

## Proceso colaborativo internacional para la adaptación al contexto colombiano de los cuestionarios PCAT para usuarios

### International collaborative process for adaptation of PCAT questionnaires to the Colombian context

Alexandra Giraldo-Osorio, Consuelo Vélez-Álvarez, Jacqueline Ponzo, Isabel Pasarín y Silvina Berra

Recibido 11 enero 2017 / Enviado para modificación 23 abril 2017 / Aceptado 28 mayo 2017

#### RESUMEN

AG: Enf. M. Sc. Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

*alexandra.giraldo@ucaldas.edu.co*

CV: Enf. Especialista en Epidemiología. Ph. D. Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

*consuelo.velez@ucaldas.edu.co*

JP: MD. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. M. Sc. Epidemiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay. Canelones, Uruguay.

*ponzo4@gmail.com*

IP: MD. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, PhD. en Medicina. Agència de Salut Pública de Barcelona. IIB Sant Pau. España. *mpasarin@aspb.cat*

SB: Nut., MPH, Ph. D. Escuela de Salud Pública e Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, INICSA, CONICET, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba Argentina.

*sberra@fcm.unc.edu.ar*

**Objetivo** Obtener versiones de los cuestionarios Primary Care Assessment Tools Child Edition y Adult Edition (PCAT-CE y PCAT-AE) para evaluar las funciones de la atención primaria con equivalencia a las versiones originales y adecuación al contexto colombiano.

**Métodos** Proceso de adaptación transcultural modificado a partir de las versiones adaptadas y validadas en español en Argentina, Uruguay y España, en consenso con la Colaboración Iberoamericana IA-PCAT.

**Resultados** Dieciocho de 99 ítems del PCAT-CE y 31 de 112 del PCAT-AE fueron adecuados para Colombia según las versiones iberoamericanas; 76 y 73, respectivamente, requirieron cambios lingüísticos mínimos; 2 y 4 ítems, cambios mayores; 1 y 4 ítems fueron eliminados. Las entrevistas confirmaron la comprensión y permitieron mejoras.

**Conclusiones** Se obtuvieron versiones adaptadas al sistema de salud colombiano. La metodología empleada capitalizó los resultados de otros países y puede contribuir al logro de mayor equivalencia entre instrumentos de diferentes países.

**Palabras Clave:** Atención Primaria de Salud; evaluación en salud; recolección de datos; metodología (*fuentes: DeCS, BIREME*).

#### ABSTRACT

**Objective** To obtain versions adapted to the Colombian context of the Primary Care Assessment Tools Child Edition and Adult Edition questionnaires (PCAT-CE and PCAT-AE, respectively) to assess the functions of primary care with equivalence to their original versions.

**Methods** Transcultural adaptation process based on the adapted versions in Spanish validated in Argentina, Uruguay and Spain, in agreement with the Ibero-American Collaboration IA-PCAT.

**Results** Eighteen out of 99 PCAT-CE items and 31 out of 112 PCAT-AE items were suitable for Colombia according to the Latin American versions. Of them, 76 and 73, respectively, required minimal idiomatic changes, 2 and 4 required major changes, and 1 and 4 items were removed. Interviews confirmed understanding and allowed improvements.

**Conclusions** Versions tailored to the Colombian health system were obtained. The methodology used capitalized on the results of other countries and can contribute to achieving greater equivalence between instruments from different countries.

**Key Words:** Primary Health Care; health evaluation; data collection; methodology (*source: DeCS, BIREME*).

En diferentes países se han hecho esfuerzos para evaluar los alcances de los cambios realizados en los sistemas de salud siguiendo los lineamientos de la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento no cuentan aún con instrumentos capaces de valorar las funciones esenciales de la estrategia, que permitan enfocar a la APS integral más que la selectiva (1) y obtener la perspectiva de los usuarios.

Barbara Starfield propuso un modelo conceptual de la APS, que incluye cuatro funciones principales y tres secundarias: primer contacto, longitudinalidad, coordinación, integralidad o globalidad, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural (2). Posteriormente, con base en dicho modelo desarrolló una herramienta para la evaluación del primer nivel de atención denominada PCAT (Primary Care Assessment Tools) (3). Esta es un conjunto de cuestionarios que permite obtener información de usuarios, profesionales, centros o equipos y expertos de sistemas sanitarios y sobre los elementos de estructura y proceso relacionados con las siete funciones de la APS (2).

