



ORIGINALES

Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú

Evaluation of primary care during the COVID-19 pandemic in a Peruvian region

Bladimir Becerra-Canales¹

¹ Universidad Autónoma de Ica (UAI). Ica, Perú. icapredica@gmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.521201>

Recibido: 17/04/2022

Aceptado: 11/07/2022

RESUMEN:

Introducción: La atención primaria es el pilar fundamental de un sistema de salud efectivo; el incumplimiento de los atributos esenciales podría contribuir al colapso de los sistemas de salud en eventuales pandemias.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los atributos de la atención primaria y sus factores asociados, según perspectiva del usuario externo en el contexto de la pandemia por COVID-19, en una región del Perú.

Método: Estudio transversal, que incluyó 1064 usuarios externos, seleccionados aleatoriamente. Utilizando la Encuesta se recogieron características sociodemográficas y de salud. El cumplimiento de los atributos de la atención primaria fue valorado con la versión modificada del instrumento PCAT-A10. Se realizó un análisis descriptivo y multivariado mediante modelos lineales generalizados de la familia Poisson para evaluar ciertos factores asociados al incumplimiento de los atributos de la atención primaria.

Resultados: De los participantes, el 76,6% perciben que los atributos básicos esenciales se incumplen; asimismo, en el primer contacto (74,7%), continuidad (87,8%), coordinación (95,7%), globalidad (88,3%) y competencia cultural (75,9%). La condición de estudiante ($p < 0,001$), autopercepción de salud regular ($p = 0,010$), adulto de 30 a 59 años ($p < 0,001$) y la condición de usuarios del centro de salud Subtanjalla ($p = 0,001$), Parcona ($p < 0,001$) y Guadalupe ($p < 0,001$), se encuentran asociados a mayor percepción de incumplimiento de los atributos de la atención primaria.

Conclusiones: Desde la perspectiva de los usuarios externos los atributos esenciales son incumplidos en los centros de atención primaria; existen factores asociados a mayor probabilidad de percibir que estos atribuidos son incumplidos.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Atención Integral de Salud; Sistema de salud; Pandemia; COVID-19.

ABSTRACT:

Introduction: Primary care attention is the fundamental pillar of an effective health system; a failure to comply with its essential attributes could contribute to the collapse of the health systems in the event of pandemics.

Objective: To evaluate the compliance of the primary attention's attributes and its associated factors, according to the external user's perspective in the context of the COVID-19 pandemic in a Peruvian region.

Method: Cross-sectional study, which included 1064 randomly selected external users. Also, the sociodemographic and health characteristics were collected using the survey. And the compliance of the primary care attributes was valued using the modified version of the PCAT-A10 instrument. Finally, a descriptive and multivariate analysis was performed using generalized linear models of the Poisson family to evaluate certain factors associated with noncompliance with the attributes of primary care.

Results: 76.6% of the participants perceive that the essential basic attributes are not met; likewise, in the first contact (74.7%), continuity (87.7%), coordination (95.7%), globality (88.3%) and cultural competence (75.9%). The student condition ($p<0,001$), self-perception of regular health ($p=0.010$), adult from 30 to 59 years old ($p<0.001$), and the condition of users of Subtanjalla ($p=0.001$), Parcona ($p<0.001$) and Guadalupe ($p<0.001$) health centers were associated with a greater perception of non-compliance with the attributes of primary health care.

Conclusions: From the external user's perspective the essential attributes are met in primary care centers; there are factors associated with a greater probability of perceiving that these attributes are not met.

Keywords: Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health System; Pandemic; COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria (AP) es conceptualizada como: La provisión de servicios de salud integrados y accesibles a cargo de profesionales sanitarios, responsables de abordar una gama de necesidades de salud individual, con un vínculo sostenido con los pacientes, en un contexto familiar y comunitario ⁽¹⁾.

En el contexto actual de la crisis sanitaria por la pandemia de la COVID-19, es necesario revalorar y retomar los aportes de Barbara Starfield, quien ha demostrado que una AP fuerte, requiere poner en práctica sus atributos esenciales (Accesibilidad, longitudinalidad, coordinación e integralidad) ⁽²⁾. Asimismo, las ideas primarias de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que aún siguen vigentes y que invoca a los países la necesidad de fortalecer la AP ⁽³⁾, para garantizar mejores resultados sanitarios, confirmado en recientes estudios ⁽⁴⁾.

