



ORIGINAL

Valoración de las competencias en salud de los pacientes: Instrumento VACS



M.D. Navarro Rubio^{a,*}, P. Gálvez^b y J. Vázquez^c, en representación del Grupo de Trabajo VACS[◇]

^a Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^b Instituto de Salud Pública y Pacientes, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^c Esteve, Barcelona, España

Recibido el 29 de octubre de 2018; aceptado el 29 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Alfabetización en salud;
Cuestionario;
Competencias y habilidades en salud;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Construir un instrumento que identifique a los pacientes con dificultades para obtener, comprender y utilizar la información sanitaria.

Material y método: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y técnica de consenso. Se realizó una revisión de la literatura sobre alfabetización en salud y entrevistas semiestructuradas a expertos en el tema. Se diseñó un instrumento y se determinó su validez de contenido mediante la técnica Health Consensus. Los participantes fueron profesionales sanitarios y representantes de pacientes (5 entrevistas semiestructuradas y 60 Health Consensus).

Se diseñó un instrumento de medida del nivel de competencias y alfabetización en salud de los pacientes. Se detectaron 7 categorías sobre el constructo competencias y alfabetización en salud: capacidad para buscar información, para comprender la información, para comunicarse con los profesionales sanitarios, capacidad de comprensión operativa, competencias en la toma de decisiones, capacidad para moverse por el sistema sanitario y competencias en autocuidado. **Resultados:** Instrumento de 12 ítems. Las puntuaciones medianas obtenidas en el Health Consensus se situaron entre 6,08 (1,43) y 7,22 (1,52), con un nivel de acuerdo entre el 73,87 y el 84,19%. Finalmente, se obtuvieron 5 ítems para valorar las competencias en salud de los pacientes.

Conclusiones: El instrumento VACS es una herramienta útil para detectar a personas con riesgo de dificultades para obtener, comprender y utilizar la información sanitaria. Esto permitiría al profesional centrar su atención en el tipo de información que el paciente necesita en cada momento y adaptarse mejor a sus necesidades.

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnavarrior@sjdhospitalbarcelona.org (M.D. Navarro Rubio).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de Trabajo VACS están relacionados en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Health literacy;
Questionnaire;
Skills and health
competences;
Primary health care

Patients' competences and health literacy assessment questionnaire**Abstract**

Objective: To design a questionnaire to identify patients with difficulties to obtain, understand and use health information.

Material and method: Qualitative study through semi-structured interviews and a consensus technique. A review of the literature on health literacy was carried out. Five semi-structured interviews were conducted with experts in the field. A 12-item instrument was designed. Content validity was determined using the Health Consensus technique.

Participants were health professionals and patient representatives (5 semi-structured interviews and 60 Health Consensus).

An instrument to measure the level of skills and literacy in patients' health was developed. The measures were 7 categories on the health competencies and literacy construct: Ability to search for information, ability to understand the information, ability to communicate with health professionals, capacity for operational understanding, competence in decision making, ability to move and navigate through the health system, and competencies in self-care.

Results: A 12-item questionnaire was designed. The median scores obtained in the Health Consensus ranged between 6.08 (1.43) and 7.22 (1.52), with an agreement level of between 73.87% to 84.19%. Finally, a 5-item instrument was obtained to assess the patients' health competencies.

Conclusions: The questionnaire is a useful tool to detect those at risk of having difficulties in obtaining, understanding and using health information. This would allow professionals to focus their attention on the type of information patients need and better adapt it to their needs.

© 2019 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de enfermedades crónicas ha aumentado en los últimos años, representando la primera causa de muerte a nivel mundial¹. El impacto de los costes directos e indirectos generados principalmente por los tratamientos de larga duración y los episodios recurrentes de hospitalización suponen un compromiso para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios². Entre las medidas para afrontar esta situación, las estrategias para incrementar el autocuidado y el automanejo de la enfermedad por parte de los pacientes y los familiares se han asociado a mejores resultados en salud^{3,4}.

