



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR DEL POLICLÍNICO
CHINCHA- ESSALUD. 2017”**

**LINEA DE INVESTIGACION: SALUD PUBLICA
TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN Y CONDUCCIÓN EN SALUD**

AUTORA:

CAHUINA LOPE, PAULA LORENA

ASESOR:

DR. DELGADO ARROYO, RAFAEL

JURADO:

DR. MIRAVAL ROJAS, EDGAR JESÚS

DR. VILLAFANA LOSZA, NERI URBANO

DR. SOTO LINARES, CARLOS

LIMA-PERÚ

2020

DEDICATORIA

A todos aquellos a quienes aprecio, pues fueron mi estímulo para conseguir tan anhelado sueño.

A mi familia, sobre todo a mi esposo Erik e hijos por darme de su tiempo para mi desarrollo personal.

INDICE

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. Introducción.....	9
1.1. Planteamiento del Problema.....	10
1.2. Descripción del Problema.....	12
1.3. Formulación del Problema.....	16
- Problema General.....	16
- Problemas Específicos.....	16
1.4. Antecedentes.....	16
1.5. Justificación de la Investigación.....	22
1.6. Limitaciones de la Investigación.....	24
1.7. Objetivos.....	25
- Objetivo general.....	25
- Objetivos específicos.....	25
1.8. Hipótesis.....	26
II. Marco Teórico.....	27
2.1. Marco conceptual.....	27
2.2. La evaluación de la atención primaria de la salud.....	29
2.3. El PCAT (<i>Primary Care Assessment Tools</i>).....	35
2.4. Historia de la atención primaria de salud.....	38
2.5. Contexto de la Atención Primaria en Salud en Perú.....	43
2.6. Implementación de la Atención primaria en EsSalud en Perú.....	46
III. Método.....	49
3.1. Tipo de Investigación.....	49
3.2. Población y muestra.....	50
3.3. Operacionalización de Variables.....	53
3.4. Instrumentos.....	56
3.5. Procedimientos.....	62
3.6. Análisis de datos.....	63
3.7. Aspectos éticos.....	63

IV. Resultados	64
V. Discusión de Resultados	72
VI. Conclusiones	76
VII. Recomendaciones	78
VIII. Referencias	80
IX. Anexos:	88
Anexo 1: Matriz de Consistencia	88
Anexo 2: Consentimiento Informado	89
Anexo 3: Ficha de Recolección de Datos:	89
Anexo 4: Propiedades métricas de las escalas PCAT	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de las variables	53
Tabla 2	Ficha Técnica PCAT-USUARIOS	57
Tabla 3	Ficha Técnica PCAT-PROVEEDORES	59
Tabla 4	Características Sociodemográficas de los Usuarios del Policlínico Chincha, EsSalud.	64
Tabla 5	Nivel de desempeño de las Funciones de la APS en el Policlínico Chincha desde la perspectiva de los usuarios.	65
Tabla 6	Nivel de desempeño de las Funciones de la APS en el Policlínico Chincha desde la perspectiva del proveedor.	68
Tabla 7	Prueba T de Student para muestras independientes, comparación del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud entre usuarios y proveedores, Policlínico Chincha.	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Estructura organizacional del Sistema Peruano de Salud	44
Figura 2	Porcentaje de Usuarios que evalúan el nivel de desempeño de las Funciones de la APS, Policlínico Chincha.	67
Figura 3.	Porcentaje de Proveedores que evalúan el nivel de desempeño de las Funciones de la APS, Policlínico Chincha.	69
Figura 4.	Comparación del nivel de desempeño de las funciones de la APS entre usuarios y proveedores. Policlínico Chincha	71

RESUMEN

Objetivo: Valorar el nivel de desempeño de las funciones de la Atención Primaria de la Salud (APS) desde la percepción de los usuarios y proveedores, en el Policlínico Chincha.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, en el Policlínico Chincha, en el que se analizó a 216 participantes (202 usuarios y 14 proveedores) por muestreo aleatorio simple, durante el periodo marzo-octubre del 2017, evaluándose el grado de desempeño de las funciones tanto primarias como secundarias de la APS (adecuado/no adecuado), mediante el “PCAT usuarios” y “PCAT proveedores”, propiedad de la Dra. Starfield y adaptados al español por Berra (versión argentina). Se usó estadística descriptiva para el análisis univariado (frecuencias absolutas y porcentajes) a un nivel de confianza del 95%; además del uso de estadística inferencial para la comparación de medias en ambas muestras a través de la T Student; con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados: De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en promedio para cada función de la APS, según la valoración realizada por los usuarios destacan con adecuado desempeño la función de Primer contacto-utilización del servicio (66%, $p < 0.001$) y desde la perspectiva de los proveedores la integralidad (servicios proporcionados 79%, $p = 1.00$), ambas con un puntaje > 3 puntos. Por el contrario, aparecen con los puntajes más bajos < 2 puntos para los usuarios las funciones de integralidad (servicios disponibles) y orientación comunitaria; y en el caso de los proveedores la orientación comunitaria.

Conclusión: El nivel del desempeño de las funciones de la APS fueron en su mayoría percibidos como no adecuados por usuarios y proveedores.

Palabras Clave: Funciones de la atención primaria, PCAT, APS

ABSTRACT

Objective: To assess the compliance of the functions Primary Health Care (PHC) from the perspective of users and providers at Chinchá Policlínica.

Material and Method: A descriptive cross-sectional study was carried out at Chinchá Policlínica, in which 216 participants (202 users and 14 providers) were analyzed by simple random sampling, during the period March-October 2017, evaluating the degree of compliance of the primary and secondary functions of the PHC (adequate / not adequate), through the "PCAT users" and "PCAT providers", property of Ph. Starfield and adapted to Spanish by Berra (Argentine version). Descriptive statistics were used for the univariate analysis (absolute frequencies and percentages) with a confidence level of 95%, besides the use of inferential statistics for the comparison of means in both samples through the Student T; with the help of the statistical package SPSS version 21.

Results: According to the average scores for each function of the PHC, according to the assessment made for the users, it was adequate compliance the functions of First contact-use (66%, $p < 0.001$) and from the perspective of the providers was the integrality (services provided 79%, $p = 1.00$), both with a score > 3 points. On the contrary, the integrality functions (available services) and community orientation appear with the lowest scores < 2 points for the users; and in the case of providers, community orientation.

Conclusion: The degree of compliance of the functions Primary Health Care was mostly perceived as not suitable for users and providers.

Keywords: Functions of primary care, PCAT, PHC

I. Introducción

La atención primaria de salud (APS), ha reorientado las atenciones y servicios de salud después de Alma Ata en 1978, constituyendo el eje central de todo sistema de salud que se considere equitativo y universal, llevando a la inclusión de mecanismos para la implementación, organización y oferta de servicios al alcance de la población en diversos países de América Latina, con el fin de crear una estrategia sostenible y sólida en APS aplicable a su sistema de salud(OPS, 2008).

Hasta la actualidad representa uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios, dado los actuales desafíos y las crecientes expectativas de las sociedades en proceso de modernización, expresándose en los países de la región mediante reformas(OMS, 2013), con énfasis según la realidad específica de cada nación: a) en conseguir la cobertura universal, b) la prestación de servicios, c) el liderazgo y d) en las políticas públicas. Para el caso peruano la reforma está concentrada en la cobertura y el acceso universal. La APS surge entonces como estrategia para atender los problemas propios del sistema sanitario y que aun habiéndose gestado hace casi cuarenta años, su problemática prevalece.

En este sentido, si bien ya era un reto conseguir la implementación de los sistemas de salud basados en APS, surge otra necesidad, y es la de “evaluar”, el cual es un proceso fundamental en la gestión, siendo importante fuente de insumos para la mejora de toda organización, y cuyos resultados se reflejan en cambios que aseguran la mejora y calidad de los servicios(Yavich, Báscolo, & Haggerty, 2010).

Se reconoce diversos modelos teóricos sobre los que cotidianamente se evalúa la APS, los mismos que están dirigidos fundamentalmente a ver aspectos organizativos y

estructurales (Sibthorpe & Gardner, 2007), aspectos que no comprenden en su globalidad las funciones establecidas para la APS (Stange et al., 2014); en este sentido, resalta la importancia de realizar estudios que evalúen el desempeño de los atributos de la atención primaria (AP) como indicadores de calidad en términos de efectividad y eficiencia (Shi, 2012), donde es necesario abordar opiniones de los usuarios, proveedores y de los gestores de la salud; en la actualidad se cuenta con un instrumento capaz de evaluar estos aspectos en forma confiable y global, se trata del *primary care assessment tool* (PCAT), el cual no solo valora la percepción de la satisfacción interna del paciente sino también permite valorar el producto y los resultados de la asistencia ofrecida, logrando así exponer los aspectos débiles de la atención primaria (D'Avila, Pinto, Hauser, Gonçalves, & Harzheim, 2017).

En el Perú, el modelo propuesto para la transformación de nuestro sistema de salud está orientado en la APS, a través del fortalecimiento de la instauración del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MINSA, 2011). Por lo tanto, en la presente investigación se propone estudiar el desempeño de las funciones de la APS en un policlínico del seguro social como modelo de un establecimiento del primer nivel de atención, el cual servirá para evaluar cómo se ha implementado esta estrategia en los establecimientos que representan la entrada al sistema de salud desde la perspectiva de usuarios y proveedores; y así poder evaluar sus fortalezas y debilidades.

1.1. Planteamiento del Problema

Una de las estrategias más efectivas y prácticas para promover la salud en todos los países ha sido la adopción de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia

fundamental. En septiembre de 1978, se celebró una conferencia internacional en Alma-Ata, cuyo gran logro fue declarar a la APS como una hoja de ruta para “Salud para todos” para el año 2000(WHO, 2008); de hecho, se planteó bajo un nuevo enfoque, que iba más allá del sistema tradicional de atención de la salud, debiendo ser considerada como el eje principal de los sistemas de salud en todo el mundo.

La APS en los últimos años se ha fundamentado en la justicia de la prestación y distribución de servicios en el sector salud, buscando aumentar la equidad en el sector de la salud, reducir el gasto público, aumentar la cobertura universal de los servicios de salud, reducir las deficiencias en el estado de salud y, sobre todo, involucrar a las personas en el campo de la promoción de la salud y la prestación de atención; por lo tanto, necesita se implemente en forme razonable naturalmente bajo el amparo económico y social del gobierno, para así facilitar el acceso a todos los usuarios de los servicios de salud básicos(Javanparast et al., 2011).

Sin embargo, hasta la actualidad una gran parte de los recursos financieros destinados para la salud en los países en desarrollo continúan priorizando atenciones recuperativas; por ello la Organización Mundial de la Salud en su informe el 2018, puso énfasis en requerir que los sistemas de salud den cuatro pasos para cumplir con los objetivos de la APS, que incluyen (i)cobertura universal, (ii) sistemas de salud estén más centrados en las personas, (iii) integrar la salud pública con salud primaria a través de la formulación de políticas públicas, y (iv) hacer que los gobiernos sean más confiables a través del liderazgo basado en la negociación(WHO, 2018).

Al igual que en muchos países, en Latinoamérica muchos países trataron de copiar el modelo de APS de países como España, Canadá entre los principales, tomando iniciativas valiosas para lograr y mantener los objetivos de APS, pero la distribución injusta de los recursos financieros en muchos países como el caso de Bolivia, Argentina, Venezuela y Perú ; así como la tendencia del Ministerio de Salud y la educación médica orientada a la atención recuperativa, resultaron en la tergiversación de la implementación de la atención primaria.

Por ello aun cuando la estrategia de la APS ha cambiado las actitudes globales hacia los problemas de salud en todo el mundo.(Mahmoudi-Meymand, Aryankhesal, & Raeissi, 2016) Resulta necesario valorar el desempeño de la mayoría de estrategias basadas en APS en países que se encuentran atrapados y abrumados por una atención recuperativa costosa e inapropiada muchas veces debido a la escases de recursos humanos y financieros en los establecimientos de salud de nuestro país.

1.2. Descripción del Problema

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes estudios en que se analiza la incorporación del enfoque en atención primaria en los sistemas de salud desde la perspectiva asistencial, sin embargo, una revisión amplia de la literatura permite evidenciar que no se ha prestado el mismo nivel de atención a la formación del talento humano responsable de la operación de dichos sistemas a pesar que es el pilar fundamental para el funcionamiento adecuado de los servicios sanitarios.

Muchos de los problemas, que conllevaron a una intervención en APS, a nivel internacional(Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013) aún persisten; y están relacionadas

con: la accesibilidad, la cobertura, la equidad, las condiciones socioeconómicas, la fragmentación/segmentación de los sistemas, la sostenibilidad financiera, la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, los nuevos problemas epidemiológicos y la capacidad resolutive del sistema público de salud. Problemas complejos que como país para resolverlos se adquirió el compromiso internacional de abogar por la integración de los principios de la APS en el desarrollo de los sistemas de salud y por tanto en el MAIS-BFC para el caso peruano.

El informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2013) pone en evidencia que no se realizó a nivel internacional una implantación más amplia y profunda de la APS y significó además desorganización, falta de políticas de incentivos, escaso financiamiento y costos elevados, distribución desigual de servicios y, fundamentalmente, carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria(Nebot Adell, Rosales Echevarria, Bentz, & M, 2009).

Actualmente hay una demanda creciente por los servicios de atención primaria de salud (APS) a nivel mundial. Esta demanda refleja un interés progresivo por conseguir sistemas de salud más equitativos, integradores y justos; reflejándose la necesidad de desarrollar una perspectiva más integral sobre la eficacia de los sistemas de salud(Macinko, Montenegro, Nebot Adell, Etienne, & Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En los países donde la atención primaria es la base del sistema sanitario, los establecimientos de salud de atención primaria pueden resolver el 80% de los problemas de salud(Starfield Barbara, 2002). El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia que hasta el momento ha demostrado mejores resultados a nivel

mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Los países que invierten más en atención primaria tienen menores gastos y mejores niveles de salud poblacional(Harzheim, Starfield, Rajmil, Alvarez-Dardet, & Stein, 2006).

En Perú en el año 2003 el Ministerio de Salud presentó el Modelo de Atención Integral de Salud(MINSA, 2011), como el marco referencial para el diseño de políticas de salud enfocadas en la atención primaria en salud (APS) y comenzó a impulsar una serie de cambios en la organización y funcionamiento de los servicios de salud con importantes resultados sanitarios en este nivel , sin embargo en la última década la evaluación de la implementación de la APS, ha mostrado detrimento en indicadores de calidad y resultados en salud en el ámbito nacional; entretanto en el ámbito internacional la APS ha demostrado ser una estrategia para fortalecer los sistemas y servicios de salud y así mejorar la calidad de vida de la población.

Por esta razón, y a pesar del reto que supone la puesta en marcha de la APS en un sistema de salud fragmentado como el nuestro, desde el año 2003 se ha implementado un Plan de Fortalecimiento de los Centros de Atención del Primer de Nivel de atención proveyéndolos con más recursos humanos y financieros, buscando así cumplir plenamente con la estrategia de atención primaria de salud.

En este contexto, EsSalud como entidad prestadora de servicios de salud de aproximadamente el 30% de la población nacional, no es ajeno a esta política y tiene como un objetivo estratégico institucional ofrecer atención integral de salud a la población asegurada, y para ello también ha implementado en sus establecimientos de salud del primer nivel consultorios de medicina Familiar que brindan atención integral

en todas las etapas de vida, liderados por el médico efector de la APS “el Médico Familiar”(EsSalud, 2012).

A nivel local existen estudios de calidad y satisfacción de los usuarios en todos los niveles de atención, que evalúan la perspectiva del usuario respecto a los servicios que reciben, pero no evalúan la APS como estrategia, pues solo enfatizan en aspectos estructurales y organizativos, habiéndose perdido la perspectiva de la atención primaria, pues muchos de estos cuestionarios no toman en cuenta las funciones esenciales de la misma, es decir: la puerta de entrada, longitudinalidad, integralidad y coordinación, básicas para la consecución de los objetivos de esta estrategia.

Un aporte valioso a la evaluación de la APS fue lograr precisar en forma clara cada una de las funciones de la APS por Bárbara Starfield, quien elaboró un instrumento clave para la evaluación de la misma, el PCAT, utilizado ya en muchos países del mundo y Latinoamérica con éxito, mostrando ambas perspectivas del usuario y proveedores(Shi, 2012).

En contraste, escasos reportes en la literatura en nuestro País evalúan la perspectiva de los usuarios y proveedores respecto a estos grandes cambios que se van suscitando en el primer nivel de atención, y en muchos casos los mismos usuarios aún desconocen las bondades de este nuevo modelo de atención y enfoque al paciente.

