



UNIVERSIDAD UTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA-POSGRADO

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD**

TEMA

Evaluación de las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) Adaptando e Implementando la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.

AUTOR

MD. Fabián Alejandro Cajas Torres MD.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Rubén Darío Chiriboga Zambrano

QUITO

2020-2021



FORMULARIO DE REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

PROYECTO DE TITULACIÓN

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1718722968
APELLIDO Y NOMBRES:	Cajas Torres Fabián Alejandro
DIRECCIÓN:	Iberia N21 -141 y Mariano Ortiz
EMAIL:	fabianalejandrocajastorres@gmail.com
TELÉFONO FIJO:	023240069
TELÉFONO MÓVIL:	0998234635

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Evaluación de las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) Adaptando e Implementando la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.
AUTOR O AUTORES:	Md. Fabián Alejandro Cajas Torres
FECHA DE ENTREGA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN:	26/07/2022
DIRECTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN:	Dr. Rubén Darío Chiriboga Zambrano
PROGRAMA	PREGRADO POSGRADO X
TÍTULO POR EL QUE SE OPTA:	Especialista en Auditoría de Servicios de Salud

RESUMEN:

Los lineamientos de organismos internacionales como la OMS, resaltan la importancia de la APS como puerta de entrada al sistema sanitario, nivel donde se da y resuelven el mayor porcentaje de las atenciones de salud, por lo que este servicio debe ser de calidad, por lo que debemos superar lo adecuado y llegar a lo óptimo, es por ello que, la evaluación de sus funciones nos permite obtener importante información para implementar la “mejora continua”. El objetivo de esta investigación fue evaluar las funciones esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) con la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021, a través de un enfoque cuantitativo, usando el alcance descriptivo y transversal. Usando la Herramienta AR-PCAT-AE obtuvimos respuestas de 108 usuarios y 21 proveedores (proveedores de salud). Los resultados resaltaron: una mayor frecuencia para el género femenino, con 64,8% en el grupo de los “usuarios” y 66,7% para el grupo de los “proveedores”, el rango de edad es de 31 a 40 años, los ingresos económicos fueron de 400 \$ a 1439 \$ para los “usuarios” y mayor a 1440 \$ para los “proveedores” y en su mayoría no tienen ayuda social del Estado. La evaluación de las funciones de la APS realizada sobre de los usuarios, registró la media más baja sobre la función “primer contacto (acceso)” con 1,53/4 puntos y la más elevada fue el “grado de afiliación” con 2,65/4 puntos; mientras que, en el grupo de los proveedores, la media más baja se registró en la función “orientación comunitaria” con 1,19/4 puntos y la más elevada fue “integralidad (servicios recibidos)” con 3,08/4 puntos, considerando un resultado positivo cuando superan los 3 puntos. La media en los dos grupos para las medidas “funciones esenciales” y “funciones esenciales con funciones secundarias” no superó el mínimo de 3 puntos, es decir, en esta muestra no obtuvimos el desempeño o cumplimiento normal de los servicios, en cuanto a la APS.

PALABRAS CLAVES:

Atención Primara en Salud, AR-PCAT-AE, Auditoría de Salud, Auditoría Médica.

ABSTRACT:

The guidelines of international organizations such as the WHO, highlight the importance of PHC as a gateway to the health system, this level is where the highest percentage of medical attention care is done and resolved, so this service must be of quality, which is why we must overpass the standard and get to the optimal, to get this, it is therefore, that the evaluation of its functions allows us to obtain important information to implement the “continuous improvement”. The objective of this research was to evaluate the Essential Functions of PHC (Primary Health Care) with the AR-PCAT-AE Tool (Argentine Version of Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.) in the Metropolitan District of Quito, during the first quarter of the year 2021, through a quantitative approach, using the descriptive and transversal scope. Using the AR-PCAT-AE Tool we got answers from 108 users and 21 providers (healthcare providers). The results highlighted: a major frequency for the female gender, with 64.8% in the group of the “users” and 66.7% in the “providers” group, range of age was 31 to 40 years old, the economic income was 400\$ to 1439\$ for “users” and greater than 1440\$ for “providers”, most of them do not have State’s social assistance. The evaluation of the APS functions done over the users, registered the lowest average in the “first contact (access)” function, with 1.53/4 and the highest was the “degree of affiliation” with 2.65/4 points, while in the providers group, the lowest average was recorded in the “community orientation” function with 1.19/4 and the highest was “comprehensiveness (services received)” with 3.08/4 points, considering a positive result when is greater than 3 points. The mean in the two groups for the measures “essentials functions” and “essentials with secondary functions” didn’t surpass the 3 points minimum, meaning. that in this sample we didn’t get the normal performance or compliance for the services, in terms of PHC.

KEYWORDS

Primary Health Care, AR-PCAT-AE, Healthcare Audit, Clinical Audit.

Se autoriza la publicación de este Proyecto de Titulación en el Repositorio Digital de la Institución.



f: _____

Fabián Alejandro Cajas Torres, CI: 1718722968



Ciudad y Fecha: Quito, 26 de julio de 2022.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Fabián Alejandro Cajas Torres, CI: 1718722968, autor del proyecto titulado: “Evaluación de las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) Adaptando e Implementando la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021”, previo a la obtención del título de Especialista en Auditoría de Servicios de Salud en la Universidad UTE.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las Instituciones de Educación Superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la BIBLIOTECA de la Universidad UTE a tener una copia del referido trabajo de graduación con el propósito de generar un Repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

f: _____

Fabián Alejandro Cajas Torres

CI: 1718722968



Ciudad y Fecha: Quito, 26 de julio de 2022.

CARTA DE AUTORIZACIÓN (TERCEROS)

En mi trabajo solicité consentimiento individual a los participantes, no a una autoridad específica, El modelo utilizado está en el unto el ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO / DIGITAL

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=DQSIkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAAAAAAAAAAYAAJOxaUBUREFFQUswTINKU0IIMFc2NIZBVDk3TlZQQy4u>



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de tesis de grado certifico que el presente trabajo que lleva por título “Evaluación de las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) Adaptando e Implementando la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021”, para aspirar al título de Especialista en Auditoría de Servicios de Salud, fue desarrollado por Fabián Alejandro Cajas Torres, bajo mi dirección y supervisión, en la Facultad de Ciencias de la Salud; y que dicho trabajo cumple con las condiciones requeridas para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del Jurado examinador que se designe.



DIRECTOR DEL TRABAJO

Dr. Rubén Darío Chiriboga Zambrano



DECLARACIÓN JURAMENTADA DEL AUTOR

Yo, Fabián Alejandro Cajas Torres, portador de la cédula de identidad N° CI: 1718722968, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en ese documento.

La Universidad UTE puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente

f: _____

Fabián Alejandro Cajas Torres

CI: 1718722968



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedico este trabajo a mi esposa e hijas, ya que, sin su apoyo esto no sería posible.

Agradezco a mi tutor y amigos que me impulsaron a realizar un buen trabajo.

Agradezco a todos los que se dieron el tiempo de responder este test y espero que los resultados sean útiles para la población.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	11
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	12
2. INTRODUCCIÓN	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. ALCANCE.....	18
5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
6. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
7. OBJETIVOS	18
7.1. OBJETIVO GENERAL	18
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
8. HIPÓTESIS.....	19
8.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	19
8.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
9. MARCO TEÓRICO.....	21
9.1. MARCO HISTÓRICO	21
9.2. MARCO REFERENCIAL	22
9.3. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	23
10. METODOLOGÍA	36
10.1. Diseño general del estudio.....	36



10.2.	Definiciones operacionales y sistema de variables.....	37
10.3.	Universo de estudio, selección y tamaño de muestra.	42
10.4.	Criterios de inclusión y exclusión	42
10.5.	Técnica e instrumento de recolección de datos	43
10.6.	Técnica de procesamiento	47
10.7.	Confiabilidad y validez de los instrumentos.....	47
10.8.	Intervenciones propuestas.....	47
10.9.	Análisis de los resultados	48
11.	RESULTADOS.....	49
11.1.	Características sociodemográficas de la población del Distrito Metropolitano de Quito donde se utilizó la herramienta AR-PCAT-AE, durante el primer trimestre del año 2021	49
11.2.	Describir las Funciones Esenciales de la APS que serán evaluadas después de adaptar la herramienta PCAT.	52
11.3.	Relación entre variables sociodemográficas y valoración de las funciones	55
12.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
13.	CONCLUSIONES	64
13.1.	Conclusiones.....	64
14.	Recomendaciones y P ROPUESTA DE MEJORA	65
15.	Glosario de Términos.....	66
16.	Bibliografía	70
17.	ANEXOS	78
	ANEXO 1: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS (AR-PCAT-AE).....	78
C2.	¿Su consultorio está abierto al menos un día de la semana hasta las 20 horas?	84



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO / DIGITAL.....	90
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes	49
Tabla 2. Características económicas de los participantes	51
Tabla 3. Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud por parte de los usuarios	53
Tabla 4. Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud por parte de los proveedores	54
Tabla 5. Relación entre variables sociodemográficas y la valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios	56
Tabla 6. Relación entre variables sociodemográficas y la valoración de las funciones de la APS por parte de los proveedores	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios.....	53
Gráfico 2. Valoración de las funciones de la APS por parte de los proveedores	54
Gráfico 3. Valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios según procedencia	57
Gráfico 4. Valoración de las funciones de la APS según procedencia	60



1. RESUMEN EJECUTIVO

Antecedentes: Los lineamientos de organismos internacionales como la OMS, resaltan la importancia de la APS como puerta de entrada al sistema sanitario, nivel donde se da y resuelven el mayor porcentaje de las atenciones de salud, por lo que este servicio debe ser de calidad, por lo que debemos superar lo adecuado y llegar a lo óptimo, es por ello que, la evaluación de sus funciones nos permite obtener importante información para implementar la “mejora continua”.

Objetivo: Evaluar las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) con la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.

Métodos: Estudio cuantitativo, usando el alcance descriptivo y transversal. Usando la Herramienta AR-PCAT-AE obtuvimos respuestas de 108 usuarios y 21 proveedores (proveedores de salud). Los resultados se analizaron a través del programa SPSS V23, con estadísticas descriptivas, frecuencias absolutas, relativas, dispersión y tendencia central, con comparación de medias, presentados en tablas y gráficos.

Resultados: La mayor frecuencia fue para el género femenino, con 64,8% en el grupo de los “usuarios” y 66,7% para el grupo de los “proveedores”, el rango de edad es de 31 a 40 años, los ingresos económicos fueron de 400 \$ a 1439 \$ para los “usuarios” y mayor a 1440 \$ para los “proveedores” y en su mayoría no tienen ayuda social del Estado. La evaluación de las funciones de la APS realizada sobre de los usuarios, registró la media más baja sobre la función “primer contacto (acceso)” con 1,53/4 puntos y la más elevada fue el “grado de afiliación” con 2,65/4 puntos; mientras que, en el grupo de los proveedores, la media más baja se registró en la función “orientación comunitaria” con 1,19/4 puntos y la más elevada fue “integralidad (servicios recibidos)” con 3,08/4 puntos, considerando un resultado positivo cuando superan los 3 puntos. La media en los dos grupos para las medidas “funciones esenciales” y “funciones esenciales con funciones secundarias” no superó el mínimo de 3 puntos, es decir, en esta muestra no obtuvimos el desempeño o cumplimiento normal de los servicios, en cuanto a la APS.

Palabras clave: Atención Primara en Salud, AR-PCAT-AE, Auditoría de Salud, Auditoría Médica, APS.



EXECUTIVE SUMMARY

Background: The guidelines of international organizations such as the WHO, highlight the importance of PHC as a gateway to the health system, this level is where the highest percentage of medical attention care is done and resolved, so this service must be of quality, which is why we must overpass the standard and get to the optimal, to get this, it is therefore, that the evaluation of its functions allows us to obtain important information to implement the “continuous improvement”.

Objective: To evaluate the Essential Functions of PHC (Primary Health Care) with the AR-PCAT-AE Tool (Argentine Version of Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.) in the Metropolitan District of Quito, during the first quarter of 2021.

Methods: Quantitative approach, using the descriptive and transversal scope. Using the AR-PCAT-AE Tool we got answers from 108 users and 21 providers (healthcare providers). The results were analyzed using the SPSS V23 program, with descriptive statistics, absolute and relative frequencies, dispersion and central tendency, as well as comparison of means, and were presented in tables and graphs.

Results: The major frequency was for the female gender, with 64.8% in the group of the “users” and 66.7% in the “providers” group, range of age was 31 to 40 years old, the economic income was 400\$ to 1439\$ for “users” and greater than 1440\$ for “providers”, most of them do not have State’s social assistance. The evaluation of the APS functions done over the users, registered the lowest average in the “first contact (access)” function, with 1.53/4 and the highest was the “degree of affiliation” with 2.65/4 points, while in the providers group, the lowest average was recorded in the “community orientation” function with 1.19/4 and the highest was “comprehensiveness (services received)” with 3.08/4 points, considering a positive result when is greater than 3 points. The mean in the two groups for the measures “essentials functions” and “essentials with secondary functions” didn’t surpass the 3 points minimum, meaning. that in this sample we didn’t get the normal performance or compliance for the services, in terms of PHC.

Keywords: Primary Health Care, AR-PCAT-AE, Health Audit, Clinical Audit, PHC.



2. INTRODUCCIÓN

En 1994 una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostró que las estrategias declaradas en “Alma Ata” no podrían ser alcanzadas en el año 2000, y en la actualidad esto fue ratificado. Esta ambiciosa propuesta pretende llevarnos por el camino del bien mayor y posiblemente disguste a los poderes económicos que obtienen réditos en perpetuar la precariedad de la salud (asumiendo que existan estos objetivos nefastos), por esta razón, en el 2008 la ex Directora General de la OMS (Dra. Margaret Chan), renovó el enfoque de la APS (Atención primaria de salud) y lo define nuevamente como un pilar importante para llegar a la Salud Universal, ahora, acompañada de otras estrategias como la “Cobertura Universal en Salud”, “Desempeño de los Sistemas de Salud”, “Seguridad Sanitaria“, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Posiblemente lo que falló dentro de la estrategia es que los sistemas de salud no pudieron ejecutar los recursos e inversiones adecuadamente, tal vez con recursos suficientes o insuficientes, esto requiere otro análisis; debemos sumar al problema los siguientes: la inversión de la pirámide poblacional (Ligado al advenimiento de las enfermedades crónicas prevenibles), la falta de medición y entendimiento de las inequidades locales en cada país, entre otros, situaciones que nuevamente nos lleva a realzar la importancia de la APS y obliga a recordar que los recursos dentro del área de salud son en verdad escasos y por lo tanto su adecuada gestión es importante. (Organización Mundial de la Salud, 2008). Este antecedente permite denominar a la APS como la estrategia más conveniente y eficiente para afrontar los problemas de los diversos sistemas de salud, enfocando los esfuerzos en mejorar la calidad de vida de la población.

En el 2015, la ONU (Organización de Naciones Unidas) aprobó la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible donde se analizan 17 Objetivos del Desarrollo Sostenido para reducir inequidades que indirectamente impactan sobre la salud, situación importante que dilucida la interrelación del ámbito sanitario con otros derechos y ciencias. Nuevamente en el 2018, durante el simposio global sobre la APS a 40 años de Alma Ata (realizada en Astana) se endorsa una nueva declaración, la declaración de Astaná), enfatizando en la importancia global de obtener el mayor estado de salud posible, “sin dejar a nadie atrás” (Tejada de Rivero, 2018).



Dentro del Primer Nivel de Atención se tienen 6 niveles de complejidad los cuales tienen características diferentes y grados de diferenciación que permiten adaptar las necesidades de la población objetivo y así brindar atención y salud de calidad. Los establecimientos de salud permiten mantener un punto de referencia para la población y permiten el primer contacto con el paciente-usuario, su familia y la comunidad, este contacto puede ser mediante la promoción, prevención, curación y/o la rehabilitación, tratando de perpetuar la promoción y prevención para evitar la curación y/o rehabilitación. Esta puerta de entrada hacia el SNS (Sistema Nacional de Salud) permite, por lo menos teóricamente, encaminar al usuario para conseguir una atención continua y oportuna (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Diversos estudios señalan la importancia de la evaluación de las funciones de la APS, por lo que han surgido una serie de herramientas para ello, entre las más comunes se incluyen el Cuestionario de TDAH para Proveedores de Atención Primaria (AQ-PCP); el Cuestionario de Evaluación de la Práctica General (GPAQ), PACOTAPS (software de atención primaria de salud); y el PCAT (Herramienta de Evaluación de Atención Primaria), siendo este último el más usado (Fracolli, et al., 2014).

