



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

## TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: Traducción adaptación cultural de la encuesta orientada a “Servicios” de la herramienta para evaluación de la atención primaria PCATool (Primary Care Assessment Tool-Facility version).**

**Alumno: Miguel Pizzanelli Báez**

**Tutor: Josep Lluís Piñol**

**Master Universitario de Investigación en Atención Primaria**

**Curso: 2014-2015**

Universidad Miguel Hernández.

Departamento de Medicina Clínica

Catedra de Medicina de Familia

Master Oficial de Investigación en Atención Primaria curso 2014-2015

---

Alumno: Miguel Pizzanelli

Tutor de TFM: Josep Lluís Piñol

---

### **Título**

Traducción y adaptación cultural de la encuesta para “Servicios” de la herramienta de evaluación de la atención primaria, PCATool (Primary Care Assessment Tool - Facility version).

### **Resumen:**

La evaluación de los servicios de salud del primer nivel de atención permite reflexión y análisis para la mejora de la atención brindada a la comunidad. Su utilidad puede visualizarse desde múltiples puntos de vista. Desde la perspectiva de los usuarios, desde la mirada de los proveedores y desde el punto de vista de la gestión y la implementación de políticas públicas y programas de salud. Primary Care Assessment Tool fue desarrollada en Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health por Barbara Starfield y es un conjunto de herramientas, con una estructura unitaria, que permiten evaluar las dimensiones de la atención primaria de salud. Permite obtener información desde la perspectiva de los usuarios, los equipos de salud y los gestores. La metodología que propone la herramienta implica la aplicación de encuestas, el cálculo de scores, la comparación y análisis de resultados. Este análisis determina una ponderación objetiva del grado de desarrollo de cada una de las dimensiones de la atención

primaria desde diferentes perspectivas y permite la elaboración de estrategias para mejora de los servicios. En Uruguay se ha comenzado el proceso de traducción y adaptación de dos de las encuestas: la destinada a usuarios y la utilizada en profesionales. El presente es un estudio observacional de tipo transversal y propone realizar la traducción y adaptación de la encuesta destinada a gestores, directores de redes de atención primaria y coordinadores de centros de salud. De este modo se dispondría de todas las encuestas que conforman la herramienta actualmente, traducidas y adaptadas para ser utilizadas con fines de evaluación en Uruguay. La evaluación de la atención primaria de salud permitirá establecer logros de la reforma de salud, reorientar recursos y fortalecer el desarrollo de la atención primaria como estrategia.

## **1. Introducción y Antecedentes**

### 1.1. La Atención Primaria de la Salud: Del concepto a la práctica.

En el año 1992 fue publicado en su primera edición “Primary Care: concept, evaluation and policy” <sup>(1)</sup>. Como su título destaca y puede leerse en el prefacio de la autora Barbara Starfield, el texto profundiza en tres niveles. En primer lugar, desarrolla aspectos conceptuales referentes a la atención primaria. En segundo lugar, realiza una aproximación sobre evaluación y medida de los componentes esenciales de la atención primaria. En tercer lugar, aborda cuestiones de política de salud necesarias para su desarrollo.

Este libro, así como la completa obra de Starfield, pueden considerarse piedra angular en la atención primaria (AP), ya que han permitido reflexionar, enseñar e investigar sobre la esencia misma de la atención primaria y sobre las dificultades y desafíos que se presentan para su desarrollo y aplicación. A través de la propuesta y análisis de esta publicación se pudo profundizar y establecer mayor claridad en el desarrollo del marco conceptual. Esto permitió llenar de sentido lo que se entiende por atención primaria. Quedaron establecidas las dimensiones o componentes esenciales y complementarios de la AP. Dentro de las dimensiones esenciales se encuentran: primer contacto (accesibilidad y utilización de los servicios), atención coordinada, continuidad (grado de afiliación

a un servicio y atención longitudinal), integralidad o globalidad (servicios disponibles y servicios proporcionados). Son dimensiones complementarias: el enfoque familiar, la orientación comunitaria y la competencia o idoneidad cultural.

Desde una mirada pragmática y fundándose en un marco teórico mucho más definido, elaborado y preciso fue posible establecer una metodología que permitiera evaluar las prácticas y procesos en el primer nivel de atención. El surgimiento de PCATool se inscribe en este giro y se convierte en una herramienta de evaluación que logra establecer y mostrar el grado de desarrollo de cada una de estas dimensiones de la AP. Se configura así en un instrumento de jerarquía para medir variables operacionales e indicadores de estructura y proceso.

Si bien las características del concepto y de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, quedaron establecidas en la conferencia mundial de Alma Ata en 1978 <sup>(2)</sup>, ha sido necesaria mucha reflexión y práctica para consolidarlas. Los sistemas de salud que han incorporado en enfoque integral y han asumido la estrategia de la atención primaria, demuestran mejores resultados <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>.

En reunión de la Organización Panamericana de la Salud de 2005 realizada en Uruguay, a partir del documento conocido como “Declaración de Montevideo”, se establece que los sistemas nacionales de salud deben estar sustentados en la Atención Primaria de la Salud renovada, por ser esta la mejor estrategia de salud para promover equidad y desarrollo sustentable de salud <sup>(5)</sup>. Sin embargo existe resistencia o latencia al cambio de paradigma y es necesario un mayor compromiso con la aplicación de la estrategia en todos los niveles posibles (político, institucional y de gestión, participación social), así como una adecuada capacidad de adaptación a los dinámicos y permanentes cambios epidemiológicos, sociales y culturales.

Disponer de metodología para investigar sobre eficiencia, efectividad, calidad, desenlaces o resultados, seguridad en los procesos asistenciales, aceptabilidad de las intervenciones de salud por parte de la población, es crucial para evaluar, planificar y reorientar servicios de salud en el primer nivel de atención. Esta es una fortaleza que ofrece la herramienta PCAT. A partir de su aplicación, análisis de resultados, implementación de mejoras en procesos que

surgen del análisis, permite consolidar y desarrollar la atención primaria. Es de ese modo que se transforma en un instrumento que permite transitar la mirada del análisis desde la dimensión micro-asistencial a la complejidad de la efectividad de la aplicación de políticas públicas de salud de un modo tangible no teórico. Para comprender su impacto como herramienta y metodología es necesario profundizar en su estructura.

## 1.2. Características de la herramienta PCATool

El instrumento fue creado en base a un modelo de evaluación de calidad de servicios de salud que permite medir indicadores de estructura, proceso y resultados <sup>(6)</sup>.

La familia de herramientas conocida como PCATool, consiste en un conjunto de cuestionarios que permiten evaluar las dimensiones esenciales y complementarias de la AP. Estos cuestionarios tienen una estructura fundamental que comparten entre sí, lo que permite analizarlos e interpretar los resultados por separado y en conjunto.

A su vez es posible recibir aportes desde diferentes perspectivas y analizar estos puntos de vista complementarios. Existen cuatro cuestionarios que pueden presentar diferencias en sus denominaciones derivadas de los nombres asignados de acuerdo a los procesos de traducción y adaptación realizados en cada país:

**PCAT Sistemas:** este cuestionario permite acceder a la perspectiva macro y del desarrollo de la AP en el sistema de salud a través de la opinión de gestores de políticas sanitarias y expertos.

**PCAT Servicios:** en este caso está orientado a gestores de centros o servicios del primer nivel de atención, con orientación a la atención primaria, permitiendo evaluar el nivel de desempeño respecto a una población de referencia. Desde el análisis de gestión corresponde a un nivel meso y micro.