En las dos décadas posteriores a su creación en Estados Unidos de América (EUA), estos cuestionarios han sido adaptados y utilizados en sistemas de salud de España (4,5), Corea del Sur (6), China (7), Nueva Zelanda (8), Brasil (9-13), Argentina (14) y Uruguay (15). En Iberoamérica, Brasil fue el primero en tener versiones locales y España realizó la primera adaptación al castellano de una de las versiones del PCAT, seguidos por Argentina y Uruguay. Posteriormente, el interés por estos instrumentos se extendió en América Latina dando lugar a la constitución de la Colaboración Iberoamericana PCAT (IA-PCAT), integrada además por investigadores de Ecuador, Colombia, México y Bolivia, que han iniciado el proceso de adaptación transcultural de los cuestionarios PCAT, configurando este modelo como un recurso valioso para la evaluación de servicios y sistemas de salud de la región, con la posibilidad de establecer comparaciones (16).

La adaptación a la cultura y al sistema sanitario local de los cuestionarios implica traducción, comprobación de equivalencia entre versiones y consenso entre expertos (17). En los cuatro primeros países iberoamericanos que utilizaron la herramienta PCAT se aplicó el método de adaptación transcultural recomendado internacionalmente, con colaboración directa de la autora de los instrumentos (12,14), así, se inició el proceso con una traducción de la versión original de los EUA (5,13,15,18).

En Colombia, el Gobierno Nacional ha reivindicado a la APS como estrategia básica para propiciar la equidad, a través de la Ley 1438 de 2011 (19). Por tanto, existe una reconocida necesidad de contar con instrumentos para evaluar el cumplimiento y los logros que los países han

alcanzado en el sector salud (20) y es así como se plantea la necesidad de determinar el grado en que la APS cumple sus funciones. Sin embargo, no se encontraron antecedentes sobre el uso de instrumentos que permitan evaluar las funciones de la APS en Colombia, por lo que el objetivo del presente trabajo fue obtener versiones de los cuestionarios PCAT para Colombia (CO-PCAT), para usuarios menores de 18 años de edad y adultos, con equivalencia semántica, práctica y cultural a las versiones originales y con adecuación a la población y al sistema de salud para evaluar las funciones de la APS.

## MÉTODOS

La colaboración IA-PCAT propuso una modificación de la metodología de adaptación transcultural que permitiera capitalizar la experiencia adquirida hasta ese momento para colaborar con los países que en el futuro necesitarán realizar este proceso. Se planteó iniciar mediante la adaptación de las versiones en español ya existentes en la región, manteniendo como referencia la versión original de EUA y la de Brasil (BR) (14,17). Se desarrollaron tres fases de trabajo:

### 1. Valoración de la adecuación de versiones iberoamericanas en lengua española y adaptación al contexto colombiano

Se dispuso de las versiones para usuarios adultos (Adult edition: AE) y para población menor de 18 años (Child edition: CE) de Argentina (AR-PCAT-AE y AR-PCAT-CE) (9, 14), Uruguay (UY-PCAT-AE) (15) y España (ES-PCAT-AE y ES-PCAT-CE) (4,14,18). Se diseñó una plantilla que incluyera esas versiones y las de referencia (EUA y BR) y celdas para registrar todas las fases del proceso.

Se conformó un grupo de trabajo de expertos colombianos en APS coordinado por las investigadoras locales (AGO y CVA) con el propósito de revisar la adecuación del lenguaje y del contenido de cada uno de los ítems al sistema de salud colombiano (Tabla 1). Los participantes fueron contactados a partir de referentes locales en APS y fueron capacitados en los fundamentos teóricos sobre los que se construyeron los cuestionarios, los objetivos del proceso de adaptación y la metodología necesaria para lograr equivalencia. Se realizó un ejercicio de calibración inicial para la calificación de los ítems, por medio de teleconferencia.