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de Evaluar las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) con la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Atención Primaria de la Salud tuvo su gran acogida y promoción en los días del 6 al 12 de septiembre de 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, Kazajstán, parte de la URSS, (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) aquí se definió y otorgó el reconocimiento internacional al concepto y aplicación de la "Atención Primaria de Salud (APS)". La "Declaración de Alma-Ata" fue el resultado de esta reunión; para materializar la urgente necesidad de los gobiernos de todo el mundo de enfocar al personal de salud y a la comunidad mundial a proteger y promover la salud universal (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978).

La declaración tiene diez apartados que describen las propuestas para lograr la ansiada meta, "Salud para todos en el año 2000". Se puede describir brevemente que la declaración describe y solicita: trabajo en equipo, sustentar estos conceptos bajo el marco legal apropiado, fortalecer las políticas de salud, enfatizar la auto responsabilidad y participación de la comunidad, mantener las medidas moldeadas según los determinantes sociales y las necesidades para permitir un adecuado desarrollo económico y social, todas estas estrategias fueron enunciadas para intentar disminuir las inequidades y lograr progresivamente la "salud universal". (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978)

La herramienta AR-PCAT-AE (*Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) se enfoca en la evaluación de las funciones esenciales de la APS, funciones que deben ser identificadas y medidas, proceso del cual existe poco o ningún dato que nos permita retomar el rumbo, así Bárbara Starfield lo logró y expresó en este modelo la evaluación de las funciones esenciales (también llamadas atributos), de las subdimensiones estructurales y de los procesos de los sistemas de salud, incluyendo tres funciones secundarias y ligadas a la APS (Berra S. , 2012) (Berra, et al., 2013).

Esta herramienta está constituida por 4 cuestionarios, AR-PCAT-AE: sistemas, centros, proveedores y usuarios, cuestionarios que deben ser adaptados al español para su correcta aplicación, implantación e implementación (Berra S. , 2012) (Berra, et al., 2013). Fue realizada una adaptación con un resultado favorable en Argentina lo cual motiva a realizarlo en nuestro país.



Después de la evaluación de las FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) en el 2008 y tomando en cuenta la situación de emergencia sanitaria que desató la pandemia causada por la infección por SARS CoV 2, hace imperativa la evaluación usando una herramienta que demostró confiabilidad, la AR-PCAT-AE en este caso permite tener un punto de partida e incluso entender las dificultades al enfrentar la pandemia, sí como los problemas e inequidades que venían siendo arrastrados desde hace décadas (Organización Panamericana de la Salud , 2008), (Zambrano, 2020), (Tapia, 2019).

3.1. JUSTIFICACIÓN

Se justifica la elaboración de esta investigación ya que es de vital interés para el autor y su actividad laboral (Auditoría de Servicios de Salud). Partiendo del hecho que la incorrecta, y en ocasiones poco acertada, aplicación de la Atención Primaria de la Salud (APS), complica la interacción entre la población objetivo, los establecimientos de salud y otros que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Esta relación además podría estar intensificada por la errónea preparación del personal sanitario que realiza esta masiva actividad bajo el modelo curativo, la carencia de profesionales titulados, entrenados, con experiencia, que entiendan verdaderamente este proceso para así liderarlo y empoderarse adecuadamente.

Las repercusiones de la inadecuada práctica de la APS, y sus funciones esenciales, afectan a la sección más frágil de la sociedad, que además es el origen, razón y eje fundamental de la práctica sanitaria.

Estas interacciones resultan en una complicada toma de decisiones que no es socializada o entendida previamente, lo cual dificulta la toma de decisiones del paciente-usuario, retrasando el beneficio e ignorando a las funciones esenciales de la salud.

Este estudio permitió sentar las bases para que otros interesados lo complementen y promuevan la importancia de APS y sus funciones, sirviendo de testimonio para contribuir en la mejora continua de nuestro Sistema Nacional de Salud.



4. ALCANCE

El presente estudio abarcó a los habitantes, usuarios del Distrito Metropolitano de Quito a quienes está dirigido la Atención Primaria de Salud y que aceptaron realizar el cuestionario con las herramientas AR-PCAT-AE, una vez implementado y adaptado. Además, la investigación aportó con la evaluación del estado actual de las funciones esenciales de la APS para dar pie al control y su consiguiente retroalimentación.

5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál será el resultado de la evaluación las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) después de adaptar e implementar la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021?

6. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población del Distrito Metropolitano de Quito donde se utilizó la herramienta AR-PCAT-AE, durante el primer trimestre del año 2021?
2. ¿Cuáles son las Funciones Esenciales de la APS, que serán evaluadas después de adaptar la herramienta AR-PCAT-AE?
3. ¿Podríamos inferir el resultado obtenido por la herramienta PCAT al nivel cantonal?
4. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de las Funciones Esenciales de la APS detectadas con la herramienta AR-PCAT-AE en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021?
5. ¿Cuáles son los elementos estructurales y funcionales que debería tener una propuesta técnica para adaptar e implementar la herramienta PCAT en la evaluación de las Funciones Esenciales de la APS?

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL



Evaluar las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) con la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de la población del Distrito Metropolitano de Quito donde se utilizó la herramienta AR-PCAT-AE, durante el primer trimestre del año 2021.
2. Describir las Funciones Esenciales de la APS que serán evaluadas después de adaptar la herramienta PCAT.
3. Inferir el resultado obtenido por la herramienta PCAT, al nivel cantonal.
4. Identificar las fortalezas y debilidades de las Funciones Esenciales de la APS detectadas con la herramienta AR-PCAT-AE en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.
5. Aplicar los elementos estructurales y funcionales en la propuesta técnica para adaptar e implementar la herramienta PCAT en la evaluación de las Funciones Esenciales de la APS.

8. HIPÓTESIS

8.1. HIPÓTESIS GENERAL

Las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) pueden ser evaluadas después de adaptar e implementar la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.

8.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Las características sociodemográficas identificadas permiten fortalecer el uso de la herramienta AR-PCAT-AE en la población del Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.
2. La Funciones Esenciales de la APS analizadas pueden sentar las bases para implementar y adaptar la herramienta PCAT.



3. El resultado obtenido por la herramienta PCAT puede ser extrapolado al nivel cantonal.
4. La herramienta AR-PCAT-AE identificará las fortalezas y debilidades de las Funciones Esenciales de la APS en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.
5. Existen elementos estructurales y funcionales en una propuesta técnica para adaptar e implementar la herramienta PCAT y evaluar las Funciones Esenciales de la APS.



9. MARCO TEÓRICO

9.1. MARCO HISTÓRICO

En Brasil se realizó una revisión sistemática y metasíntesis de literatura empleando bases de datos nacionales e internacionales con la finalidad de establecer las mejores herramientas para evaluar la Atención Primaria de Salud (APS). De un total de 3.048 resultados, se seleccionaron 33, de los cuales, 8 abordaron el uso de una o más de las siguientes herramientas de evaluación de APS validadas: la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria de la OMS (PCET); el Cuestionario de TDAH para Proveedores de Atención Primaria (AQ-PCP); el Cuestionario de Evaluación de la Práctica General (GPAQ), PACOTAPS (software de atención primaria de salud); y el PCAT (Herramienta de Evaluación de Atención Primaria). Otro hallazgo importante fue que la mayoría de estas herramientas son utilizadas internacionalmente, siendo la más utilizada en Brasil la PCAT. Los resultados muestran que el uso de herramientas de investigación para evaluar la APS puede ayudar en la creación de nuevas propuestas para mejorar la salud de la familia y que PCAT es la herramienta más adecuada para este propósito (Fracolli, et al., 2014).

En España, se realizó una adaptación para el contexto de ese país de la *Primary Care Assessment Tools (PCAT)-Facility*, a través de traducciones, pruebas piloto, análisis de confiabilidad a través de pruebas como coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson, análisis test-retest y validez con panel de expertos. Los resultados más importantes incluyen que las puntuaciones alfa de Cronbach más bajas se registraron en la función Acceso (0,62) y Coordinación (0,59 y 0,65), y el resto de los dominios alcanzó una valoración mayor a 0,70, por lo que concluyen los autores que la versión en español del cuestionario PCAT-Facility, es adecuada, tiene suficiente fiabilidad y validez para el análisis de los determinantes de la calidad de la prestación del servicio (Pasarín & Berra, 2013).

El estudio realizado en Argentina, con la aplicación de la herramienta *Primary Care Assessment Tools*, para valorar las funciones de la atención primaria en salud, incluyó un total de 151 profesionales que laboraban en diferentes centros de salud. La puntuación tuvo un máximo de 10 puntos, los resultados más importantes destacan que la media de la función global de APS fue de 6,3 puntos y la funciones que tuvieron un mejor nivel fueron integralidad de los servicios



proporcionados (8,4), enfoque familiar (8,2) y continuidad interpersonal (7,2), las menores puntuaciones se registraron en primer contacto-acceso (3,6), competencia cultural (4,7), integralidad de los servicios disponibles (5,6) orientación comunitaria (6,3) y sistemas de información (6,3) e integración de la información en coordinación con otros niveles (6,4) (Rivera & Berra, 2014).

El estudio previamente mencionado, incluyó encuestas para un total de 456 usuarios, clasificados en 198 adultos y 258 cuidadores de niños. El 96,5% de los cuidadores eran mujeres. El 83,7% contaban con cobertura en salud pública. De los usuarios adultos, el 90,2% eran mujeres, media de edad de 36,9 años. La puntuación media de la función global de APS según los adultos fueron de 6,6 puntos. Las funciones con mejor cumplimiento fueron primer contacto-utilización (8,8), competencia cultural (8,1), continuidad interpersonal (8,1) y coordinación (sistemas de información) (7,8). En las dimensiones con menor puntaje primer contacto (acceso) (3,8), orientación comunitaria (4,8), integralidad de los servicios recibidos (5,6) y servicio disponibles (5,7), coordinación-integración de la información (6,4) y enfoque familiar (6,9) (Rivera & Berra, 2014).

9.2. MARCO REFERENCIAL.

El derecho indiscutible a la protección de la salud es uno de los más elementales y fundamentales en el desarrollo de las naciones. Baste como ejemplo tomar la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” que menciona: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (Asamblea General de la ONU, 1948).

La constitución o carta magna que vertebra las distintas normativas nacionales y que finalmente asumen las distintas estructuras de gobierno, regulada y vinculante a nivel regional y local, contemplan en su articulado este derecho. La constitución, está vigente desde el año 2008, la cual fue realizada en Montecristi por la Asamblea Constituyente y aceptada en el referéndum constitucional, por lo tanto, suscribe los intereses de los ecuatorianos. Tomando como referencia esta aseveración, su cumplimiento es mandatorio. (Asamblea Constituyente, 2008).



La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32 (Art.) ya describe a la salud como derecho fundamental, e irrenunciable, además, garantizado por el Estado, alrededor del cual, todos los procesos y políticas deben girar para asegurar la premisa. (Asamblea Constituyente, 2008, pág. 29).

La representación de la salud como “derecho”, nos indica que es algo inherente al ser humano desde su nacimiento, e incluso durante su gestación ya que los mismos y otros derechos priman en favor de la gestante. Tomando en cuenta que como derecho, le da la calidad de irrenunciable e imprescriptible, se asegura que se cumpla en todas las situaciones y responsabiliza al estado ecuatoriano si no se logra consolidar (Real Academia Española, 2018).

El derecho a la salud, debe tener un enfoque individualizado, y nos referimos al término individualizado ya que debe respetar un sinnúmero de enfoques, principios y características, como: el enfoque de género, ser intercultural intergeneracional, entre otros que tienen la misma importancia; ¿por qué es imperante recalcar esto?, pues el hecho de que esté descrito en las páginas de la constitución es una de las principales razones. Esta descripción permite la creación concomitante de varias leyes, decretos, normas, estatutos, etc., que detallen, especifiquen e individualicen el contenido y alcances de los diferentes artículos de la constitución (Asamblea Constituyente, 2008, pág. 29).

La variedad de términos que describen estos artículos deja por sentado que el acceso en la salud dentro del territorio ecuatoriano debe estar totalmente garantizado, y no solo para los ciudadanos ecuatorianos; el estado debe garantizar la protección y cobertura en salud para todos los humanos que se encuentren dentro del territorio sin distinciones o discriminación. (Asamblea Constituyente, 2008).

9.3. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema con garantizar la salud radica en que el presupuesto para la cobertura de todas las prestaciones que se puedan generar, ya que estas provienen del pago de impuestos de los ciudadanos que conforman la población económicamente activa y de otras fuentes externas ya



identificadas, la cual no guarda relación, bajo ningún concepto, con los gastos generados, por consecuente no se logra dar la cobertura ofrecida, o en su defecto, se proporciona una cobertura universal pero de mala calidad, aun cuando está catalogada como inconstitucional (Tapia, 2019).

Esta interacción defectuosa, conlleva en ocasiones a un problema adicional, ya que crea disputas en tribunales por el incumplimiento de estas importantes premisas. El trajín descrito desgasta al estado, a los beneficiarios y consume recursos que deberían ser utilizados para otros asuntos más esenciales e importantes (Defensoría del Pueblo, 2019).

El cumplimiento a carta cabal de todo lo expresado en la constitución con respecto a la salud, sin duda alguna trae un beneficio inimaginable a la población de bajos recursos, y de una forma contundente logra cumplir el objetivo para el cual fue creado. Este beneficio obviamente tiene mayor repercusión sobre la población que no puede acceder a los servicios de atención de salud privado. Recalamos que el beneficio se aplica en general para todos los ciudadanos, ya que no tiene una distribución equitativa (distribuir recursos según la necesidad). Existen personas que se benefician de este sistema, aun cuando están en condición de afrontar los gastos de la salud privada, lo cual puede repercutir en que el acceso universal se vea afectado (Savinovich, 2012).

El problema con la no universalidad es que se debería tener un método que demuestre alta efectividad para estratificar a las personas, así no errar y discriminar, lo cual podría violar distintos derechos humanos. Como concepto se puede decir que:

“el papel que juega la política pública al interior de una sociedad implica legitimar al Estado, no solo por su carácter instrumental en la provisión de servicios básicos o la administración de bienes públicos; son apuestas sociopolíticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma sociedad. Así, la política pública juega un rol fundamental en la construcción de la realidad social. Su naturaleza pública la hace portadora de definiciones que son el resultado de las tensiones políticas que se dan en los escenarios públicos de discusión o al interior de las oficinas gubernamentales.” (Torres Melo & Santander, 2013, pág. 40).

Es importante recalcar que la política pública deviene de un problema social, por lo cual es necesario “elearlas” al ámbito administrativo que, por definición y características, deben ser monitorizadas (Torres Melo & Santander, 2013, pág. 12).



Las políticas públicas descritas en el inciso 2 del artículo 32 de la Carta Magna Ecuatoriana del 2008, nos ayudan a tejer las bases en donde podría prevalecer la salud universal, estas son las:

“políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, mismas que se permiten el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, prevención y atención integral de salud” (Asamblea Constituyente, 2008).

Aplicando al término salud en toda la extensión de su significado, y según la definición por la OMS es: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1946), por lo tanto, las diferentes políticas públicas deben tener un componente importante de integración interinstitucional, transinstitucional y multinstitucional.

Los múltiples niveles descritos dentro de la Constitución se concatenarán para dar fuerza y promover la salud en el Ecuador, especificando su contenido mientras bajamos la pirámide de Kelsen, hasta llegar al fundamento teórico del MAIS-FC (Modelo De Atención Integral De Salud, con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

El enfoque del MAIS-FC promueve la estrategia de Atención Primaria de Salud- Renovada (APS-R) que intenta superar “*las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención.*” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013) El perfil epidemiológico y demográfico de la población objetivo son los que deben impulsar los cambios para aplicar los modelos y estrategias, estos esfuerzos son parte del cambio en la forma de “hacer salud”. Este modelo tuvo sus inicios en el 2008, reforzando su teoría en 2010, pero hasta lograr obtener las bases, convenios y organización, la publicación se dio en el 2013 según el documento de (Naranjo Ferregut, 2014), este enfoque se fue trabajando desde el 2008 cuando en la Constitución del Ecuador reiteraron la necesidad de respetar los derechos relacionados con la Salud pero garantizando la gratuidad. (Asamblea Constituyente, 2008)



El MSP tuvo múltiples actividades y cambios que pueden ser descritos para obtener una mejor comprensión de la realidad nacional en cuestión de salud.