**PCAT Profesionales:** es el cuestionario orientado a los profesionales que tienen responsabilidad como proveedores o prestadores de salud en centros o servicios del primer nivel de atención.

PCAT Usuarios: este cuestionario es aplicable a los usuarios y permite recoger su opinión sobre el centro o servicio de referencia y los cuidados brindados y recibidos. De este cuestionario existe una versión para usuarios adultos y otra para población infantil.

Desde su primera aplicación en 1998 hasta la fecha han existido muchas modalidades de aplicación de las encuestas, desde protocolos que establecen pautas de autoadministración hasta la aplicación de las encuestas por medio de entrevistadores entrenados con ese propósito. Los cuestionarios pueden ser aplicados en cualquier país que haya realizado el proceso traducción y adaptación y en todo el sistema. Los cuestionarios constan de preguntas separadas en apartados que evalúan cada una de las dimensiones. Las respuestas se recogen a través de una escala. Esta escala permite realizar un score que da una ponderación a cada dimensión analizada. Asimismo es posible obtener un score general de resumen.

La estructura de la herramienta permite comparar los scores obtenidos a través de la aplicación de los diferentes cuestionarios. Por ejemplo podemos comparar el acuerdo o desacuerdo entre la visión de los usuarios y la de los profesionales sobre un mismo aspecto. Luego es posible realizar un análisis que conduzca a comprender las causas de las coincidencias o las discrepancias. Un paso más puede ser realizar las modificaciones correspondientes de acuerdo a la evaluación para mejorar el aspecto considerado. En un caso particular, si al analizar la dimensión accesibilidad, los scores de los cuestionarios aplicados para profesionales tienen niveles de suficiencia y al mismo tiempo, la opinión de los usuarios es francamente deficiente, es necesario realizar análisis y planear intervenciones que incluyan a la comunidad, para verificar las causas y promover las mejoras necesarias. Como se ve con este ejemplo la aplicación puede desencadenar procesos de mejora con foco, orientación y resultados bien precisos. En resumen: PCAT es:

- a) una familia de herramientas que está concebida en forma unitaria,
- b) que se aplica a través de la realización encuestas que constan de preguntas agrupadas en módulos
- c) con una misma escala de respuesta,

- d) que permiten obtener la perspectiva complementaria de diferentes actores en el proceso asistencial (usuarios, proveedores, gestores, tomadores de decisiones)
- e) y luego de la aplicación mediante el análisis de las respuestas ofrece una ponderación mediante escores,
- f) permitiendo elementos concretos para proponer planes de mejora y afianzar la calidad de los servicios, fortaleciendo la aplicación de la estrategia de la APS de un modo efectivo.
- g) por su estructura es también una herramienta de intervención y desarrollo de pensamiento crítico, que interpela a los entrevistados, ya que ofrece una manera no solo teórica sino práctica de percibir, concebir, administrar y evaluar la orientación de los centros del primer nivel de atención hacia la dirección correcta que lleva a una atención primaria equilibrada, que sustenta al sistema de salud en su conjunto ( el qué y el cómo, el cuándo y el dónde de la AP en una sola mirada pero con gran riqueza de perspectivas)

### 1.3. Proceso de validación de la herramienta en Uruguay.

En el año 2008, surge el Grupo de investigación independiente PCAT.Uy. En ese momento se estableció como grupo de trabajo asociado al Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la UDELAR (Universidad de la República, Uruguay). Actualmente tiene vinculación académica no formal con el departamento mencionado y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la misma Universidad. Su cometido ha sido liderar la adaptación, validación, aplicación, divulgación, docencia e investigación a través de la herramienta.

La primera etapa de trabajo consistió en la traducción y adaptación transcultural de la versión para profesionales. Esta etapa tuvo como momento trascendente al Seminario Internacional de Evaluación del Primer Nivel de Atención, realizado en noviembre de 2010, por iniciativa del Grupo PCAT.Uy. Este encuentro reunió por primera vez a investigadores de la región que desarrollan investigación a través del uso de la herramienta PCAT y a su creadora Barbara Starfield y su colaborador James Macinko <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>. Este evento

fue el comienzo de una fuerte cooperación internacional para el desarrollo de conocimiento, que actualmente se traduce a través de la Colaboración IA-PCAT, espacio de cooperación de grupos de investigación de Iberoamérica, con interés en la evaluación del primer nivel de atención en sistemas de salud basados en la atención primaria a partir de la aplicación de PCATool (9, 10).

Este encuentro de 2010 permitió culminar con el apoyo de la investigadora principal y creadora de la herramienta, el proceso de traducción, adaptación y validación de la encuesta para usuarios (11). A partir de esa fecha el objetivo ha sido cumplir con las etapas necesarias para disponer de todas encuestas de la herramienta para ser aplicadas en Uruguay. La encuesta para usuarios UR-PCAT-AE, está en proceso de validación desde 2012, que aún no ha culminado. Este proceso de validación está siendo realizado en colaboración con el equipo de Investigación en Atención Primaria de la Universidad Federativa de Río Grande do Sul, Brasil.

La propuesta que plantea este protocolo está orientada a comenzar un proceso de similares características a los descritos, con la *versión-Facility* (por su nombre original en inglés), encuesta que permite recoger la opinión de directores y gestores de servicios de salud del primer nivel de atención. Al culminar este proceso será posible disponer de cuestionarios validados en nuestro país para ser aplicados y obtener la visión de usuarios, profesionales y gestores.

## **2.- Objetivos del estudio.**

### Objetivo general

Obtener una versión aplicable en Uruguay del cuestionario para servicios de la herramienta PCAT (Facility Survey- Expanded version), desde su original en inglés, para ser sometida posteriormente a validación.

### Objetivos específicos

Realizar el proceso de traducción y adaptación del cuestionario desde su fuente original en inglés y las versiones validadas disponibles en español.

Cumplir con los pasos previstos para su adaptación transcultural y al sistema de salud.



Garantizar durante el proceso la equivalencia semántica, práctica y cultural.

Verificar la comprensión de la versión obtenida de modo permitir al aplicar la correcta interpretación de las preguntas, manteniendo el sentido original.

Obtener una versión aceptable del cuestionario para ser sometida al proceso de validación.

### **3.- Aplicabilidad y utilidad de los resultados.**

La evaluación de la implementación de la estrategia de la AP en los sistemas de salud es un modo de determinar si los cambios llevados adelante producen los resultados esperados. Permite evidenciar avances y hace posible la toma de decisiones para lograr el fortalecimiento de las funciones de la AP. Esta evaluación es relevante y fundamental en los sistemas de salud que han implementado reformas en busca de mayor equidad y mejores resultados en salud. Desde diciembre de 2007 se definió a la Atención Primaria de Salud como principio y base del sistema nacional de salud en Uruguay. Esta reforma quedó establecida por la ley que dio creación al Sistema Nacional Integrado de Salud (12). Como se ha expresado previamente, la posibilidad de evaluar la orientación y la fortaleza o debilidad de la atención primaria en un sistema de salud es relevante máxime si se asume que esta sustenta conceptualmente el desarrollo y el flujo de recursos en el sistema. Este grado de desarrollo depende del modo como se distribuyen los recursos (recursos humanos, equipamiento), pero también del modo en cómo se organizan los servicios y se coordina el flujo asistencial entre los diferentes niveles en el sistema. Esta distribución de los recursos es crítica para lograr mayor capacidad resolutive en los servicios y al mismo tiempo permitir acciones integrales y con perspectiva longitudinal.