Los expertos calificaron los ítems según los niveles: I (ítem equivalente, podría utilizarse el mismo enunciado), II (cambios mínimos necesarios para su adaptación), III (cambios mayores necesarios para su adaptación) y IV (ítem no equivalente, debería excluirse). Cuando lo con-

sideraron necesario, hicieron propuestas de modificación del texto de los ítems.

**Tabla 1.** Conformación Grupo de Expertos PCAT-CE y PCAT-AE

Expertos	Perfil	Ámbito de desempeño
1	Enfermera, Ph.D Salud Pública	Institución de educación superior
2	Bacteriologa, laboratorista clínico, Especialista en Promoción de la Salud	Dirección Departamental de Salud
3	Usuario del sistema de salud	Veeduría Departamental de Salud. Asociación de Usuarios

Finalmente, se realizó una revisión por parte de las investigadoras colombianas, identificando los ítems con mayor divergencia, es decir que habían obtenido diferentes calificaciones entre los expertos. En este procedimiento se controló la equivalencia semántica, práctica y cultural. Como producto de esta fase se obtuvieron las primeras versiones adaptadas para Colombia y se elaboró un informe.

## II. Revisión internacional por investigadores de la Colaboración IA-PCAT

Las investigadoras de Argentina (SB), Uruguay (JP) y España (IP) revisaron el informe del proceso llevado a cabo, controlando que los cambios propuestos lograran mantener la equivalencia entre las versiones de todos los países y con las versiones originales. Las responsables del proyecto en Colombia ajustaron las primeras versiones obtenidas en función de las sugerencias de las investigadoras.

## III. Pruebas preliminares de los cuestionarios

Esta fase tuvo el propósito de valorar la comprensión de los términos y preguntas, la claridad y aceptabilidad del lenguaje, así como la dificultad práctica para responder las mismas por parte de personas de la población diana de los instrumentos; previamente, se elaboró un listado de ítems con base en los resultados obtenidos en las Fases I y II, sobre los que se debía prestar mayor atención durante las pruebas. Para elaborar dicho listado se tuvieron en cuenta los ítems que sufrieron modificaciones en las fases previas por haber sido valorados en los niveles II y III y la versión resultante fue socializada con el grupo de expertos nacional.

Posteriormente, se seleccionaron entre 4 y 16 usuarios en ciudades de Colombia (Manizales y Bucaramanga), para probar cada uno de los cuestionarios, número considerado suficiente para este tipo de estudios (21).

Durante las pruebas preliminares se aplicó el cuestionario tal como se utilizaría en el futuro, es decir, por autoadministración. La persona que dirigió la administración marcó las preguntas donde identificó alguna dificultad. Al

finalizar la entrevista, se indagó sobre aspectos concretos del cuestionario mediante la utilización de una guía de entrevista. También se incluyó en las guías un listado de ítems a probar. Se plantearon cuatro preguntas sobre dificultad, comprensión e interés y adecuación del lenguaje del cuestionario, las cuales se calificaron con una escala de 5 opciones (1=nada; 2=un poco; 3=moderadamente; 4=mucho; 5=muchísimo). A continuación, se leyó cada pregunta nuevamente y se pidió a los entrevistados que indicaran si encontraban algún grado de dificultad o inconveniente; en el caso de los menores de 18 años, esta información fue suministrada por el(la) acudiente. Para esto, se utilizó el método de prueba derivado de la teoría cognitiva, en el que se pregunta por el significado del ítem y se solicita a la persona que lo “piense en voz alta” y que reformule el enunciado con sus propias palabras para comprobar si se conserva su significado (21). Se registró el tiempo transcurrido con el fin de poder determinar la viabilidad del cuestionario.

La aplicación de la versión adaptada del PCAT fue antecedida por la firma del consentimiento informado. Esta investigación no presentó riesgos para los seres humanos según la Resolución No.8430 de 1993 de Colombia y la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

### Valoración de la adecuación de versiones iberoamericanas en lengua española y adaptación al contexto colombiano

Se consolidaron los resultados obtenidos del trabajo con los expertos colombianos y se contabilizaron los ítems calificados en cada nivel (Tabla 2). Derivado de este proceso, se separaron los ítems del cómputo de las funciones de la APS de los ítems complementarios; se resalta que para el cuestionario CO-PCAT-AE, se incluyeron un total de 95 ítems que evalúan las funciones de la APS así: 18 en el nivel I, 72 en el II, 2 en el III y 1 en el IV; y se propusieron 2 ítems nuevos. Para el cuestionario CO-PCAT-CE, se incluyeron un total de 112 ítems: 31 en el nivel I, 73 en el II y 4 en los niveles III y IV respectivamente. No se incluyeron ítems nuevos.