“En relación a la rectoría, que es la capacidad de conducción del sistema de salud a nivel nacional, la Constitución del 2008 enfatiza que es el Ministerio de Salud Pública (MSP) el organismo encargado de regular el sector salud. Así mismo, el MSP es quien debe encargarse del control y vigilancia del cumplimiento de las normas establecidas en la Constitución.

En esta función se destaca en este periodo la decisión política de centralizar la planificación y gestión de salud a nivel del gobierno central, y una desconcentración de ciertas funciones técnico-administrativas a los niveles zonales y locales. El país fue dividido en zonas y distritos de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales, que empiezan a funcionar desde el 2012.” (Cañizares, 2015)

Según la tipología, tenemos en el Ecuador diferentes unidades de salud, las cuales tienen particularidades según su nivel de atención y nivel de complejidad. Recalamos que el primer nivel de atención es la puerta de es *“la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.”* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

El resumen de los diferentes establecimientos de salud está descrito a continuación en los siguientes cuadros.

Establecimientos de atención de salud del primer nivel de atención

Niveles de atención	Niveles o grados de Complejidad	Categoría de los establecimientos	Denominación de los establecimientos
Primer nivel de atención	1er Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2do Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3er Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud A
	4to Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud B
	5to Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud C
	6to Nivel de complejidad	I-6	Centro de salud en centros de privación de libertad

(Ministerio de Salud Pública, 2020)

Establecimientos de atención de salud del segundo nivel de atención

Niveles de atención	Niveles o grados de Complejidad	Categoría de los establecimientos	Denominación de los establecimientos
Segundo nivel de atención	Ambulatorio		
	1er Nivel de complejidad	II-1	Consultorio de especialidad
	2do Nivel de Complejidad	II-2	Centro de especialidades
	3er Nivel de complejidad	II-3	Hospital del día
	4to Nivel de complejidad	II-4	Centro de atención ambulatoria en salud mental
	Hospitalario		
	5to Nivel de complejidad	II-5	Hospital básico
	6to Nivel de complejidad	II-6	Hospital general

(Ministerio de Salud Pública, 2020)

Establecimientos de atención de salud del tercer nivel de atención

Niveles de atención	Niveles o grados de complejidad	Categoría de los establecimientos	Denominación de los establecimientos
Tercer nivel de atención	Ambulatorio		
	1er Nivel de complejidad	III-1	Centro especializado
	Hospitalario		
	2do Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
	3er Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades

(Ministerio de Salud Pública, 2020)

Mientras más diferenciada esté la unidad de salud los requisitos que debe cumplir para funcionar son más complejos pudiendo albergar a diferentes profesionales de la salud de forma permanente o itinerante, inclusive desde el cuarto nivel de complejidad (Centro de salud B) permite la atención de urgencias, servicios de apoyo diagnóstico y recepción de partos con la consiguiente hospitalización de corta estancia.

El MAIS-FC trata de eliminar el enfoque curativo, sus objetivos principales son:

- “- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover los sistemas de salud basados en APS
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

La transformación de la salud se vertebra alrededor de la APS la cual permitirá trazar el camino a los cambios estructurales importantes que se alineen con la constitución y la evidencia médica.



“- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional

- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud

- La reingeniería institucional pública y privada

- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y

- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Las actividades que se deben tomar en cuenta para aportar y lograr el objetivo del MAIS-FC son: la *promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos*. Estas actividades deben ser dominadas por todos los profesionales de salud y por los integrantes de los diferentes eslabones de la cadena de atención (antes, durante y después), cada uno con sus responsabilidades específicas. Todos los integrantes contribuyen al impacto social causado por el desempeño individual, sin dudas este debe ser medido sobre resultados, aquí es donde las herramientas de evaluación (general o específicas) toman importancia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

El MSP debe interrelacionarse con otras instituciones por lo cual la siguiente cita resume la organización y abordaje del MSP e interacción con otras instituciones integradas o relacionadas.

“El Plan Operativo Anual (POA) en cada distrito se elabora y ejecuta el presupuesto de la Zona y se envía al MSP en Quito, donde es revisado para su decisión final.

El MSP presenta dos viceministerios con dependencias técnicas reflejada en la conformación de la red pública y el tarifario de prestaciones médicas; con normativas y regulaciones en nuevos hospitales y centros de salud implementados en base a una metodología de cobertura poblacional y capacidad de resolutive, con un modelo de atención de salud familiar y comunitario y nueva concepción de la participación social.

La reestructuración del Ministerio de salud y de todas las funciones del Estado a una conformada por niveles nacional, zonal y distrital. Se crean las Agencias



de Regulación y el Control de la Calidad, Seguridad, Eficacia e Inocuidad de los productos de consumo humano (ARCSA), la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (ACSESS), ENFARMA EP con la finalidad de proveer medicamentos a la red pública integral de salud, se elimina el Servicio de Erradicación de la Malaria (SNEM) y se reorganiza el Instituto Nacional de Investigaciones en Salud Pública (INSPI), delegando algunas funciones a la ARCSA. También se ejerce la rectoría del permiso de funcionamiento para empresas de salud pública o privadas y/o de medicina prepagada.

Por otro lado, la Contraloría General del Estado se encarga de controlar los hospitales y unidades médicas en el ámbito del gasto público.” (Cañizares, 2015).

La rectoría del MSP afianza lo descrito en la Constitución y en la Ley Orgánica de la Salud (LOS) y la conformación de la RPIS (Red Pública Integral de Salud) y la RPC (Red Privada Complementaria), registrada en el Registro Oficial (RO) para su aplicación obligatoria en todo el SNS.

Para realizar un completo ciclo de mejora continua la Autoridad Sanitaria Nacional necesita ejercer su función de control, solo así le permitirá validar y evidenciar observaciones en el proceso de atención integral y aquí es donde se integra la Auditoría de Salud de la cual debe comprender su origen y ámbito de aplicación para no tomar solo una de las aristas. Esta aclaración es importante recalcarla ya que en Ecuador el tema central de la Auditoría en Salud gira solamente alrededor de la facturación de cuentas médicas (demostrada por tener el marco legal para ejercerla, el AM (Acuerdo ministerial) 0091 del 2017), esto no permite desarrollarla en su máxima expresión que sería la Auditoría Integral en Salud, que logra derrumbar las barreras teóricas (Álvarez, 2009).

Para contextualizar la aplicación de la Auditoría de Salud en el campo de la APS, se debe entender sus orígenes. Empezó como Auditoría Médica (Clinical Audit), utilizando prácticas rutinarias para mejorar la calidad de la atención en pacientes, en ese entonces no se entendía bien sus beneficios pero se debe denotar que existió en 1750 AC, cuando el Rey Hammurabi (el sexto Rey de Babilonia) “instigó la auditoría para los médicos, con consecuencias económicas y ejecutorias si no existía un buen rendimiento.” (Copeland, 2005)

Después Florence Nightingale durante la guerra de Crimean en 1853 -1855, esto fue realizado en la región de Scutari en las barracas de un hospital de Turquía. Ella y su sequito de enfermeras aplicaron rutinas sanitarias estrictas y estándares de higiene hacia la infraestructura y equipamiento, mantuvieron registros meticulosos de las tasas de mortalidad entre los pacientes del hospital. Tras este cambio, las tasas de mortalidad bajaron del 40% al 2%. Su enfoque metódico es reconocido como uno de los primeros programas de gestión de resultados (Sandiya, 2015).

Históricamente, las auditorías clínicas fueron introducidas por Ernest Hey Groves (1908) en Gran Bretaña y Ernest Amory Codman (1910) en los Estados Unidos. En 1900, el Dr. Codman concibió una "idea de resultado final" con la visión de que cada hospital debería analizar los resultados del tratamiento en cada paciente y estudiar el resultado a largo plazo con miras a mejorar su tratamiento. Las ideas de Codman contribuyeron a la estandarización de las prácticas hospitalarias por el Colegio Americano de Cirujanos en 1916. Reflejó el deseo de mejorar la práctica médica mediante la examinación de la experiencia. En 1935, la Sociedad Médica del Condado de Filadelfia continuó esta tradición formando un grupo inicialmente llamado “Comité de Mortalidad por Anestesia”, que fue un precursor temprano de la conferencia sobre mortalidad y morbilidad. Las conferencias sobre mortalidad y morbilidad proporcionaron un foro que brinda la oportunidad de analizar errores médicos y eventos adversos. Este es un concepto introspectivo o reactivo en el que nos revisamos sin influencias externas. A lo largo de los años, las Conferencias de Mortalidad y Morbilidad han desarrollado un foro para la educación de residentes. La conferencia ahora es un componente obligatorio de la capacitación de residentes en cirugía, según lo exige el Consejo de Acreditación para la Educación Médica para Graduados (ACGME) (Sandiya, 2015).

Aunque la solicitud fue irregular, la auditoría quirúrgica se promovió internacionalmente en 1950. En 1953, el Colegio Americano de Cirujanos, en colaboración con el comité de actividades profesionales del hospital, inició un programa de investigación para desarrollar una auditoría quirúrgica adecuada. El sistema de auditoría se adoptó para una gama de especialidades quirúrgicas, se realizaron modificaciones continuas y se puso a disposición la capacidad de analizar bases de datos muy grandes. Un comité de auditoría regional se estableció por primera vez en Yorkshire en 1989. El 27 de febrero de 1989, tuvo lugar la reunión inaugural de auditoría general. Hace veinticinco años en el Reino Unido, el Royal College of Surgeons of England exigió que todos los hospitales involucrados en la formación de los cirujanos deban celebrar reuniones regulares (Sandiya, 2015).



Progresando en la historia la Auditoría Clínica entre los años de 1989 y 1990, fue cuando se pusieron a disposición los fondos para financiar el desarrollo de esta actividad en todo el NHS (National Health System)” (Copeland, 2005).

En paralelo, desde 1966 se inició la historia del desarrollo, de la actual “Terminología de Procedimientos Actuales” (CPT), base para la Auditoría de Facturación que se realiza en nuestro país, así llegamos a la Auditoría de Salud, la cual es encargada de “integrar” los procesos y, por lo tanto.

“es la que aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultado e impactos de equipos multidisciplinario de salud. Está orientada a diseñar, implantar y desarrollar sistema de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar la calidad de la atención médica y sus impactos. En ese sentido, esta auditoría deber ser abordada por un equipo de auditores que incluya: médicos y odontólogos y administradores.” (Pavon & Calvache, 2017).

Es importante destacar que el recurso humano en salud es el más importante dentro del Sistema Nacional de Salud, sin olvidar que es escaso y requiere de una inversión importante para lograr especializarlo, por lo tanto, se requiere buscar el mejor perfil y atributos para así esperar obtener los mejores resultados:

“El perfil del Médico Auditor sugerido con experiencia institucional laboral entre 4-8 años en cargos de coordinación en servicios de Hospitalización y/o Consulta Externa. Titulación Especializada en: medicina Interna, Intensiva, Cirugía, ginecología, Pediatría u otras especialidades. Capacitación en Administración de Salud o Salud Pública y poseer capacidad para toma de decisiones objetivas e imparciales.” (Ministerio de Salud Pública del Perú Hospital "San José del Callao", 2004.)

Entre las Obligaciones y deberes de los Auditores Médicos se destaca:

“Vigilar la integridad y confidencialidad de las historias clínicas y documentos de auditoría. Informar sobre las acciones correctivas para mejorar la calidad de atención bajo los principios de la Auditoria Médica en el Código de Ética Médica y evitar suministrar información a terceros sobre los resultados de la



auditoria.“ (Ministerio de Salud Pública del Perú Hospital "San José del Callao", 2004.).

Derechos de los auditores médicos: Obtener la información necesaria para realizar su labor. Citar a los profesionales y/o trabajadores de la salud para ampliarles información laboral. Contar con recursos necesarios para trabajar. Participar en reuniones sobre auditoria. Ser escuchado por los directivos. Ser oídos en descargo por infracciones. Presentar quejas ante las autoridades competentes cuando sus recomendaciones no son escuchadas o se impiden sus labores.” (Ministerio de Salud Pública del Perú Hospital "San José del Callao", 2004.).

Históricamente cuando empiezan a tomarse decisiones críticas en el ámbito de la salud se logra obtener resultados adecuados y enfocados a las necesidades específicas de cada población, el cambio requiere tiempo para formar el personal especializado en este ámbito, personal que pertenece a la estructura esencial dentro de la toma de decisiones, así la Auditoría de Salud, tomando el ejemplo peruano, con sus auditores, son los encargados de facilitar los cambios en pro de la ciudadanía. Estos auditores realizarán, observaciones, evaluaciones, análisis e informes, así las conclusiones y recomendaciones que deriven de este proceso permitirán a los tomadores de decisiones obtener óptimas y sustentadas decisiones (Sun, Ahnh, Lievens, & Zeng, 2017) (Osorio, Sayes, Fernández, Araya, & Poblete, 2002) (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Es con este punto de vista que históricamente en otros países (Argentina, Colombia, etc.) se da el advenimiento de las otras “ramas” de la Auditoría de Salud, con un enfoque práctico dirigido la macrogestión, mesogestión y microgestión, descrito para la gestión en el documento de Tobar en el 2002, es posible acoplar con lo descrito por Álvarez Heredia en 2009 sobre las principales clases de auditoría, así proponen lo siguiente:

- “Auditoría de Macrogestión - Auditoria de Gestión,
- Auditoría de Mesogestión – Auditoría de Servicios de Salud
- Auditoría de Microgestión – Auditoría Clínica (Médica, Odontológica, Enfermería, etc.), (Heredia, 2009) sin olvidar que existen diferentes tipos de clasificación según el enfoque de la auditoría de salud, ejemplo la Auditoría de facturación.”

Esta distribución y enfoque permite una visión crítica y una continuidad sobre la auditoría de salud, ya que el concatenar todos los procesos es salud es inevitable y esto da la justificación para la



descripción de la Auditoría Integral en Salud, que contempla el máximo enfoque sobre los procesos sanitarios en los diferentes niveles de gestión los cuales afectan de forma directa e indirecta sobre el paciente – usuario, dejando por sentado que este es el actor angular que da vida al quehacer sanitario y que todos los esfuerzos trans, inter y multidisciplinarios deben enfocarse indistintamente hacia el máximo beneficio de la población.

Dentro del MSP se realizan diferentes tipos de Auditoría Médica / Auditoría de Salud, las más representativas son: Auditoría de Facturación entre financiadores y prestadores bajo un convenio específico (Dentro de la RPIS y RPC), Auditoría de Servicios de Salud a los prestadores de la RPIS y RPC bajo la tutela del ACCESS (Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada) que permite obtener el “permiso de funcionamiento” y la Auditoría de Gestión cuando realizan la “rendición de cuentas” anual. Aun así, los indicadores de salud en el país (antes ya afectados) fueron totalmente desestabilizados con el advenimiento del manejo de la pandemia por SARS-COV-2, lo cual indica la fragilidad de los procesos, incluso teniendo ejemplos previos. (Mena & Casalí, 2021)

Otros enfoques de la Auditoría

Al tener al MAIS-FC como base, enfocado a reforzar la APS, queda sólo mejorarlo para obtener el mayor beneficio posible, pero estas actividades requieren, una vez más, de planificación, control, evaluación y retroalimentación periódica, esta evaluación encajaría en la Auditoría de Salud / Auditoría de Gestión.

“El término de Primary Health Care, pesimamente mal traducida como atención primaria de salud, la que, hay que reconocerlo, no ha contribuido significativamente a su genuina interpretación y cabal entendimiento. Por un lado, la palabra atención induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (resaca mental del modelo flexneriano). Por otro lado, la palabra primaria induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico y de tercera o cuarta clase; es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma-Ata tenía otra acepción que consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario.” (Tejada de Rivero, 2018).



El concepto de APS desde su inicio ha sido sujeta a interpretación y distorsión inadecuada al darle una connotación de meta programática donde los procesos de planificación eran entendidos como administrativos y técnicos, y no como complejos procesos sociales y fundamentalmente políticos (Tejada de Rivero, 2018).