Diversos factores influyen en el automanejo de la enfermedad crónica en los pacientes, como el nivel socioeconómico, la cultura, la comorbilidad, la complejidad del tratamiento o la capacidad de comunicación en un contexto clínico⁵. Además, también se ha demostrado que la T (AS), traducción del término *health literacy*^a presenta una relación directa con la comprensión y la aplicación de la información sanitaria oral y escrita⁶. La valoración de estos aspectos por parte del profesional sanitario en el entorno clínico es un aspecto positivo, ya que puede permitir a los distintos agentes implicados en el seguimiento de la enfermedad adecuar el contenido, la complejidad de los mensajes y las intervenciones dirigidas a los pacientes^{7,8}.

Por este motivo, en los últimos años se han desarrollado instrumentos de valoración de la AS desde distintas perspectivas⁹. En primer lugar, los test de reconocimiento de palabras permiten valorar el nivel de AS de una persona en poco tiempo (de 1 a 3 min) debido a su rapidez en la administración¹⁰. El instrumento más utilizado es el Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)¹¹. Se trata de un cuestionario de reconocimiento y pronunciación de términos médicos, donde se pide al paciente que lea y repita en voz alta una lista de ítems. El nivel de AS está relacionado directamente con el número de palabras bien pronunciadas. Por otro lado, los test de comprensión de información en salud permiten valorar la capacidad de entendimiento e integración de la información en salud tanto escrita como numérica¹⁰. En este sentido, el Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) es el más utilizado¹¹. Consiste en un cuestionario con información médica y datos numéricos que el paciente ha de leer para posteriormente contestar un test que evalúa su capacidad de comprensión.

Diversos autores destacan que estos instrumentos presentan algunas limitaciones, como son el tiempo elevado de administración, la poca precisión de los resultados extraídos del análisis, la falta de detección de dimensiones representativas o el provocar sensación de incomodidad o inferioridad en las personas examinadas^{10,13,14}. Además, estos instrumentos de valoración deberían tener en cuenta otros factores que influyen en la capacidad para comprender la información, como son las posibles discapacidades visuales, auditivas o cognitivas del paciente e incluirlas en la valoración para que sean ponderadas de acuerdo con las restricciones que pueden producir¹⁴. Otros estudios destacan la necesidad de que las instituciones y los centros sanitarios

^a La AS se define como la habilidad para hablar, escuchar, leer, calcular y escribir sobre salud y aplicar dicha información en consecuencia, tomando decisiones apropiadas y haciendo un buen uso de los servicios y recursos sanitarios.

faciliten la creación de un entorno físico de las instalaciones que sea más accesible y fácil de usar para los pacientes¹⁵.

No se ha encontrado en la literatura un instrumento validado que permita valorar aquellos factores que interfieren en el proceso de comprensión de los pacientes respecto a las indicaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios. Por este motivo, se inició el presente estudio, con el objetivo de diseñar y construir un instrumento que permita a los profesionales identificar a las personas que presenten barreras para obtener, comprender y utilizar la información sanitaria.

Metodología

El instrumento Valoración de Competencias en Salud (VACS) se ha desarrollado en 2 fases. La primera incluyó la revisión de la literatura sobre los distintos modelos conceptuales de AS y de los instrumentos de medida de este constructo existentes en la actualidad, así como la realización de entrevistas semiestructuradas a 5 personas clave en el ámbito de la AS.

La segunda fase consistió en el diseño y la construcción del instrumento. Para ello, se llevó a cabo una estrategia de recogida de datos a través de una variación de la metodología Delphi denominada Health Consensus¹⁶, en la que participaron un grupo de 60 profesionales sanitarios (fig. 1).

Fase I. Desarrollo del marco conceptual

La fundamentación teórica del instrumento VACS partió en primer lugar de la revisión de la literatura. Se implementó una estrategia de búsqueda con las palabras clave «*health literacy assessment*» y «*health literacy tool*» en Pubmed y Web of Science. Los artículos obtenidos fueron analizados mediante un proceso secuencial que incluye la comprensión,

la síntesis y la evaluación crítica de los datos obtenidos. A través de la revisión de la literatura se identificaron 278 artículos, de los que se descartaron 220 tras la revisión del título y 42 tras la revisión del resumen por no estar centrados en el objetivo del estudio. Finalmente, se seleccionaron 16 artículos que analizaban los distintos instrumentos de medida existentes en la actualidad sobre AS.