### Revisión internacional por investigadores de la Colaboración IA-PCAT

A partir de esta revisión, fue necesario analizar si era conveniente o no el uso de los términos “proveedor de atención primaria de salud”, “especialista”, “asesoría”, “sustancias psicoactivas” y “adiciones” en los ítems en los cuales estaban presentes. Los resultados de esta fase dieron origen al listado de puntos a probar que fue incluido en la guía de entrevista dirigida a los participantes al finalizar la administración de los cuestionarios.

**Tabla 2.** Resultados del proceso de adaptación por parte del grupo de expertos de los cuestionarios CO-PCAT-CE y CO-PCAT-AE

Calificación de los ítems	No. de ítems de las funciones esenciales y secundarias de APS				No. de ítems complementarios*			
	PCAT –CE primera revisión	PCAT –CE versión final (%)	PCAT-AE primera revisión	PCAT-AE versión final (%)	PCAT –CE primera revisión	PCAT –CE versión final (%)	PCAT-AE primera revisión	PCAT-AE versión final (%)
Nivel I**	18	17,34	31	27,02	60	51,3	61	47,6
Nivel II**	76	78,57	73	65,8	44	39,1	37	30,2
Nivel III**	2	2,40	4	3,6	7	6,1	8	6
Nivel IV**	1	1,02	4	3,6	4	3,5	16	12
Nuevos	2	1,02	0	0	0	0	4	3,2
Total	99	100	112	100	115	100	126	100

\*Se incluyeron encabezados, información introductoria o instrucciones para diligenciar el cuestionario, información general y la información para finalizar la entrevista. \*\*Nivel I (ítem equivalente, podría utilizarse el mismo enunciado), nivel II (cambios mínimos necesarios para su adaptación), nivel III (cambios mayores necesarios para su adaptación) y nivel IV (ítem no equivalente, debería excluirse).

### Pruebas preliminares de los cuestionarios

Se realizaron 16 entrevistas a usuarios adultos y 12 a personas responsables de los menores de 18 años (Tabla 3). Se registraron observaciones generales acerca de la comprensión y se exploraron cuestiones específicas sobre los ítems considerados problemáticos a priori o cuya comprensión fuera de importancia fundamental y la reformulación de algunas preguntas (paraphrasing).

**Tabla 3.** Características de las personas participantes en las pruebas preliminares de la versión colombiana del CO-PCAT-CE y CO-PCAT-AE

Características de las personas participantes	Versión del cuestionario	
	CO-PCAT-CE*	CO-PCAT-AE+
Edad promedio en años (desviación estándar) [rango]	8,41 (5,76) [2 meses – 17 años]	45,44 (13,76) [18 años – 64 años]
Sexo		
Mujer	8	10
Hombre	4	6
Nivel de estudios alcanzado		
Preescolar	2	0
Primario	3	2
Secundario	5	6
Superior (técnico, tecnológico, universitario)	0	8
No aplica	2	0
Cobertura de salud		
Régimen contributivo	3	7
Régimen Subsidiado	5	8
Población pobre no afiliada	3	1
Régimen especial	1	0
Estado de salud		
Sano	9	9
Enfermedad crónica	2	5
Otro	1	2

\*CO-PCAT-CE: Versión extensa del cuestionario PCAT para población infantil. +CO-PCAT-AE: Versión extensa del cuestionario PCAT para personas adultas.