Este modo de comprender organización y la estructura de los servicios del primer nivel de atención, tiene impacto directo en el desarrollo de la atención primaria (13). Es en este punto en el que la herramienta PCAT puede aportar un factor de inducción de cambio. Los gestores en las redes de atención primaria juegan un destacado papel en la toma de decisiones que puede determinar

desarrollo o involución en el desempeño de las funciones de la AP. La herramienta PCAT ha sido considerada como instrumento de reflexión, análisis e intervención sobre las prácticas y el modo de organización de los servicios. Esto ocurre en primer lugar al tomar contacto con los cuestionarios, dada la perspectiva sobre el modo de organización y prácticas que de ellos se desprende. En segundo lugar, permite evaluar cómo y qué se realiza. En tercer lugar, induce a un camino de buenas prácticas, protectoras del enfoque de la atención primaria: atención centrada en la persona, cuidados de salud integrales, coordinación en el sistema, flujo inteligente de información, atención longitudinal, cuidados en el contexto de la familia y disposición abierta y activa hacia la comunidad. Esta dimensión docente de la herramienta surge como aprendizaje descubierto en la síntesis realizada luego de la participación en etapas previas de validación y aplicación de la misma en Uruguay. Se puede afirmar que en nuestro país el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria como nivel de atención es incipiente y requiere para su desarrollo y consolidación, de investigación, acopio de aprendizajes y comunicación de experiencias relevantes.

Otra fortaleza de la aplicación de la herramienta es la posibilidad de la comparabilidad internacional al analizar resultados. Se ha traducido y adaptado en varios idiomas entre ellos español. Las primeras publicaciones sobre su aplicación fueron en 1998, el país de origen de la herramienta, Estados Unidos (14). Desde ese momento hasta la fecha las publicaciones se han multiplicado. En 2004 fue adaptada por primera vez en Brasil (15) y Canadá (16). Desde 2007 se ha comenzado a utilizar en España (17,18), Tailandia (19), Hong Kong (20) y China (21). Brasil es el país que tiene mayor número de publicaciones en el mundo y en Latinoamérica. Varios países en América están realizando avances en adaptación y traducción: Bolivia, Colombia, Ecuador y México. El grupo de trabajo de Brasil ha sido el más productivo en aplicaciones y publicaciones (22, 23, 24,25). Argentina (26) y Uruguay (11), asimismo han realizado publicaciones. Es destacado el volumen de trabajo sobre evaluación del primer nivel de atención a través de PCAT en países de América del Sur, lo que ofrece un escenario de cooperación internacional y sinergia regional en investigación. La comparación de resultados en este contexto de sistemas de salud en proceso de reforma, en

estadios diferentes, ocurriendo en países vecinos y de características socio-económicas semejantes, despierta gran interés.

Finalmente en este apartado se desarrollan algunas ventajas y limitaciones sobre el uso de PCAT, que se sintetizan en el Cuadro I del Anexo 1. La claridad del marco teórico utilizado para su diseño, la definición de indicadores precisos y la posibilidad de obtener respuestas desde diferentes miradas o perspectivas, permite tener una idea del potencial de la herramienta. La validación y utilización en varios países es un indicador de la consistencia y universalidad tanto para el marco teórico, como para la metodología de evaluación que ofrece PCAT. El uso de la herramienta puede permitir en un mismo país establecer una línea de base para comparaciones sobre el impacto de la atención primaria a lo largo del tiempo. Se ha comparado PCAT con otras herramientas de similares características disponibles (27, 28) y se la ha considerado la más completa y con mejores resultados respecto validez, confiabilidad. Otro beneficio de su uso es la posibilidad de convertir los scores en escalas para facilitar la comparación de resultados, así como la posibilidad de poder aplicar los cuestionarios de diferentes formas (auto-administrado, mediante encuestadores) lo que facilita la adaptación para cada diseño metodológico. Las aplicaciones y resultados obtenidos de las mismas en Latinoamérica, confirman el carácter universal del modelo establecido por Starfield (29, 30, 31).

Entre las principales limitaciones podemos mencionar que para evaluar algunos indicadores o variables como costos en el sistema, satisfacción de los usuarios, resultados de salud, es necesaria la aplicación de otros instrumentos complementarios. Llegada a la etapa de validación el diseño metodológico requiere rigurosidad para obtener los mejores resultados de la aplicación de la herramienta. En el caso de los cuestionarios para usuarios y profesionales, la obtención de muestras representativas puede representar un gran desafío para los equipos de investigación implicados. Las versiones largas de los cuestionarios pueden tomar entre 30 y 60 minutos para ser administradas. Esto puede ser una limitación cuando se aplica a usuarios o profesionales que no están sensibilizados o dispuestos a participar de la evaluación.

Una vez obtenido un cuestionario que haya sido sometido a test preliminar o pre-test (aquí concluye la propuesta del presente protocolo) se comenzará la

siguiente etapa que corresponde a la validación. Se someterá al cuestionario a diversos análisis estadísticos a través de pruebas piloto a partir de una muestra significativa. Solamente se citan esquemáticamente alguno de los aspectos metodológicos a utilizar en la etapa de validación: a) análisis de fiabilidad, consistencia interna (alfa de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson, análisis test-retest), b) verificación de las asunciones de la escala Likert, c) análisis de validez (validez factorial, validez convergente y discriminante). Para este análisis se procederá a la elaboración de un segundo protocolo. Para esta etapa se pretende disponer de un equipo de investigación, que habiendo trabajado en el proceso de adaptación de esta propuesta, tenga la capacidad de trabajo en equipo y conocimiento de la herramienta que permitan un desempeño eficiente y que genere aprendizaje colectivo. Para el análisis estadístico se requerirá apoyo desde la UFRGS y su equipo de investigación.

**4.- Diseño y Métodos.** Traducción y adaptación cultural de la encuesta para “Servicios” de la herramienta de evaluación de la atención primaria PCATool (Primary Care Assessment Tool-Facility version).

Se propone la adaptación transcultural de una de las encuestas de la herramienta PCAT y se trata de un estudio observacional de tipo transversal. Se han seguido las recomendaciones de los creadores de la herramienta para el diseño y la definición de la metodología a seguir en el proceso de traducción y adaptación que se propone. Estas recomendaciones están pautadas en un manual de los investigadores principales <sup>(32)</sup>. Se han consultado todas las publicaciones que documentan recientes procesos similares en Iberoamérica para mantener una forma coherente y adecuada de diseño metodológico.

#### **a) Estrategia de trabajo. Equipo de Investigación**

Al existir un grupo de profesionales familiarizados con el trabajo con herramienta y que han participado en las anteriores etapas de adaptación, traducción y validación se conformará un equipo de trabajo local para llevar adelante este proyecto. Promover la participación de profesionales con diferentes perspectivas dentro del sistema de salud en colaboración con médicos de familia y comunidad para una propuesta de estas características es una instancia privilegiada de aprendizaje y diseminación de conocimiento. La red de

cooperación regional que existe en la región ha sido una estrategia de enseñanza aprendizaje que se desea mantener y estimular con este proyecto.

Por último se considera que la inclusión de jóvenes estudiantes de pregrado y posgrado es relevante por las consideraciones que se han realizado respecto al valor de la herramienta como inductora de reflexión y generación de pensamiento crítico. Todas las consideraciones previas serán tenidas en cuenta para la conformación del equipo de investigación que lleve adelante este proyecto.