Se constituyó un comité de expertos formado por profesionales reconocidos de distintas áreas de atención primaria y especializada, así como de líderes de organizaciones de pacientes, con el objetivo de identificar, mediante entrevistas semiestructuradas, las características que determinan el perfil de personas con riesgo de presentar bajas competencias en salud. Finalmente, se contó con 5 expertos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: reconocida experiencia y trayectoria en el sector de atención a enfermos crónicos; ámbito de atención primaria, especializada o académica; investigadores del área de la AS y líderes de organizaciones de pacientes.

Para la realización de las entrevistas semiestructuradas se elaboró un guion con base en la revisión de la literatura y los temas emergentes relacionados con los objetivos del estudio. Sus ámbitos temáticos fueron la definición del término AS y sus dimensiones, el impacto del nivel de AS en los resultados en salud, los instrumentos disponibles para su medida, la necesidad y la utilidad para los profesionales sanitarios y las áreas o ítems a tener en cuenta en su valoración.

Las entrevistas semiestructuradas tuvieron una duración media de 30 min. Se registraron en formato audio y se realizó una transcripción textual del contenido para su posterior análisis. Las técnicas utilizadas para realizar el análisis de la información cualitativa fueron la expansión constante (se incluyeron nuevas preguntas a las entrevistas para profundizar en ideas aportadas en entrevistas anteriores), el muestreo teórico (se seleccionaron determinados perfiles

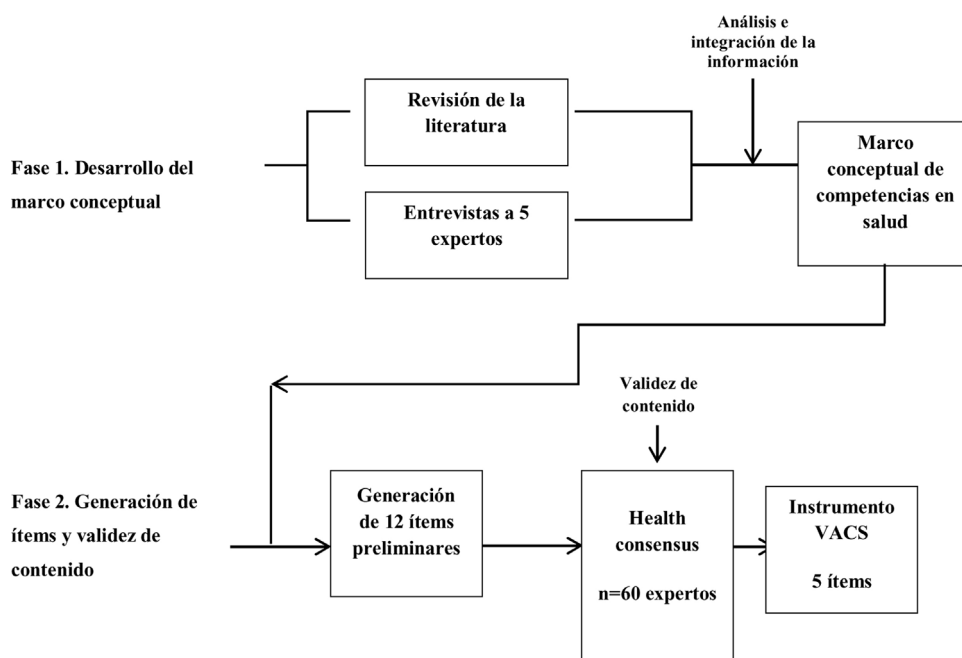


Figura 1 Esquema general seguido en el diseño y construcción del instrumento VACS.

de participantes para obtener un amplio abanico de visiones) y la comparación continua (por la que la información obtenida se fue contrastando y comparando de forma continuada con la información previa a medida que esta se iba obteniendo)¹⁷.

Una vez realizada la transcripción de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido de la información, en el que los temas emergentes fueron codificados y categorizados a través de un proceso deductivo de comparación continua. El proceso de análisis de la información incluyó las siguientes fases: transcripción de las entrevistas, preparación y revisión de las unidades y de la matriz de análisis, identificación de la dinámica del grupo y de los participantes, categorización inicial del texto, relación entre el marco teórico y los casos individuales, y validación de la fase de análisis mediante la triangulación de la información¹⁸.