Por lo cual se hace necesario poder conocer y reenfocar el fin supremo de la APS en el primer nivel de atención, valorando el desempeño de las funciones esenciales y secundarias de esta estrategia desde ambos puntos de vista usuario y proveedor, en forma sistemática, con un instrumento apropiado como lo es el PCAT, desde el escenario donde actúa el médico de familia como efector de la AP.

1.3. Formulación del Problema

- Problema General

¿Cuál es el nivel de desempeño global de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha durante el año 2017?

- Problemas Específicos

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?
- b) ¿Cuál es el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?
- c) ¿Cuál es el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?
- d) ¿Existe diferencia en la percepción del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud del policlínico Chincha entre usuarios y proveedores?

1.4. Antecedentes

La puesta en marcha de la estrategia de la APS después de Alma Ata en 1978 permitió mejorar la situación sanitaria en los países que la implementaron (OPS & OMS, 2007). Diversos autores coinciden en afirmar que la Atención Primaria de Salud (APS) es la mejor estrategia para garantizar avances sostenibles en la salud de la población y que es necesario contar con talento humano con experticia en el área y en cantidad

suficiente para alcanzar los resultados esperados en términos de costo efectividad (Macinko et al., 2007; WHO, 2008).

A nivel global y especialmente en América, se reconoce como una gran necesidad el fortalecimiento del primer nivel de atención a través de la estrategia de la APS, así como la evaluación del desempeño de sus funciones (Macinko et al., 2007; Shi, 2012; Starfield Barbara, 2002; WHO, 2008). Antiguamente se consideraba la evaluación de la APS como si se evaluara “un programa”, así tenemos el informe de la Ciudad del Rosario en España, en el cual la atención primaria se evaluó en base a indicadores de los programas de salud materna, salud infantil, enfermedades crónicas y tuberculosis (Bloch Carlos, Godoy Cristian, & Luppi Irene, 1992).

Bárbara Starfield, como médico destacada a nivel mundial en el análisis y evaluación de los sistemas de salud, creó y diseñó en la Universidad de John Hopkins, una herramienta para la evaluación del Primer Nivel de Atención, el *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, disponible desde 1998 hasta la actualidad, validado en diversos idiomas y países (Starfield, Shi, & Macinko, 2005a); esta herramienta es cosmopolita, aplicada en diversos países, confirmándose como un valioso y poderoso recurso para la evaluación de servicios y sistemas de salud, tal es así que la extensión de su utilización está permitiendo vislumbrar su potencial para la evaluación de sistemas de salud basados en la APS y compararlos a nivel internacional (Shi, 2012).

A nivel internacional tenemos los estudios de:

Ardila Gómez, de Paepe, Luciani Conde, & Stolkiner (2012), en su estudio descriptivo, transversal denominado “La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires”,

evaluaron las prácticas, abordajes y modelos de la APS, para ello se aplicó el cuestionario de Evaluación Rápida de Atención Primaria en Salud (Barbara Starfield; adaptación y validación por Almeida/Macinko) a usuarios y profesionales de centros de salud del Municipio de Lanús, entrevistándose a 161 participantes. Se encontró que el índice global de desempeño de la APS fue satisfactorio, con puntuaciones altas en las dimensiones 'vínculo con profesionales' y 'formación profesional', y bajas en 'acceso' y 'orientación a la comunidad'.

Harzheim, Pinto, Hauser, & Soranz (2016), llevaron a cabo un estudio observacional de tipo transversal, titulado “Evaluación de la atención primaria de salud en usuarios niños y adultos en la ciudad de Río de Janeiro”, se entrevistaron a 6675 usuarios en total, usando el PCATool-Brasil. Se encontró que los puntajes de los atributos "acceso - primer contacto/accesibilidad", "integralidad - servicios prestados", "orientación comunitaria" y "orientación familiar" no fueron adecuado en su desempeño. Por otro lado, la "coordinación" y "longitudinalidad" se encuentran en trayectoria de calidad, pues invariablemente obtuvieron escores cercanos o superiores a 6,0.

Rodríguez-Riveros et al. (2012), evaluaron a través de un estudio observacional titulado “Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011”, se entrevistó a 360 usuarios y 36 profesionales de salud, se utilizó el PCAT. El estudio concluye un índice global de evaluación bajo (promedio 2.5), en la que el acceso es un punto débil y la formación profesional uno fuerte.

Berterretche & Sollazzo (2012), llevaron a cabo un estudio de caso, titulado “El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de

un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay”, que evaluó como estos modelos organizativos de oferta y gestión de la APS son traducidos en servicios, en 178 usuarios, usando el PCAT. Se observó una buena calificación de desempeño en los atributos de puerta de entrada, cartera de servicios y formación profesional. Entre los atributos con menor nivel de desempeño estuvieron el enfoque familiar y comunitario y el acceso.

Rodríguez-Villamizar, Ruiz-Rodríguez, & Acosta-Ramírez (2016), llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal titulado “Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia” para evaluar el modelo de Atención Primaria en Salud (MAPIS) en zonas predominantemente rurales (seis municipios), en 3011 usuarios entre adultos y niños, para ello se utilizó el instrumento RE-AIM que posee cinco dimensiones: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. Se encontró que la cobertura y desarrollo de la implementación del MAPIS fue heterogéneo a nivel municipal, resultando en un índice global bajo. Respecto a la calificación de los atributos del MAPIS y la percepción individual del estado de salud fue más favorable en los municipios con mayor desarrollo del MAPIS, entre los que destacaron la puerta de entrada al sistema y la longitudinalidad. No se evidenció cambios en los indicadores básicos de salud.

Wei et al. (2015), en su estudio de tipo descriptivo y corte transversal, titulado “Comparación de la calidad de la atención primaria pública entre Hong Kong y Shanghai mediante herramientas de evaluación de pacientes validadas”, compararon la calidad de la atención primaria pública evaluada por el paciente entre Hong Kong, una ciudad con un entorno de atención primaria bien establecido e influenciado por su historia colonial,

y Shanghai, una ciudad que reforma la atención primaria en China continental; para medir la equidad de atención en las dos ciudades; encuestaron a 391 usuarios en Hong Kong y 725 en Shanghai. Se empleó el PCAT. Los encuestados en Hong Kong informaron puntuaciones significativamente más bajas en la accesibilidad de primer contacto (1.59 vs. 2.15), continuidad de la atención (2.33 vs. 3.10), coordinación de la información (2.84 vs. 3.64), disponibilidad del servicio de exhaustividad (2.43 vs. 3.31), exhaustividad servicio provisto (2.11 vs. 2.40), y el puntaje total (23.40 vs. 27.40), pero puntajes más altos en la utilización de primer contacto (3.15 vs. 2.54) y coordinación de servicios (2.67 vs. 2.40) en comparación con los de Shanghai. Los encuestados en Shanghai informaron de una mejor calidad de la atención primaria pública que los de Hong Kong.

Tourigny et al.(2010) en su estudio descriptivo de tipo prospectivo titulado “Percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención después de la reforma de la atención primaria: grupos de medicina familiar en Quebec”, compararon antes y después la percepción del cuidado de los pacientes al inicio de la implementación del grupo de medicina familiar (GMF) (15 a 20 meses después de la acreditación) y 18 meses después; para ello se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes en cada GMF; un total de 1275 pacientes fueron entrevistados al inicio del estudio, y el 82% completó las entrevistas de seguimiento después de 18 meses (n = 1046). En general, las percepciones de continuidad relacional e informativa aumentaron significativamente ($P < .05$), mientras que la accesibilidad de la organización y el primer contacto y la capacidad de respuesta del servicio no cambiaron significativamente. La percepción de la coordinación médico-enfermera permaneció sin cambios, pero la percepción de la

coordinación médico-especialista de atención primaria disminuyó significativamente ($p < 0,05$). La proporción de participantes que informaron visitas de enfermería y el uso de los servicios de emergencia en los GMF aumentó significativamente desde el inicio hasta el seguimiento ($p < 0,05$).

Aoki, Inoue, & Nakayama (2016), desarrollo y validó la versión japonesa de Primary Care Assessment Tool. La herramienta se desarrolló utilizando las respuestas de 204 residentes, de un total de 402 participantes en la encuesta (50,7%), que tenían las fuentes habituales de atención. Se construyó un JPCAT de 29 ítems para incluir seis subescalas de múltiples ítems, que representan cada uno de los cinco principios de atención primaria (primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación y orientación comunitaria). Todas las escalas de múltiples ítems lograron una buena consistencia interna, correlaciones de ítems totales y validez de constructo. El coeficiente alfa general de Cronbach fue de 0,90. Sólo el dominio de longitudinalidad fue no adecuado.

A nivel Nacional, en Perú, se tiene la idea que la APS es una atención que se da en centros y establecimientos con deficiente infraestructura y recursos para la atención, en los cuales es rara la presencia del médico, siendo la atención con frecuencia realizada por profesionales de salud no médicos y, quizá la mayoría de veces, por técnicos de salud. Por otro lado, los establecimientos de salud están divididos en niveles: primer, segundo y tercer nivel. Correspondiendo a los establecimientos del primer nivel (especialmente, los de nivel I-1 y I-2) de acuerdo con la opinión de la mayoría de proveedores de la salud, los establecimientos que deben encargarse de la APS. El primordial dilema de este enfoque es que conlleva a excluir la APS de los

establecimientos de mayor complejidad, pese a que en el segundo y tercer nivel de atención, es donde también deben existir componentes de APS, siendo que muchos creen que estos establecimientos tan complejos al considerarse resolutivos serían el punto del primer contacto de muchos usuarios al sistema de salud (MINSA, 2011).

Quizá por ello, el único estudio en Perú que ha evaluado los atributos de la atención primaria, fue realizado por Cuba-Fuentes el 2011 en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo EsSalud, quien estudio el cumplimiento de los atributos con la satisfacción del usuario externo, utilizaron el instrumento PCAT para usuarios, hallando un cumplimiento medio de las funciones de continuidad (55%) y de accesibilidad (55,8%), en contraste el atributo de integralidad fue reportado como bajo (51,7%)(Cuba-Fuentes, Jurado, & Estrella, 2011).

1.5. Justificación de la Investigación

La atención primaria representa una estrategia central para que un sistema de salud funcione adecuadamente, siendo quizá la única forma accesible de ofrecer una atención eficiente, accesible y equitativa que pueda responder a las necesidades sentidas y no sentidas de la población.(WHO, 2008)

Ahora pues, la APS en una interpretación más amplia de su concepto según la OMS hace referencia *“al cuidado de la salud descentralizado, difundido, incorporado a la comunidad, adaptado a sus costumbres, enfocado en la prevención, integrado a otros sectores que también influyen en la salud de las poblaciones”*. Sin embargo, en la actualidad y a nivel local solo hemos dado pequeños pasos para implementar esta estrategia en el país, tal es el caso de la creación e implementación del *“Modelo de*

Atención Integral por Etapas de Vida del Ministerio de Salud” y la creación de “*Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud de ESSALUD*” desde el 2006, ambas en concordancia al plan de fortalecimiento del primer nivel de atención propuesto desde el ente rector MINSA. Es en este contexto que siendo más del 77% de los EESS de Essalud, los que pertenecen al primer nivel de atención, y en función a sus objetivos estratégicos institucionales (EsSalud, 2017), que son clara evidencia de que el tema ha sido abordado; aunque mal implementado al ser vista como un programa de atención en salud.

Sin embargo, este plan de fortalecimiento no ha puesto énfasis en la implementación sustancial de las funciones de la Atención Primaria, concebidos desde Alma Ata y expuestos por Starfiel, siendo la longitudinalidad e integralidad aun aspectos débiles del sistema, persistiendo aun la gran insatisfacción del usuario, y la sobresaturación del tercer nivel de atención al ser considerado por muchos usuarios la principal puerta de entrada al sistema de salud.

Aunque en la actualidad no se ha determinado el impacto de estas intervenciones, se hace necesario evaluar el desempeño de las funciones de la atención primaria, para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar la toma de decisiones sobre los servicios en base a la evidencia y así poder mejorar la oferta de servicios en este nivel.

Por lo tanto, urge valorar el desempeño de los servicios de atención primaria brindados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y para ello es de vital importancia utilizar una diversidad de fuentes de información, entre ellas las opiniones de los usuarios y proveedores. En este contexto, el desarrollo de instrumentos

ampliamente conocidos y utilizados como el Primary Care Assessment Tool (PCAT), que evalúa más que aspectos de la satisfacción del usuario, monitoriza la capacidad de la atención primaria para resolver los problemas más frecuentes de la población.

En consecuencia, siendo que el Policlínico Chincha pertenece a un establecimiento de salud del primer nivel de atención de EsSalud, en donde la ejecución de la Atención primaria pone énfasis en sus componentes de prevención, promoción, cuidado continuo, progresivo, estandarizado, participativo y centrado en la persona con enfoque de Interculturalidad, urge poder conocer a través PCAT la valoración del desempeño de las funciones de la atención primaria desde ambas perspectiva usuarios y proveedores, y descubrir cómo está se desempeña, para así poder evaluar, analizar y ejecutar acciones que plasmen estos cambios sustanciales a los problemas actuales de nuestro sistema de salud.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Alcances: Los resultados y conclusiones de esta investigación tienen validez y confiabilidad, reflejada en las propiedades psicométricas ampliamente reconocidas al PCAT, pudiéndose generalizar nuestros resultados a la “*población*”, tanto a la conformada por los usuarios como proveedores de los servicios de salud del primer nivel de atención de la Seguridad social. Sin embargo, en un sentido amplio y referencial, podría generalizarse inclusive para todos los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Limitaciones: Las más importantes son:

- a. Carencia de antecedentes para la Investigación (artículos en revistas especializadas o indexadas, tesis, etc) relacionados con estudios sobre la valoración de las funciones de la APS en el país.
- b. Antigüedad de material bibliográfico, sobre conceptos, instrumentos de evaluación, análisis de principios, enfoques o modelos relacionados estrictamente con la valoración de las funciones de la APS.
- c. Inexistencia de estudios que hayan validado el instrumento PCAT, en el Perú.

1.7. Objetivos

- Objetivo general

Valorar el nivel de desempeño global de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha durante el año 2017.

- Objetivos específicos

- a) Determinar las características sociodemográficas de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.
- b) Valorar el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.
- c) Valorar el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.
- d) Comparar las diferencias entre el nivel de desempeño global alcanzado de las funciones de la Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores.

1.8. Hipótesis

- Hipótesis general

A pesar de la implementación de la Atención Primaria en Salud en los establecimientos del primer nivel de atención en EsSalud, existe un bajo nivel de desempeño global de las funciones de la atención primaria en Consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha desde la perspectiva de usuarios y proveedores.

- Hipótesis específicas

a) Se estima que dentro de las características sociodemográficas resaltantes de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha, destaque ser en su mayoría mujeres, adultas mayores con nivel secundario, estado civil casados, y titulares del seguro.

b) El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios es no adecuado.

c) El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores es no adecuado.

d) Existe diferencia en la media del puntaje global alcanzado para el nivel de desempeño de las funciones Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores, siendo mejor valorada por los proveedores de la salud.

II. Marco Teórico

2.1. Marco conceptual

- a) **Valoración.-** Es la acción y a la consecuencia de evaluar y que permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto (ASALE, 2018).
- b) **Funciones de la atención primaria.-** Son las cualidades, atributos que caracterizan a la atención primaria (Macinko et al., 2007).
- c) **La atención primaria de salud.-** Se refiere a la prestación de servicios de atención médica personalizada ambulatoria o de primer contacto. Representa un enfoque integral de la salud que apunta a garantizar el nivel más alto posible de salud y bienestar, su distribución es equitativa al enfocarse en las necesidades y preferencias de las personas (como individuos, familias y comunidades) oportunamente a lo largo de todas las etapas de su vida desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; en el contexto más cercano posible al entorno cotidiano de las personas (Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, 2002).
- d) **Primer contacto .-** Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo, un centro o profesional de salud concreto debe ser la puerta de entrada al sistema y accesible a la población (Starfield et al., 2005a).
- e) **Continuidad.-** Relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, basada en la confianza y el conocimiento de la persona y su familia (Starfield et al., 2005a).

- f) **Coordinación.-** Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. Esta dimensión permite conocer problemas anteriores y nuevos (Starfield et al., 2005a).
- g) **Integralidad o globalidad.-** Posibilidad de ofrecer un catálogo extenso, articulado e integral de todos los servicios que la población necesita. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales. (Starfield et al., 2005a)
- h) **Enfoque familiar.-** Es centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano (Starfield et al., 2005a).
- i) **Orientación comunitaria.-** Dirigir la atención a resolver los problemas de salud de la comunidad, a la cual tiene como población diana (Starfield et al., 2005a).
- j) **Competencia cultural.-** Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de los diferentes grupos sociales de la población asignada (Starfield et al., 2005a).
- k) **Perspectiva.-** Se refiere al punto de vista desde el cual se considera un asunto determinado. En este sentido, se trata del juicio personal o de la visión subjetiva de un sujeto (Starfield et al., 2005a).
- l) **Usuario.-** Es quien usa ordinariamente algo. El término, que procede del latín usuarios, hace mención a la persona que utiliza algún tipo de objeto o que es destinataria de un servicio, ya sea privado o público (ASALE, 2018).
- m) **Proveedor.-** Aquellos que proveen o abastecen, o sea que entregan bienes o servicios a otros (ASALE, 2018).

n) PCAT.- Los instrumentos PCAT (*Primary Care Assessment Tools*) son una familia de cuestionarios desarrollados en la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América, por la Doctora Barbara Starfield y su equipo. El modelo conceptual que subyace a estos instrumentos, ampliamente conocido, refiere a las funciones de los sistemas sanitarios para fortalecer la estrategia de atención primaria y a las funciones específicas del primer nivel de atención (Starfield et al., 2005a).