Se establecerán responsabilidades y referentes para cada etapa del proceso y existirá un coordinador de equipo o investigador principal. La conducción del proceso y evaluación de la marcha estará a cargo del equipo de coordinación que estará formado por el coordinador de equipo y los referentes correspondientes. El equipo, en reunión colaborativa, decidirá la división de responsabilidades, los roles a asumir y el modo de toma de decisiones (se promueve que a las decisiones sobre aspectos relevantes se llegue por consenso).

#### **b) Diseño metodológico / Adaptación transcultural y traducción**

El método a utilizar será el de adaptación transcultural. Mediante este proceso se obtiene una encuesta adecuada al contexto cultural del país y del sistema de salud, en este caso uruguayo, y en lenguaje comprensible. En el proceso es necesario mantener algunas estrategias para asegurar y mantener la validez confiabilidad, preservar equivalencias y asegurar la comparabilidad de resultados entre distintos contextos. Por tanto se debe realizar el menor número de cambios posibles y seguir las recomendaciones mencionadas.

Se trabajará sobre la versión extensa original en inglés de la encuesta para servicios o gestores cuyo nombre es “Primary Care Assessment Tool-Facility version” (PCAT FE). Como insumos complementarios se cuenta con la versión validada para Uruguay para profesionales (médicos) y la versión en castellano de la encuesta para servicios validada en España <sup>(33)</sup>. El primer paso antes de la traducción será recopilar y revisar todas estas versiones disponibles. Luego de esta revisión se realiza un documento para entregar al panel de expertos. Las preguntas correspondientes a los apartados referentes a

información administrativa y general serán tomadas de los cuestionarios ya adaptados para Uruguay de tal modo de mantener coherencia entre las versiones disponibles para el país.

Para llegar a una versión final consistente son necesarias varias etapas que se describen a continuación: traducción directa, revisión por panel de expertos (adaptación cultural y al sistema de salud), traducción inversa, revisión final por expertos, pre-test. (Anexo 2).

ETAPA 1: Traducción directa y adaptación lingüística Tiempo estimado para dar cumplimiento a esta etapa: 4 meses.

El cuestionario original en inglés cuenta con 7 dimensiones o capítulos y un total con 158 ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert (en inglés: 1 = definitely not; 2 = probably not; 3 = probably; 4 = definitely). Se ha obtenido una versión consensuada de esta escala para las versiones validadas y en proceso de validación en nuestro país.

Para la traducción directa, se proponen dos traducciones. Una de ellas será y se realizará por un lingüista profesional, de lengua madre castellano local. La segunda puede ser realizada por un miembro del equipo de investigación que cuente con conocimiento del idioma original de la encuesta.

Al final de esta etapa estas dos versiones serán revisadas por los traductores y el equipo de investigación de tal modo que se obtenga una única versión por consenso. Instrumento a utilizar para sintetizar los datos, será una grilla o tabla en la que habrá una columna para cada enunciado original en inglés, una para la traducción propuesta y una tercera para anotar observaciones que surjan en este proceso. (Anexo 3)

Logros y productos esperados en esta etapa:

- 1) Conformación del equipo de investigación. División de roles y tareas. Acuerdos de agenda y cronograma.
- 2) Definir un comité de comunicación dentro del equipo, para establecer una estrategia de transferencia de conocimiento.
- 3) Elección de traductores profesionales para realizar la traducción directa y la inversa.

- 4) Presentación del protocolo al Comité de ética de la Facultad de Medicina.
- 5) Obtener una versión única por consenso de la traducción para presentar al panel de expertos (en la etapa 2).
- 6) Elección de integrantes del panel de expertos. Convocatoria y acuerdo de agenda de trabajo.
- 7) Preparación de los materiales de trabajo para el panel de expertos.
- 8) Intercambio de experiencias con equipos de investigación en Iberoamérica (Argentina, Brasil, España, Colaboración IA-PCAT).
- 9) Evaluación de la etapa y logros ( evaluación en equipo de trabajo)

## ETAPA 2: Revisión por panel de expertos / 3 meses

De acuerdo a las decisiones que tome el equipo de investigación se procederá a la convocatoria del panel de expertos. Se sugiere para la conformación contar con un grupo de personas que tengan conocimiento del trabajo en el primer nivel de atención y de las actividades que se realizan. Se buscará que los participantes sean referentes destacados en su área de trabajo y conocimiento, que acepten trabajar de acuerdo al cronograma planteado.

Se solicitará que realicen lectura de documentos previa a las reuniones y que se comprometan a participar de los encuentros que serán presenciales hasta que haya culminado esta etapa del proceso. Se estima que serán necesarias unas 4 reuniones de 1 hora y media cada una para lograr los objetivos.

Se buscará conformar un grupo de entre 5 y 10 personas y los perfiles profesionales a considerar serán los siguientes: promotores de salud comunitaria, licenciados comprometidos con gestión de centros del primer nivel de atención, médicos de familia y comunidad, especialistas en evaluación de servicios de salud, técnicos en enfermería, especialista en administración de salud, especialista en salud pública, directores de centros o redes de atención primaria del sector público o privado. El cometido del panel y del equipo de investigación es llegar al final de la etapa con un cuestionario que muestre coherencia con el original, manteniendo el sentido, logrando que se adecue a la cultura del país y a las características del sistema de salud en el momento actual.



Para el trabajo del panel de enviará la versión original, la versión traducida, una pauta con los objetivos del trabajo en esta fase y una grilla con todos los ítems originales, la versión propuesta y una tercer columna en la que calificarán cada uno de los enunciados de acuerdo a una escala de cuatro puntos: 1 = si se considera que la equivalencia es adecuada y se mantiene la traducción propuesta; 2 = cuando se considere que el enunciado requiere cambios mínimos para lograrse una mejor comprensión (aquí se incluyen cambios en unas pocas palabras 2 o 3 solamente); 3 = se requieren cambios mayores para lograr un resultado satisfactorio; 4 = se considera que la traducción propuesta no es equivalente y debe someterse a análisis o exclusión. Como se ha detallado anteriormente la exclusión de enunciados debe ser excepcional para evitar alteraciones en la validez y fiabilidad del cuestionario y de la herramienta. Al sintetizar todos los aportes y acordar las modificaciones se obtendrá una versión que se sugiere someter a revisión de un miembro de grupo de trabajo internacional en PCAT, que no sea miembro del equipo de investigación que ejecuta este protocolo.

Logros y productos esperados en esta etapa:

- 1) Conformación del panel de expertos. Acuerdos de agenda y cronograma.
- 2) Elección de un coordinador de actividades del panel, para gestionar la agenda y los encuentros.
- 3) Seguimiento del protocolo al Comité de ética de la Facultad de Medicina.
- 4) Obtener una versión única por consenso, si es posible, con las adaptaciones propuestas.
- 5) Solicitar análisis y revisión de la propuesta a experto internacional que no forme parte del equipo que conduce la investigación.
- 6) Evaluación de la etapa y logros (evaluación en equipo de trabajo)

### ETAPA 3: Traducción inversa / 3 meses

La versión obtenida en la etapa anterior será traducida de inglés a español por traductor cuya lengua materna sea inglés y de preferencia que no esté



familiarizado con la versión original. Esta versión se compara con la original y se verifican equivalencias o se detectan discrepancias.

El equipo de investigación y el panel de expertos verifican los resultados y se llega a acuerdo sobre una versión para ser sometida a prueba pre-test.