Fase II. Generación de ítems, validez aparente y de contenido

A partir de este análisis se definieron los ítems preliminares que sirvieron para la construcción de la primera versión del cuestionario. Estos fueron propuestos por el grupo de expertos durante las entrevistas semiestructuradas con base en

las dimensiones identificadas previamente, así como por el equipo investigador tras la revisión de la literatura.

El proceso de formulación de los ítems siguió las recomendaciones de Harrison y McLaughlin¹⁹, por lo que se elaboraron ítems simples y cortos, y se evitaron oraciones compuestas o dobles afirmaciones. El formato de respuesta a los ítems fue dicotómico (sí/no), ya que, al tratarse de un instrumento a cumplimentar por los propios profesionales sanitarios durante la consulta clínica, su tiempo de administración debía ser breve.

Una vez identificados los indicadores, se construyó un cuestionario de 12 ítems. El mismo se sometió a la técnica de Health Consensus para valorar su contenido y seleccionar los ítems definitivos. Para ello, se utilizó una plataforma *online* basada en la inteligencia colectiva. Esta técnica tiene sus orígenes en el método Delphi, probado previamente en los procesos de innovación tecnológica²⁰.

Para la selección de los participantes se creó una base de datos que incluyó profesionales sanitarios a nivel nacional de distintas disciplinas del área de medicina, farmacia, enfermería, atención primaria, atención especializada, gestión, etc., además de la participación de pacientes. Un total de 135 personas, según estos criterios, recibieron la invitación para participar en el estudio, de los que respondieron 60, lo que implica una tasa de respuesta del

Tabla 1 Propuesta de áreas de contenido del instrumento

Áreas identificadas (grupo de expertos y revisión bibliográfica)	Transcripciones
Capacidad para buscar información	E1: «Buscar la información también es una parte de la <i>health literacy</i> » E4: «Comprende todo lo que tiene que ver con la información en salud, la forma de acceder a ella» E6: «La habilidad de encontrar la información, de buscarla y saber dónde buscarla»
Capacidad para comprender la información	E1: «Un área obvia es la comprensión de las palabras y lo que significan» E4: «Como básicas todo lo que es comprensión, interpretación y la capacidad de implicarse o de actuar en consecuencia a la información» E2: «Yo la entiendo como la capacidad para leer y entender los recursos que se dan en temas de salud»
Comunicación con los profesionales sanitarios	E6: «Para mí <i>health literacy</i> también es tu capacidad de comunicarte con los profesionales de salud, cuando interactúan con las demandas de las diferentes situaciones» E2: «Incluye la comunicación en directo»
Comprensión operativa	E1: «La manera en que entiendo algo y soy capaz de tomar una decisión» E2: «La <i>health literacy</i> incluye la capacidad de utilizar la información»
Competencias en la toma de decisiones	E4: «Implicarse en la toma de decisiones y actuar es una parte muy importante de la alfabetización, aunque ahí la intervención es más difícil» E6: «Para mí la toma de decisiones es un resultado del nivel de <i>health literacy</i> »
Capacidad para moverse por el sistema sanitario	E6: «La <i>health literacy</i> se aplica en los contextos de salud, como la utilización de los servicios sanitarios aunque, para mí, no se limitan solo a estos contextos» E5: «A veces tengo la sensación de que no tienen suficiente información, no saben a qué profesional han de ir o qué servicios hay disponibles»
Competencias en autocuidado	E4: «No solamente se trata de que tú entiendas y juzgues, sino de que seas consciente de la importancia que tiene de una forma global en tu forma de actuar, en tu forma de vivir» E3: «La alfabetización sanitaria implica el aporte de información necesaria para llevar unos hábitos y unos estilos de vida saludables, comprender la importancia de cuidarse y hacerlo con responsabilidad»