“La simplificación del concepto de salud a enfermedades y enfermos no se internalizo que las acciones en sentido social eran para todos y no solo para unos pocos privilegiados” (Tejada de Rivero, 2018).

“En los alcances de una meta social y política son importantes los valores ético-morales, así que en materia de salud y atención primaria estos responden a los valores de equidad, solidaridad y justicia social. Estos condicionan todo lo conceptual y lo que se conlleva en lo operativo o instrumental. La meta social de la salud para todos en el año 2000, significaba que los países tenían que definir sus políticas públicas de estado para esa fecha” (Tejada de Rivero, 2018).

La herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.) se dirige la evaluación de funciones primordiales para APS (Como eje central evaluará los resultados del MAIS-FC, lo cual corresponde a una Auditoría de Gestión). Esta herramienta está constituida por 4 cuestionarios, AR-PCAT-AE-sistemas, centros, proveedores y usuarios que deben ser adaptados al español para su correcta aplicación (Berra S. , 2012). Esta adaptación excluyó algunos ítems, pero tiene su validez intacta en los ítems restantes. Posterior a evaluar las FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) en el 2008 y tomando en cuenta la situación de emergencia sanitaria que desató la pandemia de la COVID 19, hace imperativa la evaluación usando la herramienta AR-PCAT-AE para tener un punto de partida e incluso entender las dificultades estructurales que al enfrentar la pandemia. (Organización Panamericana de la Salud , 2008) (Zambrano, 2020) (Tapia, 2019) En el Ecuador se realizó el acercamiento hacia la armonización del instrumento PCAT para así realizar uno que esté presente a nivel Iberoamericano en el 2012 bajo responsabilidad del MSP, pero no tuvimos acceso a esta versión. (CIESS, 2022).



10. METODOLOGÍA

10.1. Diseño general del estudio

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y transversal, buscando evaluar las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) después de adaptar e implementar la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021. (Berra, et al., 2011).



10.2. Definiciones operacionales y sistema de variables.

Objetivo	Categoría	Variable	Conceptualización de la variable	Variable operacional	Escala	Ítem
1. Identificar las características sociodemográficas de la población del Distrito Metropolitano de Quito donde se utilizó la herramienta AR-PCAT-AE, durante el primer trimestre del año 2021.	Perfil epidemiológico	Edad	Tiempo cronológico de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa Discreta.	18 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 Mayor de 70	Qué edad tiene?
		Género	Condición biológica que lo diferencia	Cualitativa nominal Politómica	Masculino Femenino Transgénero	Con cuál género se identifica
		Procedencia	Parroquia de residencia	Cualitativa nominal Politómica	Cotocollao Belisario Quevedo Carcelén Conocoto Iñaquito Itchimbía La Magdalena Ponceano Puéngasi Rumipamba San Juan Tumbaco Otras	En cuál parroquia vive
		Aporte para la economía del hogar	Otras personas, además del paciente participan con aporte económico al hogar	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Aparte de usted, alguien más aporta económicamente en el hogar?
		Ingreso	Cantidad de dinero que se percibe producto del trabajo	Cualitativa nominal Politómica	Hasta 400\$ 401 a 1439 \$ 1440 a 3541 \$ 3542\$ o más	¿Cuál es su ingreso mensual?

		Ayuda económica	Receptor de aporte económica por parte del Estado	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	¿Recibe ayuda económica por parte del Estado?
		Afiliación	Institución a la cual se encuentra afiliado el paciente	Cualitativa nominal Politómica	Ninguna Seguridad Social (IESS) (Incluye a los jubilados) Seguridad Social (ISSPOL) (Incluye a los jubilados) Seguro Privado (Salud prepagada, etc.)	A qué institución de salud está afiliado?
		Acceso a internet	Afiliación algún servicio prestador de internet	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Tiene acceso a internet?
		Tipo de centro de trabajo	Modalidad de institución donde se labora	Cualitativa nominal Politómica	No soy personal de salud. Privado. Público y privado. Público.	¿Qué modalidad tiene su centro de trabajo?
2. Describir las Funciones Esenciales de la APS que serán evaluadas después de adaptar la herramienta PCAT.	AR-PCAT-AE Funciones esenciales de la APS para usuarios adultos	Identificación del centro	identificar cuál es el centro o profesional que tiene como fuente principal de atención primaria ya sea públicos, de la obra social o del plan de salud	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	A1, A2, A3
		Primer contacto (utilización)	Utilización del Centro de Salud como primera alternativa de atención	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	B1, B2, B3
		Primer contacto (acceso)	Accesibilidad del Centro de Atención	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	C2, C3, C5, C6, C10

		Continuidad	Atención por el mismo médico y personal que lo conoce	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	D1, D4, D5, D6, D9, D10, D13
		Coordinación	Comunicación con y acerca de referencia a otros especialistas fuera del centro de salud	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	E7, E8, E10
		Coordinación de (Sistemas de Información)	Presencia de documentos en el Centro de Salud, tales como: registros médicos, calendario de vacunación, informes médicos previos e historia clínica	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	F1, F3
		Globalidad (Servicios disponibles)	Servicios de los que se dispone en el Centro de salud	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	G1, G2, G7, G8, G11, G12, G15, G17, G20
		Globalidad (Servicios recibidos)	Información y educación acerca de prevención de salud, recibida por el paciente durante las consultas	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	H1, H2, H6, H7, H10, H11
		Enfoque familiar	Integración de la familia en la atención de salud del paciente	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	I2, I3
		Orientación comunitaria	Manejo de la salud de la comunidad desde el centro de salud	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	J2, J12
		Competencia cultural	Posibilidad de atención en el centro de salud para personas de otras etnias, extranjeros y cultura diferente	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto	K2, K3

					No sé	
AR-PCAT-AE Funciones esenciales de la APS para proveedores	Primer contacto (Utilización)	Horario de atención extendido, capacidad de atención fuera del horario establecido, alternativas de atención ante imprevistos en el personal de atención	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	C3, C5, C6, C10	
	Continuidad	Capacidad de atención personalizada y seguimiento de la evolución del paciente por un mismo médico para conocer de mejor manera su historia médica y todo lo concerniente a la enfermedad del paciente	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	D1, D4, D5, D6, D9, D10, D13	
	Coordinación	Apoyo, orientación y comunicación para dirigir a los pacientes cuando necesitan valoración por especialistas	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	E7, E8, E10	
	Coordinación (Sistemas de información)	Disponibilidad de historias clínicas, informes y resultados clínicos en las mismas	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	F1, F3, F4	
	Globalidad (Servicios disponibles)	Diversidad de servicios ofertados en el mismo centro de salud	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	G1, G2, G7, G8, G11, G12, G17, G20	
	Globalidad (Servicios proporcionados)	Información, educación y asesoramiento acerca de prevención de salud, brindada al paciente durante las consultas	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	H1, H2, H6, H7, H10, H11, H15	
	Enfoque familiar	Se involucra a los familiares en el proceso de salud del paciente, se usan herramienta	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no	I2, I3, I4, I13	



			para la valoración del funcionamiento familiar		No, en absoluto No sé	
		Orientación comunitaria	Manejo y conocimiento de la situación de salud de la comunidad, manejo estadístico de salud pública y laboral, aplicación de herramientas como encuestas para recabar información	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	J2, J7, J8, J12,
		Competencia cultural	Capacidad para comunicación con otros idiomas, respeto por las creencias del paciente con diversidad cultural	Cualitativa nominal Politómica	Sí, sin duda Probablemente sí Probablemente no No, en absoluto No sé	K2, K3, K7, K8



10.3. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra.

El tamaño del universo de mayores de 18 años del Distrito Metropolitano de Quito estimado es de 2 259 763. Se utilizó la fórmula descrita a continuación para estimar el tamaño de la muestra:

$$n = (N / (e^2 (N-1) + 1))$$

Donde n es el tamaño de la muestra

N es la población

“e” es el error admisible para investigación (5%)

En total la muestra es de 143 880 encuestas hacia personas necesarias para obtener un resultado estadísticamente significativo, pero hay que denotar que el universo está estimado de las proyecciones realizadas por el INEC desde el último censo realizado, por lo tanto para evitar realizar estimaciones sobre el masivo tamaño de la muestra, denotando la dificultad y riesgos secundarios a la pandemia, por lo que se aplicó la fórmula $(Z^2 * p * q) / e^2$ que sirve cuando no se conoce el tamaño del universo, obteniendo un valor de 385 personas en quienes se estima la aplicación del instrumento, recalcando que esta investigación es una prueba piloto.

Al final se alcanzó a encuestar a un total de 129 personas, representando el 33 % de lo estimado inicialmente, explicamos esta cantidad por la época pandémica, la complejidad y la extensión del instrumento usado, lo cual resta interés en la población objetivo.

10.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- a. Acceso a las zonas comunitarias del distrito Metropolitano de Quito.
- b. Uso de las unidades de salud dentro del distrito Metropolitano de Quito, 3 veces en el año.
- c. Consentimiento informado para ser parte de la investigación.
- d. Tener 18 años o más al momento del registro.

Los criterios de exclusión para el estudio fueron:



- a. No pertenecer a la población dentro del distrito Metropolitano de Quito, lo cual se controló en la versión digital adjuntando la identificación de la parroquia para así validar la ubicación del participante.
- b. Tener menos de 18 años al momento del registro.

La herramienta digital estuvo a disposición de los pacientes-usuarios y familiares. Usamos la referencia directa y el alcance hacia sus conocidos para llegar a los 129 encuestados.

Las personas con capacidad de responder a la herramienta digital demuestran que pueden acceder a un dispositivo electrónico con internet y este posiblemente es un indicador importante del poder adquisitivo y estrato social al que pertenecen. (No debemos olvidar que las necesidades económicas básicas cambian con las generaciones.) (Carrión, 2017)

10.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

Al adaptar e implementar la Herramienta AR-PCAT-AE (Versión Argentina de Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition) se recabó información validada con adaptaciones para el medio argentino, describiendo a detalle los cambios pertinentes en el trabajo (Berra, et al., 2011). Dentro de una revisión sistemática esta herramienta tuvo un puntaje adecuado, sólo superado por la versión brasileña (Giraldo Osorio A, 2020) Este instrumento se entendió bien en el contexto nacional, esto según la retroalimentación realizada durante la lectura de la herramienta por terceros.

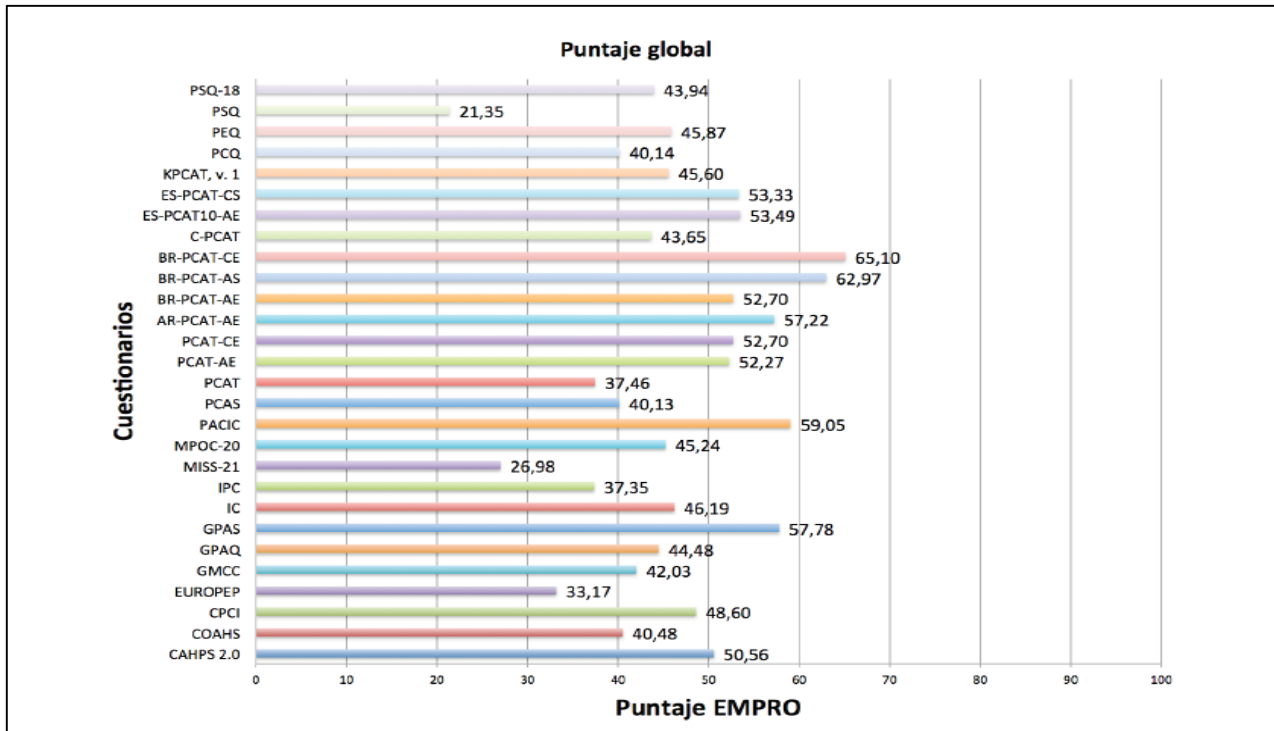


Figura 1. Calificación global EMPRO asignada a los cuestionarios que evalúan las funciones de las APS desde la perspectiva de los usuarios, publicados en el mundo entre 1994 y 2014 (Giraldo Osorio A, 2020).

Se aplicó la encuesta digital sobre toda la muestra, las barreras sobre este método de recolección incluyen que la encuesta fue auto-administrada por lo cual disminuyendo considerablemente la posibilidad de orientación.

La escogencia se realizó por muestreo probabilístico aleatorio y con la técnica por “bola de nieve”, logrando obtener un 33% de lo estimado en la muestra; todas las evaluaciones usaron el cuestionario digital distribuido por internet (redes sociales: Facebook, Instagram, WhatsApp), este instrumento y su validación esta ya descrita, por lo tanto, está basado en una exhaustiva revisión documental. “ (Berra S. , 2012).

Se obtuvieron los puntajes de APS (esenciales y secundarias). El puntaje de 1 a 4 según el modelo de Starfield tiene 4 connotaciones cuando está dirigido al cuestionario de los usuarios adultos y proveedores, enumeradas a continuación:

- “1. Afiliación MUY FUERTE: cuando se responde “sí” a las tres preguntas y además señala que en los tres casos se trata de la misma fuente. 2. Afiliación



FUERTE: cuando se responde al menos dos veces “sí” señalando a la misma fuente de APS. 3. Afiliación DÉBIL: cuando hay dos respuestas “sí” sobre diferentes proveedores o solo una respuesta “sí”. 4. NINGUNA afiliación: cuando la respuesta a las tres preguntas es negativa. En el modelo teórico propuesto por Starfield, el grado de afiliación corresponde al subdimensión estructural de la función de longitudinalidad de la APS. Para computar un puntaje promedio, las categorías antes definidas asumen valores desde 1 (ninguna afiliación) a 4 (afiliación muy fuerte).” (Berra S. , 2012)

Esta es la forma de calcular para la herramienta realizada en Argentina, destacando que en el instrumento de Brasil se realiza una media aritmética tradicional para obtener el grado de afiliación, esto permite evitar los errores humanos durante la calificación con el método argentino. La evaluación se realizó con el método brasileño aumentando las siguientes especificaciones:

“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.”, precodificada con el valor 9, se computa con el valor 2 o 2,5 según la función evaluada y según quien responda, siempre que esta respuesta no sobrepase al 50 % de los ítems de una función.” (Berra S. , 2012) (Ministerio de Salud de Brasil, 2010).

Cuando la puntuación 9 se utiliza por parte del usuario este será tabulado como un valor de 2.5 y cuando sea utilizado por los proveedores se utilizará el valor de 2, esto ya que la repercusión de una respuesta “No sé” en el personal de salud del primer nivel tiene mayor peso, basado en el conocimiento y entrenamiento técnico enfocado a los procesos de salud a los que estos están expuestos.

Si la puntuación elegida como 9/ “No sé.” sobrepasa el 50% este valor no se debe tomar en cuenta para el cálculo, la justificación va ligada al posible llenado incoherente por parte del encuestado o a la dificultad de la interpretación de la pregunta, por esto es necesario excluir este dato así se evita que exista una repercusión sobre el resultado final. La pregunta C 10 (Proveedores) tiene sentido inverso, la pregunta fue formulada con este sentido para no crear confusión en el encuestado, así su calificación se interpreta así: 4=1, 3=2, 2=3 y 1=4 (Ministerio de Salud de Brasil, 2010).