Metas y productos esperados en esta etapa:

- 1) Elaboración de un manual de campo para la aplicación del test preliminar y capacitación de encuestadores (guía o manual de procedimiento del entrevistador).
- 2) Selección de los integrantes de la muestra de conveniencia para someter al cuestionario a la prueba o test preliminar.
- 3) Seguimiento del protocolo al Comité de ética de la Facultad de Medicina.
- 4) Elegir un referente para el seguimiento metodológico de la etapa 4.
- 5) Reclutar y capacitar un equipo de investigadores para realizar las encuestas de la prueba o test preliminar.
- 5) Evaluación de la etapa y logros (evaluación en equipo de trabajo)

#### ETAPA 4: Test Preliminar y análisis de resultados / 6 meses

El objetivo de esta etapa es someter al cuestionario a una prueba para verificar que el lenguaje sea comprensible, encontrar dificultades para responder a las preguntas, medir tiempo promedio empleado en responder el cuestionario. Se realizará una muestra de conveniencia siguiendo criterios que se detallan en el apartado “población de estudio”.

Metas y productos esperados en esta etapa:

- 1) Capacitar y conducir las tareas de los encuestadores que llevarán adelante las entrevistas del test preliminar.
- 2) Establecer un cronograma de entrevistas para la aplicación de la prueba.
- 3) Análisis de resultados de la prueba preliminar.

- 4) Revisión de las notas y aportes de campo y propuesta de cambios necesarios en el cuestionario. Someter a revisión final por parte de expertos internacionales.
- 5) Reunión de trabajo del equipo de investigación para presentar y validar los cambios y sugerencias obtenidas.
- 6) Definición final del cuestionario adaptado y con todas las modificaciones consensuadas: versión final para prueba piloto.
- 7) Seguimiento del protocolo al Comité de ética de la Facultad de Medicina.
- 8) Realizar encuentros del equipo de investigación, para compartir los documentos para la comunicación de la experiencia y publicación.
- 9) Definir un comité de redacción para el desarrollo de comunicaciones: presentación en congresos, publicaciones, comunicaciones de medios masivos o en redes, de acuerdo a la política de transferencia o intercambio de conocimiento que haya sido establecida por el equipo.
- 10) Evaluación de la etapa y logros (evaluación en equipo de trabajo)
- 11) Evaluación final del proceso de investigación y logros.

#### Desarrollo de los procesos del Test Preliminar (Etapa 4)

##### **a) Población de estudio**

- Descripción de la muestra: Para la realización del test preliminar se utilizará una muestra de conveniencia. El número de encuestados que se plantea como meta es de ocho, que serán seleccionados de acuerdo a los criterios que se detallan en el apartado de criterios de inclusión.

Estando el sistema de salud en Uruguay conformado por prestadores de salud que se clasifican en dos subsistemas, público y privado se realizará una selección de gestores que procedan de estos dos subsistemas. Siendo el desarrollo del primer nivel de atención no armónico, con una mayor tradición y trayectoria en el sector público se aplicará a 6 gestores del proveedor público estatal de salud (Administración de los servicios de salud del Estado / ASSE) y 2 de un proveedor privado que disponga de servicios con orientación al primer nivel de atención con un desarrollo al menos intermedio o destacado. Se

considera que una muestra de entre cinco y ocho participantes es suficiente para realizar este tipo de testeo y que el análisis posterior sea válido (34). Se incluirán servicios de zonas urbanas y rurales y teniendo en cuenta sus características para cubrir la mayor diversidad, de modo que sean representativos de los servicios del primer nivel de atención en el país.

Como paso previo a la prueba o test preliminar se procederá a solicitar las autorizaciones o consentimientos institucionales en las organizaciones en las que se propone aplicar el cuestionario. Esta solicitud será enviada al inicio del proceso de investigación para permitir el procesamiento de la información y la toma de decisión que permita la autorización. Se utilizará una estrategia de dos vías. Por un lado se enviará un documento explicativo sobre las ventajas y resultados esperados al aplicar la metodología que ofrece la herramienta. Como segunda vía se solicitará una entrevista personal para presentar al equipo de investigación y desarrollar aspectos prácticos sobre el protocolo de investigación (objetivos, necesidades y productos y resultados esperados que benefician a la institución participante).

- Criterios de inclusión y exclusión / procedencia de los sujetos: Luego de haber descrito el modo de selección de instituciones participantes se detallan los criterios de inclusión para la selección de la muestra de conveniencia.

Se incluirán dentro de los perfiles profesionales para seleccionar participantes los siguientes: personas encargadas de la gestión o dirección de redes de atención primaria, servicios o centros del primer nivel de atención, personas encargadas de la coordinación o gestión de servicios de primer nivel de atención, coordinadores de equipos de trabajo en servicios de salud del primer nivel de atención (licenciados con tareas de gestión o coordinación, administradores de salud, directores, responsables de servicios o centros). Como se ha descrito se incluirán servicios de zonas urbanas y rurales de la capital del país y del interior. En esta etapa dado que el objetivo es obtener un cuestionario adaptado, con la mayor calidad posible, se seleccionarán personas que demuestren compromiso y trayectoria en el trabajo de dirección o gestión en el primer nivel de atención y que tengan un conocimiento aplicado de la atención primaria.

### c) **Método de recogida de datos**

Una vez definida la lista de personas incluidas en la muestra, se tomará contacto para establecer la conformidad de colaborar con el estudio y definir una entrevista para la aplicación. Las entrevistas serán realizadas por miembros del equipo de investigación en forma personal. Todos los entrevistadores habrán realizado la capacitación previa que incluye contenidos sobre el protocolo, aspectos éticos de la investigación y manual de campo (guía o manual de procedimiento del entrevistador) para la aplicación de la prueba preliminar que aplican.

La entrevista contará de dos partes. En primer lugar se aplicará el cuestionario tal cual como ha sido adaptado. Si no existe dificultad por capacidades sensoriales especiales u otra posible limitación por parte del entrevistado, se procederá a la aplicación por el modo auto administrado.

El entrevistador tomará nota de las etapas o preguntas que generen dificultad para responder. El entrevistador solamente puede responder preguntas respecto a comprensión del texto si fuese necesario. Debe intentar por todos los medios de mantener neutralidad ante las respuestas o comentarios y abstenerse de demostrar, aprobación, desaprobación o realizar juicios de valor sobre las preguntas o respuestas.

La segunda etapa se realizará una vez cumplido con el cuestionario auto-administrado. En este momento el entrevistador entregará un segundo cuestionario que solicitará responder sobre los aspectos que se detallan a continuación:

- Opinión sobre lo comprensible que le ha resultado el cuestionario y el interés de las preguntas.
- Dificultad para responder a las preguntas
- Opinión sobre el lenguaje del cuestionario y adecuación para transmitir con claridad sobre lo que se desea ser respondido.

Se solicitará que para cada pregunta se exprese con una escala de respuestas de 5 opciones: 1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = mucho; 5 = muchísimo.

Se realizarán algunas preguntas abiertas para poder registrar sugerencias luego de cada pregunta.

Para las preguntas o ítems en los que se ha encontrado dificultad se procederá a leer nuevamente, solicitando que el entrevistado exprese con claridad el grado y tipo de dificultad que encuentra. En caso de que en un enunciado en particular la persona entrevistada encuentre falta de claridad en la formulación o necesidad de clarificar, se le solicitará que haga una sugerencia de reformulación con sus propias palabras (técnica de paraphrasing), tratando de ser fiel al original y conservar su significado <sup>(35)</sup>. Para esta etapa se considera necesario registro de audio de las reformulaciones, para ser desgravado y registrado en el informe del entrevistador.