Tabla 2 Áreas y propuesta de instrumento

Áreas identificadas (grupo de expertos y revisión bibliográfica)	Ítem propuesto	Formato de respuesta
Durante la visita, el paciente presenta dificultades para:		
Capacidad para buscar información	1. Buscar información relacionada con su salud	Sí/no
Capacidad para comprender la información	2. Leer y comprender un texto sencillo	Sí/no
	3. Leer y comprender valores numéricos	Sí/no
	4. Comunicar y describir los propios síntomas	Sí/no
Comunicación con los profesionales sanitarios	5. Aplicar la información para resolver problemas relacionados con su salud	Sí/no
Comprensión operativa		
Competencias en la toma de decisiones	6. Participar en las decisiones de manera activa	Sí/no
capacidad para moverse por el sistema sanitario	7. Localizar los servicios sanitarios y a los profesionales que necesita	Sí/no
Competencias en autocuidado	8. Manifestar una actitud proactiva con relación a su salud	Sí/no
<i>El paciente</i>		
	9. Presenta dificultades visuales o auditivas o cognitivas	Sí/no
	10. Vive solo o sin cuidador	Sí/no
	11. Pertenece a una población de riesgo	Sí/no
	12. Tiene estudios primarios o inferiores	Sí/no

46%. La plataforma estuvo disponible durante un mes y se realizaron 3 recordatorios.

De acuerdo con los principios de este método¹⁶, cada participante respondió en 2 oleadas sobre su grado de conformidad con relación a la adecuación de los 12 ítems para valorar el constructo propuesto. Para ello, se puntuó cada ítem mediante una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 9, siendo el valor 9 el que mostraba la máxima conformidad.

Para cada ítem se calcularon la puntuación media y la desviación típica. Se determinó el grado de consenso entre los participantes mediante 2 oleadas, incluyendo en el instrumento final los ítems que consiguieran un consenso del 80% o mayor²¹.

Resultados

El análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas a expertos dio como resultado las siguientes categorías para la construcción del instrumento: 1) capacidad para buscar información; 2) capacidad para comprender la información; 3) capacidad para comunicarse con los profesionales sanitarios; 4) comprensión operativa; 5) competencias en la toma de decisiones; 6) capacidad para moverse por el sistema sanitario, y 7) competencias en autocuidado. La [tabla 1](#) presenta dichas categorías y algunas de las transcripciones que las ilustran.

Posteriormente, se formularon los ítems preliminares con base en las categorías detectadas. El instrumento resultante fue un cuestionario de 12 ítems ([tabla 2](#)) enviado a un total de 135 personas para la valoración de la validez de contenido del mismo. La tasa de respuesta fue del 46%. De las 60 personas que respondieron, un 45% tenía entre 45 y 54 años de edad, con una proporción de mujeres del 63%. Un 53%

Tabla 3 Características de los participantes del Health Consensus (n = 60)

Características	Porcentaje
<i>Edad (años)</i>	
35-44	9,68
45-54	45,16
55-64	40,32
65 o más	4,84
<i>Sexo</i>	
Hombre	63,33
Mujer	36,67
<i>Profesión</i>	
Medicina	51,61
Enfermería	20,97
Farmacia	12,90
Otra	14,52
<i>Área de actividad</i>	
Atención primaria	22,58
Atención hospitalaria	8,06
Gestión y administración	41,94
Farmacia comunitaria	9,68
Sociedades científicas	1,61
Asociaciones de pacientes	9,68
Otra	6,45
<i>Experiencia profesional (años)</i>	
5-9	3,23
10-14	3,23
15-20	16,13
Más de 20	77,42