“Puntaje total de funciones esenciales de la APS: suma de los ocho subdimensiones correspondientes a las cuatro funciones esenciales, por lo que resulta un valor entre 8 y 36 puntos. Puntaje total extendido de funciones de la APS: suma de los once puntajes provenientes de los ocho subdimensiones que integran las cuatro funciones esenciales y las tres funciones secundarias, por lo

que resulta un valor entre 11 y 44 puntos. Del mismo modo que se interpretan los puntajes de cada dimensión, se puede decir que, a mayor puntaje, mejor alcance o desempeño de los servicios en cuanto a las funciones de la APS.” (Berra S. , 2012).

Para su interpretación, la puntuación puede ser transformada en escala “0-10” mediante regla de tres, considerando como un buen nivel de cumplimiento un promedio de 7 o más, también podemos representar en la escala de “0-4” usando dos decimales, ya que, con este cambio sólo obtenemos otra forma de presentar los datos, pero con un cálculo más sencillo. En este caso consideramos un buen nivel de cumplimiento un promedio de 3 o más. (Berra S. , 2012).

Los usos de esta herramienta, en sus diferentes versiones, están integradas en las publicaciones realizadas. (Figura 1).

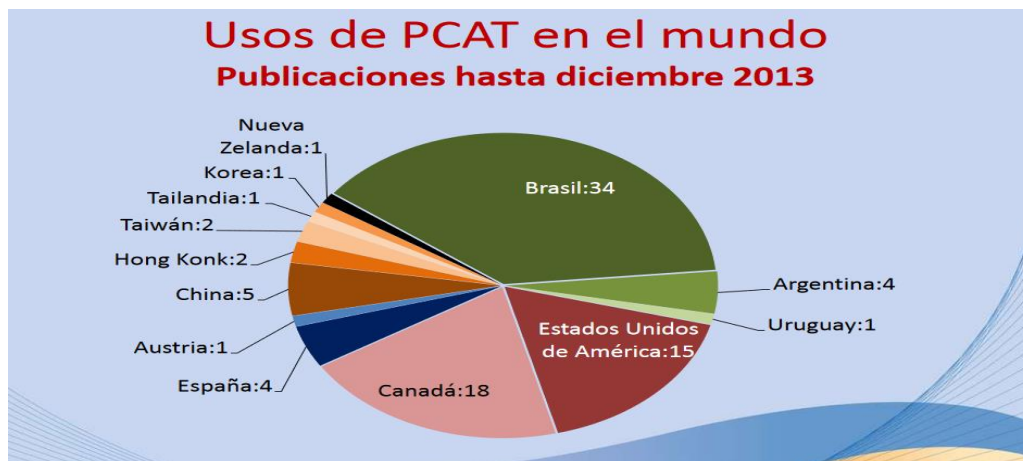


Figura 2. Colaboración en la implementación del modelo PCAT en Iberoamérica

Fuente: Ponzo & Berra, (2014)

El ser un profesional de salud que trabaja al momento en un centro de salud permite dirigir y tener de primera mano la información validada, por esta razón, será el puntal para enfocar el análisis de las variables.

Identificamos variables sociodemográficas como edad, sexo, procedencia, ingreso, afiliación a servicio de salud.



10.6. Técnica de procesamiento

Se obtuvo la aprobación de la ejecución del pilotaje para comprobar la estructura y entendimiento del instrumento por medio digital, encuesta en línea.

10.7. Confiabilidad y validez de los instrumentos

La confiabilidad del instrumento está demostrada previamente usando la herramienta original y ya adaptado al idioma español en Argentina, sin embargo, en la cual se implementó el método de consistencia usando el Alfa de Cronbach, con un puntaje total del instrumento mayor de 0,70. Recordando que la validez final de la medición se basa en la solidez de la inferencia que se hace a partir de los resultados del análisis de las variables contenidas en la base de datos usada dentro de una investigación que cumple los parámetros de calidad. (Zapata, 2018) (Henoa, 2010) (Berra S. , 2012)

10.8. Intervenciones propuestas

La evaluación se realizó en el distrito Metropolitano de Quito, a cargo del investigador y del equipo sanitario de las unidades de salud, la herramienta pudo ser aplicada en el primer trimestre del 2021 hasta lograr alcanzar la muestra.

El aspecto ético y las directrices para realizar la investigación correctamente permitió informar previamente a los sujetos de estudio sobre alcance y uso de la información que sería recogida, ergo un consentimiento informado permitió expresar la voluntad y voluntariedad de los participantes (descrito al inicio de la encuesta o por modelo escrito cuando se deban recoger datos de forma presencial).

Al no presentar una intervención en seres humanos la aprobación por el CEISH (Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos) no fue limitante, sin que esto nulifique el potencial beneficio que deviene de esta evaluación, siempre protegiendo la integridad, confidencialidad, autonomía y bienestar de los participantes (MSP, 2014).

El consentimiento informado usado (Anexo 3), usado durante la revisión y llenado de los parámetros del formato digitales.



10.9. Análisis de los resultados

El programa SPSS versión 23 se utilizó para analizar los datos obtenidos de las variables sociodemográficas, las cuales se analizaron con estadísticas descriptivas y se expresaron con frecuencias absolutas y relativas, en el caso de las variables cuantitativas se emplearon métodos de dispersión y tendencia central. Estas variables se cruzaron con la evaluación final obtenida de la herramienta (AR-PCAT-AE para proveedores y usuarios adultos), a través de comparación de medias.



11. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 129 personas, de las cuales, el 83,7 % (n= 108) eran usuarios y el 16,3% (n= 21) proveedores.

11.1. Características sociodemográficas de la población del Distrito Metropolitano de Quito donde se utilizó la herramienta AR-PCAT-AE, durante el primer trimestre del año 2021

Entre las características sociodemográficas de los usuarios destaca una mayor frecuencia del género femenino en el grupo de usuarios con 64,8 % (n= 70) y entre los proveedores con 66,7 % (n= 14). La edad predominante en ambos grupos fue de 31 a 40 años, registrando el 44,4 % (n= 48) entre los usuarios y 66,7 % (n= 14) entre los proveedores. Respecto a la procedencia, prevaleció la parroquia Itchimbía, con 14,8 % (n= 16) entre los usuarios y 14,3 % (n= 3) para los proveedores. (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	Usuario	Proveedor
	N (%)	N (%)
	108 (83,7%)	21 (16,3%)
Género		
Femenino	70 (64,8%)	14 (66,7%)
Masculino	37 (34,3%)	7 (33,3%)
Transgénero	1 (,9%)	-
Edad		
18 a 30	24 (22,2%)	4 (19%)
31 a 40	48 (44,4%)	14 (66,7%)
41 a 50	19 (17,6%)	3 (14,3%)
51 a 60	9 (8,3%)	-



61 a 70	7 (6,5%)	-
Mayor a 70	1 (,9%)	-
Parroquia de procedencia		
Cotacollao	5 (4,6%)	-
Belisario Quevedo	7 (6,5%)	2 (9,5%)
Carcelén	5 (4,6%)	-
Conocoto	6 (5,6%)	1 (4,8%)
Iñaquito	6 (5,6%)	2 (9,5%)
Itchimbía	16 (14,8%)	3 (14,3%)
La Magdalena	7 (6,5%)	-
Ponceano	4 (3,7%)	2 (9,5%)
Puengasí	5 (4,6%)	1 (4,8 %)
Rumipamba	4 (3,7%)	1 (4,8 %)
San Juan	4 (3,7%)	-
Tumbaco	2 (1,9%)	2 (9,5%)
Otras	67 (61,46%)	7 (33,3)

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

Los aspectos económicos de los participantes en la investigación investigaron sobre sus ingresos y sobre quienes aportan dinero al hogar, donde se evidenció que, en ambos grupos obtuvieron una mayor frecuencia para la respuesta negativa, con 78,7 % (n= 85) entre los usuarios y 71,4 % (n= 15) entre los proveedores. El mayor ingreso entre los usuarios estuvo en el renglón de 401\$ a 1439 \$ agrupando al 39,8 % (n= 43) de este grupo, mientras que, en los proveedores, el mayor ingreso entre la mayoría fue de 1440 a 3541\$ en el 52,4 % (n= 11) de estos. Ninguno de los proveedores recibe ayuda social, mientras que entre los usuarios solo el 0,9% (n=1) la recibe. La institución con mayor afiliación referida fue el IESS agrupando al 79,6 % (n= 86) de los usuarios y el 100% (n= 21) de los proveedores. Todos los proveedores tienen acceso a internet al igual que el 99,1% (n= 107) de los usuarios. Se destaca la labor en centros privados, con 32,4 % (n= 35) de los usuarios y 47,6% (n= 10) de los proveedores. (Tabla 2).

Tabla 2. Características económicas de los participantes

	Usuario	Proveedor
	N (%)	N (%)
Solo usted obtiene dinero dentro de su hogar		
No	85 (78,7%)	15 (71,4%)
Sí	23 (21,3%)	6 (28,6%)
Cuánto dinero gana		
Hasta 400\$	24 (22,1%)	1 (4,8%)
401\$ a 1439\$	43 (39,8%)	7 (33,3%)
1440\$ a 3541\$	37 (34,3%)	11 (52,4%)
3542\$ o más	4 (3,7%)	2 (9,5%)
Recibe ayuda económica estatal		
No	107 (99,1%)	21 (100%)
Sí	1 (,9%)	-
Afiliación		
Ninguna	14 (1%)	-
Seguridad Social (IESS) (Incluye a los jubilados)	86 (79,6%)	21 (100%)
Seguridad Social (ISSPOL) (Incluye a los jubilados)	1 (,9%)	-
Seguro Privado (Salud prepagada, etc.)	7 (6,5%)	-
Acceso a internet		
No	1 (,9%)	-
Sí	107 (99,1%)	21 (100%)
Tipo de trabajo		
No soy personal de salud.	39 (36,1%)	-
Privado.	35 (32,4%)	10 (47,6%)
Público y privado.	10 (9,3%)	3 (14,3%)



Público.	24 (22,2%)	8 (38,1%)
----------	------------	-----------

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

11.2. Describir las Funciones Esenciales de la APS que serán evaluadas después de adaptar la herramienta PCAT.

Las valoraciones obtuvieron puntajes desde un mínimo de 0 a máximo 4 puntos, analizando las medias de cada función se obtuvo, según los usuarios, que en primer contacto (utilización), la media del puntaje fue de 2,14 (DE \pm 0,98); en primer contacto (acceso) 1,54 (DE \pm 1,19); continuidad 1,61 (DE \pm 0,98); coordinación (integración de información) 1,74 (DE \pm 1,07); coordinación (sistemas de información) 2,18 (DE \pm 1,11); integralidad (servicios disponibles) 2,04 (DE \pm 1,20); integralidad (servicios recibidos) 1,92 (DE \pm 1,14). Respecto al enfoque familiar, la media obtenida fue de 1,74 (DE \pm 0,96); en orientación comunitaria 1,56 (DE \pm 1,11) y en competencia cultural 2,04 (DE \pm 1,13). (Tabla 3).

La media más baja se registró en la función primer contacto (acceso) con 1,53 y la más elevada fue grado de afiliación con 2,65 puntos (Gráfico 1).

En los registros aportados por los proveedores, la media de las funciones valoradas evidenció que, en el primer contacto (acceso), fue de 2,54 (DE \pm 0,89); continuidad 2,92 (DE \pm 0,58); coordinación (integración de la información) 2,92 (DE \pm 0,63); coordinación (sistemas de información) 2,82 (DE \pm 0,85); integralidad (servicios disponibles) 2,91 (DE \pm 0,79); integralidad (servicios recibidos) 3,08 (DE \pm 0,65). En cuanto al aspecto del enfoque familiar, la media fue de 2,79 (DE \pm 0,66); orientación comunitaria 1,19 (DE \pm 0,36) y en competencia cultural 2,66 (DE \pm 0,65). (Tabla 4).

La media más baja se registró en la función orientación comunitaria con 1,19 y la más elevada fue integralidad (servicios recibidos) con 3,08 puntos (Gráfico 2).

Tabla 3. Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud por parte de los usuarios

	1 Grado de afiliación	2 Primer contacto- utilización	3 Primer contacto- acceso	4 Continuidad - interpersonal	5 Coordinación- integración de la información	6 Coordinación- sistemas de información	7 Integralidad- servicios disponibles	8 Integralidad- servicios recibidos	9 Enfoque familiar	10 Orientación comunitaria	11 Competencia cultural	Puntaje de APS (secundarias y esenciales)	Puntaje de APS (funciones esenciales)
Media	2,6556	2,1443	1,5389	1,6156	1,7470	2,1875	2,0432	1,9259	1,7407	1,5671	2,0440	2,2588	2,3244
DE	1,02557	,97843	1,18998	,98148	1,07491	1,10813	1,20378	1,14006	,95636	1,11364	1,13041	,53941	,54044
Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo	4,00	4,00	3,80	3,57	4,00	4,00	4,00	3,75	4,00	4,00	4,00	3,79	3,77

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

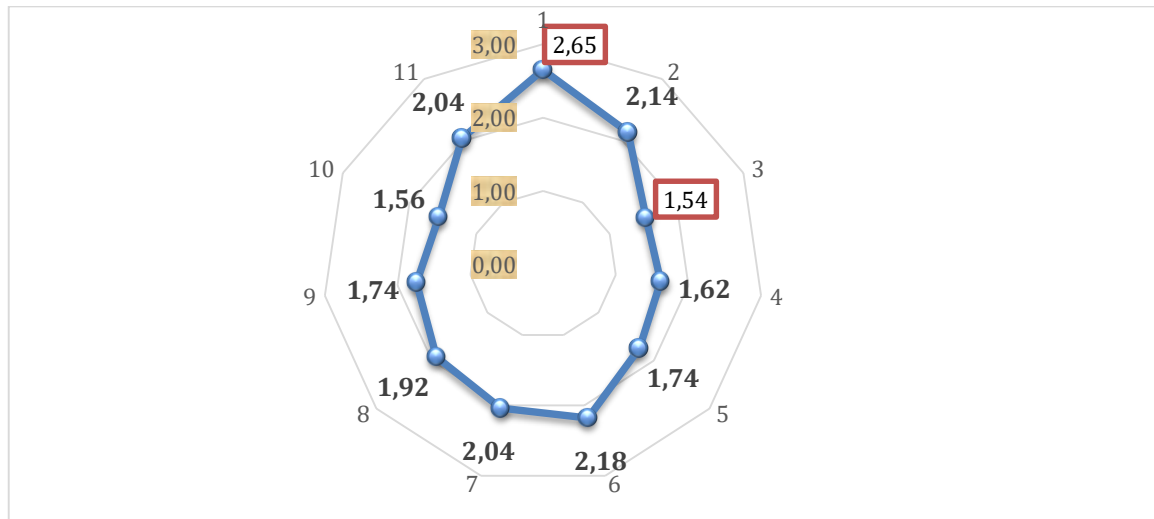


Gráfico 1. Valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios
Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

Tabla 4. Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud por parte de los proveedores

	1 primer contacto- acceso	2 continuidad - interpersonal	3 coordinación- integración de la información	4 coordinación- sistemas de información	5 integralidad- servicios disponibles	6 integralidad- servicios recibidos	7 enfoque familiar	8 orientación comunitaria	9 competencia cultural	puntaje de APS (secundarias y esenciales)	puntaje de APS (funciones esenciales)
Media	2,5476	2,9248	2,9200	2,8257	2,9148	3,0814	2,7976	1,1905	2,6667	2,6519	2,8690
DE	,89310	,58954	,63119	,84820	,79179	,65682	,66436	,36146	,64872	,37775	,43347
Mínimo	,00	1,57	1,67	1,00	1,33	2,00	1,25	,50	1,75	1,73	1,89
Máximo	4,00	3,71	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	3,22	3,37

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

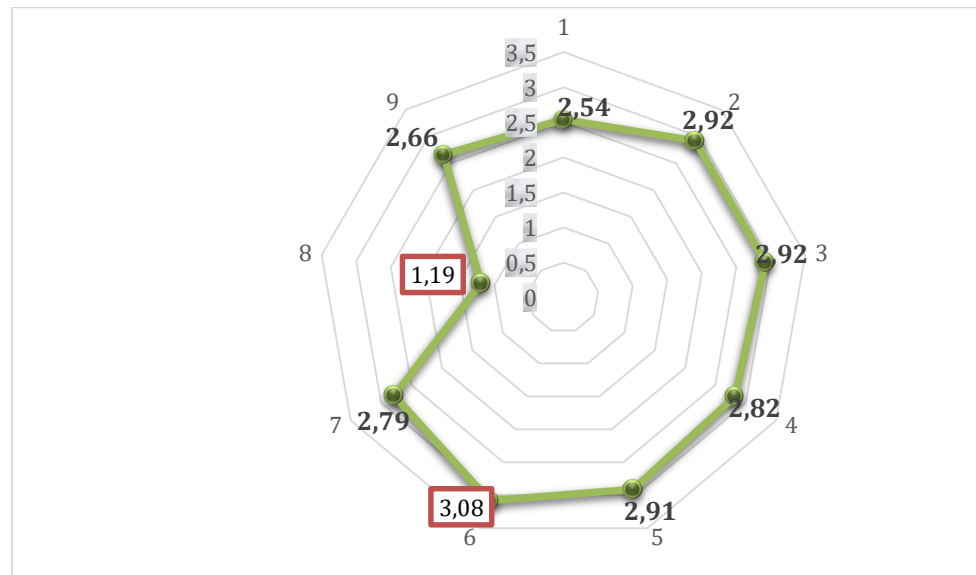


Gráfico 2. Valoración de las funciones de la APS por parte de los proveedores
Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito



11.3. Relación entre variables sociodemográficas y valoración de las funciones

Al establecer la valoración de las funciones de la APS de acuerdo a las características sociodemográficas de los usuarios tomando en cuenta la Desviación Estándar (DE), se obtuvo que las mayores puntuaciones se registraron en el grupo de 40 y más años en comparación con el grupo de 18 a 40 años, en especial en las funciones grado de afiliación, primer contacto (utilización), primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar y competencia cultural. En cuanto al género, los usuarios femeninos, respecto a los masculinos y transgénero, registraron mayor puntaje en las funciones grado de afiliación, primer contacto (utilización), continuidad interpersonal, coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios disponibles), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar y competencia cultural; la orientación comunitaria obtuvo la mayor puntuación entre los usuarios transgénero.