En cuanto a la viabilidad del cuestionario, el diligenciamiento del CO-PCAT-AE requirió 41 minutos en promedio y el CO-PCAT-CE, 37 minutos en promedio. En el cuestionario PCAT-AE el grado de dificultad para responder las preguntas fue bajo (media=1,44), el grado de comprensión fue moderado (media=3,94) y el contenido de las pregun-

tas fue muy interesante (media=4,06). El lenguaje y el trato adecuado del cuestionario obtuvo un nivel elevado (media=4,5). Para el cuestionario CO-PCAT-CE se destacó que el grado de dificultad para responder las preguntas fue bajo (media=1,25), el grado de comprensión fue moderado (media=3,83) y el contenido de las preguntas fue muy interesante (media=4,25). El lenguaje y el trato adecuado del cuestionario, fue elevado (media=4,42) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Viabilidad de los cuestionarios CO-PCAT-CE y CO-PCAT-AE: opinión de las personas entrevistadas sobre dificultad, comprensión y adecuación del lenguaje e interés. Promedios<sup>d</sup> según versión

Versión PCAT	CO-PCAT-CE		CO-PCAT-AE	
	Media	Mediana	Media	Mediana
¿Las preguntas han sido difíciles de responder?	1,25	1	1,44	1
¿Ha podido entender las preguntas?	3,83	4	3,94	4
¿Los contenidos de las preguntas han sido interesantes para usted?	4,25	4	4,06	4
¿El lenguaje y el trato del cuestionario le han parecido adecuados?	4,42	4,5	4,5	5

<sup>d</sup> Promedios 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

Durante la aplicación de las pruebas preliminares de ambos cuestionarios fueron verificados algunos términos que durante las fases de revisión por los expertos y de los investigadores de la Colaboración IA-PCAT se consideró que requerían una valoración especial para conservarse o no. A continuación se hace referencia a cada uno:

- Proveedor de atención primaria: no requirió cambios porque las respuestas dadas por los entrevistados coincidieron con la intencionalidad de la pregunta de referencia.
- Especialista y asesoría: no requirieron cambios porque tras la entrevista cognitiva se comprobó que había comprensión del contenido de las preguntas.
- Sustancias psicoactivas: no requirió cambios porque los entrevistados manifestaron que este término se asociaba al consumo de drogas o de “vicio”.

- Adicciones: no requirió cambios. Los entrevistados también asociaron el término a la adicción al juego o ludopatía.

De manera particular, se hace énfasis en los siguientes ítems, que requirieron modificaciones en los cuestionarios:

#### PCAT-AE

- Mencione cuál(es) especialista(s) o servicio(s) especializado(s) ha tenido que consultar alguna vez. En este ítem se abrió la posibilidad de mencionar varias opciones al cambiar la palabra cuál por “cuáles”.

#### PCAT-CE

- ¿El proveedor de atención primaria del niño/a pertenece a una institución pública, privada o a una EPS?: con base en las respuestas de la entrevista cognitiva, se decidió incluir la opción de respuesta “No lo sé”.

#### PCAT-AE y PCAT-CE

- Si paga una consulta, ¿recibe reintegro monetario de la mayoría o la totalidad de este dinero de algún seguro de salud?: se modificó el término “reintegro” por “devuelven” y quedó así: “Si paga por una consulta, ¿le devuelven la mayoría o la totalidad de este dinero de algún seguro de salud?”.
- Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales: se amplió la información así: “Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales en personas que están expuestas a ellos; por ejemplo: insecticidas, venenos, fungicidas”.

Posteriormente, de cada uno de los ítems, fueron evidenciados los resultados y se indicó, bien la confirmación de la adecuación y comprensión o la identificación de un problema en el lenguaje que se debió resolver, con la propuesta de un cambio de acuerdo con el discurso de las personas entrevistadas. Así se realizaron los ajustes necesarios y se propuso la versión final de los cuestionarios adaptados para Colombia.

#### Versión final de los cuestionarios PCAT-CE y PCAT-AE

Del PCAT-AE, 31 (27,0 %) de 112 ítems totalizados por las diferentes versiones incluidas en la plantilla de trabajo, fueron adecuados para Colombia en la forma enunciada en las versiones iberoamericanas; 73 (65,8 %) requirieron cambios lingüísticos mínimos; 4 cambios mayores y 4 fueron eliminados (Tabla 2).

En el PCAT-CE, 18 (17,34 %) de 95 ítems totalizados por las diferentes versiones incluidas en la plantilla de trabajo, fueron adecuados para Colombia en la forma enunciada en las versiones iberoamericanas; 76 (78,57 %) requirieron cambios lingüísticos mínimos y 1 ítem fue eliminado (Tabla 2).