2.2. La evaluación de la atención primaria de la salud

Diversos países debido al renovado interés en la estrategia de la APS realizaron reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, con el fin buscar el fortalecimiento de la APS, ello en el contexto de que posterior a Alma Ata diversas publicaciones la reconocieron como una solución prometedora para abordar los principales desafíos que enfrentan aquellos sistemas de salud heterogéneos (mixtos) de las regiones de América , de tal manera que a medida que los gobiernos hacen inversiones sustanciales con proyecciones a largo plazo en las reformas de salud orientadas en APS, en muchos de estos países no se han informado aún los resultados de estas iniciativas. Como consecuencia de lo mencionado, impera que la implementación de la APS vaya acompañada de mecanismos para recoger datos que permitan evaluar el grado en que los procesos y procedimientos que involucra la atención primaria se estén llevando a cabo en forma adecuada, para así poder medir el impacto de la misma sobre la calidad, la eficiencia, el costo, la equidad y la satisfacción de los consumidores (Macinko et al., 2007).

Es por ello, que la herramienta de Evaluación de la Atención Primaria por excelencia es la propuesta y diseñada por la Dra. Bárbara Starfield de la Universidad Johns Hopkins denominada PCAT, que son un conjunto de instrumentos disponibles en la actualidad para evaluar el desempeño de la APS en varias dimensiones (usuarios, proveedores, centros y sistemas salud).

La valoración del desempeño de los servicios sanitarios incluye el conocimiento de las necesidades en salud de los usuarios, el acceso a los servicios, problemática de la práctica médica o análisis de la falta de igualdad en el uso de recursos y el análisis de la efectividad, la eficiencia, la aceptabilidad e idoneidad en las intervenciones de salud. Información que sirve para el análisis de la estructura, procesos y resultados de los servicios. Por otro lado, la evaluación de cualquier servicio es un ejercicio que promueve cambio, conduciendo a mejoras en la atención, con ese propósito, siempre resulta relevante realizar evaluaciones a nivel local y regional, así como a nivel internacional, para observar y comparar mejoras entre países, tras implementar programas basados en políticas a favor de la APS. (Garratt, Danielsen, & Hunskaar, 2007)

Siendo diversos los actores del sistema de salud que debieran evaluar la APS y su implementación como:

- Los Gobiernos, interesados en conocer y determinar el nivel de implementación de APS en su país y la adecuación de los servicios a las necesidades en salud de la población.
- Los Ministerios o instituciones responsables de gestionar y administrar los servicios de salud en el ámbito local, dado que de la información obtenida podrán corregir y optimizar las medidas a implementar, al identificar aquellos centros o

equipos básicos de salud que por sus recursos escasos no logran cumplir las funciones de la APS y por lo tanto no se garantiza la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

- Los proveedores de salud, conformados por todos aquellos profesionales de la salud que conforman los equipos de salud, interesados en saber en qué porcentaje se logra proporcionar servicios alineados a la APS y qué acciones serían útiles para mejorar sus procesos y en consecuencia sus resultados.
- Las organizaciones internacionales o centros de investigación privados que apuestan y reconocen la APS como una estrategia determinante y fundamental en el logro de la atención equitativa en salud, en donde su interés en conocer la situación de los diferentes países y sus políticas respecto a la implementación de la APS.

Las funciones u atributos de la APS

El 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como objetivo global lograr la atención primaria universal en seis dominios establecidos en la Declaración de Alma Ata 1978: primer contacto, longitudinalidad, integralidad, la coordinación, la atención centrada en la familia, orientación a la comunidad y competencia cultural. Estos atributos, acordados a nivel internacional, han demostrado ser los indicadores más eficaces en la identificación del estado de los servicios de atención primaria y el seguimiento de la calidad de la misma (OMS 2008; Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009; Starfield Barbara, 2002).

Es por ello que los modelos teóricos sobre los que usualmente se evalúa la APS se enfocan en variables estructurales, de organización y gestión basada únicamente

en la atención integral(Bloch Carlos et al., 1992; MINSA, 2011; Shi, 2012) y escasamente en el grado en que se cumplen las otras funciones de la APS(Haggerty et al., 2008; MINSA, 2011).

Siendo uno de los modelos conceptuales conocido y difundido a nivel mundial el de Bárbara Starfield, quien elaboro un conjuntos de instrumentos que incluyen los 7 atributos de la APS.

- **Funciones o atributos esenciales de la APS**

a) Puerta de entrada o Primer contacto: Constituye la atención que busca el usuario en primer lugar frente a la presencia de un nuevo problema de salud o necesidad médica no atendida. Por ello es que los servicios deben ser accesibles a los usuarios.

Se compone de dos sub-dimensiones:

- La accesibilidad como el elemento estructural vital para cumplir el primer contacto.
- La utilización de los servicios como primer contacto, vale decir, si el establecimiento o profesional de la salud proveedor de APS es visitado frente evento nuevo o problema.

b) Longitudinalidad o Continuidad: Se refiere a la relación personal a lo largo de todo el ciclo de vida del usuario y el profesional o establecimiento de salud, para lo cual es necesario el desarrollo de una buena relación médico paciente basada en la confianza y conocimiento del individuo, familia y comunidad. Tiene dos sub-dimensiones:

- Nivel o Grado de afiliación: medida en que la persona (usuarios) identifican un lugar o establecimiento habitual para la atención de la salud; y estos establecimientos son capaces de identificar a su población.
- Continuidad interpersonal: no es más que la atención a lo largo de todas las etapas de vida del individuo y focalizada la atención centrada en la persona.

c) Coordinación: Se trata de la vinculación de visitas y servicios sanitarios, por lo que los pacientes reciben una atención adecuada a todos sus problemas de salud, tanto física como mental. La esencia de la coordinación es “la disponibilidad de información sobre los problemas de salud de los individuos y los servicios de salud existentes”. La atención coordinada asegura la provisión de una combinación de servicios de salud e información para satisfacer las necesidades del paciente. También se refiere a la conexión entre, o el ordenamiento racional de, esos servicios, incluyendo los recursos de la comunidad. Tiene dos sub-dimensiones:

- Sistemas de información: referidos a la disponibilidad de instrumentos para el registro de la información y uso de la misma al plan de atención del individuo, para desarrollar e implementar planes apropiados de identificación para la gestión de la atención de necesidades de la población.
- Integración de la información: mecanismos por los cuales se hace transferencia de información, así como de la recepción de fuentes relacionadas a la atención del individuo, familia y comunidad.

d) Integralidad o globalidad: Se refiere a la disponibilidad de una amplia gama de servicios de atención primaria y su provisión adecuada en todo el espectro de las necesidades de los usuarios por un proveedor de atención primaria. Esto incluye

servicios que promueven y preservan la salud, previenen la enfermedad; recuperan la enfermedad, la discapacidad, u otras molestias, siempre y cuando estas necesidades no sean de alta complejidad de tal forma que el médico de atención primaria no pueda atender en función de los recursos que posea el establecimiento. La atención integral se dirige a cualquier problema de salud en cualquier etapa del ciclo de vida de un paciente. Tiene dos subdominios: uno relacionado con la estructura (indica la capacidad de proporcionar servicios necesarios) y el otro relacionado con el comportamiento del servicio que se proporciona (que indica que el servicio se proporciona cuando sea necesario).

Esta dimensión se evalúa respecto de:

- Servicios disponibles: son aquellos con los que el establecimiento cuenta para ser proporcionados cuando se necesiten.
- Servicios proporcionados: son los servicios necesarios para los usuarios y que el mismo establecimiento realmente provee.

- **Funciones secundarias de la atención primaria de la salud**

- a) **Enfoque familiar o atención centrada en la familia:** reconoce que la familia es participante importante en la evaluación y tratamiento de un paciente. Siendo así el contexto de la familia y la comunidad de vital importancia para la comprensión de las condiciones de vida del paciente, su dinámica familiar y los antecedentes culturales. Además, este tipo de atención refleja una comprensión de la naturaleza, la función y el impacto de la salud o enfermedad de los familiares, o de algún problema en la familia y el impacto de la estructura familiar, función y dinámica.

- b) Orientación comunitaria:** se refiere a la atención que se entrega en el contexto de la comunidad. Comunidad se refiere a la población atendida, ya sean pacientes o no. Puede referirse a un límite geopolítico (una ciudad, condado o estado), a los miembros de un plan de salud, o para los vecinos que comparten valores, experiencias, el idioma, la religión, la cultura o herencia étnica.
- c) Competencia cultural:** se refiere a la atención que honra y respeta las creencias, estilos interpersonales, actitudes y comportamientos de las personas, ya que influyen en la salud. Implica habilidades que ayudan a traducir las creencias, las actitudes y la orientación a la acción y el comportamiento de preservar y promover la salud.

2.3. El PCAT (*Primary Care Assessment Tools*)

Los Primary Care Assessment Tools (PCAT) son un conjunto de cuestionarios elaborados y diseñados para evaluar los atributos o funciones de la APS, reconocidos y utilizados mundialmente por su validez y confiabilidad, han sido creados sobre la base de un modelo teórico preciso, que permiten conocer la perspectiva de los diferentes actores sociales del sistema de salud (Starfield et al., 2005a).

El PCAT se elaboró en EE.UU, su primera publicación fue en 1998(Shi, 2012), y así posteriormente desde el 2004 aparecieron los primeros trabajos de adaptación y usos en Brasil(Harzheim et al., 2006) y Canadá(Haggerty et al., 2004), para luego ser analizado e incorporado en países desde donde fueron validados los siguientes años(Isabel Pasarín et al., 2007; Jatrana, Crampton, & Richardson, 2011; Pasarín et al., 2013; Wong et al., 2010) hasta que a partir de 2007 se comenzó a utilizar en

España(Isabel Pasarín et al., 2007) Tailandia(Pongpirul, Starfield, Srivanichakorn, & Pannarunothai, 2009), Hong Kong(Wong et al., 2010) China(Yang et al., 2016) y, en América Latina, tras la experiencia pionera de Brasil, Argentina(Berra et al., 2013) y Uruguay(Pizzanelli et al., 2011).

El PCAT consta de cuatro módulos o versiones, como son las encuestas a los usuarios, proveedores, a los establecimientos de salud y a los sistemas de salud, cada una de estas encuestas es diferente en el sentido de la orientación de las preguntas, siendo apropiadas para medir el logro de los atributos de la atención primaria, ya que proporcionan información sobre la estructura y proceso de cada uno de los elementos relacionados con las cuatro funciones clave de la atención primaria.

- **Versiones de los cuestionarios PCAT**

Conformados por cuatro cuestionarios, cada uno puede brindar información sobre las mismas funciones de la APS pero desde diferentes perspectivas:

- a) **El PCAT-sistemas (*PCAT-system*)** .- evalúa el cumplimiento de la APS desde el punto de vista de aquellos quienes administran y gestionan las políticas sanitarias, que a su vez son expertos a nivel de los sistemas de salud, pudiendo ser investigadores la mayoría de veces; lo cual permite tener una visión global y rápida del sistema sanitario o de sus subsistemas, proporciona además información sobre el marco político, sus recursos y financiamiento.
- b) **El PCAT-centros (*PCAT-facility*)**.- dirigido a los gestores de los recursos de APS, por ejemplo los directores de establecimientos o profesionales de la salud que tengan la representación de los equipos de salud o establecimientos; útil para

proporcionar información sobre las unidades de atención de la salud señalando logros y nivel de cumplimiento de las funciones de la APS respecto de la población que debe atender.

- c) **El PCAT-proveedores (PCAT-providers).**- evalúa la perspectiva de los profesionales de la salud respecto a la APS, informando acerca de los servicios puntuales que ellos proveen.
- d) **El PCAT-usuarios (PCAT-users).**- evalúa y proporciona información del punto de vista de la población, brindando información importantísima en función de sus experiencias en APS. Hay versiones diferenciadas para personas adultas y niños, claro está que el caso de los niños quien debe responder es el adulto responsable del menor como informador indirecto.

Cada versión de la familia PCAT tiene ventajas individuales en cuanto al nivel de análisis, lo cual se relaciona también con su confiabilidad al tener algunos de estos instrumentos mayor dificultad técnica y costos para su implementación. Se conforman de preguntas sobre cada una de las características particulares de las funciones de la APS, señalando información sobre las características de la población y los servicios que brindan para la atención de la salud, necesarias para ponderar el nivel de cumplimiento de las funciones de la APS. En la actualidad se han desarrollado versiones resumidas de estos cuestionarios, de modo tal que su aplicabilidad sea más gentil; aunque claro está que las versiones extensas tienen mayor validez de contenido por conseguir informar una mayor cantidad de indicadores del atributo, pero pueden ser demasiado largas y complejas de aplicar; pueden ser utilizados en cualquier país y por lo tanto sus resultados ser comparados entre países.

2.4. Historia de la atención primaria de salud

La atención primaria de salud (APS) generalmente es asociada con la declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 (conocida como la "Declaración de Alma Ata"). Alma-Ata incluyó por primera vez la equidad en la salud en la agenda política internacional, y la APS se convirtió en un concepto central del objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS, 2007); que básicamente predico salud para todos. Este concepto de APS se propuso en un documento presentado a la Junta Ejecutiva de la OMS en forma de siete principios que son los que deben seguir los gobiernos que deseen mejorar sus servicios de salud. Estos principios subrayaron la necesidad de dar forma a la APS en función de los patrones de vida de la población; por su implicación; para una máxima confianza en los recursos disponibles de la comunidad mientras se mantiene dentro de las limitaciones de costos; para un enfoque integrado de servicios preventivos, curativos y de promoción tanto para la comunidad como para el individuo; para que las intervenciones se realicen en el nivel primario por parte de los trabajadores más capacitados para esta actividad; para que otros escalones de servicios se diseñen de acuerdo con las necesidades del nivel primario.

Posteriormente, en el marco de la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, se sostuvo que esta declaración permanecía siendo válida. Aunque, en lugar de ponerse en práctica como estrategia, se implementó como si fuera un programa limitado cuya población objetivo era el clásico binomio madre niño.(OPS, 2008).

Por ello, que tras treinta años de Alma Ata, muchos países reanalizaron el fin de los sistemas de salud orientados en APS, encontrando que factores trascendentales

como las transición demográfica y epidemiológica, eran importantes eslabones en la implementación de la APS, que desde entonces adquirió la denominación de renovada, condición esencial para alcanzar los Objetivos de desarrollo del Milenio (Macinko et al., 2007).

En consecuencia, la implementación de la APS se ve obstaculizada por la medicalización de la salud a expensas de un enfoque preventivo más amplio para toda la persona. Además, han surgido desafíos como resultado de la falta de compromiso político con la equidad social y la salud como un derecho humano, las dificultades para trabajar de manera efectiva en todos los sectores, la separación de la planificación del sistema de salud y la prestación de servicios de salud, la escasez de recursos humanos adecuados y la macroeconomía volátil.

Con respecto a la atención primaria en particular, la insuficiencia de recursos humanos y financieros, la ausencia de regulación, la introducción de tarifas a los usuarios y la privatización han amenazado el acceso y la equidad en algunos entornos y, en ocasiones, han revertido el progreso anterior.

El progreso también se ha visto obstaculizado por la renuencia de los líderes a alinear las políticas y el financiamiento para respaldar la reorientación de los servicios, desde un enfoque en atención hospitalaria y curativa hasta un enfoque en la atención comunitaria y preventiva. La reorientación exitosa de los sistemas de salud hacia la APS depende del reconocimiento del papel de los hospitales en el proceso. Los hospitales deben ser una parte esencial de la solución en lugar de ser considerados como parte del problema. Una proporción sustancial de la fuerza laboral, la tecnología y los recursos financieros de salud de un país se concentran en los hospitales; son

responsables de capacitar a muchos profesionales de los servicios de salud y tienen el poder político, económico y social para facilitar u obstaculizar la transformación del sistema(Kruk et al. 2010).