Los usuarios con ingreso menor a 1439\$ registraron las más altas puntuaciones, en especial en lo que respecta a las funciones grado de afiliación, primer contacto (utilización), primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información), coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. Respecto a los usuarios que no reciben ayuda por parte del Estado valoraron las funciones de la APS con los mayores puntajes en comparación con los que sí reciben esta ayuda. Entre los usuarios que tienen internet, en comparación con los que no lo tiene, valoraron con mayor puntaje a las funciones grado de afiliación, primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información), integralidad (servicios disponibles), integralidad (servicios recibidos) y enfoque familiar. (Tabla 5).



Tabla 5. Relación entre variables sociodemográficas y la valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios

		grado de afiliación	primer contacto (utilización)	primer contacto (acceso)	continuidad interpersonal	coordinación (integración de la información)	coordinación (sistemas de información)	integralidad (servicios disponibles)	integralidad (servicios recibidos)	enfoque familiar	orientación comunitaria	competencia cultural
Grupo etario												
18 a 40	Media	2,69	2,01	1,51	1,57	1,65	2,21	2,11	1,93	1,75	1,67	1,99
	DE	,987	,876	1,156	,966	1,051	1,077	1,152	1,097	,924	1,084	1,132
40 y más	Media	2,56	2,39	1,60	1,70	1,94	2,12	1,89	1,90	1,70	1,36	2,13
	DE	1,107	1,125	1,269	1,018	1,110	1,179	1,304	1,236	1,030	1,157	1,136
Genero												
Femenino	Media	2,72	2,22	1,46	1,59	1,69	2,22	2,06	1,92	1,79	1,67	2,14
	DE	1,015	,982	1,209	1,024	1,108	1,128	1,242	1,161	1,011	1,154	1,135
Masculino	Media	2,60	2,05	1,72	1,65	1,83	2,09	2,06	1,89	1,61	1,32	1,91
	DE	,970	,920	1,135	,920	1,030	1,079	1,110	1,114	,849	,994	1,083
Transgénero	Media	,00	,00	,00	2,00	2,00	3,25	,00	3,00	2,50	3,00	,00
	DE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingreso												
< 1439	Media	2,66	2,25	1,57	1,63	1,73	2,26	2,01	1,97	1,76	1,55	2,15
	DE	1,036	,949	1,205	,986	1,103	1,096	1,214	1,159	,974	1,178	1,147
>1440	Media	2,63	1,95	1,48	1,57	1,77	2,05	2,08	1,85	1,69	1,59	1,85
	DE	1,019	1,010	1,176	,984	1,037	1,130	1,198	1,117	,934	1,007	1,087
Ayuda												
Sí	Media	3,00	2,40	2,40	1,71	2,00	3,00	2,89	2,67	2,00	2,00	3,00
	DE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No	Media	2,65	1,53	1,53	1,61	1,74	2,17	2,03	1,91	1,73	1,56	2,03
	DE	1,029	1,192	1,192	,986	1,079	1,110	1,206	1,143	,960	1,118	1,131
Internet												
Sí	Media	2,67	2,12	1,53	1,61	1,75	2,17	2,06	1,91	1,74	1,55	2,03
	DE	1,017	,966	1,195	,986	1,079	1,099	1,192	1,142	,958	1,110	1,134
No	Media	1,00	4,00	1,60	1,71	1,33	4,00	,00	2,75	1,00	3,00	2,50
	DE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

En el promedio de puntaje obtenido en el total de las funciones esenciales y secundarios con respecto al lugar de procedencia de los usuarios, se pudo observar que, en Carcelén, Conocoto e Iñaquito, se registraron los promedios de puntuación más bajos, mientras que, por el contrario, los más altos se registraron en las parroquias Belisario Quevedo, Itchimbia y La Magdalena (Gráfico 3).

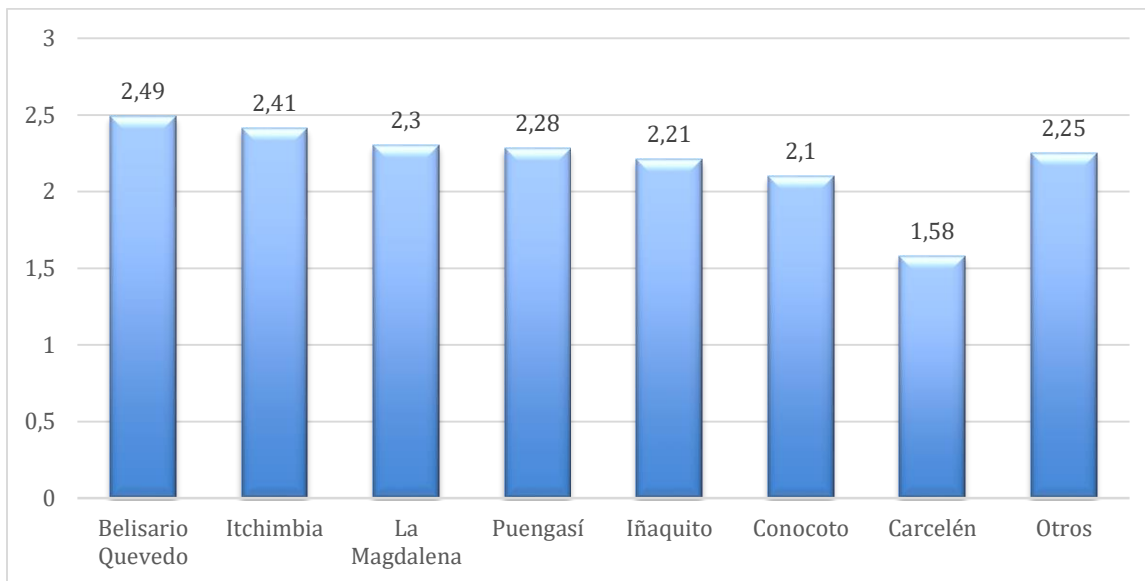


Gráfico 3. Valoración de las funciones de la APS por parte de los usuarios según procedencia Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito



La valoración de las funciones de la APS de acuerdo a las características sociodemográficas realizada por los proveedores, tomando en cuenta la Desviación Estándar (DE), se obtuvo que las mayores puntuaciones se registraron en el grupo de 40 y más años en comparación con el grupo de 18 a 40 años, en especial en las funciones primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios disponibles), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. En cuanto al género, los usuarios femeninos, respecto a los masculinos, registraron mayor puntaje en las funciones continuidad interpersonal y coordinación (sistemas de información).

Los usuarios con ingreso mayores a 1440\$ registraron las más altas puntuaciones, en especial en lo que respecta a las funciones primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información), coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios disponibles), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, y competencia cultural. Respecto a los usuarios que reciben ayuda por parte del Estado valoraron las funciones de la APS con los mayores puntajes en comparación con los que sí reciben esta ayuda, en las funciones primer contacto (acceso), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre variables sociodemográficas y la valoración de las funciones de la APS por parte de los proveedores

		primer contacto (acceso)	continuidad interpersonal	coordinación (integración de la información)	coordinación (sistemas de información)	integralidad (servicios disponibles)	integralidad (servicios recibidos)	enfoque familiar	orientación comunitaria	competencia cultural
Grupo etario										
18 a 40	Media	2,52	2,96	2,88	2,72	2,77	3,00	2,76	1,15	2,58
	DE	,919	,555	,666	,842	,766	,653	,644	,310	,514
40 y más	Media	2,66	2,66	3,11	3,44	3,74	3,57	3,00	1,41	3,16
	DE	,877	,859	,381	,692	,282	,514	,901	,629	1,233
Genero										
Femenino	Media	2,41	3,06	3,02	3,00	2,88	3,09	2,73	1,14	2,53
	DE	,933	,589	,514	,716	,764	,624	,523	,363	,603
Masculino	Media	2,82	2,65	2,71	2,47	2,98	3,06	2,92	1,28	2,92
	DE	,799	,527	,824	1,034	,902	,769	,920	,365	,702
Ingreso										
< 1439	Media	2,53	2,60	2,79	2,62	2,69	2,84	2,50	1,28	2,56
	DE	,699	,632	,562	,950	,924	,697	,755	,281	,691
>1440	Media	2,55	3,12	2,99	2,94	3,05	3,23	2,98	1,13	2,73
	DE	1,021	,486	,679	,792	,702	,610	,553	,403	,641
Ayuda										
Sí	Media	3,08	3,26	3,16	2,72	2,77	3,45	3,04	1,37	2,79
	DE	,605	,416	,751	,251	,699	,673	,485	,262	,534
No	Media	2,33	2,79	2,82	2,86	2,96	2,93	2,70	1,11	2,61
	DE	,914	,605	,575	,999	,842	,609	,714	,376	,699

Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito

Respecto al lugar de procedencia de los proveedores, el promedio de puntaje obtenido en el total de las funciones esenciales y secundarias, observamos que, en Iñaquito y Ponceano, se registraron los promedios de puntuación más bajos, mientras que los más altos se registraron en las parroquias Tumbaco, Belisario Quevedo e Itchimbia (Gráfico 4).

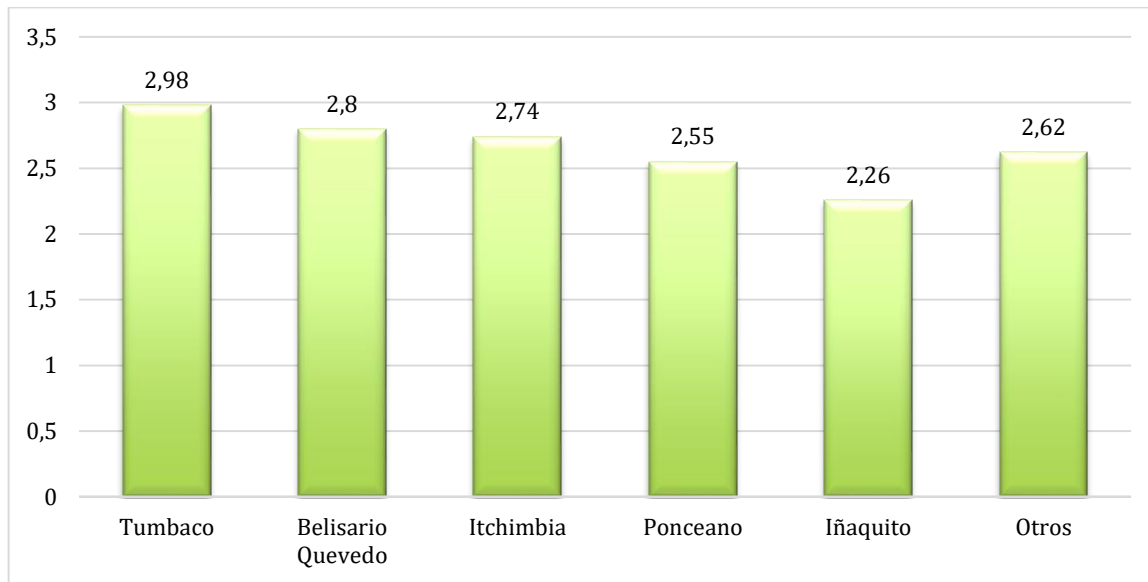


Gráfico 4. Valoración de las funciones de la APS según procedencia de los proveedores
Fabián Cajas (2021) Centros de Salud Distrito Metropolitano de Quito



12. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Entre las características sociodemográficas de los usuarios destaca una mayor frecuencia del género femenino en ambos grupos, para los usuarios (64,8 %) y para proveedores (66,7 %). La edad predominante en ambos grupos fue de 31 a 40 años, con 44,4 % entre los usuarios y 66,7 % entre los proveedores, resultados similares obtuvieron las investigadoras Rivera & Berra, (2014), con un predominio de participantes de género femenino, registrando un 96,5 % para cuidadores de niños y 90,2 % en usuarios adultos, en cuanto a la edad, la media registrada fue de 36,9 años.

Se evaluaron diferentes funciones de la APS, entre estas, primer contacto (utilización), primer contacto (acceso), continuidad, coordinación (integración de información), coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios disponibles), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, elementos que se encuentran descritos por el Ministerio de Salud Pública, (2020), como las funciones principales de los establecimientos de salud para cumplir como puerta de entrada al SNS.

Adicional a lo anterior, la evaluación de las funciones de la APS forma parte de las acciones de la Autoridad Sanitaria Nacional para controlar el funcionamiento de estos centros y de esta manera garantizar acciones de mejora continua, sin embargo, la mayoría de los controles se basan en la evaluación de la facturación de cuentas médicas, de acuerdo con Álvarez (2009).

La herramienta empleada en esta investigación fue la AR-PCAT-AE (Versión Argentina de *Primary Care Assessment Tool, Adapted Edition.*) la cual permitió la evaluación de funciones primordiales para APS (Berra S., 2012), adaptándola para este estudio con la exclusión de algunos ítems, el puntaje mayor a 3 se considera como un puntaje positivo.

Las valoraciones pueden obtener puntajes desde 0 a 4 puntos, después de analizar las medias de cada función se obtuvo que en el primer contacto (utilización), la media del puntaje fue de 2,14; en el primer contacto (acceso) 1,54; en la continuidad 1,61; en la coordinación (integración de



información) 1,74; en la coordinación (sistemas de información) 2,18; en la integralidad (servicios disponibles) 2,04; en la integralidad (servicios recibidos) 1,92; en el enfoque familiar 1,74; en la orientación comunitaria 1,56 y en la competencia cultural 2,04. Esta valoración de las funciones de la APS permite establecer los puntos críticos y las falencias, en este sentido, Pavón & Calvache, (2017), afirman que la Auditoría de Salud realiza acciones encaminadas al abordaje de la estructura, los procesos que se realizan en los centros de salud, así como de los resultado e impactos de los equipos de salud, con la finalidad de garantizar la calidad de la atención médica, obtener estándares de eficiencia, eficacia y efectividad sobre la administración, también permite evaluar la calidad de la atención médica y su impacto. De allí la importancia de la valoración de las funciones de la APS, en este caso, a través de los propios usuarios y proveedores.