Posterior al análisis de los resultados obtenidos en las pruebas preliminares fue necesario revisar nuevamente los niveles de calificación de los mismos, particularmente, aquellos que requirieron cambios. Como producto de este proceso en el PCAT-CE se eliminó un ítem que había sido propuesto como nuevo por el grupo de expertos en los ítems de las funciones de la APS y un ítem se cambió de nivel de calificación; en cuanto a los ítems complementarios se cambió un ítem del nivel de calificación I al II (Tabla 2).

Al realizar este mismo análisis para el cuestionario CO-PCAT-AE (Tabla 2), fue necesario constatar cada uno de los ítems que había requerido modificaciones, frente a lo cual: un ítem conservó el mismo nivel de calificación y en un ítem se incluyeron ejemplos sin cambiar el sentido de la pregunta, por lo que tampoco se modificó del nivel de calificación en el que se encontraba.

## DISCUSIÓN

Este trabajo se dirigió a obtener versiones adecuadas culturalmente a la población y al sistema de salud colombiano de un instrumento de evaluación de la APS. Además de haber conseguido las versiones colombianas, este trabajo puede ser tenido en cuenta en otros países que quieran realizar procesos similares.

La tendencia actual es estandarizar normas internacionales para asegurar la calidad de los instrumentos adaptados dentro de las cuales se incluyen las fases de traducción, retrotraducción, revisión por expertos, pruebas preliminares, evaluación de valores de puntuación y evaluación de propiedades psicométricas (22).

Según Guillemin, en el proceso de adaptación a otra lengua se debe tener en cuenta la adaptación a la cultura y a un país, al igual que el idioma y el contexto cultural (23). Las adaptaciones culturales exigen la adecuación de la equivalencia en la población a ser aplicada (24). En el proceso se buscó lograr equivalencia semántica, práctica y cultural y cubrir las características existentes en el sistema de salud colombiano, evidenciado en quienes participaron como expertos y en los usuarios a quienes se les aplicaron las pruebas preliminares, criterios tenidos en cuenta en otros estudios realizados como el de Berra en Argentina (14).

En este sentido, en países como Brasil, España, Argentina y Uruguay se había realizado previamente el proceso de adaptación transcultural de los instrumentos del PCAT para la evaluación de la APS desde diversas perspectivas (5,9-12,14,18), partiendo de la versión original en el idioma inglés y finalizando con una retrotraducción para comparar nuevamente con esa versión. En todos estos países, tales procesos se realizaron aisladamente, excepto por la experiencia de la autora original

de los instrumentos, que colaboró en todos ellos, ejerciendo un importante control de la validez de contenido de los cuestionarios en función del modelo teórico que los sustenta. La adaptación de los instrumentos al contexto colombiano se realizó mediante un método modificado propuesto por la Colaboración IA-PCAT, en el que se partió de esas versiones y no de la original.

Este procedimiento mostró importantes ventajas si se compara con el método convencional. En primer lugar, más del noventa por ciento de los ítems de las versiones ya disponibles fueron considerados culturalmente adecuados para el contexto colombiano o requirieron cambios lingüísticos menores, lo que implica un menor esfuerzo de traducción y adaptación que si se hubiera partido de una lengua diferente.

En segundo lugar, los grupos de trabajo de los países que iniciaron este proceso en Iberoamérica incorporaron ítems nuevos en consenso con su autora pero algo diferentes entre sí, lo que puede considerarse una actualización sobre las versiones originales estadounidenses; estas novedades se discutieron en el contexto regional, se seleccionaron algunas de ellas y se confirmaron en la versión colombiana. La eliminación o adición de ítems es consecuencia de la adaptación del cuestionario a cada contexto, ya que se debe a las diferencias en la cartera de servicios de la atención primaria en los diferentes países.

Tercero, como puede concluirse del punto anterior, este proceso cristalizó las expectativas de establecer una colaboración regional, iniciar la armonización de los instrumentos para aumentar la equivalencia entre las versiones locales, fundar bases para estudios multicéntricos internacionales a mediano plazo y armonizar el conjunto de instrumentos PCAT para Iberoamérica.