Desafíos de los sistemas de salud frente a la renovación de la atención primaria en Latinoamérica

Es reconocido que para conseguir que un sistema de salud este basado en la APS, debe de eliminarse la fragmentación del sistema de salud (público y privado), así como la carencia de sostenibilidad económica, solo así se reducirán las inequidades en salud, la visión errónea de la concepción de salud, la deficiente participación social y comunitaria, así como la escasa continuidad de las políticas de salud, lo cual solo conlleva a una carencia de rectoría y falta de gobernanza, tras escudarse siempre en que los recursos humanos son insuficientes no están capacitados, o que los establecimientos poseen poca capacidad resolutive.

Entonces, conocer datos provenientes de la evaluación de la APS permite la mejora de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En ese sentido (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013) señalan como los principales problemas que presentan los sistemas de salud de los países de América Latina:

Desafíos generales:

- Reducir toda inequidad en salud.
- Mejorar la cobertura.
- Mejora del sistema de información.
- Formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos.

- Políticas en salud basadas en la Promoción y prevención
- Controlar los gastos utilizándolos en forma adecuada.
- Supervisión de profesionales de salud y capacitación de actores sociales.
- Aproximar la regulación a una realidad en APS.
- Fortalecer, supervisar y evaluar la salud pública.
- Optimizar la calidad de los servicios y la forma de atención.
- Extender la cobertura del sistema.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de la APS.
- Optimizar la gobernanza de los líderes.

Desafíos particulares:

Bolivia (Ledo & Soria, 2011):

- Desarrollar sistemas de investigación sobre los principales problemas de salud que vinculen a todas aquellas entidades e instituciones que generan conocimiento.

Perú (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, & Nigenda, 2011):

- Rediseñar su modelo de atención basado en Familia y comunidad.
- Mejorar el saneamiento básico en las zonas urbano-marginales.
- Optimizar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del primer nivel.
- Capacitar a su personal de salud en APS.

Ecuador (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

- Desarrollar modelos de atención centrados en la prevención y promoción.
- Capacitar al personal de salud en APS.

Honduras (Bermúdez-Madriz, Sáenz, Muiser, & Acosta, 2011):

- Priorizar las acciones para la consecución de los Objetivos del Milenio.
- Estandarizar el perfil de puesto del médico de APS.
- Integrar y optimizar los servicios públicos de salud.

Guatemala (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011):

- Incorporar el enfoque cultural en el sistema.
- Mejorar la infraestructura, equipamiento y la orientación de inversiones en salud.

Panamá (OPS, 2007)

- Redirigir el modelo de atención hacia uno integral e inclusivo.

México (Gómez Dantés et al., 2011):

- Conseguir recursos públicos y mejorar su uso y distribución.
- Implementar la APS en su sistema de salud.
- Asegurar presupuesto a actividades de prevención y promoción.

Haití (Ivers, 2011):

- Implementar un sistema de seguridad social.

Brasil (Carneiro Junior & Gené Badia, 2011; Montekio, Medina, & Aquino, 2011):

- Incrementar la capacidad resolutive del sistema de salud público.
- Valorar el impacto en la salud de la implementación de la APS.
- Evaluación del impacto de programas basados en modelos de atención integrales.
- Uso óptimo de recursos públicos, para las necesidades de salud de la población.
- Promover la autonomía de la gestión de los equipos y el autocuidado.
- Reforzar los sistemas de información.

2.5. Contexto de la Atención Primaria en Salud en Perú

- Sistema de Salud en Perú

Perú ha progresado hacia la meta de brindar cobertura de salud universal a su población, pero aún enfrenta barreras estructurales para brindar atención accesible y de calidad. Al mismo tiempo, atraviesa una transición demográfica y epidemiológica, con una carga creciente de enfermedades no transmisibles, como el incremento del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, especialmente en las zonas urbanas; en esta transición persiste la segmentación del sistema al contar con cuatro subsistemas: el Seguro Social, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, la Asistencia Pública y el sector Privado (Oswaldo, Alcalde-Rabanal, Jacqueline, & Espinoza Henao, Olga, 2016).

Medir la forma en que el sistema de salud peruano está respondiendo a estos desafíos requiere un conjunto sólido de estadísticas e indicadores del sector de la salud, respaldados por un sistema de información de salud sólido. La amplitud y profundidad de los datos deben ser relevantes y aplicables a la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud, tanto para responder a las necesidades de políticas nacionales como para comparar al Perú en un contexto regional y global.

Por ello, el actual modelo de aseguramiento en salud se ve consolidada con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (ver figura 1) al introducir como las encargadas de la gestión de los recursos del financiamiento a las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS) las cuales proveen servicios de salud o coberturas de riesgos en salud; la misma que precisa las funciones del Ministerio de Salud, destacando las de rectoría y reglamentación.



Figura 1. Estructura organizacional del Sistema Peruano de Salud

Fuente: MINSA 2012

Respecto a la cobertura del sistema peruano de salud mediante las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), un 61,9% de la población refiere estar afiliada a algún seguro de salud de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares del 2016(INEI, 2016), existiendo diferencias de acuerdo al lugar de residencia a favor del sector rural (72%) versus la urbana (59%). Respecto a la clasificación por tipo de IAFAS, tenemos el SIS y EsSalud, las cuales corresponden al 31% y 24% de afiliación en la población respectivamente el 2012 (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 2016).

- **Trayectoria histórica de la APS en Perú**

La APS tiene sus inicios a finales de 1970, era de tipo selectivo y localizadas en áreas específicas del país, como: el programa de Medicina Rural en Puno establecido

por el Dr. Manuel Núñez Butrón, el Proyecto 2000, el Proyecto de APS y saneamiento básico en Cajamarca, el proyecto Nueva Iniciativa, y el Programa Salud Básica para todos. Gracias a estos aprendizajes, en el 2003 el Ministerio de Salud, mediante la RM°729, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), propone la reforma fundamental de la salud pública y constituye el inicio del segundo periodo de la atención primaria. El MAIS represento el nuevo enfoque de implementación de APS, cuyo objeto guarda como eje vital las necesidades de salud de la población para reorientar la organización de los servicios de salud.

El 2011, estos elementos se integran consolidándose en los ejes del nuevo Modelo llamado de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC), el cual representa el inicio de la tercera fase de desarrollo y promoción de la APS en Perú(MINSA, 2011).

Sin embargo, surge nuevamente una problemática que se atribuye a la desarticulación entre el nivel nacional y un pobre conocimiento acerca de la necesidad de trabajar en forma coordinada y transversal, de tal forma que cada una de las intervenciones conformarían ejes respecto al centro de atención a las características y necesidades del individuo y población. Situación que en paralelo generó duplicidad de intervenciones como familias visitadas repetidamente por diferentes profesionales de la salud de las diferentes estrategias, generando gastos innecesarios, y hasta evitados si se implementase de manera correcta las carteras únicas de atención centrada en el individuo, su familia y la comunidad.

Así también, dentro de los aspectos débiles de este modelo se reconoce el deficiente desarrollo de un sistema de información integrado que soporte la gestión de

atención en salud, la formación y desarrollo de los recursos humanos, el deficiente número de profesionales de la salud y el limitado presupuesto para el financiamiento del sistema de salud para todas aquellas intervenciones para la salud comunitaria. Los mencionados aspectos justifican las modificaciones de organización y gestión del Ministerio de salud, así como los cambios normativos propuestos recientemente para apoyar la reforma de nuestro sistema de salud y la implementación del actual Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC).

2.6. Implementación de la Atención primaria en EsSalud en Perú

El 2004 en diciembre con Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 246 GDP-EsSALUD-2004, EsSalud procedió a aprobar la primera Cartera de Servicios de Salud de Atención Primaria; documento que considera, como parte de los lineamientos de política del plan estratégico, las atenciones prestacionales integrales orientadas en APS, con enfoque de equidad, calidad y eficiencia.

En enero de 2008, con Resolución de Gerencia General N° 109 –GG-ESSALUD-2008 se aprobó el documento técnico Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD, entendida como una herramienta de gestión que instrumenta las prestaciones de salud desde el primer nivel de atención, en el modelo de atención integral acorde a la APS y con tendencia marcada a la orientación por la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Tras nueve años de la promulgación de la Cartera de servicios del 2008, el objetivo del fortalecimiento del primer nivel de atención y la apuesta en la promoción y prevención, al parecer no fueron comprendidas en el sentido de orientar y priorizar

intervenciones; lo cual llevo a que los establecimientos de salud del primer nivel de atención, considerados por Starfield como la puerta de entrada al sistema, se enfocaran en demasía en aspectos recuperativos y de rehabilitación dada la gran demanda, lo cual solo ocasionó diferimientos de citas y amplia insatisfacción. Así mismo, los factores involucrados en los Determinantes de la Salud, terminaron por generar problemas de salud complejos.

El marco del Modelo de Atención Integral de Salud y sus Objetivos Estratégicos, generaron que el 2014 se actualice la Cartera de Servicios de APS, denominando la “Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente” (CSSCC) que adiciona un conjunto de prestaciones de salud ofertadas por los establecimiento que tiene población adscrita para guiarlas hacia la atención del problema de salud, con enfoque en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación diseñada para la población de su jurisdicción. En tanto si queremos entender la complejidad creciente, ella ligada a la relación existente entre la demanda, nivel de complejidad del establecimiento y capacidad para resolver problemas del establecimiento en función de sus recursos y realidad local de cada Red Asistencial.

Los servicios que propone esta cartera de servicios se organizan básicamente en consideración a la atención por etapas de vida, en concordancia a la Norma establecida por el Ente Rector, como los son los: Servicios de Atención a la gestante y puérpera, Servicios de Atención al niño, Servicios de Atención al adolescente, Servicios de Atención al joven, Servicios de Atención al adulto y Servicios de Atención al adulto mayor. Ya para el 2016 se aprobó el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo,

que planteo la necesidad de iniciar una reforma institucional que pone énfasis en la atención primaria, y sus componentes preventivo promocional, basado en el cuidado:

- Continuo
- Estandarizado
- Centrado en la persona
- Progresivo
- Con enfoque de Interculturalidad
- Eficiente y sostenible
- Participativo

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

El estudio es Descriptivo pues busca recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables de interés, para caracterizarlas.

-Diseño de Investigación

Observacional, transversal, prospectivo.

- Estrategia de prueba de hipótesis

El objetivo general de este estudio no requiere prueba de hipótesis dado que busca describir un contexto (una situación); esto es, detallar cómo se desempeña la APS, desde dos puntos de vista (usuario y proveedor), por lo tanto, para extrapolar los resultados a la población (universo) se recurre al cálculo del intervalo de confianza o estimación por intervalo.

Sin embargo, el objetivo específico (d) si requiere prueba de hipótesis.

(d) Comparar las diferencias entre el nivel de desempeño global alcanzado de las funciones de la Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores.

H0: No existe diferencia en la media del nivel de desempeño global de las funciones Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores.

H1: Existe diferencia en la media del nivel global desempeño de las funciones Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores siendo mejor esta valoración en los proveedores.

Dado que son muestras independientes se utiliza la prueba "T" para muestras independientes, en base a un nivel de significación estadística de $p \leq 0.05$.

Primero se corroborará la normalidad de la variable aleatoria (nivel de desempeño), con la prueba de kolmogorov-smirnov K-S, dado que el tamaño de muestra es mayor de 30. El criterio para determinar si la variable aleatoria se distribuye normalmente es:

- a. $p\text{-valor} \Rightarrow \alpha$ aceptar la H_0 = Los datos provienen de una distribución normal.
- b. $p\text{-valor} < \alpha$ aceptar la H_1 = Los datos NO provienen de una distribución normal.

Para el cálculo de igualdad de varianzas (prueba de Levene), se corroborará la igualdad de varianzas entre los grupos asumiendo:

- a. $p\text{-valor} \Rightarrow \alpha$ aceptar la H_0 = Las varianzas son iguales.
- b. $p\text{-valor} < \alpha$ aceptar la H_1 = Existe diferencia significativa entre las varianzas.

Posterior a ello, y confirmándose los supuestos de normalidad e igualdad de varianzas, se procede a la aplicación de la prueba T de student para muestras independientes.

3.2. Población y muestra

- Población

El Policlínico Chincha, es un establecimiento sin internamiento, categorizado como un establecimiento I-3. Cito en el Cercado de Lima Metropolitana y su jurisdicción comprende a los distritos de Breña y Pueblo Libre que suman una extensión territorial de 7.6 Km². cifra que representa el 21.8 % de la superficie territorial total de la provincia de Lima. Forma parte de la jurisdicción de la Red Asistencial Rebagliati. La Población adscrita del Policlínico Chincha a diciembre del 2016 es 139782 asegurados(Oficina de Epidemiología, 2017).

Los servicios que ofrece son de consulta externa ambulatoria en las cuatro grandes especialidades: medicina general, cirugía general, gineco-obstetricia general y

pediatría general; adicionalmente brinda atención en: medicina interna, cardiología, dermatología y psiquiatría; especialidades quirúrgicas: oftalmología, traumatología, urología y otorrinolaringología. Asimismo, con el objetivo de brindar una atención integral a los usuarios, tiene implementados los programas Preventivos en 3 grandes Servicios de Atención Integral: Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer y Mujer Gestante y Atención Integral del Niño y del Adolescente, en donde desde el 2008 se viene implementado la estrategia de la APS.

De acuerdo a la cantidad de asegurados adscritos al Policlínico Chíncha, para el 2016 se tuvo un total de 139782 asegurados, los que conformaron la población usuaria para el presente estudio; y en el caso de la selección de proveedores se tomó en cuenta a 14 médicos que prestan servicios en consultorios de medicina de Familia (proveedores).

- **Muestra**

Para la estimación del tamaño de muestra, se aplicó la fórmula para el cálculo en poblaciones finitas, cuando ambas variables son cualitativas, con un intervalo de confianza del 95% y un índice de error del 5%, considerando un 10 % de pérdidas.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(d^2)(N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = total de la población que es 139782

Z^2 = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza = Nivel de Confianza 95% = $(1.96)^2 = 3.84164$

referencia, se tomó p = (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio = 0.05

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

Entonces:

$$n = \frac{139782 \times (1.96)^2 \times (0.05) \times (0.95)}{(0.05)^2 \times (139782) + 3.8416 \times (0.05) \times (0.95)} = \frac{255068}{1180} = 216$$

$$(0.05)^2 \times (139782) + 3.8416 \times (0.05) \times (0.95) = 1180$$

El tipo de muestreo que se utilizó fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

- **Criterios de Inclusión:**

- Usuarios ≥ 18 años y < 70 años, adscritos al Policlínico.
- Usuarios de los consultorios de medicina familiar.
- Usuarios con paquete de atención integral completo el año previo.
- Proveedores (médicos) que presten servicios en consultorios de Medicina Familiar.

- **Criterios de Exclusión:**

- Usuarios que no se encuentren activos en el sistema al momento del estudio.
- Usuarios con trastornos mentales grave.
- Usuarios con enfermedades terminales (cáncer avanzado, diálisis)

- Que no desee participar del estudio.

3.3. Operacionalización de Variables

- **Variable principal:** Valoración del desempeño, funciones de la atención primaria
- **Variables intervinientes:** Edad, sexo, ocupación, estado civil, grado de instrucción y tipo de asegurado.