Tabla 4 Puntuaciones resultado del Health Consensus

Ítem	Media (desviación típica)	Nivel de consenso (%)	Ítems finales VACS
2. Leer y comprender un texto sencillo (p. ej., folletos, instrucciones médicas, indicaciones para realizar una prueba diagnóstica, etc.)	7,22 (1,56)	84,19	x
4. Comunicar y describir los propios síntomas (p. ej., hacer preguntas o exponer temas que le preocupan)	7,13 (1,23)	83,75	x
11. Pertenecer a una población de riesgo (mayor de 65 años de edad, presentar dificultades con el idioma o diferencias culturales)	7,07 (1,45)	82,92	x
9. Presentar dificultades visuales o auditivas o cognitivas que le impidan llevar a cabo actividades de la vida diaria	6,86 (1,53)	81,06	x
6. Participar en las decisiones de manera activa (p. ej., hacer preguntas o expresar sus preferencias, consultar distintas opciones al profesional, mostrarse activo en su autocuidado)	6,73 (1,34)	80,00	x
3. Leer y comprender valores numéricos (p. ej., comprender dosis de medicamentos, conceptos como riesgo, porcentaje, valores sanguíneos, etc.)	6,69 (1,51)	79,48	
5. Aplicar la información para resolver problemas relacionados con su salud (p. ej., seguir una alimentación saludable, realizar actividad física, dormir suficientes horas, etc.)	6,68 (1,52)	79,40	
10. Vivir solo/a o sin cuidador	6,64 (1,43)	79,06	
8. Manifestar una actitud proactiva con relación a su condición de salud	6,53 (1,24)	78,27	
12. Nivel de escolarización inferior a los 16 años de edad	6,42 (1,22)	77,23	
Buscar información relacionada con su salud (p. ej., sobre diagnósticos, tratamientos disponibles, utiliza fuentes fiables, etc.)	6,12 (1,43)	74,14	
7. Localizar los servicios sanitarios y a los profesionales que necesita (p. ej., orientarse en el hospital, encontrar los servicios sanitarios o localizar el profesional de referencia de su centro etc.)	6,08 (1,37)	2	

de los participantes eran médicos. La proporción de personas que realizaban actividades relacionadas con la gestión y la administración sanitaria fue del 43%, seguida de la atención primaria (23%). El 80% de los participantes manifestaron tener más de 20 años de experiencia profesional. La [tabla 3](#) presenta las características de los participantes en el Health Consensus.

Las puntuaciones medias para cada ítem se situaron entre 6,08 (1,43) y 7,22 (1,56). El nivel de consenso conseguido para los diferentes ítems se situó entre el 73,87% para el ítem 7 y el 84,19% para el ítem 2 ([tabla 4](#)). Finalmente, se consiguió un instrumento de 5 ítems que tenía en cuenta la capacidad del paciente para leer y comprender un texto sencillo, describir los propios síntomas y participar en las decisiones, además de valorar si este presentaba dificultades sensoriales o pertenecía a algún grupo vulnerable de la población ([tabla 5](#)).

Discusión

Este estudio ha combinado en su metodología técnicas cualitativas de profundización sobre una problemática (a través de las entrevistas semiestructuradas) y de consenso. El método Health Consensus empleado se ha realizado a través de una plataforma *online* basada en la inteligencia colectiva. Este método presenta un gran avance en áreas como la participación de la ciudadanía y la política sanitaria, ya que permite que gran número de personas, con

independencia de las limitaciones geográficas y profesionales, puedan intervenir y opinar de manera conjunta. También permite su aproximación cualitativa a través de una participación transparente, rápida y efectiva²².

Los resultados de este estudio permiten identificar las dimensiones más importantes a la hora de valorar la capacidad de los pacientes para comprender y utilizar la información sanitaria. La literatura muestra que diversas categorías obtenidas del análisis de las entrevistas semiestructuradas habían sido ya incluidas en definiciones de AS. Así, mientras que la capacidad para buscar información y comprenderla han sido las más contempladas^{7,23-25}; la capacidad para comunicarse con los profesionales sanitarios²⁴ o la capacidad de navegar por el sistema sanitario²⁶ han sido incorporadas puntualmente.

Este estudio permite identificar además las dimensiones de competencias para el autocuidado y para la toma de decisiones. Posiblemente, estas son un reflejo indirecto de la capacidad para aplicar la información, por lo que estaría relacionado con la comprensión operativa. Dichas competencias pueden estar influidas por capacidades particulares del paciente. Este hecho explica que los expertos identificaran como factores relevantes la presencia de dificultades visuales, auditivas o cognitivas; vivir solo o sin cuidador; pertenecer a una población de riesgo o tener estudios primarios o inferiores.