En el futuro, la experiencia de esta región debería ponerse en discusión a un nivel internacional más amplio ya que algunos cambios propuestos aquí podrían ser asumidos también en la versión original y en las generadas en otros continentes. Para confirmar la versión colombiana esta previsto comprobar las propiedades métricas de las versiones obtenidas, mediante procesos de validación.

Partiendo de los planteamientos de investigadores colombianos y bajo la perspectiva de que el país, a partir de la Ley 1438 de 2011, ha iniciado la implementación y fortalecimiento de un modelo de APS, se hace necesario contar con instrumentos que permitan evaluar la estrategia y la toma de decisiones (25-27). Con el proceso de adaptación se obtuvieron las versiones colombianas de los instrumentos CO-PCAT-AE y CO-PCAT-CE lo cual revisite importancia en la medida que otros estudios los han propuesto como herramientas prioritarias para evaluar sistemáticamente la APS (18).

Estos cuestionarios adaptados a las especificaciones del sistema de salud y a la población de Colombia son un recurso fundamental para la evaluación de los servicios de salud y la reflexión sobre las políticas de salud en diversos ámbitos y niveles.

Adicionalmente, la metodología de adaptación transcultural aplicada y los resultados obtenidos permitirán desarrollar nuevos procesos en el contexto iberoamericano, a partir de las versiones en español y en portugués, además de sugerir e introducir modificaciones al PCAT original en inglés ♦

**Agradecimientos:** Al apoyo financiero de la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados de la Universidad de Caldas. A los expertos nacionales Ernesto Quintero, Gloria Inés Saldarriaga y Myriam Ruiz por su participación en la adaptación de los ítems y aplicación de pruebas preliminares. Al Programa de Jóvenes Investigadores e Innovadores de Colciencias y al Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. 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(2):150-21.
2. Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud: adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina: CONICET; 2012.
3. Starfield B, Shi L. Primary Care Assessment Tools [Internet]. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center, editor. Baltimore 2012. [cited 2014 may 20]. Available from: <https://goo.gl/UQeuTw>.
4. 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).
5. Pasarín MI, Berra S, González A, Benedicto AS, Tebé C, Altés AG, et al. Evaluación de la atención primaria de salud: Primary Care Assessment Tools-Facility version para el sistema de salud español. *Gaceta sanitaria.* 2013; 27(1):12-8.
6. Lee H, Choi Y, Sung N, Kim S, Chung S, 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(2):103-8.
7. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *International journal for quality in health care.* 2013; 25(1):92-105.
8. Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *NZ Med J.* 2011; 124(1329).
9. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Celestina de Oliveira MM, 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(1):30-9.
10. De Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCA-Tool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(29):256-63.

11. Harzheim E, de Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84.
12. 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 Saúde Pública*. 2006; 22:1649-59.
13. Hauser L, de Castro RCL, Vigo Á, da Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013; 8(29):244-55.
14. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Rev. Argent Salud Pública*. 2011; 2(8):6-8.
15. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 2011; 27(3):187-2.
16. CIESS: Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Colaboración IA-PCAT Universidad Nacional de Córdoba Berra Silvina. [cited 2015 Sep 20]. Available from: <https://goo.gl/78m84U>.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Bosi Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186-91.
18. Rocha K, Rodríguez-Sanz M, Pasarín M, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2011; 21(2):1-5.
19. Ministerio de la Protección Social. Ley No. 1438 del 19 de enero de 2011. In: Cundinamarca, editor. Bogotá D.C 2011.
20. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: La Organización; 2008. p. 43.
21. 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.
22. Neusa Maria Costa A, Edinéis de Brito G. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev. Panam Salud Publica*. 2002;11(2):109-11.
23. Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1995; 24(2):61-3.
24. Calixto-Olalde MG, Sawada NO, Hayashida M, Mendes IAC, Trevizan MA, de Godoy S. et al. Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011; 20(3):326-33.
25. Lévesque J-F, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Beaulieu MD, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Family Practice*. 2012;13(1):20.
26. Sandoval NB, Martínez AC, Llobet JMV, Belmonte ST, Vilarsau ER. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS1 para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(1):32-9.
27. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev salud pública*. 2011; 13(6):885-11.