#### **d) Estrategia de análisis**

Luego de tener los informes de los entrevistadores con toda la información y notas recogidas en las entrevistas, se procederá al análisis de la prueba preliminar. El objetivo de esta etapa será estabilizar el cuestionario ajustando todo lo necesario para aplicar todas las sugerencias que mejoren su comprensión y verosimilitud.

Se analizarán las respuestas sobre comprensión e interés de las preguntas. Se realizará un análisis estadístico descriptivo. Se comparan también estos resultados con las ponderaciones realizadas por el comité de expertos en la Etapa 1.

Se analizará cada ítem para confirmar su comprensión, asimismo como la asertividad y precisión para lograr precisión sobre lo que se desea preguntar. Se identificarán problemas de lenguaje que deben ser resueltos, proponiendo una redacción alternativa por consenso (Nominal Group technique). Se acordará una solución para cada punto problemático, que considere los comentarios de los entrevistados, de los expertos consultados y del equipo de investigación <sup>(36)</sup>.

Se llegará a una versión final consensuada o considerada aceptable por todo el equipo y los expertos involucrados. Una vez que se llegue a una versión de acuerdo se procederá a enviar una copia a cada integrante del proceso de

análisis para que declare su conformidad y se confirme la versión final del cuestionario UR-PCAT-FE, que puede ser sometida a la siguiente etapa, la validación, que se plasmará en un nuevo protocolo.

#### **e) Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica**

Se ha procedido a una búsqueda de documentos en bases de datos de acuerdo a la selección de determinados términos. La búsqueda de publicaciones en las bases de datos EMBASE e Índice Médico Español con la frase de búsqueda (PCAT+and+adaptation+and+assessment+tool+and+survey) no mostraron resultados. Asimismo se realizaron varias búsquedas en bases de datos: Medline solamente mostró dos resultados. La búsqueda actual que fundamenta este documento y se puede consultar en el apartado de referencias bibliográficas, se apoya en anteriores búsquedas realizadas por el autor, orientadas a analizar procesos de validación y adaptación de la herramienta PCAT, con la finalidad de llevar adelante anteriores investigaciones del Grupo PCAT.Uy. Estas referencias están disponibles en bases de datos de gestores bibliográficos y repositorios personales e institucionales (37, 38). Finalmente se ha procedido a la comunicación con expertos y colaboradores con experiencia en adaptaciones y validaciones de PCATool para focalizar con mayor precisión en publicaciones relevantes y particularmente, pertinentes.

#### **5.- Calendario previsto para el estudio / Cronograma**

En el apartado de diseño metodológico se han planteado las etapas, resultados esperados para cada una y tiempo que se ocupará.

Se complementa la información en el diagrama de Gantt, que se encuentra en el ANEXO 4. Todo el proceso tomará un período de 18 meses, considerando recesos estivales en los que es dificultoso mantener todas las actividades del equipo de investigación.

Se propone comenzar con la primera etapa en marzo de 2016 y la fecha de culminación sería agosto de 2017:

ETAPA 1: Traducción directa y adaptación lingüística: 4 meses.

ETAPA 2: Revisión por panel de expertos: 3 meses

ETAPA 3: Traducción inversa: 3 meses

Receso 2 meses (Enero y Febrero)

ETAPA 4: Test Preliminar y análisis de resultados y culminación de la traducción y adaptación: 6 meses

## **6.- Limitaciones y posibles sesgos del estudio**

Para garantizar un proceso adecuado y cumplir el objetivo de obtener un cuestionario correctamente adaptado a la realidad cultural y del sistema de salud se han establecido los siguientes procesos de seguridad y garantía de calidad:

- a) Se ha ajustado la propuesta estrictamente a lo pautado en los manuales de la herramienta y a las guías de procedimientos para procesos de traducción y adaptación. Se ha consultado a los expertos en Iberoamérica que han realizado los últimos procesos de estas características para ajustar la propuesta al marco de procedimientos sugerido.
- b) Las decisiones sobre adaptaciones del texto en el proceso de traducción directa y traducción inversa estarán a cargo del investigador principal en consulta con expertos en la región.
- c) Las decisiones sobre adaptaciones que se tomen en el panel de expertos y en el equipo de investigación serán logradas por consenso luego de exhaustivo análisis e intercambio de opiniones. En caso de no existir acuerdo la última decisión la tomará el equipo de coordinación de la investigación junto con uno o dos expertos extranjeros.
- d) Someter al cuestionario a una prueba preliminar con el diseño que se ha propuesto y analizar los resultados con la metodología que se plantea es una garantía de calidad para el producto final que es un cuestionario para gestores que pueda ser sometido a validación.
- e) Tener vínculo desde esta etapa de adaptación, con el equipo que lleve adelante la validación puede permitir evitar alteraciones en el proceso que induzcan a error o sesgo.

## **7.- Problemas éticos / Consentimiento informado**

De acuerdo a los procedimientos vigentes en Uruguay, el protocolo será sometido a aprobación del Comité de Ética, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República UDELAR.

Los documentos utilizados en para el registro serán anónimos, lo que quiere decir que no tendrán identificador que los relacione con el entrevistado. La información recogida, será utilizada en forma reservada por el equipo de investigación para los fines de este protocolo y no se comunicarán las respuestas a la institución a la que está vinculado cada gestor.

Como ha sido mencionado se solicitará la autorización correspondiente a las autoridades técnico-políticas de las instituciones que tomen parte de la investigación. Una vez conseguida esta autorización del modo como se ha detallado, se solicitará que sea comunicada a las personas seleccionadas para participar de la prueba o test preliminar.

La participación de los gestores seleccionados será voluntaria y previa a la realización de la encuesta se contactará en forma personal para explicar los objetivos de la investigación y consultar sobre su disponibilidad a colaborar. Se enviará información respecto al tiempo que se requiere para la aplicación de los cuestionarios.

Una vez que el gestor acepte participar, en el momento previo a auto administrar el cuestionario se le solicitará que firme un consentimiento.

En el texto del consentimiento constará explícitamente lo siguiente:

- a) las personas que participan en el estudio lo hacen libremente y sin coacción, dispuestas a colaborar con el desarrollo de conocimiento a través del proceso de adaptación de una herramienta que permite la evaluación del primer nivel de atención a ser aplicada en el país.
- b) los participantes no recibirán ningún beneficio o incentivo por responder a los cuestionarios. El hecho de decidir no participar no los expone a ningún tipo de sanción o demérito institucional que afecte sus funciones.
- c) los nombres de los participantes no serán divulgados.



## Sobre la seguridad de los datos y la confidencialidad

Los documentos digitales para almacenamiento de datos estarán protegidos por contraseña para evitar que personas no autorizadas tengan acceso a esta información. Las copias digitales y analógicas de los archivos de datos se almacenarán bajo llave, durante unos 5 a 7 años para cumplir con los reglamentos de los órganos éticos implicados. Después de este tiempo, todos los archivos serán cuidadosamente destruidos mediante incineración y / o trituración. La seguridad, confidencialidad y preservación de los archivos es responsabilidad del investigador principal y de quien se designe entre los miembros del equipo para cumplir esta tarea.

Los asistentes de investigación y miembros del equipo de investigación serán capacitados sobre aspectos éticos y manejo de la confidencialidad. Cada uno de ellos firmará un acuerdo de confidencialidad antes de su participación en el estudio.