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variables	Definición	Tipo de variable	Dimensión/ Indicador	Medio de verificación
Valoración del Desempeño	Proceso de estimación cualicuantitativa del grado de eficacia con el que las personas llevan a cabo los roles de los puestos que desarrollan.	Cualitativa nominal	1. Adecuado: Promedio de funciones cumplidas de la atención primaria $\geq 3p$ 2. Inadecuado/ Deficiente: Promedio de funciones cumplidas de la atención primaria $< 3p$	PCAT-Preguntas del grupo: B,C,D,E,G,H,I,J,K (Cuestionario de Usuarios) Preguntas del grupo: C,D,E,G,H,I,J,K (cuestionario de proveedores)
Funciones de la atención primaria.	Ejercicio y practica de actividades propias de la atención primaria de salud.	Cualitativa nominal	<u>Funciones Esenciales:</u> 1. Puerta de entrada: Promedio de usuarios y proveedores que consideran el Policlínico como primer contacto ante un evento nuevo. Adecuado $\geq 3p$, Deficiente $< 3p$ 2. Longitudinalidad: Promedio de usuarios y proveedores que consideran la atención en el Policlínico longitudinal y	PCAT(Ficha de recolección de datos) Preguntas del grupo: B,C Preguntas del grupo: D

			<p>focalizada en la persona ante un evento nuevo. Adecuado $\geq 3p$, Deficiente $< 3p$</p> <p>3.Coordinación: Promedio de usuarios y proveedores que consideran que en el Policlínico existe reconocimiento de cada uno de los problemas, referencia oportuna y el acompañamiento para la atención realizada en otros servicios. Adecuado $\geq 3p$, Deficiente $< 3p$</p> <p>4.Integralidad: Promedio de usuarios y proveedores que consideran que el Policlínico ofrece un catálogo integral y completo con los servicios que la población requiere (servicios disponibles/servicios proporcionados). Adecuado $\geq 3p$ Deficiente $< 3p$</p> <p><u>Funciones secundarias:</u></p> <p>1.Enfoque familiar:Promedio de usuarios y proveedores que consideran que el Policlínico centra la atención de los usuarios en su contexto social más próximo. Adecuado $\geq 3p$ Deficiente $< 3p$</p> <p>2.Orientación comunitaria: Promedio de usuarios y proveedores que consideran que el Policlínico elabora programas de atención basados en lo que se conoce de las necesidades individualizadas de la población. Adecuado $\geq 3p$ Deficiente $< 3p$</p>	<p>Preguntas del grupo: E</p> <p>Preguntas del grupo: G,H</p> <p>Preguntas del grupo: I</p> <p>Preguntas del grupo: J</p> <p>Preguntas del grupo: k</p>
--	--	--	--	---

			3.Competencia cultural: Promedio de usuarios y proveedores que consideran que el Policlínico establece adecuación del servicio a las características culturales de la población usuaria. Adecuado $\geq 3p$ Deficiente $< 3p$	
VARIABLES INTERVINIENTES				
Edad	Número de años cumplidos hasta el momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años de edad reportados	Autoreporte
Sexo	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Ficha de recolección de datos
Estado Civil	Condición de mantener o no relación sentimental con otra persona	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Conviviente 5. Divorciado	Ficha de recolección de datos
Nivel de Instrucción	Tiempo dedicado y aprobado en Educación Formal	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico Un. 5. Universitario	Ficha de recolección de datos
Tipo de asegurado	De acuerdo a su condición de aporte o su relación con el asegurado regular.	Cualitativa Nominal	1. Titular 2. Derechohabiente	Ficha de recolección de datos

Fuente: Elaboración propia

3.4. Instrumentos

Aplicación de ENCUESTA, a través de método prospectivo de recolección durante el periodo marzo a octubre del 2017, para recoger la información de fuente primaria. Mediante la aplicación de la familia de cuestionarios PCAT.

Los Instrumentos utilizados fueron:

- a) Ficha de recolección de datos:** Se utilizaron dos fichas, una para usuarios y otra para proveedores:
- **La Ficha de recolección de datos para USUARIOS**, posee dos partes:
 1. La primera evalúa características generales: Sexo, Edad, Grado de instrucción, Estado civil y Tipo de asegurado.
 2. La segunda evalúa el desempeño de las funciones de la APS; a través del cuestionario PCAT-Usuarios (Tabla 2), en su versión adaptada de Argentina para usuarios (Anexo I), la cual posee buena validez y confiabilidad(Berra et al., 2013).
El cuestionario PCAT Usuarios, evalúa 9 dimensiones, consta de 40 preguntas:
 1. Primer contacto – utilización: 02 preguntas
 2. Primer contacto – acceso: 05 preguntas
 3. Longitudinalidad: 07 preguntas
 4. Coordinación: 02 preguntas
 5. Integralidad (servicios disponibles): 09 preguntas
 6. Integralidad (servicios recibidos): 09 preguntas
 7. Enfoque familiar: 02 preguntas
 8. Orientación comunitaria: 02 preguntas
 9. Competencia cultural: 02 preguntas

Tabla 2***Ficha Técnica PCAT-USUARIOS***

Nombre original	Primary Care Assessment Tool-Users (adults)
Autor	Dra. Barbara Starfield
Procedencia	EE.UU. Baltimore, Maryland
Adaptación Argentina	Dra. Silvina Berra
Administración	Individual
Formas	Cuestionario estructurado completo, 9 dimensiones (40 ítems)
Duración	Duración sin límite de tiempo (20 a 30 minutos aproximadamente)
Aplicación	Aplicación usuarios adultos entre 18 años a más
Puntuación	Escala tipo Likert, cada dimensión se puntúa entre 1-4puntos.
Significación	Nivel de evaluación del desempeño de las funciones de la APS.
Tipificación	Puntaje ≥ 3 puntos nivel de desempeño adecuado, < 3 puntos deficiente o no adecuado.
Usos	En usuarios adultos que acuden a establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.
Materiales	El PCAT Usuarios puede ser administrado bajo un formato de prueba autoadministrado o administrado por un entrevistador. Los materiales que se requieren son: - Una copia de cuestionario (forma completa) - Un lápiz y un borrador.
Validez	El análisis de fiabilidad de las escalas mostró que la mayoría de los ítems y también las dimensiones lograron un buen escalonamiento de las respuestas. Las dimensiones de competencia cultural, primer contacto-utilización y coordinación presentaron puntuaciones altas, más de 15% de las personas puntuaron en el nivel máximo de la escala. El análisis factorial resultó en nueve factores que explicaron 57,4% de la variabilidad. Considerando los criterios de validez preestablecidos, se excluyeron dos ítems de las dimensiones de continuidad e integralidad y se adicionaron seis en integralidad y competencia cultural, llevando la razón de éxito de la escala a 98% para la versión Argentina por Silvina Berra (2012).
Confiabilidad	La consistencia interna fue buena (coeficiente α de Cronbach $> 0,80$) en la mayoría de las dimensiones, pero fue suficiente en dos de ellas: coordinación ($\alpha = 0,60$) y enfoque familiar ($\alpha = 0,69$).

Fuente: Elaboración propia

- **La Ficha de recolección de datos para PROVEEDORES**

Evalúa el desempeño de las funciones de la APS; a través del cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools), en su versión Argentina adaptada para proveedores (Anexo II), la cual posee buena validez y confiabilidad (Berra et al., 2013). Su versión original al igual que la anterior ha sido desarrolladas en EE.UU. por Starfield (1998) como parte de una familia de instrumentos para evaluar la APS.

En general, los PCAT han demostrado una adecuada validez y confiabilidad, habiéndose reportado un alfa de Cronbach global entre 0.80 a 0.91 para proveedores (Haggerty et al., 2011). Ver Tabla 3. El cuestionario PCAT Usuarios, evalúa 9 dimensiones, consta de 43 preguntas:

1. Primer contacto – utilización: 02 preguntas
2. Longitudinalidad: 07 preguntas
3. Coordinación: 04 preguntas
4. Integralidad (servicios disponibles): 09 preguntas
5. Integralidad (servicios recibidos): 09 preguntas
6. Enfoque familiar: 03 preguntas
7. Orientación comunitaria: 05 preguntas
8. Competencia cultural: 04 preguntas

Tabla 3***Ficha Técnica PCAT-PROVEEDORES***

Nombre original	Primary Care Assessment Tool-Users (adults)
Autor	Dra. Barbara Starfield
Procedencia	EE.UU. Baltimore, Maryland
Adaptación Argentina	Dra. Silvina Berra
Administración	Individual
Formas	Cuestionario estructurado completo, 9 dimensiones (43 ítems).
Duración	Duración sin límite de tiempo (20 a 30 minutos aproximadamente)
Aplicación	Aplicación proveedores entre 18 años a más
Puntuación	Utiliza una escala tipo Likert, cada dimensión se puntúa entre 1-4 puntos.
Significación	Nivel de evaluación del desempeño de las funciones de la APS.
Tipificación	Puntaje ≥ 3 puntos nivel de desempeño adecuado, < 3 puntos deficientes, no adecuado.
Usos	En proveedores adultos que prestan servicios de salud en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.
Materiales	El PCAT proveedores puede ser administrado bajo un formato de prueba autoadministrado o administrado por un entrevistador. Los materiales que se requieren son: - Una copia de cuestionario (forma completa) - Un lápiz y un borrador.
Validez	El análisis de fiabilidad de las escalas mostró que la mayoría de los ítems y también las dimensiones lograron un buen escalonamiento de las respuestas. Las dimensiones de primer contacto-utilización, coordinación e integralidad servicios proporcionados presentaron puntuaciones altas. El análisis factorial resultó en ocho factores que explicaron 67,4% de la variabilidad.
Confiabilidad	La consistencia interna de las dimensiones fue buena (coeficiente α de Cronbach $> 0,80$) en la mayoría de las dimensiones y no superó este estándar, pero fue suficiente en una de ellas: orientación comunitaria ($\alpha = 0,69$).

Fuente: Elaboración propia

En general, los PCAT han demostrado una adecuada validez y confiabilidad, habiéndose reportado un alfa de Cronbach global entre 0.71 a 0.93 para usuarios (Haggerty et al., 2011). Las versiones originales de estos cuestionarios han sido desarrolladas en EE.UU. por Starfield (1998).

La familia de cuestionarios PCAT, para usuarios y proveedores, ha sido adaptada en diferentes países como: Canadá (Haggerty et al., 2004; Haggerty et al., 2008), Brasil (Harzheim et al., 2006; Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009), Argentina (Berra et al., 2013), España (Pasarín et al., 2013), Hong Kong (Wong et al., 2010), Nueva Zelanda (Jatrana et al., 2011), Taiwán (Pongpirul et al., 2009), Korea (Yang H, 2010), Japón (Aoki et al., 2016) y China (Mei et al., 2016); al momento, están siendo adaptadas Filipinas, Sudáfrica y Uruguay (Pizzanelli et al., 2011).

a. Validez y confiabilidad del Instrumento

La Validación tanto el cuestionario PCAT usuarios y proveedores (versión Argentina) se llevó a cabo mediante juicio de expertos y posterior análisis inicial de ítems que incluyó la evaluación de la correlación de cada ítem con la puntuación total de su dimensión, que debería ser $> 0,30$, y la correlación de cada ítem con otras dimensiones, que debería ser siempre $< 0,20$, o bien, menor a la correlación con su propia dimensión. La validez factorial se evaluó mediante la técnica del análisis factorial exploratorio.

La Confiabilidad de ambos instrumentos se efectuó aplicando el Coeficiente de Cronbach cuyo resultado por dimensión fue bueno ($> 0,80$) para la versión argentina. (Ver Anexo 3.1 y 3.2). Así mismo, se evaluó la confiabilidad de cada uno de los instrumentos (PCAT Usuario y PCAT Proveedor) a los datos proporcionados por cada

uno de los participantes del presente estudio, obteniéndose coeficiente α de Cronbach promedio para el PCAT Usuarios de 0.81; y para el PCAT Proveedores de 0.80. (Ver Anexo 3.3 y 3.4)

b. Análisis e interpretación de datos

Los cuestionarios PCAT permiten obtener puntajes para valorar cada una de las funciones de la APS las 4 primarias (Primer contacto, Longitudinalidad, Coordinación e Integralidad) y las 3 secundarias (Enfoque familiar, Orientación comunitaria y Competencia cultural). Las cuales son respondidas en una escala con cinco opciones tipo Likert, de acuerdo a la existencia o no de una característica, asumiendo los siguientes valores:

- No, en absoluto = 1 punto
- Es probable que no = 2 puntos
- Es probable que sí= 3 puntos
- Sí, sin duda = 4 puntos
- No sé= 2.5 puntos

Los valores de 1 a 4 de cada respuesta se utilizan para calcular un puntaje promedio de cada función de la APS. La respuesta “no sé”, se computa con el valor 2,5 según la función evaluada y según quien responda, siempre que esta respuesta no alcance al 50% de los ítems de una función.

Como resultado de cada dimensión o función, se obtendrán valores en una escala de 1 a 4. Promedios cercanos al 4, es decir, ≥ 3 puntos, indican un mayor logro o desempeño de las funciones de la APS.

3.5. Procedimientos

Para la recolección de datos se procedió a:

- a) Solicitar y contar con la autorización del Director Médico del Policlínico y del Jefe de la Oficina de Capacitación y Docencia de la Red Rebagliati, para así poder realizar el presente estudio y recoger los datos.
- b) Seleccionar y capacitar encuestadores, los cuales fueron tres participantes, estudiantes del área de la Salud.
- c) Posterior al cálculo del tamaño muestral a fin de garantizar la fiabilidad de los datos, a través del programa Excel se procedió a la selección de usuarios por muestreo aleatorio simple (considerando el número de acreditación, de usuarios activos en el sistema).
- d) En función del cronograma de actividades propuesto para la recolección de la información se procedió a recabar 27 encuestas realizadas a usuarios y proveedores en forma mensual durante el periodo marzo-octubre del 2017.
- e) La aplicación de los instrumentos fue posterior al consentimiento informado del encuestado, sujeto a los criterios de inclusión y exclusión.
- f) Se administró el cuestionario en el momento en que el usuario finalizaba su consulta, o el proveedor finalizaba su atención el cual tomo 20 minutos.
- g) En todo momento se superviso a los encuestadores para asegurar el cumplimiento del plan de recolección de datos.
- h) La custodia y consolidación de los datos recogidos estuvo a cargo de la investigadora, para su posterior análisis.

3.6. Análisis de datos

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo e inferencial mediante SPSS versión 23, con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y promedios y desviación estándar para variables cuantitativas. Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se estimó las medidas de tendencia central y de dispersión, bajo la consideración de sus respectivos IC al 95%.

Para el análisis inferencial, en el que se compararon las diferencias de medias de los puntajes globales alcanzados para las muestras, se utilizó la prueba T de Student, con un alfa 0.05.

3.7. Aspectos éticos

Se solicitó a los participantes un consentimiento informado para su participación, previamente se les explicó los objetivos del estudio, sobre la confidencialidad de la información obtenida y que no se utilizaría su información para ningún otro estudio.

IV. Resultados

4.1. Características sociodemográficas de los usuarios: género, edad, estado civil, grado de instrucción, tipo de seguro.

Tabla 4

Características Sociodemográficas de los Usuarios del Policlínico Chincha, Essalud

	N	%	IC 95%	P-Valor
Género Sexual				
Masculino	91	45	40.6%;48.5%	<0.001*
Femenino	111	55	51.5%;59.4%	
Edad:				
18-60	56	27.7	21.9%;34.3%	0.150
61-74	97	48.02	41.1%;54.9%	
≥75-90	49	24.26	18.7%;30.7%	
Estado Civil				
Soltero	41	20.3	15.2%;26.4%	<0.001*
Casado	93	46	39.2%;53%	
Conviviente	8	3.9	1.9%;7.7%	
Divorciado	10	4.9	2.6%;8.9%	
Viudo	50	24.7	19.2%;31.2%	
Grado de Instrucción				
Analfabeta	39	19.3	14.3%;25.3%	<0.001*
Primaria	64	31.7	25.6%;38.5%	
Secundaria	41	20.3	15.3%;26.5%	
Técnico	54	26.7	21.0%;33.3%	
Universitario	4	1.9	1.0%;5.2%	
Tipo de asegurado				
Titular	155	76.7	70.3%;82.1%	<0.001*
Derecho habiente	47	23.3	17.9%;29.6%	

* Valor estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia en la Tabla 4 que, de un total de 202 usuarios del Policlínico Chincha, el 55% (n=111) corresponde al sexo femenino, el grupo etáreo predominante fueron los adultos mayores, usuarios entre los 61 a 74 años representando el 48.02% (n=97), casados 46% (n=93); la mayoría solamente alcanzó finalizar el nivel primario de educación, 31.7% (n=64). Finalmente, respecto al tipo de asegurado un 76.7% (n=155) de los participantes fueron titulares del seguro.

