	86,70	54	-
				r de Pearson		CCI (m. indv)
Índices de correlación y de concordancia						
% de población originaria de otros países que atiende el EAP						
% de población inmigrante (InfoABS05)				0,875*		0,864*
% de población originaria de otros países que atiende el EAP						
% de población inmigrante procedente de países no ricos (InfoABS05)				0,876*		0,871*
% de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos						
% de población con cobertura pública (ESB 2006)				0,781*		0,702*

éúEAP: Equipo de Atención Primaria; PCAT: Primary Care Assessment Tools; InfoABS05: Indicadors de Salut per ABS 2005; ESB 2006: Enquesta de Salut de Barcelona 2006.

* $p \leq 0,01$.

de calidad aceptable y por ello son válidos para ser utilizados en análisis posteriores.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), el Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación-Instituto de Salud Carlos III.ú

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med.* 2007;64:1355–62.
2. González-Viana A, Pasarín MI, Berra S, García-Altés A, Segura S, Starfield B. Traducción y adaptación del Primary Care Assessment Tool (PCAT) al castellano: un instrumento para la evaluación de la Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2007;39 Suppl 2:115–52.
3. Pasarín MI, Berra S, González-Viana A, García-Altés A, Vallverdú I, Starfield B. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en Barcelona, 3 años después de finalizada su reforma. *Aten Primaria.* 2007;39 Suppl 2:S115–52, 133.

4. Agència de Salut Pública de Barcelona. Indicadors de Salut per ABS 2005 [consultado 2/11/2008]. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/InfoABS05.pdf>.
5. Agència de Salut Pública de Barcelona. Enquesta de salut de Barcelona 2006. *Taula 267*. Tipus de cobertura sanitària segons districte i sexe, % estandarditzats per edat. Barcelona, ESB-2006 [consultado 24/9/2008]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/EnquestaSalutBCN%202006%20Resultat%20detallats.pdf>.
6. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials.* 1991;12 Suppl 4:S142–58.

Marta García-Ruiz^{a,*}, M. Isabel Pasarín Rúa^b, Silvína Berra^c e Ferran Daban Aguilar^d

^a CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Agència de Salut Pública de Barcelona-Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Agència de Salut Pública de Barcelona-Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

^d Agència de Salut Pública de Barcelona-Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mg Ruiz@aspb.cat (M. García-Ruiz).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.015