## 8.- Presupuesto económico

Dado el interés por conseguir validar este tercer cuestionario para acopiar a las validaciones realizadas ya en Uruguay, se presentará el presente protocolo a las entidades estatales que promueven investigación y ofrecen financiamiento. El disponer de recursos para esta fase de la investigación y en particular para la validación es crucial para el éxito de la empresa. De hecho los tiempos previstos en este protocolo para cumplir con cada etapa pueden acortarse de disponer algunos recursos financieros que garanticen eficacia y resolución de aspectos logísticos y costos de análisis estadístico. En el Anexo 5 se muestra un esquema del presupuesto estimado.

## 10. Referencias bibliográficas

1. B Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. Oxford University Press; 1992. 284 p.
2. WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* [Internet]. 2005 [acceso 31 de julio 2015]; 83(3):457–502. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x/abstract>
4. Starfield B. Primary care and health: A cross-national comparison. *JAMA* [Internet]. 1991 Oct 23 [acceso 31 de julio 2015]; 266(16):2268–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1991.03470160100040>
5. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, et al. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2/3):73–84.
6. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2000 Dic 1 [acceso 31 de julio 2015];51(11):1611–25. Disponible en:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600000575>
7. Pizzanelli M. PCAT.UY: Presentación de Barbara Starfield en el Paraninfo, 4 de Noviembre de 2010, Montevideo Uruguay. [Internet]. PCAT.UY. 2010 [acceso 11 de agosto 2015]. Disponible en: <http://pcatuy.blogspot.com/2010/11/presentacion-de-barbara-starfield-en-el.html>
8. Pizzanelli M. PCAT.UY: Presentación de Barbara Starfield en el Paraninfo, 4 de Noviembre de 2010, Montevideo Uruguay. [Internet]. PCAT.UY. 2010 [acceso 11 de agosto 2015]. Disponible en: <http://pcatuy.blogspot.com/2010/11/presentacion-de-barbara-starfield-en-el.html>
9. Colaboración IA-PCAT [Internet]. [acceso 11 de agosto 2015]. Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/grupo-ia-pcat-2/>
10. Berra S. Colaboración Iberoamericana Para La Investigación En Atención Primaria De La Salud [Internet]. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2014 [acceso 11 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309133782001>
11. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli, et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Grupo PCAT.UY. *Rev Médica del Uruguay* 2011 (27):187-189.

12. Parlamento uruguayo. Ley 18.211: Creación del SNIS. En: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
13. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2003 Apr 15 [acceso 14 de Agosto 2015];31(06):382–5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-atencion-primaria-salud-13046190>
14. Starfield B, Cassady C, Nanda J, et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, 1998; 46:216-26.
15. Macinko, J., C. Almeida, et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*, 2004; 19(4): 303-317.
16. Haggerty et al. Accessibility and continuity of primary care in Quebec. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
17. Pasarín MI, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*, 2011; 137(Supl 2):49-54.
18. Pasarín M, 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(8):395–401.
19. 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.
20. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010;10:397.
21. Yang H. The Conceptual Framework of Primary Care Quality Assessment and Quality of Primary Care Perceived by Patients in China. PhD dissertation. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, 2010.

22. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. (a) Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*, 2006 Dec 5; 6:156.
23. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. (b) Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica*, 2006 Aug; 22(8):1649-59.
24. Harzheim E et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária a saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Méd Fam Comunidade*, 2013; 8(29):274-284.
25. Hauser L et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento do Avaliação da Atenção Primária a Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Méd Fam Comunidade*, 2013; 8(29):244-55.
26. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Arg Salud Pública*, 2011; 2(8):6-14.
27. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*, 2009 Jun; 18(6):44-8.
28. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*, 2001; 50(2): 161.
29. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública Mex*. 2010; 52(1):39-45.
30. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP; Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 2009;26(5):377-84.
31. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L et al. Consistencia interna e confiabilidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*, 2006; 22(8):1649-59.
32. Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Johns Hopkins University. Baltimore, MD; 2009.

33. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools - Facility version” for the Spanish health system. *Gac Sanit.* 2013 Jan–Feb;27(1):12–8.
34. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* 2005;8(2):94-10.
35. Willis GB, Statistics NCfH. Cognitive interviewing and questionnaire design: A training manual: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 1994.
36. Bresick G, Sayed A-R, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N. Adaptation and cross-cultural validation of the United States Primary Care Assessment Tool (expanded version) for use in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2015;7(1):E1–11.
37. Publicaciones IA-PCAT [Internet]. [citado 22 Aug 2015]. Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/publicaciones-cientificas-2/publicaciones-ia-pcat/>
38. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center - PCA Tools [Internet]. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. [citado 31 de Julio 2015]. Disponible en: : [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html)

## **11.- Anexos**

ANEXO 1: Cuadro: Ventajas y limitaciones en el uso de PCAT.

ANEXO 2: Esquema de las etapas del proceso de traducción y adaptación.

ANEXO 3: Grilla para proceso de traducción (parcial, solamente Dimensión Acceso y Atención Longitudinal).

ANEXO 4: Cronograma (diagrama de Gantt).

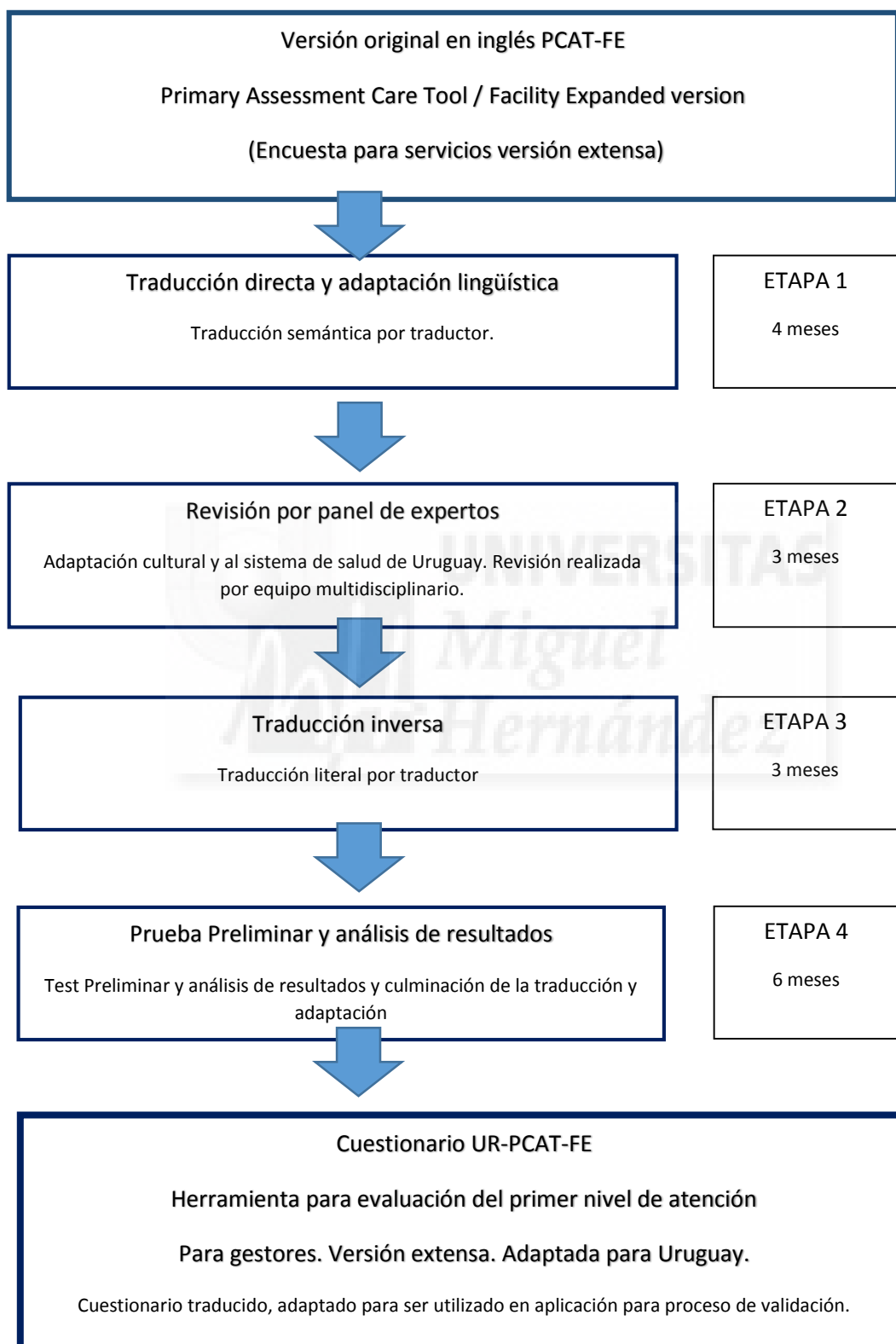
ANEXO 5: Cuadro de estimación de costos para ejecución del protocolo.