4.2. Valoración del nivel de desempeño de las Funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios

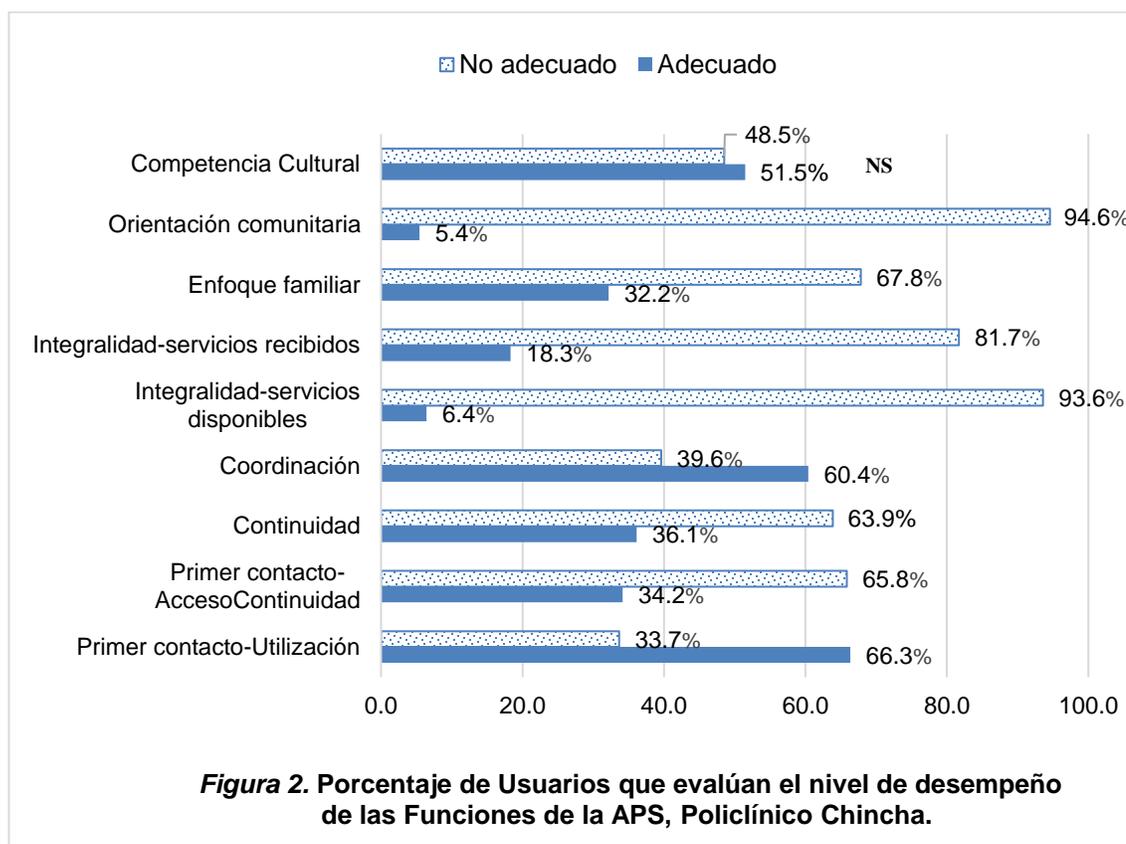
Tabla 5

Nivel de desempeño de las Funciones de la APS en el Policlínico Chincha desde la perspectiva de los usuarios

Funciones	Adecuado		No adecuado		Media	DE	P-valor
	n	%	n	%			
Primer contacto-Utilización	134	66.34	68	33.66	3.6	±0.7	<0.001
Primer contacto-Acceso	69	34.16	133	65.84	2.6	±0.59	<0.001
Continuidad	73	36.14	129	63.86	2.7	±0.67	<0.001
Coordinación	122	60.4	80	39.6	2.9	±0.75	<0.001
Integralidad-servicios disponibles	13	6.44	189	93.56	1.9	±0.58	<0.001
Integralidad-servicios recibidos	37	18.32	165	81.68	2.3	±0.79	<0.001
Enfoque familiar	65	32.18	137	67.82	2.4	±0.82	<0.001
Orientación comunitaria	11	5.45	191	94.55	1.6	±0.62	<0.001
Competencia Cultural	104	51.49	98	48.51	2.7	±1.01	0.72*

*No Diferencia Estadísticamente significativa al 95% de confianza

Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del PCAT-Usuarios (Tabla 5 y Figura 2), se aprecia que desde la perspectiva de los usuarios el promedio de los puntajes de la evaluación del desempeño de las funciones de la APS, se encuentran en forma global por debajo de 3 puntos (tener presente que un puntaje < a 3 puntos refleja un mal desempeño de la función evaluada), es decir se percibe un deficiente desempeño de las funciones primarias: Primer contacto-acceso (2.6 puntos), continuidad (2.7 puntos), coordinación (2.9 puntos), integralidad servicios disponibles (1.9 puntos), integralidad servicios recibidos (2.3 puntos); como de las funciones secundarias : enfoque familiar (2.4 puntos),

orientación comunitaria(1.6 puntos) y competencia Cultural (2.7 puntos). No obstante, el atributo “*Primer contacto-Utilización*”, el cual hace referencia a si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo, fue la única función catalogada como adecuada, con un puntaje promedio alcanzado de 3.6 puntos, valorado así por el 66.34% de los usuarios (n=134). Así mismo las funciones con más bajos puntajes fueron la “*Integralidad-servicios disponibles*” y la “*Orientación comunitaria*”, ambos con puntajes inferiores a 2 puntos, percibidas así por el 93.56 % (n=189) y 94.55%(n=191) de los usuarios respectivamente.

4.3. Valoración del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva del proveedor.

Tabla 6

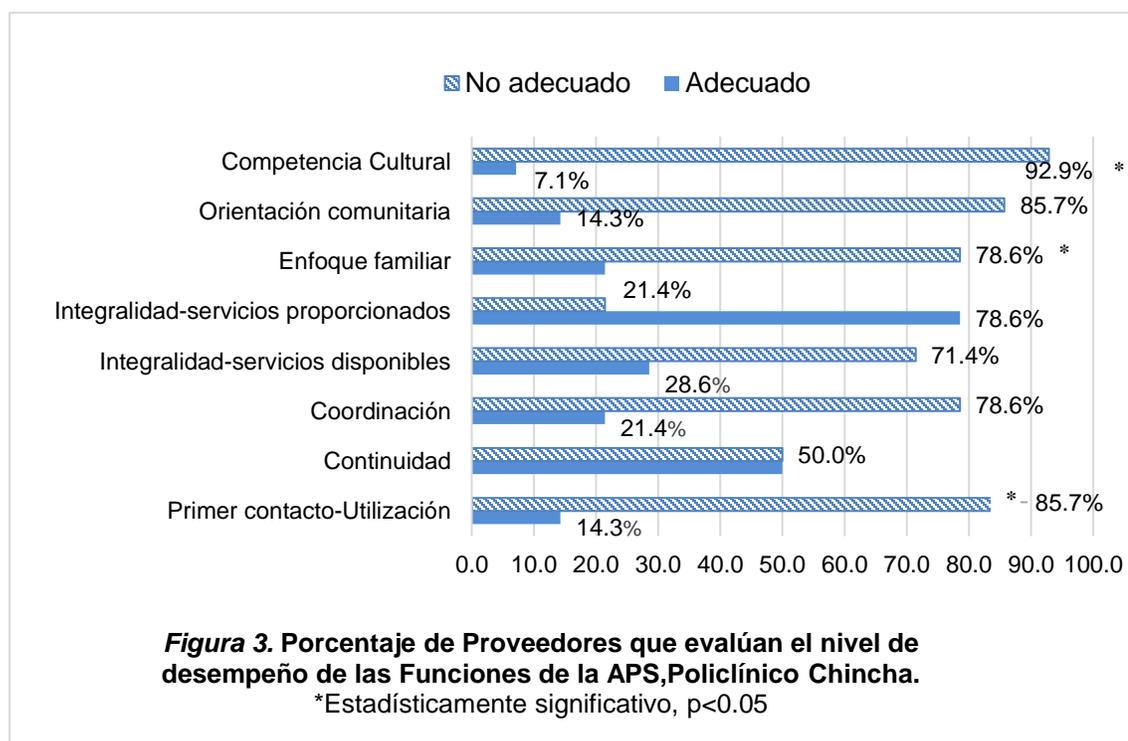
Nivel de desempeño de las Funciones de la APS en el Policlínico Chincha desde la perspectiva del proveedor.

Funciones	Adecuado		No adecuado		Media	DE	p-valor
	n	%	n	%			
Primer contacto-Utilización	2	14.29	12	85.71	2.4	±0.47	0.01*
Continuidad	7	50.00	7	50.00	2.9	±0.32	1
Coordinación	3	21.43	11	78.57	2.7	±0.47	0.06
Integralidad-servicios disponibles	4	28.57	10	71.43	2.5	±0.89	0.17
Integralidad-servicios proporcionados	11	78.57	3	21.43	3.1	±0.58	1
Enfoque familiar	3	21.43	11	78.57	2.4	±0.65	0.06
Orientación comunitaria	2	14.29	12	85.71	1.9	±0.77	0.01*
Competencia Cultural	1	7.14	13	92.86	2.3	±0.5	<0.001*

*Diferencia Estadísticamente significativa al 95% de confianza

Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del PCAT-proveedores (Tabla 6 y Figura 3), se aprecia que desde la perspectiva de los proveedores el promedio de los puntajes de la evaluación del desempeño de las funciones de la APS, se encuentran en forma global por debajo de 3 puntos, es decir se percibe un deficiente desempeño de las funciones primarias : Primer contacto-utilización (2.4 puntos), continuidad (2.9 puntos), coordinación (2.7 puntos), integralidad servicios disponibles (2.5 puntos); como de las funciones secundarias: enfoque familiar (2.4 puntos), orientación comunitaria(1.9 puntos) y competencia Cultural (2.3 puntos). No obstante, el atributo “integralidad-servicios proporcionados” el cual hace referencia a los servicios necesarios para la población y que el centro realmente provee, es la única función que se cumple en forma adecuada, con un puntaje promedio de 3.1 puntos, valorado así por el 78.57% de los proveedores (n=11). La función con más bajos puntaje fue la “Orientación comunitaria”, alcanzando 1.9 puntos, percibida así por el 85.71% (n=12).



Fuente: Elaboración propia

4.4. Comparación del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud entre usuarios y proveedores.

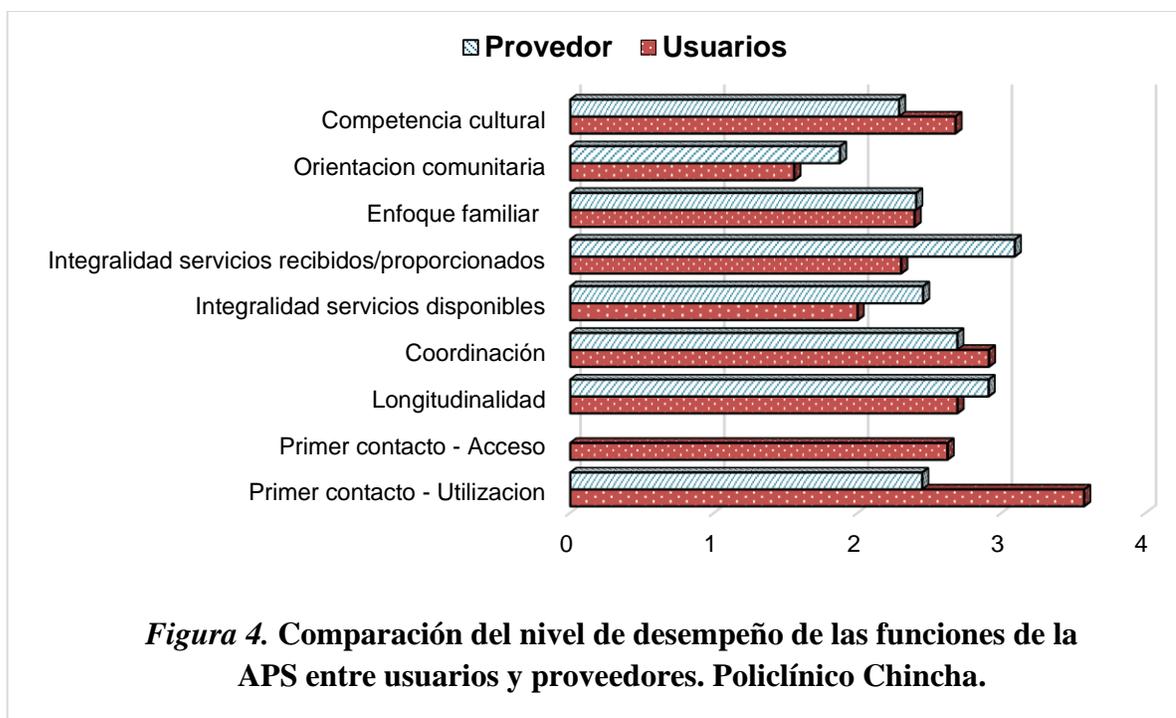
Tabla 7

Prueba T de Student para muestras independientes, comparación del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud entre usuarios y proveedores, Policlínico Chincha.

	Diferencias relacionadas			95% IC para la		T	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación Típica	Error típico de la media	Inferior	Superior			
Puntaje alcanzado en el grupo de usuarios y proveedores	1.84	0.36	0.024	1.79	1.89	-0.153	214	0.87*

* $p > 0.005$, no hay diferencia de medias, no podemos rechazar la H_0 .

Fuente: Elaboración propia.



En la Tabla 7, se presenta el valor de p de la Prueba T de Student, para muestras independientes, se aprecia que no existe diferencias significativas entre el promedio de las diferencias de cada una de las medias de los puntajes alcanzados para el nivel de desempeño global de las funciones de la APS. Por lo tanto, el nivel del desempeño de las funciones de la APS (usuarios y proveedores), es percibida para ambos grupos en forma similar, en donde la mayoría de las funciones fueron percibidas con un desempeño no adecuado, con una media global de 2.48 en proveedores versus 2.83 en usuarios. Siendo catalogada la función “*orientación comunitaria*” como la peor implementada tanto para usuarios como para proveedores. En contraposición se destaca entre los usuarios un adecuado desempeño solo la función de *Primer contacto- utilización* (3.5puntos) y en el caso de proveedores la función de *Integralidad-servicios proporcionados* (3.1puntos). El resto de atributos se perciben con un desempeño medio y en proceso de mejora.

V. Discusión de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, y atendiendo a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación, se discuten los resultados en base a la teoría y hallazgos de otros autores. Precisamos que de acuerdo a las características sociodemográficas generales de los usuarios entrevistados, el hecho de ser en su mayoría adultos mayores y de sexo femenino, es común a la tendencia global de usuarios que utilizan en forma prevalente los servicios de salud tal cual lo describe (OMS, 2013; Wong et al., 2010).

Respecto al nivel de desempeño global de las funciones de la atención primaria en consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha, encontramos que tanto usuarios y proveedores, en forma global valoran el nivel de desempeño de las funciones de la APS como no adecuado, con una media de 2.83 en usuarios y 2.48 en proveedores; datos similares a los reportados en países con sistemas de salud mixtos como el nuestro (sistema de salud público, privado y mixto), como es el caso de Paraguay (Rodríguez-Riveros et al., 2012) que reporto un índice global de 2.5; por otro lado el estudio de (Rodríguez-Villamizar et al., 2016) en Colombia también se evidencio una valoración global baja. Así mismo, como reportamos anteriormente, el único estudio previo llevado a cabo en el País, por (Cuba-Fuentes et al., 2011) también reporto un nivel de cumplimiento bajo.

Al analizar la perspectiva global que tiene el usuario sobre el desempeño tanto de las funciones primarias (primer contacto, integralidad, continuidad, coordinación) como secundarias (competencia cultural, orientación comunitaria, enfoque familiar) de la APS;

el presente estudio encontró que la valoración global por parte del usuario fue inadecuada, tal cual se reporta en otros estudios (Rodríguez-Riveros et al., 2012; Rodríguez-Villamizar et al., 2016; Haggerty et al, 2008; Pasarín et al,2011; Almeida et al, 2015). Al respecto si bien nuestro sistema de salud es fragmentado, la estrategia que viene impulsando actualmente EsSalud para fortalecer la Atención Primaria de Salud a nivel nacional, está enfocada en un pseudomodelo de atención primaria, pues si bien enfatizan la implementación de “paquetes y/o carteras de servicio preventivo-promocionales por etapa de vida”, estas no garantizan el acompañamiento de un programa que promueva el desempeño de la totalidad de los atributos de la Atención Primaria de Salud, que van más allá de atenciones intramurales; sin embargo, es alentador que al menos una función primaria de la APS “*Primer contacto-Utilización*”, haya sido valorada con un desempeño adecuado (3.6 puntos), valorado así por el 66.34% de los usuarios; este hallazgo evidencia que el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.

Ello resulta lógico, dado que la seguridad social ha implementado a través de la adscripción de sus usuarios a establecimientos del primer nivel, que sus atenciones sean de acuerdo a donde les corresponda, no pudiendo acceder al tercer nivel salvo, la atención sea de emergencia; lo cual fortaleció el sistema de referencia y contrareferencia; resultado similar al reportado en países con un sistema de salud único como lo tiene Canadá (Tourigny et al., 2010), Brasil(Harzheim et al., 2016), Japón(Aoki et al., 2016), España(Isabel Pasarín et al., 2007) y Hong Kong(Wei et al., 2015). Por otro lado, resulta preocupante que funciones como la “*Integralidad-servicios disponibles*” y la “*Orientación comunitaria*”, sean los valorados con los puntajes más bajos inferiores a 2

puntos; ello en función a que si bien en los establecimientos del primer nivel de EsSalud se realizan las actividades preventivo promocionales por etapa de vida, la falta de insumos e infraestructura en muchos de estos establecimientos dificulta poder garantizar el cumplimiento de estos paquetes de atención ofrecidos. Además, la inadecuada ubicación del establecimiento de la salud, el cual se encuentra ubicado en el Cercado de Lima cuando los usuarios pertenecen a la jurisdicción de Breña y Pueblo Libre sería un factor causal.