La validez de contenido de los ítems preliminares muestra una elevada adecuación de los mismos para valorar el constructo. Entre ellos, el ítem 2 (leer y comprender un

Tabla 5 Instrumento VACS

Anotar: sí o no. En su opinión al final de la consulta con el paciente. El paciente puede.		
Ítem	Texto	Respuesta
1	Leer y comprender un texto sencillo (folletos, instrucciones médicas, indicaciones para realizar una prueba diagnóstica, etc.)	Sí/no
2	Comunicar y describir los propios síntomas (hacer preguntas o exponer temas que le preocupan)	Sí/no
3	Participar en las decisiones de manera activa (hacer preguntas o expresar sus preferencias, consultar distintas opciones al profesional, mostrarse activo en su autocuidado).	Sí/no
4	Presentar nivel visual o auditivo o cognitivo que le permite llevar a cabo actividades de la vida diaria	Sí/no
5	Pertenecer a una población de no riesgo (menor de 65 años, sin dificultades con el idioma o sin diferencias culturales)	Sí/no

texto sencillo) obtuvo la puntuación media más elevada. Estos hallazgos concuerdan con las escalas *gold standard* ya existentes, que utilizan la capacidad de comprensión lectora para valorar la AS¹². Así mismo, el ítem 4 (comunicar y describir los propios síntomas) ha sido igualmente destacado y puede referirse a la necesidad de saber leer y comprender la información recibida para poder transmitirla de forma correcta.

El instrumento VACS facilita al profesional sanitario una visión real del grado de competencias y habilidades de sus pacientes respecto a la información que reciben sobre su salud y plan terapéutico. Al tratarse de un cuestionario heteroinformado, la información sobre el paciente la obtiene el médico como parte de su evaluación y basándose en la observación que realiza. Su implementación es un complemento idóneo a la estratificación clínica, permitiendo al profesional un seguimiento sobre la información que ha de proporcionar al paciente en cada momento.

La selección de los 5 ítems con mayor puntuación mediana permite que la herramienta VACS sea un instrumento de rápida aplicación por parte de los profesionales y de gran rapidez en la obtención del resultado, al tratarse de respuestas dicotómicas. Al ser utilizado a través de la observación por parte del profesional sanitario ocupa poco tiempo de consulta. Por otro lado, no se ha concretado un nivel a partir del que se considera que existe una alta o baja AS. Al tratarse solo de 5 aspectos, 3 respuestas afirmativas podrían considerarse buen nivel, siempre de acuerdo con el criterio del profesional.

Entre las limitaciones del instrumento, los participantes en el estudio pusieron de manifiesto que no se trataría, en principio, de un cuestionario para responder en una primera visita, sino que el profesional debe conocer ya al paciente para poder valorar los ítems del instrumento de forma rápida y sin que se entorpezca su tarea clínica o asistencial.

La pertinencia del desarrollo de un instrumento de cribado para el diagnóstico de las competencias en salud individuales debe facilitar el empoderamiento de los pacientes²⁷ sobre todo como base en la atención a la cronicidad además de su promoción a través de las asociaciones de pacientes, de la creación de escuelas específicas y de los

programas del paciente experto²⁸. Con ellas se fortalece al paciente como principal responsable del autocuidado de su salud y se familiariza con un posicionamiento activo.

Por lo tanto, las necesidades de los pacientes pueden estudiarse desde diferentes perspectivas pero los cuidados recibidos desde una óptica de atención primaria multidisciplinar perduran frente a cualquier actuación de vertiente clínico individual. La característica más relevante y común en casi todas las personas afectadas por enfermedades crónicas es la necesidad de una atención continuada dirigida al paciente y coordinada entre los distintos servicios sanitarios.

El hecho de conocer el grado de AS de la población debería reforzarse a partir de los modelos de atención a crónicos, porque la atención integral y los cuidados específicos para cada tipo de paciente son la base de la atención a la cronicidad y para poder llevarlo a cabo, es necesario centrarse en las personas y en sus necesidades.

Este estudio ha permitido obtener una escala preliminar, que deberá ser posteriormente sometida a una fase de valoración de sus características psicométricas de forma previa a su implantación en la práctica diaria. El instrumento VACS puede ser aplicado a diferentes subgrupos poblacionales y de pacientes a la vez que lo pueden responder distintos profesionales sanitarios que tengan un trato directo con el paciente y su proceso de atención.