## ANEXO 1

Cuadro I. Ventajas y limitaciones en el uso de PCAT

| Ventajas   | Limitaciones   |
|--|--|
| Marco teórico claro, definido y sólido.  | El marco teórico no permite evaluar algunos elementos como costos, satisfacción de los usuarios, o el impacto en la comunidad de los cuidados brindados  |
| Definiciones operacionales precisas sobre indicadores  | Puede ser necesario el uso de otros instrumentos para evaluar aspectos cuali-cuantitativos sobre desempeño y resultados  |
| Las versiones originales de la PCAT tenían buena consistencia interna y adecuada estabilidad test-retest                   | Imposibilidad de modificar los cuestionarios y realizar alteraciones que comprometan la validez de constructo  |
| Disponibilidad de versiones validadas y resultados en varios países y contextos que permite comparaciones                  | El uso de PCAT requiere diseño metodológico preciso.   |
| Posibilidad de ser adaptado a diferentes sistemas de salud   | La herramienta no evalúa todos los aspectos de la atención primaria  |
| Facilidad para establecer una línea de base para comparaciones futuras cuando se aplica en un mismo centro, región o país. | La aplicación de las versiones para usuarios y proveedores pueden necesitar diseños complejos y obtener muestras representativas de la población a encuestar puede ser un gran desafío a superar para el equipo de investigación |

ANEXO 2: Esquema de las etapas del proceso de traducción y adaptación de la encuesta PCAT-FE para Uruguay.



### ANEXO 3: Grilla para proceso de traducción (parcial, solamente Dimensión Acceso y Atención Longitudinal)

| GRILLA 1 PROCESO DE TRADUCCIÓN PCAT-FE<br>Enunciado Original   | Enunciado propuesto / Comentarios de traducción |
|--|---|
| <b>C. FIRST CONTACT - ACCESS</b>   |   |
| Is your facility open on Saturday or Sunday?   |   |
| Is your facility open on at least some weekday evenings until 8 PM?  |   |
| When your facility is open and patients get sick, would someone from your facility see them that day?                                    |   |
| When your facility is open, can patients get advice quickly over the phone when they need it?  |   |
| When your facility is closed, do you have a phone number patients can call when they get sick?   |   |
| When your facility is closed on Saturday or Sunday and patients get sick, would someone from your facility be able to see them that day? |   |
| When your facility is closed during the night and patients get sick, would someone from your facility be able to see them that night?    |   |
| Can a patient easily get an appointment for routine checkups at your facility?   |   |
| On average, do patients have to wait more than 30 minutes after arriving before they are examined by the doctor or nurse?                |   |
| <b>D. ONGOING CARE</b>   |   |
| At your facility, do patients see the same clinician each time they make a visit?  |   |
| Can your clinicians understand the questions their patients ask?   |   |
| Do you think the patients in your facility understand what the clinicians ask them or say to them?                                       |   |
| If patients have a question, can they call and talk to the doctor or nurse who knows them best?  |   |
| Do you think the clinicians give patients enough time to talk about their worries or problems?   |   |
| Do you think patients feel comfortable telling the clinicians about their worries or problems?   |   |
| Do the clinicians know the patients who use your facility "very well"?   |   |
| Do the clinicians know who lives with each patient?  |   |
| Do the clinicians understand what problems are most important to the patients they see?  |   |
| Do you think the clinicians know each patient's complete medical history?  |   |
| Do you think the clinicians know each patient's work or employment?  |   |
| Would the clinicians know if patients had trouble getting or paying for a prescribed medication?   |   |
| Do the clinicians know <i>all</i> the medications their patients are taking?   |   |



ANEXO 4: Cronograma

Se propone comenzar con la primera etapa en marzo de 2016 y la fecha de culminación sería agosto de 2017:

ANEXO 4: Cronograma

Se propone comenzar con la primera etapa en marzo de 2016 y la fecha de culminación sería agosto de 2017:

| 2016-2017 |       |  |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |
|-----------|-------|--|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|
| Marzo     | Abril | Mayo   | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
| Etapa 1:  |       | marzo a junio 2016<br>Conformación del equipo de investigación<br>Traducción directa |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |
| Etapa 2:  |       | junio a setiembre 2016<br>Revisión adaptación por panel de expertos                  |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |
| Etapa 3:  |       | Traducción inversa (octubre a diciembre)   |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |
|           |       | Receso (enero-febrero 2017)  |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |
| Etapa 4:  |       | Prueba preliminar febrero- agosto 2017.  |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |

ANEXO 5: Cuadro de estimación de costos para ejecución del protocolo (duración 18 meses) Estimación de acuerdo a costos y cotizaciones de agosto 2015.

| Actividad o Proceso   | Estimación en pesos Uruguayos | Estimación en Euros (aproximada) Equivalencia 1 Euro = 32 Pesos |
|---|-------------------------------|---|
| Gastos de traducción directa (2250 palabras aproximadamente 2 pesos por palabra)  | 4.500                         | 141   |
| Gastos de traducción inversa  | 4.500                         | 141   |
| Gastos para impresos (encuestas, manuales, consentimientos, cartas )  | 4.000                         | 125   |
| 2000 copias de materiales y encuestas<br>2000 hojas A4  | 2.000                         | 63  |
| Logística (traslados entrevistadores y equipo para reuniones y trabajo de campo) Es para apoyo, esta estimación no se cubren todos los gastos de logística<br><br>Traslados para 10 reuniones en todo un año y medio del equipo de investigación (10 traslados de 300 pesos cada uno) | 30.000                        | 937,5   |
| Traslados y viáticos entrevistadores (estimación)   | 3.000                         | 93,8  |
| Retribución a entrevistadores (100 Euros por encuesta, Incluye entrevista y entrega de reporte)   | 25.600                        | 800   |
| Gastos de conectividad  | 1.000                         | 31,25   |
| Gastos de traslado en Bus de 2 miembros del equipo para capacitación en Porto Alegre UFRGS. Análisis y procesamiento, planificación del Validación.   | 9.140                         | 294   |
| <b>Total</b>  | <b>83.740</b>                 | <b>2.586,55</b>   |