Así mismo, si bien los usuarios no perciben el acercamiento del establecimiento a la comunidad, se tiene la concepción errónea de que ofrecer campañas integrales de salud es suficiente para el cumplimiento de esta función, olvidando así que se requieren diversas actividades con el fin de desarrollar el compromiso de transformación de la salud basado en un proceso de concientización, organización y movilización de la gente en la búsqueda del bienestar colectivo. Por otro lado, no es raro objetivar que las atenciones de salud en su mayoría de veces están enfocadas en resolver el problema agudo de la persona, dejando de lado a la resolución de problemas de la comunidad, pese al gran papel que juega la comunidad como determinante vital en la condición de salud del individuo. Al respecto también(Almeida Lima, Sousa, & Caniçali Primo, s. f.; Berra et al., 2013; Pasarín et al., 2013; Rodríguez-Villamizar et al., 2016), reportaron hallazgos similares, sustentados en que, si bien es importante el cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial, en el cual se configure la atención del individuo con un enfoque integral e integrador, también lo es contar con sistemas de salud que garanticen prácticas de salud sostenibles y sustentables.

En tanto, al evaluar la perspectiva de los proveedores, nuestro estudio reportó al igual que (Aoki et al., 2016; Berra Silvina, 2012; Haggerty et al., 2004; Rodríguez-Villamizar et al., 2016; Wei et al., 2015); el buen desempeño del atributo “*integralidad-servicio*

proporcionado”, es decir aquellos servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee; y que solo pueden ser vistos en sistemas de salud que contemplen paquetes de salud orientados a actividades preventivo promocionales por etapa de vida, tal cual se ha estado impulsando en EsSalud desde el 2014 cuando se actualizó la Cartera de Servicios de Atención Primaria. En tanto el reto de las funciones, fueron percibidas con desempeño deficiente aun, para explicar esto, necesitamos tomar en cuenta el perfil de los usuarios de EsSalud para orientar los esfuerzos institucionales de cambio, a esas características especiales, como el hecho de hacer mayor uso de los servicios y conocer y demandar más el cumplimiento de sus derechos en salud; evaluar el perfil profesional de nuestros proveedores, quienes debieran estar preparados para realizar todas las actividades inherentes a la estrategia y finalmente la poca participación de los otros actores sociales, nos referimos a la poca participación de las instituciones educativas que empoderen a los futuros ciudadanos en el cuidado de su salud desde la niñez; entre otros más propios del sistema de salud.

Finalmente, si bien no pudimos demostrar que existe diferencias desde la perspectiva de usuarios y proveedores entre el promedio de cada una de las medias de los puntajes alcanzados para el nivel de desempeño global de las funciones de la APS en usuarios ($\bar{x}=2.83$) y proveedores ($\bar{x}=2.48$); queda claro que la percepción del nivel de desempeño alcanzado de la APS en general es muy similar en ambos grupos, por lo tanto si bien se han incorporado cambios en el modelo de atención a los usuarios en el primer nivel de atención, estos distan mucho de ser valorados como idóneos para los mismos.

VI. Conclusiones

1. El nivel de desempeño global de las funciones de la Atención Primaria Consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha, en general es percibido como no adecuado tanto por usuarios ($\bar{x}=2.83$ puntos) y proveedores ($\bar{x}=2.48$ puntos).
2. Las características sociodemográficas predominantes de los usuarios que acuden a los Consultorios del Policlínico Chincha fueron: ser usuario en su mayoría de veces de sexo femenino, tener entre 67 a 74 años, con estado civil casado, nivel primario educativo completo, y titular del seguro de EsSalud.
3. El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, fue valorada como no adecuada en forma global; destacándose a la accesibilidad, también catalogada como la puerta de entrada al sistema de salud, como la única función percibida con buen desempeño ($\bar{x}=3.6$ puntos), valorado así por el 66.34%. Las funciones de longitudinalidad, integralidad y coordinación fueron catalogadas con un desempeño no adecuado; siendo la orientación comunitaria ($\bar{x}=1.6$ puntos) y la integralidad-servicios disponibles ($\bar{x}=1.9$), las funciones de la atención primaria percibidas con más bajo desempeño.
4. El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores, fue valorada como no adecuada, siendo deficiente el desempeño de las funciones primarias como el Primer contacto-utilización, continuidad, coordinación, integralidad servicios disponibles. No obstante, la función integralidad-servicios proporcionados ($\bar{x}=3.1$ puntos) fue la única función valorada con un nivel de desempeño

adecuado. Así mismo la función con el más bajo puntaje de nivel de desempeño fue la Orientación comunitaria ($\bar{x}=1.9$ puntos).

5. La percepción global del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud del Policlínico Chincha es percibida por igual en usuarios y en proveedores, ambos puntajes globales no fueron superiores o iguales a 3 puntos. Por lo tanto, no existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio global de ambas valoraciones.

VII. Recomendaciones

1. Los datos de la presente investigación ponen al descubierto el deficiente desempeño de las funciones de la APS en un establecimiento del primer nivel de atención como lo es el Policlínico Chincha, ello constituye un gran aporte para la comprensión e implementación de las funciones de la APS, tal como fue concebido por (Starfield et al., 2005a); sin embargo representa solo un establecimiento correspondiente a EsSalud, por lo tanto se recomienda realizar la valoración del nivel de desempeño de las funciones de la APS en otros establecimientos del primer nivel de atención que incluyan al MINSA, establecimientos Privados y demás entidades prestadoras que brinden atenciones de salud.
2. En función a que dentro de las características sociodemográficas predominantes de los usuarios que acuden a los consultorios de medicina familiar corresponde a ser adultos mayores con bajo nivel educativo (primaria completa), se recomienda poder mantener un lenguaje claro y preciso durante la comunicación médico paciente, a fin de poder evitar prescripciones inapropiadas respecto al manejo de un problema de salud o bajo entendimiento de alguna recomendación.
3. Se recomienda basar la atención al usuario con modelos que realmente plasmen la APS, como lo es el modelo de atención integral basado en familia y comunidad, propuesto como normatividad por el MINSA, de tal manera que en todos los establecimientos del primer nivel de atención, que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud de todo usuario, implementen el uso de carpetas familiares que permitan ubicar a familiares y a las familias dentro de cada sector, para así ser asignados a una persona (miembro del

Equipo Básico de Salud) lo que permitirá verificar periódicamente, el grado de cumplimiento de la entrega del paquete de atención integral a cada miembro y a cada familia a su cargo, apoyar la recaptación de pacientes que dejan de acudir a sus citas de control o a los que están de alta, de forma que se pueda garantizar la conclusión de los tratamientos y facilitar o apoyar en la obtención de información sobre los pacientes referidos a los otros niveles de atención.

4. Se recomienda que el proveedor de salud que labora en el primer nivel de atención posea conocimientos, práctica y habilidades en medicina familiar y comunitaria, lo cual le permitirá comprender mejor e implementar la APS desde su lugar de trabajo, bajo un enfoque biopsicosocial del usuario y su problema de salud; además de priorizar sus atenciones en actividades prioritariamente preventivo promocionales.
5. Se recomienda establecer un sistema que facilite la supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de implementación de las funciones de la APS, lo cual permitirá mejorar los resultados globales de valoración del desempeño de estas funciones; siendo para ello prioritario promover la validación oficial del instrumento PCAT en el País.

VIII. Referencias

- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). [The health system of Peru]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s243-254.
- Almeida Lima, E., Sousa, A. I., & Caniçali Primo, C. (s. f.). Evaluación de los atributos de la atención primaria en la perspectiva de las usuarias que experimentan el cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>
- Aoki, T., Inoue, M., & Nakayama, T. (2016). Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Family Practice*, 33(1), 112-117. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz087>
- Ardila Gómez, S., de Paepe, P., Luciani Conde, L., & Stolkner, A. (2012). La implementación local de la atención primaria en la Argentina: Estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. *Saúde em Debate*, 36(94), 436-448. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300015>
- ASALE, R. (2018). Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Recuperado 15 de abril de 2018, de Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario website: <http://dle.rae.es/?id=bJiPomE>
- Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L. (2011). [The health system of Guatemala]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s197-208.
- Bermúdez-Madriz, J. L., Sáenz, M. del R., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). [The health system of Honduras]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s209-219.
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. de, ... Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 30-39. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000100005>

- Berra Silvina. (2012). El estudio de las funciones de la Atención primaria, adaptación e implementación de los cuestionarios en Argentina. *Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud/Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba*.
- Berterretche, R., & Sollazzo, A. (2012). El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: Caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saúde em Debate*, 36(94), 461-472. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300017>
- Bloch Carlos, Godoy Cristian, & Luppi Irene. (1992). *Evaluación del programa de atención primaria de la salud en la ciudad del Rosario*.
- Carneiro Junior, N., & Gené Badia, J. (2011). [Catalan Primary Health Care as seen from Brazilian health reform]. *Atencion Primaria*, 43(11), 611-616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.015>
- Cuba-Fuentes, M., Jurado, A., & Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista Medica Herediana*, 22(1). Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1093>
- D'Avila, O. P., Pinto, L. F. da S., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2017). The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): An integrative review and proposed update. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 855-865. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>
- Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. (2002). Recuperado de 2:22-4.
- EsSalud. (2017). *Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de EsSalud*. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf
- Garratt, A. M., Danielsen, K., & Hunskar, S. (2007). Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: A systematic review. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(542), 741-747.

- Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: Desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). [The health system of Mexico]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s220-232.
- Haggerty et al. (2004). Accessibility and continuity of primary care in Quebec. : : *Canadian Health Services Research Foundation*, (Ottawa).
- Haggerty, J. L., Burge, F., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Beaulieu, C., Lévesque, J.-F., ... Lawson, B. (2011). Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method. *Healthcare Policy*, 7(Spec Issue), 31-46.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 116-123. <https://doi.org/10.1370/afm.802>
- Harzheim, E., Pinto, L. F., Hauser, L., & Soranz, D. (2016). Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1399-1408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
- Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., Alvarez-Dardet, C., & Stein, A. (2006). Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 22, 1649-1659.
- INEI. (2016, diciembre). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, 2016*. Recuperado de https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/543

- Isabel Pasarín, M., Berra, S., Rajmil, L., Solans, M., Borrell, C., & Starfield, B. (2007). Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención Primaria*, 39(8), 395-401. <https://doi.org/10.1157/13108612>
- Ivers, L. C. (2011). Strengthening the Health System While Investing in Haiti. *American Journal of Public Health*, 101(6), 970-971. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300108>
- Jatrana, S., Crampton, P., & Richardson, K. (2011). Continuity of care with general practitioners in New Zealand: Results from SoFIE-Primary Care. *The New Zealand Medical Journal*, 124(1329), 16-25.
- Javanparast, S., Baum, F., Labonte, R., Sanders, D., Heidari, G., & Rezaie, S. (2011). A policy review of the community health worker programme in Iran. *Journal of Public Health Policy*, 32(2), 263-276. <https://doi.org/10.1057/jphp.2011.7>
- Ledo, C., & Soria, R. (2011). [The health system of Bolivia]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s109-119.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). [The health system of Ecuador]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s177-187.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., Etienne, C., & Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). [Renewing primary health care in the Americas]. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 21(2-3), 73-84.
- Macinko, J., Starfield, B., & Erinosho, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 150-171. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994221>
- Mahmoudi-Meymand, F., Aryankhesal, A., & Raeissi, P. (2016). Relationship between Quality of the Referral Chain of Hospital Services and Patient Satisfaction. *Global Journal of Health Science*, 9(2), p68. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n2p68>

- Mei, J., Liang, Y., Shi, L., Zhao, J., Wang, Y., & Kuang, L. (2016). The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China. *BioMed Research International*, 2016, 6019603. <https://doi.org/10.1155/2016/6019603>
- MINSA. (2011). *Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. MAIS-BFC-2011*. Recuperado de https://issuu.com/gabo_castro/docs/pc_mf_03_modelo_de_atencion_primaria_de_saluda_con
- Montekio, V. B., Medina, G., & Aquino, R. (2011). [The health system of Brazil]. *Salud Publica De Mexico*, 53 Suppl 2, s120-131.
- Nebot Adell, C., Rosales Echevarria, C., Bentz, B., & M, R. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 176-183. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>
- Oficina de Epidemiología. (2016, diciembre). *Análisis de la Situación de Salud-Policlinico Chincha, 2016*.
- OMS. (2013, agosto). OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2013 "Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado 1 de septiembre de 2018, de WHO website: <http://www.who.int/whr/es/>
- OPS. (2007). *Perfil de los sistemas de salud panamá. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma* (3ra Edición). Panama.
- OPS. (2008). *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.
- OPS, & OMS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en la Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Biblioteca Sede OPS, Washington, D.C.
- Oswaldo, L. G. L., Alcalde-Rabanal, Jacqueline, & Espinoza Henao, Olga. (2016). *El sistema de salud en Perú situación y desafíos*. Lima: Editores médicos especializados.

- Pasarín, M. I., Berra, S., González, A., Segura, A., Tebé, C., García-Altés, A., ... Starfield, B. (2013). Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools - Facility version” for the Spanish health system. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009>
- Pizzanelli, M., Ponzo, J., Buglioli, M., Toledo, A., Casinelli, M., & Gómez, A. (2011). Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 27(3), 187-189.
- Pongpirul, K., Starfield, B., Srivanchakorn, S., & Pannarunothai, S. (2009). Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. *International Journal for Equity in Health*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-8>
- Rodríguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Ruoti, M., Dullak, R., Páez, M., Orué, E., ... Velázquez, S. (2012). Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: Percepción de actores involucrados - Bañado Sur - Paraguay, 2011. *Saúde em Debate*, 36(94), 449-460. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300016>
- Rodríguez-Villamizar, L. A., Ruiz-Rodríguez, M., & Acosta-Ramírez, N. (2016). Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 88-95. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11>
- Shi, L. (2012). The Impact of Primary Care: A Focused Review [Research article]. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>
- Sibthorpe, B., & Gardner, K. (2007). A Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health - AUST J PRIM HEALTH*, 13. <https://doi.org/10.1071/PY07027>
- Stange, K. C., Etz, R. S., Gullett, H., Sweeney, S. A., Miller, W. L., Jaén, C. R., ... Glasgow, R. E. (2014). Metrics for Assessing Improvements in Primary Health Care. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 423-442. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182438>

- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005a). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005b). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Starfield Barbara. (2002). *semFYC - Medicina familiar y comunitaria. Medicina resolutiva*. Recuperado de <https://www.semfyces>
- Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Bonin, L., Morin, D., Reinhartz, D., ... Carmichael, P.-H. (2010). Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 56(7), e273-282.
- Wei, X., Li, H., Yang, N., Wong, S. Y. S., Owolabi, O., Xu, J., Griffiths, S. M. (2015). Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PloS One*, 10(3), e0121269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121269>
- WHO. (2008). *WHO | The World Health Report 2008 "Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- Wong, S. Y., Kung, K., Griffiths, S. M., Carthy, T., Wong, M. C., Lo, S. V., ... Starfield, B. (2010). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*, 10, 397. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
- World Health Organization. (2018, december). Global Conference on Primary Health Care. Recuperado 5 de agosto de 2019, de <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>
- Yang, B., Ma, L.-P., Ma, W., Wei, S.-J., Ji, H.-Y., Li, H.-G., ... Chen, J. (2016). A self-contrast approach to evaluate the inhibitory effect of chrysofenetin, in the absence and presence of artemisinin, on the in vivo P-glycoprotein-mediated digoxin transport activity. *Biomedical Chromatography: BMC*. <https://doi.org/10.1002/bmc.3725>

- Yang H. (2010). The Conceptual Framework of Primary Care Quality Assessment and Quality of Primary Care Perceived by Patients in China. *Johns Hopkins School of Public Health*. Recuperado de <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/usos-del-pcat/>
- Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52(1), 39-45.

IX. Anexos:

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el nivel de desempeño global de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha durante el año 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?</p> <p>b) ¿Cuál es el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?</p> <p>c) ¿Cuál es el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha?</p> <p>d) ¿Existe diferencia en la percepción del nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria de salud del policlínico Chincha entre usuarios y proveedores?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Valorar el nivel de desempeño global de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha durante el año 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Determinar las características sociodemográficas de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.</p> <p>b) Valorar el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.</p> <p>c) Valorar el nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores, en los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha.</p> <p>d) Comparar las diferencias entre el nivel de desempeño global alcanzado de las funciones de la Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>A pesar de la implementación de la Atención Primaria en Salud en los establecimientos del primer nivel de atención en EsSalud, existe un bajo nivel de desempeño global de las funciones de la atención primaria en Consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Chincha desde la perspectiva de usuarios y proveedores.</p> <p>Hipótesis específicos</p> <p>a) Se estima que dentro de las características sociodemográficas resaltantes de los usuarios que acuden a los Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha, destaque ser en su mayoría mujeres, adultas mayores con nivel secundario, estado civil casados, y titulares del seguro.</p> <p>b) El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios no es adecuado.</p> <p>c) El nivel de desempeño de las funciones de la atención primaria desde la perspectiva de los proveedores no es adecuado.</p> <p>d) Existe diferencia en la media del puntaje global alcanzado para el nivel de desempeño de las funciones Atención Primaria de Salud en usuarios y proveedores, siendo mejor valorada por los proveedores de la salud.</p>	<p>Variables:</p> <p>1: Valoración del desempeño</p> <p>2: Funciones de la APS</p>

Anexo 2: Consentimiento Informado

Investigador : Cahuina Lope Paula Lorena.