Financiación

El presente estudio ha sido financiado, parcialmente, por Esteve.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Lluïsa Cervera por su apoyo incondicional. A todas las personas que participaron en las entrevistas y el método de consenso.

Anexo 1. Componentes del Grupo de Trabajo VACS

Isabel Amo, Alicia Borrás, Pau Gálvez (Instituto de Salud Pública y Pacientes, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona); Luís González de Paz (Centro de Salud de Les Corts [CAPSBE], Barcelona); Tyler Haeffs, Jake Taylor (Harvard School of Dental Medicine, Boston, EE. UU.); Felipe Macías, Jordi Real, Montserrat Virumbrales (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona); Ramón Morera (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria [SEDAP], Madrid); M.^a Dolores Navarro Rubio (Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona); Rosalia Santesmases-Masanah (Escuela Universitaria de Enfermería, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona); Jorge Vázquez (Esteve, Barcelona); M.^a Dolores Vega (SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Barcelona).

Bibliografía

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Ginebra: World Health Organization; 2015.
2. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Boston: Harvard School of Public Health; 2011.
3. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: A vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: WHO European Office for Investment for Health and Development; 2007 [consultado 1 Jul 2019] Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74739/E90569.pdf?ua=1.
4. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(2):136–44.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*. 2011;(199):1–941.
6. Rudd R, Keller D. Health literacy: New developments and research. *Journal of Communication in Healthcare*. 2009;2:240–57.
7. Institute of Medicine. Health literacy. A prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press; 2004.
8. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38:234–7.
9. Navarro-Rubio MD, Rudd R, Rosenfeld L, Arrighi E. Alfabetización en salud: implicaciones en el sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:171–5.
10. Haun J, Luther S, Dodd V, Donaldson P. Measurement variation across health literacy assessments: Implications for assessment selection in research and practice. *J Health Commun*. 2012;17:141–59.
11. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in Medicine: A shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391–5.
12. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41.
13. Ryan JG, Leguen F, Weiss BD, Albury S, Jennings T, Velez F, et al. Will patients agree to have their literacy skills assessed in clinical practice? *Health Educ Res*. 2008;23(4):603–11.
14. Ferguson B, Lowman SG, deWalt DA. Assessing literacy in clinical and community settings: The patient perspective. *J Health Commun*. 2011;16(2):124–34.
15. Rudd RE, Groene OR, Navarro-Rubio MD. On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions. *Rev Calid Asist*. 2013;28:188–92.
16. Serra V, Espallargues M, Escarabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. En: Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016.
17. Pope C, Mays N. Qualitative methods in health and health services research. En: Mays N, Pope C, editores. *Qualitative research in health care*. London: BMJ.; 1996. p. 1–9.
18. Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD. Why use theories in qualitative research? *BMJ*. 2008;337:49.
19. Harrison DA, McLaughlin ME. Cognitive processes in self-report responses: Tests of item context effects in work attitude measures. *J. Appl Psychol*. 1993;78(1):129–40.
20. Monguet J, Ferruzca M, Gutiérrez A, Alatrisme Y, Martínez C, Córdoba C, et al. Vector consensus: Decision making for collaborative innovation communities. En: *ENTERprise Information Systems*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012. p. 218–27.
21. Martí T, Monguet J, Trejo A. Collective health policy making: A priority setting and policy monitoring application in the Catalan National Health System. *Collective Intelligence Conference*, June 10–12, 2014 at MIT. Boston. 2014:1–5.
22. Edelenbos J. Design and management of participatory public policy making. *Public Management*. 1999;1:569–76.
23. Sørensen K, van den B, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13(1):1–22.
24. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: Concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *RCyS*. 2012;2(2):91–8.
25. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
26. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health affairs*. 2003;22(4):147–53.
27. Groene RO, Rudd RE. Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. *J Commun Healthc*. 2011;4(4):227–37.
28. Jovell AJ, Navarro MD, Arrighi E, Cervera MLL, Gálvez P. Itinerario del paciente crónico. Sant Cugat del Vallès: Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya; 2013 [consultado 1 Jul 2019] Disponible en: www.uic.es/sites/default/files/itinerario-paciente_cronico.pdf.