De manera especial, el puntaje de la integralidad (servicios recibidos), por parte de los usuarios participantes en esta investigación, registró una media baja (1,92), lo que concuerda con lo señalado por Tapia (2019), quien afirma que, el problema con garantizar la salud radica en el presupuesto para la cobertura de todas las prestaciones que se puedan generar, es por ello que, algunos usuarios no logran percibir que reciben los servicios necesarios acorde a las exigencias de su estado de salud, dejando una sensación de olvido. La media más baja se registró en la función primer contacto (acceso) con 1,53 y la más elevada fue grado de afiliación con 2,65 puntos, lo que demuestra que, ninguna de las funciones valoradas logró obtener puntajes positivo (por encima de 3 puntos), demostrando que, bajo el criterio de los usuarios, deben tomarse decisiones importantes para elevar la percepción de la calidad de la atención dentro del espectro de la APS, este aspecto está resaltado por los autores como Sun, Ahnh, Lievens, & Zeng, (2017), Osorio, Sayes, Fernández, Araya, & Poblete, (2002), e instituciones como la Organización Mundial de la Salud, (2000), quienes afirman que, cuando se toman decisiones en materia de salud se pueden obtener resultados adecuados, en especial, enfocados a las necesidades específicas de cada población, adicionalmente describen que, para lograrlo, se requieren de evaluaciones y análisis de la situación de salud por parte del personal especializado en la Auditoría de Salud. Estos resultados, al compararlos con los obtenidos por Rivera & Berra, (2014), concuerdan en las funciones con mayor puntaje: contacto-utilización, coordinación (sistemas de información), competencia cultural,



mientras que las dimensiones con menor puntaje fueron: el primer contacto- acceso, orientación comunitaria, integralidad de los servicios recibidos y enfoque familiar (**Rivera & Berra, 2014**).

En los registros aportados por los proveedores, la media de las funciones valoradas evidenciaron que, el resultado del primer contacto (acceso) fue de 2,54; el de continuidad 2,92; el de coordinación (integración de la información) 2,92; el de coordinación (sistemas de información) 2,82; el de integralidad (servicios disponibles) 2,91, el de integralidad (servicios recibidos) 3,08; el de enfoque familiar, 2,79; el de orientación comunitaria 1,19 y por último, el de competencia cultural 2,66. La media más baja se registró en la función orientación comunitaria con 1,19 y la más elevada fue integralidad (servicios recibidos) con 3,08 puntos (La única que tiene un puntaje aceptable). Estos datos nos permiten obtener un punto de partida e incluso entender las dificultades estructurales y de funcionamiento de los centros de salud, bajo el criterio profesional e informado del cliente interno, lo que concuerda con las instituciones como la Organización Panamericana de la Salud, (2008) y autores como Zambrano, (2020) y Tapia, (2019). En comparación con los resultados obtenidos por Rivera & Berra, (2014), las funciones con mayor puntaje (integralidad de los servicios disponibles, enfoque familiar y continuidad interpersonal) y menor puntaje (registradas como primer contacto-acceso, competencia cultural y orientación comunitaria), coinciden con la presente investigación, posiblemente por la similitud del modelo de atención y a pesar de las diferencias culturales.

La orientación comunitaria obtuvo la mayor puntuación para el usuario transgénero, este aspecto se encuentra reseñado en la Constitución de la República del Ecuador, cuando estipula que, la atención en salud debe ser individualizada y con enfoque de género, sin discriminación. Por lo tanto, esta sería una explicación del puntaje obtenido sobre la atención percibida y en cuanto a la orientación comunitaria.

Los usuarios con ingresos menores a 1439\$, registraron las más altas puntuaciones, en especial sobre las funciones grado de afiliación, primer contacto (utilización), primer contacto (acceso),



continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información), coordinación (sistemas de información), integralidad (servicios recibidos), enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, es decir, en la mayoría de las funciones evaluadas, aspecto que concuerda con lo argumentado por Savinovich, (2012), analiza sobre el beneficio principal de la APS, el cual es percibido de manera especial por las personas de menos recursos, ya que, ellos no puede acceder a los servicios salud financiados de forma privada, limitando una comparación.

La investigación se realizó en un tiempo complejo y no habitual ya que el mundo enfrentó una pandemia y confinamiento, por lo cual, la crisis económica, social y de salud, escaló a niveles abrumadores. (Jumbo Ordóñez, 2020) (Centro de Desarrollo de a Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 2020)

13. CONCLUSIONES

13.1. Conclusiones

Se logró identificar las fortalezas y debilidades de las Funciones Esenciales de la APS detectadas con la herramienta AR-PCAT-AE en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021. En virtud de que la muestra no fue estadísticamente significativa, este estudio funge como entrada a un estudio más complejo y con más participantes ya que la realidad del país tiene variaciones ilimitadas y cambios constantes.

En ambos grupos, usuarios y proveedores, la mayoría de los participantes eran de género femenino y con una edad dentro del grupo económicamente activo, con ingresos que superan el salario básico unificado, provenientes principalmente de la parroquia Itchimbía, la mayoría tuvieron una única persona que aporta económicamente en sus hogares y en su mayoría no reciben ayuda del Estado.

La valoración de las funciones de la APS según los usuarios fue más alta en: la función de coordinación (sistemas de información), primer contacto (utilización) e integralidad (servicios disponibles), mientras que los puntajes más bajos fueron para primer contacto (acceso), orientación comunitaria y continuidad.



La valoración obtenida por los proveedores, registró los puntajes más altos en la integralidad (servicios recibidos y disponibles), continuidad y coordinación (sistemas de información), mientras que los puntajes más bajos fueron para orientación comunitaria, primer contacto (acceso) y competencia cultural.

Las medias obtenidas no alcanzaron el puntaje máximo de 4 puntos en ninguna de las funciones, sólo una función superó el valor de corte, definido como 3 puntos, por lo cual, logramos identificar las falencias que presenta la APS para reinventarlas, sin olvidar que estas medidas fueron identificadas subjetivamente, tanto por los usuarios como por los proveedores de salud.

El componente comunitario fue una de las funciones peor puntuadas en ambos grupos, aun cuando los esfuerzos por la aplicación y difusión del MAIS- FC (Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural) fueron extenuantes sobre todos los profesionales de la salud.

Es importante destacar que otros de los puntajes más bajos en este estudio se dan específicamente en el enfoque familiar, comunitario, el primer contacto y la continuidad del servicio, funciones que son básicas para que el modelo funcione y foco importante para mejorar la adherencia al servicio.

14. RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE MEJORA

Se recomienda aplicar la herramienta AR-PCAT-AE en todos los centros de APS de Quito, así como incluir un porcentaje significativo en las provincias del resto del país, para obtener una muestra significativa y así poder evaluar la situación general del Ecuador respecto a las funciones de la APS.

Esta valoración permite evidenciar los puntos críticos y falencias que han de evaluarse, para realizar otras estrategias de mejora continua, involucrando tanto a los usuarios como a los trabajadores de salud en todas sus áreas, cuya opinión, es indispensable para lograr y formar adecuadamente este objetivo.



Una vez obtenida la valoración sobre una cantidad significativa de participantes con la ayuda de los centros de salud, es importante realizar mesas de trabajo para proponer las estrategias que sanen las falencias encontradas, incluyendo las actividades y recursos necesarios dejando responsables de cada una.

Establecer programas para incentivar a los profesionales de la salud, para internalizar la importancia de su trabajo y mejorar su rendimiento, de manera que contribuyan a elevar la calidad de la atención prestada, así también, es imperativo involucrar a las personas de la comunidad, para que, contribuyan con el buen funcionamiento de cada establecimiento de salud y participen activamente con el personal encargado para perfeccionar a la APS.

15. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Auditoría Médica:

Es un proceso de investigación y evaluación de la calidad de atención médica. (Enrique, 1986)

Auditoría de Facturación de cuentas médicas:

Es el análisis y revisión organizada, independiente y técnica de la documentación enviada por los prestadores de servicios, para el reconocimiento económico por parte de la institución. Esta revisión garantiza que la documentación, procesos y procedimientos en ella reflejados se ajustan a los términos de la relación interinstitucional y lo establecido en los convenios u otros acuerdos técnicos y legales vigente entre las partes. (Subdirección de Regulación, IESS, 2014)

Auditoría Integral en Salud:

Aquella que es realizada tanto para el proceso individual de atención como para la auditoría de servicios. (Álvarez, 2009)

Pertinencia Médica:

Es el análisis sistémico de procesos de atención de salud comparados con estándares aceptados mundialmente o creados para el efecto de manera local. Es una valoración sistémica de las actuaciones y decisiones de las personas e instituciones para determinar o evaluar si las actividades



prestadas relacionadas con la calidad de los servicios cumplen con lo planificado. (Subdirección de Regulación, IESS, 2014)

Red Privada Complementaria (RPC):

Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier nivel de atención o complejidad. (Subdirección de Regulación, IESS, 2014)

Red Pública Integral de Salud (RPIS):

Será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. (Asamblea Constituyente, 2008)

Nivel de atención:

Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Nivel de complejidad:

Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al nivel de atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Primer nivel de atención:

El I Nivel de Atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegurando la complejidad, continuidad e integralidad en la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria. Es ambulatorio Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Segundo nivel de atención:



El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización básica y general. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Tercer nivel de atención:

El III Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención de especialidad y de especialidades y constituye el escalón de referencia inmediata del II Nivel de Atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Prestadores de salud:

Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud debidamente calificados/acreditados por la Red Pública Integral de Salud. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Licenciamiento de servicios de salud:

Es el procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la autoridad sanitaria nacional otorga el permiso de funcionamiento a los establecimientos de salud, públicos o privados, según su capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2017)

Calidad en salud:

Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. (Donabedian, 1980.)



Atención Primaria de Salud:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978)

Integralidad o globalidad:

Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. (Berra S. , 2012)

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. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. (Berra S. , 2012)

Continuidad:

Observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. (Berra S. , 2012)

**Primer contacto:**

Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población. (Berra S. , 2012)

Enfoque familiar:

Centrarla atención de la salud de los individuos en su contexto social más cercano. (Berra S. , 2012)

Orientación comunitaria:

Elaborar programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida. (Berra S. , 2012)

Competencia cultural:

Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada. (Berra S. , 2012)

Impacto:

El impacto se refiere a los efectos que la intervención planteada tiene sobre la comunidad. (Liberta, 2007)

16. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, F. (2009). *Auditoría médica y epidemiología* (ISBN 978-958-648-578-4 ed.). Bogotá:: Ecoe Ediciones.

Asamblea Nacional. (2011). *LEY ORGÁNICA DEL RÉGIMEN DE LA SOBERANÍA ALIMENTARIA*. Distrito Metropolitano de Quito,; Asamblea Naciona.

Asamblea Constituyente. (2008). “*Constitución de la República del Ecuador*”. Montecristi, Ecuador : Registro Oficial 449.

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. 217 A (III), 1.



- ASAMBLEA NACIONAL. (2014). *CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL, COIP*. Quito: Registro Oficial Suplemento 180 de 10-feb.- Ley 0.
- Berra, S. (2012). *El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud, Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina* (E-book ISBN978-987-33-3822-9, Primera edición ed.). Córdoba: Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud.
- Berra, S. d., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., & al., 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; 1, 30-39.
- Berra, S., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Mamondi, V., & Starfield, B. (2011). Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Arg Salud Publica.*, (6-14).
- Cañizares, R. (2015). ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR. *REV. MED. FCM-UCSG • VOL. 19 • N.O 4 •*, 193-204.
- Carrión, C. A. (2017). *El uso del celular y su influencia en las actividades académicas y familiares de los estudiantes de primer año de bachillerato de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de la ciudad de Quito*. Quito.: Universidad Andina Simón Bolívar, Área de Educación, Maestría en Innovación Educativa.
- Centro de Desarrollo de a Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). (2020). *Impacto social del COVID-19 en Ecuador: desafíos y respuestas* (Vol. 4). Paris: Centro de Desarrollo OCDE.
- CIESS. (2022). *Integrantes IA-PCAT*. Obtenido de <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/ia-pcat/integrantes-ia-pcat/>
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. (1978). *Declaración de ALma-Ata*. Alma-Ata: PAHO (The Pan American Health Organization).
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1990). *LEY 43 DE 1990*. El Congreso de Colombia,.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2009). *LEY 1314*. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

Copeland, G. (2005). A Practical Handbook for Clinical Audit. *Clinical Governance Support Team, NHS*, 1-50.

Defensoría del Pueblo. (2019). *Defensoría del Pueblo consigue en Loja que se garantice el derecho a la salud y el acceso a medicamentos para 8 pacientes con enfermedades catastróficas*. Quito, Ecuador: Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/defensoria-del-pueblo-consigue-en-loja-que-se-garantice-el-derecho-a-la-salud-y-el-acceso-a-medicamentos-para-8-pacientes-con-enfermedades-catastroficas/>.

Donabedian, A. (1980.). *The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan. : Vol.1. Health Administration Press. Ann Arbor. .

Dotson, P. (2013). CPT® Codes: What Are They, Why Are They Necessary, and How Are They Developed? *US National Library of Medicine National Institutes of health*, 283-587.

Enrique, E. (1986). AUDITORIA MEDICA. *Honduras Pediátrica*, 33-35.

Evelyn, B. (2019). *Implementar el Proceso de Auditoría Médica para la recuperación de valores de las Prestaciones de Servicios de Salud en un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Red Privada Complementaria, Periodo 2019*. Quito: UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ COLEGIO DE POSGRADOS.

Florian, C. (2016). *La Auditoria, Origen Y Evolucion ¿Por Que En Colombia Solo Se Conoce A Través De Leyes?* Bogotá: Universidad Libre De Colombia. [Master's Thesis].

Fracolli, L., Pereira, M., Rodrigues, F., Souza, M., Cappellini, V., & Correa, A. (2014). Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciênc. saúde coletiva*, 19(12). Retrieved from <https://www.scielo.br/j/csc/a/cKrs5thPNMj6sPCdq9S4hsM/?lang=en>



- Galindo, M. (2018). LA PIRÁMIDE DE KELSEN O JERARQUÍA NORMATIVA EN LA NUEVA CPE Y EL NUEVO DERECHO AUTONÓMICO. *REVISTA JURÍDICA DERECHO*, ISSN 2413 – 2810, Volumen 7. Nro. 9 Julio – Diciembre, 126-148.
- Giraldo Osorio A, V. Á. (2020). Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática. *Hacia promoc. salud.*, Volumen 25, No.1, 109-129. doi:109-129 DOI: 10.17151/
- Henao, L. (2010). *Globalización y Auditoría en Salud*. Medellín: Universidad CES, Especialista en Auditoría en Salud.
- Heredia, F. Á. (2009). *Auditoría médica y epidemiología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Jumbo Ordóñez, D. P. (02 de diciembre de 2020). Crisis económicas y covid-19 en Ecuador: impacto en las exportaciones. *Revista Universidad y Sociedad.*, 12(6), 103-110. Epub. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000600103&lng=es&tlng=.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000600103&lng=es&tlng=)
- Liberta, B. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto . *Acimed*, 15(3).
- Llanos, F. (2000). Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Rev Med Hered*, 107-112.
- Lowi, T. (1972). *Public Administration Review*, Vol. 30, No. 3. Chicago: JSTOR, University of Chicago, Stable URL:<http://links.jstor.org/sici?sici=0033-3352%28197005%2F06%2930%3A3%3C314%3ADMVPMT%3E2.0.CO%3B2-W>.
- Mena, A. C., & Casalí, P. (2021). *El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19*. Lima: Coordinadora Nacional de Proyecto en Ecuador de la OIT Países Andinos.
- Ministerio de Salud de Brasil. (2010). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil*. Obtenido de http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/08/Manual_PCATool_2010.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2002). *LEY ORGANICA DE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Quito: Ley 80, Registro Oficial 670 de 25-sep.Estado: Vigente.



- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud OYO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AM 5212*. Quito: Acuerdo Ministerial 0030 del 2020, Suplemento del Registro Oficial No. .
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2017). *NORMA TÉCNICA SUSTITUTIVA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO*. Quito: Edición Especial N° 20 - Registro Oficial ACUERDO N° 0091.
- Ministerio de Salud Pública del Perú Hospital "San José del Callao". (2004.). *Manual De Auditoria En Salud*. Callao: MSP del Perú.
- Ministerio del Interior. (24 de Julio de 2019). *Ministerio del Interior*. Recuperado el 24 de 07 de 2019, de <https://www.ministeriointerior.gob.ec/ministro-del-interior-informa-sobre-la-nueva-tabla-de-porte-de-drogas/>
- MSP. (2014). *Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)*. Quito: Registro Oficial N° 279, Suplemento.
- Naranjo Ferregut, J. A. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&tlng=es.
- OMS, O. M. (1946). *Constitución De La Organización Mundial De La Salud, 45a edición*. Nueva York: DOCUMENTOS BÁSICOS, suplemento 2006.



- OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Salud en la nueva Constitución 2008*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: ISBN 978 92 4 356373 2, ISSN 1020-6760.
- Organización Panamericana de la Salud . (2008). *Perfil del Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C.: OPS, © : ISBN 978-92-75-33267-2 (Electrónico), tercera edición.
- Osorio, G., Sayes, N., Fernández, L., Araya, E., & Poblete, D. (2002). Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista médica de Chile*, 130(2), 226-229. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000200014>
- PAEZ CAÑÓN, D. (2015). *SITUACION ACTUAL DE LA AUDITORIA MEDICA EN COLOMBIA*. NUEVA GRANADA: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA, FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, DIRECCION DE POSGRADOS.
- Pasarín, I., & Berra, S. (2013). Evaluación de la atención primaria: Las "Herramientas de Evaluación de la Atención Primaria - Versión para instalaciones" para el sistema sanitario español. *Gac Sanit*, 27(1). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100003#:~:text=The%20Primary%20Care%20Assessment%20Tools%20\(P%20CAT\)%20was%20developed%20to%20address,assessment%20model%20for%20PC%20domains.&text=Three%20versions%20were%20develope](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100003#:~:text=The%20Primary%20Care%20Assessment%20Tools%20(P%20CAT)%20was%20developed%20to%20address,assessment%20model%20for%20PC%20domains.&text=Three%20versions%20were%20develope)
- Pavon, L., & Calvache, P. (2017). *LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA EN EL ECUADOR*. QUITO: ISBN: 978-9942-28-786-1.



- Ponzo, J., & Berra, S. (2014). *Colaboración en la implementación del modelo PCAT en Iberoamérica*. Obtenido de http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/08/20140123_IA-PCAT.pdf
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española, Edición del Tricentenario*. España: Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=CGv2o6x>.
- Rivera, C., & Berra, S. (2014). *Estudio de las funciones de la APS desde la perspectiva de los equipos de salud y usuarios de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba*. Obtenido de <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/08/Informe-Estudio-DAPS-2012-2013-Ago2014.pdf>
- Roura, A. M. (08 de 04 de 2020). Coronavirus | Entrevista con el ministro de Salud de Ecuador, Juan Carlos Zevallos: "No se pueden esconder los cadáveres". Reino Unido.
- Ruth Lucio, E. M., Nilhda Villacrés, M. M., & Rodrigo Henríquez, M. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 3 supl 2:S177-S187.
- Sandiya, B. (2015). Surgical Mortality Audit—lessons Learned in a Developing Nation. *International Surgery*, 1026-1032.
- Sandoval, H. (2012). *Introducción A La Auditoria*. México DF: Red Tercer Milenio S.C.
- Savinovich, J. (2012). *LA SALUD Y SUS REFORMAS DENTRO DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO ECUATORIANO*. QUITO: FACULTAD DE DERECHO, UDLA.
- SENPLADES. (2017). *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2017-2021, TODA UNA VIDA*. QUITO: Resolución N.º CNP-003-2017.
- Subdirección de Regulación, IESS. (2014). *Manual de Procedimientos de la Auditoría de la Facturación de las Cuentas Médica*. Quito: Dirección del Seguro Individual y Familiar, IESS.
- Sun, D., Ahnh, Lievens, T., & Zeng, W. (2017). Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. *PLoS ONE*, 12(3):e0173346. doi:10.1371/journal.pone.0173346



- Tapia, E. (2019). *Gobierno Ecuatoriano Bajar  Cuatro FUentes de Recursos*. Quito: El Comercio, con sultado en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/gobierno-ecuador-fuentes-recursos-presupuesto.html>.
- Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366.
- Torres Melo, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las Políticas Públicas, Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá: IEMP, Ediciones.
- Villar, M. (2011). *Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención*. Perú: Acta Med Per 28(4).
- Zambrano, S. (23 de 04 de 2020). Más de 22 mil casos de coronavirus en Ecuador, cifra real de este 23 de abril. *MetroEcuador*. Ecuador.
- Zapata, M. (2018). IMPORTANCIA DEL SISTEMA GRD PARA ALCANZAR LA EFICIENCIA HOSPITALARIA. *Revista Médica Clínica Las Condes Volume 29, Issue 3, May–June*, 347-352.



17. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS (AR-PCAT-AE)

AR-PCAT-AE (USUARIOS ADULTOS)

A.A. IDENTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD O MÉDICO DE CABECERA	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
--	---------------	-------------------	-------------------	------------------	--------

A continuación, le realizaré preguntas sobre los servicios y la atención de salud que usted recibe. Con las siguientes tres preguntas usted identificará cuál es el centro o profesional que tiene como fuente principal de atención primaria ya sea públicos, de su obra social o de su plan de salud.

A1. ¿Hay algún médico/a o lugar al que Usted Vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?	4	3	2	1	9
A2. ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?	4	3	2	1	9
A3. ¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?	4	3	2	1	9

B.B. PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
------------------------------------	---------------	-------------------	-------------------	------------------	--------



Por favor, elija la mejor respuesta.					
B1. Cuando usted necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su Centro de Salud antes de asistir a otro lado?	4	3	2	1	9
B2. Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su Centro de Salud antes de asistir a otro lado?	4	3	2	1	9
B3. Cuando tiene que ir a un especialista, ¿su Centro de Salud lo tiene que autorizar o derivar?	4	3	2	1	9

C.C. PRIMER CONTACTO – ACCESO	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
C2. ¿Está abierto su CENTRO DE SALUD, por lo menos, algunas tardes durante la semana hasta las 20 horas?	4	3	2	1	9
C3. Si su CENTRO DE SALUD está abierto y Usted se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?	4	3	2	1	9
C5. Cuando su CENTRO DE SALUD está cerrado, ¿puede recibir un número de teléfono al que sus usuarios puedan llamar si se enferman?	4	3	2	1	9
C6. Si su CENTRO DE SALUD está cerrado durante los sábados y domingos y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día? Si está siempre abierto, marque 4.	4	3	2	1	9
C10. ¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CENTRO DE SALUD?	4	3	2	1	9



D.D. CONTINUIDAD	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
D1. Cuando Ud. va a su CENTRO DE SALUD, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?	4	3	2	1	9
D4. Si U d. tiene una pregunta, ¿ puede llamar y hablar c/el médico/a o enfermera que lo/ la conoce más?	4	3	2	1	9
D5. Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD ¿le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus preocupaciones o problemas?	4	3	2	1	9
D6. ¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD ?	4	3	2	1	9
D9. Su médico/a o profesional es de su CENTRO DE SALUD ¿conocen cuáles son los problemas más importantes par a Ud. y su familia?	4	3	2	1	9
D10.Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD ¿conocen su historia clínica completa?	4	3	2	1	9
D13.Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD ¿conocen los medicamentos que Ud. está tomando?	4	3	2	1	9

E. E. COORDINACIÓN	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.



E7. ¿Su médico/a o profesional de su CENTRO DE SALUD sabe que Ud. fue al especialista o servicio de especialidad médica?	4	3	2	1	9
E8. ¿Algún profesional de su C APS habló con Ud. acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema?	4	3	2	1	9
E10. ¿Su médico/a o profesional de su CENTRO DE SALUD le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	4	3	2	1	9

F. F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
F1. Cuando Ud. va a su CENTRO DE SALUD, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación o informes médicos previos?	4	3	2	1	9
F3. Cuando va a su CA PS, ¿su historia clínica está siempre disponible?	4	3	2	1	9

G. G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
A continuación, se presenta una lista de servicios que Usted o su familia puede necesitar en cualquier momento. ¿Cuál de estos servicios se encuentra disponible en su CENTRO DE SALUD ?					
G1. Atención a consultas sobre nutrición o dieta.	4	3	2	1	9
G2. Colocación de vacunas.	4	3	2	1	9
G7. Asesoramiento sobre adicciones.	4	3	2	1	9



G8. Asesoramiento sobre problemas de salud mental.	4	3	2	1	9
G11. Asesoramiento y pruebas para VIH/SIDA.	4	3	2	1	9
G12. Examen de audición.	4	3	2	1	9
G15. Inmovilización de un tobillo esguinzado.	4	3	2	1	9
G17. Pruebas de Papa Nicolau (PAP) para detectar cáncer de cuello de útero.	4	3	2	1	9
G20. Control del embarazo.	4	3	2	1	9

H. H. GLOBALIDAD (SERVICIOS RECIBIDOS)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
Durante las consultas a su CENTRO DE SALUD, ¿hablan con Usted sobre los siguientes temas?					
H1. Hábitos saludables, como alimentación y descanso.	4	3	2	1	9
H2. Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas. (artículos de limpieza, solventes industriales)	4	3	2	1	9
H6. Control de niveles de colesterol en la sangre.	4	3	2	1	9
H7. Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume.	4	3	2	1	9
H10. Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad.	4	3	2	1	9



H11. Prevención de caídas.	4	3	2	1	9
----------------------------	---	---	---	---	---

I. I. ENFOQUE FAMILIAR	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
I2. ¿Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en su familia?	4	3	2	1	9
I3. ¿Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD se reunirían con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	4	3	2	1	9

J. J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
J2. ¿Su médico/a o profesionales de su CENTRO DE SALUD conocen los problemas de salud más importantes de su barrio?	4	3	2	1	9
J12. Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud.	4	3	2	1	9

K. K. COMPETENCIA CULTURAL	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
K2. ¿Le recomendaría su CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?	4	3	2	1	9



K3. ¿Le recomendaría su CAPS una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?	4	3	2	1	9
--	---	---	---	---	---

AR-PCAT-PE (PROVEEDORES)

C.C. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
C2. ¿SU CONSULTORIO ESTÁ ABIERTO AL MENOS UN DÍA DE LA SEMANA HASTA LAS 20 HORAS?	4	3	2	1	9
C3. ¿Cuándo sus usuarios se enferman, ¿alguien de su consultorio lo vería ese mismo día si está abierto?	4	3	2	1	9
C5. ¿Cuándo el consultorio está cerrado, ¿usted tiene atención médica telefónica cuando Usted se enferme? Si está siempre abierto, marque 4.	4	3	2	1	9
C6. ¿Cuándo sus usuarios se enferman y su consultorio está cerrado los sábados y domingos, ¿podría alguien del consultorio ver a sus usuarios en el mismo día?	4	3	2	1	9
C10. No se incluye en esta versión.	4	3	2	1	9



D. D. CONTINUIDAD	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
D1. ¿En su consultorio los usuarios ven al mismo médico cada vez que hacen una consulta?	4	3	2	1	9
D4. ¿Si sus usuarios tienen una duda, pueden llamar y hablar con el médico o la enfermera que los conoce mejor?	4	3	2	1	9
D5. ¿Cree que usted le da a sus usuarios suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?	4	3	2	1	9
D6. ¿Cree usted que sus usuarios se sienten bien hablando con usted sobre sus preocupaciones o problemas?	4	3	2	1	9
D9. ¿Cree usted que comprende qué problemas son más importantes para los usuarios que usted ve?	4	3	2	1	9
D10. ¿Conoce usted la historia médica completa de cada paciente?	4	3	2	1	9
D13. ¿Cree usted que conoce todos los medicamentos que sus usuarios están consumiendo?	4	3	2	1	9

E. E. COORDINACIÓN	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
E7. ¿Cree que usted sabe sobre todas las visitas que sus usuarios hacen a especialistas?	4	3	2	1	9



E8. ¿Cuándo los usuarios necesitan una derivación, ¿usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema?	4	3	2	1	9
E10. Cuando los usuarios son derivados, ¿usted les da información por escrito para el especialista o los servicios especializados?	4	3	2	1	9

F.F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
F1. ¿Se espera que los usuarios traigan registros como carné de vacunas o notas de atención médica recibida en el pasado?	4	3	2	1	9
F3. ¿Las historias clínicas están disponibles cuando usted ve a sus usuarios?	4	3	2	1	9
¿Usted utiliza alguno de los siguientes métodos para asegurar que sus usuarios reciben los servicios indicados?					
F4. Diagramas de flujo de los resultados de laboratorio en la historia clínica.	4	3	2	1	9

G. G. GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
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.	4	3	2	1	9
G2. Vacunas.	4	3	2	1	9



G7. Asesoramiento o tratamiento por consumo de alcohol o sustancias tóxicas.					
G8. Asesoramiento por problemas de conducta o salud mental.	4	3	2	1	9
G11. Asesoramiento y pruebas de VIH/ SIDA.					
G12. Timpanocentesis.	4	3	2	1	9
G15. Inmovilización de un tobillo esguinzado.					
G17. Citología vaginal (PAP).	4	3	2	1	9
G20. Atención prenatal.					

H. H. GLOBALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS)	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
¿Habla de los siguientes temas con sus usuarios?					
H1. Hábitos saludables como la alimentación y el descanso.	4	3	2	1	9
H2. Seguridad del hogar como almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)	4	3	2	1	9
H6. Niveles de colesterol.	4	3	2	1	9
H7. Medicamentos que están siendo consumidos.	4	3	2	1	9
H10. Prevención de quemaduras con agua caliente.	4	3	2	1	9



H11. Prevención de caídas.	4	3	2	1	9
H15. Cambios en el crecimiento y en la conducta que los padres y madres pueden esperar a diferentes edades.	4	3	2	1	9

I. I. ENFOQUE FAMILIAR.	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
I2. ¿En su consultorio se pregunta a sus usuarios sobre las enfermedades o problemas que puede haber en su familia?	4	3	2	1	9
I3. ¿En su consultorio están dispuestos y pueden reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o de problemas familiares?	4	3	2	1	9
I4. Se utilizan familiogramas o el cuestionario APGAR familiar.	4	3	2	1	9
I13. Se evalúa el impacto de la salud de los usuarios en el funcionamiento familiar.	4	3	2	1	9

J. J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA.	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
J2. ¿Considera que en su consultorio se tiene un adecuado conocimiento de los problemas de las comunidades que atiende?	4	3	2	1	9
¿En su consultorio se utilizan algunos de los siguientes datos para determinar qué programas o servicios son necesarios en la comunidad que atiende?					
J12. Encuestas comunitarias.	4	3	2	1	9



J7. Tasas de vacunación.	4	3	2	1	9
J8. Datos de salud pública sobre salud laboral.	4	3	2	1	9

K. K. COMPETENCIA CULTURAL.	Sí, sin duda.	Probablemente sí.	Probablemente no.	No, en absoluto.	No sé.
K2. ¿En su consultorio pueden comunicarse con personas que no hablen bien en castellano?	4	3	2	1	9
K3. Si es necesario, ¿usted tiene en cuenta creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, medicinas caseras)?	4	3	2	1	9
En su consultorio 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, costumbres religiosas).	4	3	2	1	9
K8. La composición del equipo de salud del consultorio refleja la diversidad cultural de la población atendida.	4	3	2	1	9

(Berra S. , 2012)



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO / DIGITAL

Evaluación de las Funciones Esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) Adaptando e Implementando la Herramienta AR-PCAT-AE (Primary Care Assessment Tool) en el distrito Metropolitano de Quito, durante el primer trimestre del año 2021.

Buen día, mi nombre es FABIÁN ALJANDRO CAJAS TORRES y estudio la ESPECIALIDAD DE AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad “UTE”. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de las funciones esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) y para ello queremos pedirle su apoyo.

Este estudio nos permitirá evaluar las funciones esenciales de la APS (Atención Primaria de Salud) desde el punto de vista del proveedor y del paciente-usuario adulto, usaremos una herramienta con preguntas validadas y previamente usada en Argentina, para obtener un criterio certero.

Su participación en el estudio consistiría en completar unos cuestionarios con información sobre su experiencia acerca del uso de las unidades de salud del distrito Metropolitano de Quito.

Su participación en el estudio es voluntaria y su información será confidencial. Esto quiere decir que se divulgará a nadie sus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pido que por favor ponga un (✓) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escriba su nombre.

Si no desea participar, no ponga ningún signo (✓), ni escribas su nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Fecha: _____ de _____ de ____.

<https://www.office.com/launch/forms?auth=1>