Título : “**Valoración del desempeño de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chíncha - EsSALUD, 2017**”

Propósito del Estudio:

Se le invita a participar en el estudio “Valoración del desempeño de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chíncha - EsSALUD, 2017.” Pocos estudios evalúan el desempeño de las funciones de atención primaria, desde el punto de vista del usuario. Nuestros servicios de atención del primer nivel se encuentran sobresaturados y es alto el nivel de insatisfacción en los usuarios, por tanto, se hace importante poder evaluar y contrastar ambas perspectivas del usuario y proveedor.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio entonces:

Se le entregará un instrumento de autollenado/o se le realizarán preguntas del instrumento, denominado PCAT, que mide la evaluación del cumplimiento de las funciones de la Atención primaria, ante cualquier duda consulte al entrevistador.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar del estudio. Solamente responderá algunas preguntas y brindará algunos datos que serán anónimos.

Beneficios: Usted y otros pacientes de este establecimiento se beneficiarán porque de las conclusiones a que lleguemos con este estudio se sugerirá implementar estrategias para mejorar el abordaje en forma integral de los procesos de atención del usuario y proponer mejoras a proveedores para evaluar y monitorizar la capacidad de la atención primaria para resolver los problemas más frecuentes de la población.

Costos e incentivos: Usted no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad: Se guardará la información que nos brinde mediante códigos y no con nombres. Se analizará la información de manera anónima, a través de un programa informático. Si en el futuro los resultados de esta investigación son publicados, no se hará pública ninguna información que permita la identificación de los participantes. En ningún caso los documentos que tengan relación con la información que usted nos brinde, serán de acceso a otras personas ajenas al estudio.

CONSENTIMIENTO

Por medio del presente consentimiento informado, en pleno uso de mis facultades, declaro haber sido informado y que se han absuelto todas mis dudas y accedo libre y voluntariamente a participar en este estudio contestando las preguntas del cuestionario propuesto y las que el encuestador me hará para la ficha de recolección de datos. Entiendo que puedo decidir no participar y que ello no traería perjuicio alguno.

Lima, ____ de _____ de 2017

Usuario /Proveedor

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre:

Anexo 3: Ficha de Recolección de Datos:

A. USUARIOS:

Investigador : Cahuina Lope Paula Lorena.

Título : “Valoración del desempeño de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chincha - EsSALUD, 2017.”

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS GENERALES:

- 1.1. Sexo:
- 1.2. Edad:
- 1.3. Grado de instrucción:
- 1.4. Estado civil:
- 1.5. Tipo de asegurado:

2. INSTRUMENTO: PCAT –USUARIOS

A continuación, le realizaré preguntas sobre los servicios y la atención de salud que usted recibe.

Favor responder a una sola alternativa.

PCAT-AE (USUARIOS ADULTOS)	Sí, sin duda	Prob able ment e sí	Proba bleme nte No	No, en absolut o	No se
B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN					
B1. Cuando Ud. necesita hacerse un control de salud de rutina "chequeo", ¿va a su establecimiento de salud antes de asistir a otro lado?					
B2. Cuando usted requiere atención por una nueva enfermedad, ¿acude a su EESS antes de ir a otro lugar?					
C. PRIMER CONTACTO – ACCESO					
C2. ¿Está abierto su establecimiento, por lo menos, algunas tardes durante la semana hasta las 20 hs.					
C3. Si su establecimiento de salud está abierto y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?					
C5. Cuando su establecimiento de salud está cerrado, ¿Usted cuenta con un número telefónico para consultar a algún personal del EESS?					
C6. Si su establecimiento de salud está cerrado durante los sábados y domingos y Ud. se enferma, ¿algún personal del EESS al que usted pertenece podría atenderlo ese mismo día?					
C8. ¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar una cita en su establecimiento de salud?					
D. LONGITUDINALIDAD					
D1. Cuando Ud. va a su establecimiento de salud, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?					
D4. Si Ud. tiene una pregunta, ¿puede llamar y hablar c/el personal de salud que lo/la conoce más?					

D5. El personal de su establecimiento de salud ¿le dan suficiente tiempo dentro de la consulta para hablar sobre sus preocupaciones o problemas?					
D6. ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el personal su establecimiento de salud?					
D9. El personal de su establecimiento de salud ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?					
D10. El personal de su establecimiento de salud ¿conoce su historia clínica completa?					
D13. El personal de su establecimiento de salud ¿conoce los medicamentos que Ud. está tomando?					
E. COORDINACIÓN					
E1. Cuando Ud. va a su establecimiento de salud, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación o informes médicos previos?					
E3. Cuando va a su establecimiento de salud, ¿su ficha familiar y/o historia clínica está siempre disponible?					
G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)					
A continuación, se presenta una lista de servicios que Ud. o su familia pueden necesitar en cualquier momento.					
¿Cuál de estos servicios se encuentra disponible en su establecimiento de salud?					
G1. Atención a consultas sobre nutrición o dieta					
G2. Colocación de vacunas					
G7. Consejería sobre consumo de alcohol, cigarro y drogas					
G8. Consejería sobre problemas de salud mental (de tipo emocional) o de violencia familiar.					
G11. Consejería y pruebas para VIH/SIDA					
G12. Examen de audición					
G15. Examen de agudeza visual					
G17. Pruebas de Papanicolaou (PAP) para detectar cáncer de cuello de útero					
G20. Control del embarazo					
H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS RECIBIDOS)					
Durante las consultas a su establecimiento de salud, ¿hablan con Ud. sobre los siguientes temas?					
H1. Hábitos saludables, como alimentación, horas de sueño necesaria y actividad física					
H2. Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)					
H3. Uso del cinturón de seguridad					
H4. Cómo tratar los conflictos familiares					

H5. Actividad física adecuada					
H7. Control y Consejería sobre los medicamentos que consume					
H10. Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad.					
H11. Prevención de caídas y como evitarlas dentro de casa					
H12. Prevención de Osteoporosis					
I. ENFOQUE FAMILIAR					
I2. El personal de su establecimiento de salud ¿conoce las enfermedades o problemas que tiene su familia?					
I3. ¿El personal de salud de su establecimiento se reúne con su familia para ayudar en el manejo de sus enfermedades o problemas?					
J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA					
J2. ¿Su personal de salud o profesionales de su establecimiento de salud conocen los problemas de salud más importantes de su comunidad?					
¿Su personal de salud o profesionales de su establecimiento de salud realizan alguna de las siguientes acciones? J12. Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud o censos con la ficha familiar.					
K. COMPETENCIA CULTURAL					
K2. ¿Le recomendaría su establecimiento de salud a una persona que no hable bien español (que hable quechua por ejemplo) o que viene de otra región o país?					
K3. ¿Le recomendaría su establecimiento de salud a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?					

Gracias por su participación.

B. PROVEEDORES:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PROVEEDORES

Investigador : Cahuina Lope Paula Lorena.

Título : “Valoración del desempeño de las funciones de la Atención Primaria en Consultorios de Medicina Familiar en el Policlínico Chíncha - EsSALUD, 2017.”

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: PCAT – PROVEEDORES					
	Sí, sin duda	Probable mente sí	Probablem ente No	No, en absoluto	No se
C. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN					
C2. ¿Su establecimiento de salud está abierto al menos un día de la semana hasta las 8pm?					
C3. Cuando sus usuarios se enferman, ¿alguien de su establecimiento lo podría atender en consulta ese mismo día?					
D.LONGITUDINALIDAD					
D1. ¿En su establecimiento de salud los usuarios ven a su equipo básico de salud cada vez que acuden a una consulta?					
D4. ¿Si sus usuarios tienen una duda, pueden llamar y hablar con el equipo básico de salud que mejor los conoce?					
D5. ¿Cree usted que le da a sus usuarios suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?					
D6. ¿Cree usted que sus usuarios se sienten bien hablando con usted sobre sus preocupaciones o problemas?					
D9. ¿Cree usted que comprende qué problemas son más importantes para los usuarios que usted ve?					
D10. ¿Conoce usted la historia médica completa de cada uno de los pacientes que atiende?					
D13. ¿Cree usted que conoce todos los Medicamentos que sus usuarios están consumiendo?					
E. COORDINACIÓN					
E1. ¿Ud. está al corriente de todas las visitas a especialistas (públicos y privados) o pruebas complementarias que sus pacientes se hacen en forma (pública o privada)?					
E2. Cuando hay que derivar a un especialista, ¿el personal de salud comenta con el paciente los distintos sitios (establecimientos de salud) a donde puede ir?					
E3. Cuando en una atención específica, usted verifica que su paciente requiere una atención adicional por otra					

persona del equipo básico de salud, ¿Ud los deriva con una anotación específica en la ficha familiar?					
E4. ¿Los médicos/otro profesional reciben información útil sobre los pacientes que han derivado cuando vuelven del especialista o de las pruebas complementarias que se les solicito?					
G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)					
Si sus usuarios necesitan alguno de los siguientes servicios, ¿podrían tenerlos en el mismo lugar que su consultorio.					
G1. Asesoramiento nutricional por un/a nutricionista					
G2. Vacunas					
G7. Asesoramiento o tratamiento por consumo de alcohol o sustancias tóxicas					
G8. Asesoramiento por problemas de conducta o salud mental.					
G11. Asesoramiento y pruebas de VIH/SIDA					
G12. Examen de audición					
G15. Examen de agudeza visual					
G17. Citología vaginal (PAP)					
G20. Atención prenatal					
H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS)					
¿Habla de los siguientes temas con sus usuarios?					
H1. Alimentación adecuada, horas de sueño necesarias					
H2. Seguridad en el hogar, cómo guardar los medicamentos en un lugar seguro					
H3. Uso del cinturón de seguridad					
H4. Cómo tratar los conflictos familiares					
H5. Actividad física adecuada					
H7. Fármacos que se toman					
H8. Exposición a sustancias peligrosas en el hogar, en el trabajo o en el barrio					
H11. Prevención de caídas					
H12. Prevención de la osteoporosis					
I. ENFOQUE FAMILIAR					
I2. ¿En su establecimiento de salud se pregunta al usuario sobre las enfermedades o problemas que hay en la familia?					
I3. ¿en su establecimiento el personal está dispuesto a reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o problemas familiares					
I4 Se utiliza la ficha familiar.					

J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA					
J2. ¿Considera que en su establecimiento de salud se tiene un adecuado conocimiento de los problemas de la jurisdicción a la que atiende?					
¿En su establecimiento de salud se utilizan algunas de los siguientes fuentes de datos para determinar qué programas o servicios son necesarios en su jurisdicción a cargo?					
J12. Encuestas comunitarias, ficha familiar, censos locales					
J13. Opinión de las organizaciones o de los órganos consultivos de la comunidad					
J14. Opinión del personal del establecimiento de salud					
J15. Análisis de datos locales o estadísticas vitales (mortalidad, nacimientos, prevalencias, etc.)					
K. COMPETENCIA CULTURAL					
K2. ¿En su establecimiento de salud pueden comunicarse con personas que no hablen bien en español (hablen otro idioma como quechua/aymara u otro)?					
K3. Si es necesario, ¿usted muestra respeto y tolerancia a creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, medicinas caseras)?					
En su establecimiento de salud se usa alguno de los siguientes métodos para atender a la diversidad cultural de los usuarios.					
K7. Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes locales, costumbres religiosas).					
K8. La composición del equipo de salud del establecimiento refleja la diversidad cultural de la población atendida (alguien del equipo habla, comprende o conoce las costumbres y lengua de la zona).					

Gracias por su participación.

Anexo 4: Propiedades métricas de las escalas PCAT

4.1: Propiedades métricas de las escalas de la versión Argentina del PCAT-AE (USUARIOS)^a

Dimensión/subdimensión	N°	N° de ítems	Puntuación de dimensión ^d				Correlación ítem >0.30 (%)	Razón de éxito de escala (%)	Alfa de Cronbach
			Mín	Máx	Media	DE			
B – Primer contacto/Utilización	283	2	1,0	4,0	3,1	0,7	67	100	0,81
C – Primer contacto/Acceso	242	5	1,1	4,0	2,8	0,6	92	100	0,79,
D – Continuidad	262	7	1,2	4,0	3,0	0,6	100	98	0,90
E – Coordinación	213	1	1,0	4,0	2,9	0,8	78	98	0.60
G – Integralidad/Servicios disponibles	237	9	1,1	4,0	2,9	0,6	96	100	0,95
H – Integralidad/Servicios recibidos	258	9	1,0	4,0	2,6	0,8	100	100	0,89
I – Enfoque familiar	280	2	1,0	4,0	2,5	0,9	100	100	0,69
J – Orientación comunitaria	268	2	1,0	4,0	2,2	0,6	100	100	0,83
K – Competencia cultural	286	2	1,0	4,0	3,2	0,7	100	100	0,70

Fuente: Silvina Berra (2012)

a PCAT-AE: Siglas en inglés de “instrumentos para evaluar la atención primaria e salud, versión para usuarios adultos”.

b Valores mínimo, máximo, media, desviación estándar y porcentaje de casos que puntúa en los valores mínimo (suelo) y máximo (techo) de la escala.

c Correlación ítem-total: porcentaje de ítems con correlación >0,30 y rango de valores obtenidos por los ítems de las escalas.

d Cantidad de respuestas incluidas en el análisis.

e Cantidad de preguntas que componen la dimensión.

f DE: Desviación estándar

4.2 : Propiedades métricas de las escalas de la versión Argentina del PCAT-P

(PROVEEDORES)^a

Dimensión/subdimensión	N°	N° de ítems	Puntuación de dimensión ^d				Correlación Item >0.30 (%)	Razón de escala de éxito (%)	Alfa de Cronbach
			Mín	Máx	Me dia	DE			
C – Primer contacto/Utilización	213	2	1,0	4,0	3,1	0,7	67	100	0,81
D – Continuidad	202	7	1,1	4,0	2,8	0,6	92	100	0,79,
E – Coordinación	212	4	1,2	4,0	3,0	0,6	100	98	0,90
G – Integralidad/Servicios disponibles	213	9	1,2	4,0	2,9	0,8	78	98	0.80
H – Integralidad/Servicios proporcionados	207	9	1,1	4,0	3,2	0,6	96	100	0,95
I – Enfoque familiar	207	3	1,3	4,0	2,6	0,8	100	100	0,89
J – Orientación comunitaria	212	5	1,3	4,0	2,8	0,9	100	100	0,69
K – Competencia cultural	212	4	1,0	4,0	2,2	0,6	100	100	0,71

Fuente: Silvina Berra (2012)

a PCAT-P: Siglas en inglés de “instrumentos para evaluar la atención primaria e salud, versión para proveedores”.

4.3 : Propiedades métricas de PCAT- Proveedores, Perú

Item	Obs	Sign	Item-test item-rest interitem				alpha	Label
			corr.	corr.	corr.	corr.		
var1	14	+	0.5945	0.4332	0.2711	0.7525	Primer contacto – utilización	
var2	14	-	0.4367	0.2464	0.3073	0.7864	Longitudinalidad	
var3	14	+	0.8430	0.7630	0.2143	0.6962	Coordinación	
var4	14	+	0.4865	0.3036	0.2959	0.8463	Integralidad (servicios disponibles)	
var5	14	+	0.6379	0.4873	0.2612	0.8122	Integralidad (servicios recibidos)	
var6	14	+	0.5072	0.3279	0.2911	0.8419	Enfoque familiar	
var7	14	+	0.6599	0.5154	0.2562	0.8068	Orientación comunitaria	
var8	14	+	0.6409	0.4911	0.2605	0.8115	Competencia cultural	
Test scale					0.2697	0.8011	mean(standardized items)	

Fuente: Elaboración propia

4.4 : Propiedades métricas de PCAT- Usuarios, Perú

Item	Obs	Sign	item-test item-rest interitem			alpha	Label
			corr.	corr.	corr.		
var1	202	+	0.6398	0.5042	0.2444	0.8212	Primer contacto – utilización
var2	202	+	0.6802	0.5550	0.2368	0.8129	Primer contacto – acceso
var3	202	+	0.6086	0.4656	0.2502	0.7275	Longitudinalidad
var4	202	+	0.6408	0.5055	0.2442	0.7910	Coordinación
var5	202	+	0.6796	0.5543	0.2369	0.7830	Integralidad (servicios disponibles)
var6	202	+	0.6092	0.4663	0.2501	0.8274	Integralidad (servicios recibidos)
var7	202	+	0.4274	0.2528	0.2841	0.8104	Enfoque familiar
var8	202	+	0.3990	0.2211	0.2894	0.8651	Orientación comunitaria
var9	202	+	0.5480	0.3924	0.2615	0.7891	Competencia cultural
Test scale				0.2553	0.8152		mean(standardized items)

Fuente: Elaboración propia