En el Perú, la Resolución Ministerial 278-2011/MINSA; aprueba el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención ⁽⁵⁾ y la reciente Ley N° 30885 establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud-RIS ⁽⁶⁾; además, la Resolución Ministerial 969-2021/MINSA aprueba el Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud ⁽⁷⁾; si bien, esta normativa refleja los esfuerzos orientados a fortalecer la AP, sin embargo, persisten numerosos retos y brechas pendientes.

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia la precariedad de los sistemas de salud, siendo responsable de consecuencias catastróficas en la población y del colapso del sistema sanitario, dada su magnitud impredecible y características propias⁽⁸⁾. En etapas iniciales los centros y puestos de salud fueron inhabilitados, se limitó la accesibilidad y continuidad de la atención y redujo drásticamente la atención presencial, se detuvo toda actividad preventiva-promocional y mantuvo solo la atención de urgencias y emergencias, limitándose a la referencia de todo caso con sintomatología respiratoria aguda al nivel hospitalario ⁽⁹⁾; esta actitud podría revelar la débil implementación de la AP, hecho que pudo contribuir al colapso del sistema sanitario.

Los centros de AP están en una posición única para manejar la crisis sanitaria, pues se ha demostrado que puede resolver el 80% de la morbilidad general ^(2, 4); por tanto, el 80% de los casos de COVID-19, que cursan con sintomatología leve y no requieren ingreso hospitalario ⁽¹⁰⁾.

En consecuencia, urge la necesidad de renovar la AP, optimizando sus atributos esenciales ⁽¹¹⁾. Las cuales, deben ser consideradas como imprescindibles en el proceso de fortalecimiento de la estrategia de AP ⁽¹²⁾. En este camino la evaluación de la AP, representa un instrumento clave para la mejora continua de la calidad en salud y permite la toma de decisiones basada en la evidencia. Por tanto, el objetivo del estudio fue evaluar el cumplimiento de los atributos de la atención primaria, según perspectiva del usuario externo en el contexto de la pandemia por COVID-19, en una región del Perú.

MÉTODO

Tipo de estudio y población

Estudio transversal, realizado durante abril a julio del año 2021. La población de estudio fueron los usuarios externos de centros de AP, de una región sanitaria (>850 765 habitantes), de la provincia de Ica, Perú. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado en dos etapas, primero se seleccionaron 12 centros de salud y luego se asignó la muestra proporcional en cada uno de estos establecimientos. Como paso previo se determinó una muestra global de 1 064 usuarios externos, con el algoritmo matemático para poblaciones finitas, un nivel de confianza de 95%, precisión 3% y una proporción esperada de 50%. Se incluyeron adultos de ambos sexos, de consulta ambulatoria, que acostumbra ir al establecimiento de salud de su jurisdicción, que haya sido referido en alguna oportunidad a un establecimiento de mayor complejidad y que aceptaron participar del estudio. Se excluyeron pacientes de emergencia y los que no aceptaron participar en el estudio.

Variables, instrumento y procedimientos

La variable, cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria (CAAP), definida operacionalmente como “el grado de implementación de los atributos de la AP, (accesibilidad, coordinación, continuidad, globalidad y competencia cultural), según percepción de los usuarios externos en los servicios de salud”, fue valorada con la versión modificada del instrumento PCAT-A10 ⁽¹³⁾. La escala tipo Likert consta de 10 preguntas de opción de respuesta múltiple: No lo sabe (0), No en absoluto (1), Es probable que no (2), Es probable que sí (3), Sí, sin duda (4). Incluye cuatro preguntas de primer contacto (Ítems 1, 2, 3, y 4), tres de continuidad de la atención (Ítems 5, 6 y 7) y una de coordinación (Ítem 8), globalidad (Ítem 9) y competencia cultural (Ítem 10). La escala tiene una puntuación global de 0 a 40 puntos, mayores puntuaciones reflejan buen funcionamiento de la AP y puntuaciones menores peor funcionamiento. Para el presente estudio se consideró un límite dada por la puntuación media de la muestra global + 0,75 por la desviación estándar, para establecer que puntuaciones ≤ 22 , significa incumplimiento de los atributos de la atención primaria (IAAP); asimismo, primer contacto ≤ 10 puntos, continuidad ≤ 8 puntos y coordinación, globalidad y competencia cultural ≤ 3 puntos respectivamente, mayores puntuaciones indican CAAP.

El instrumento no ha sido validado en población peruana; por tal razón, se realizaron modificaciones mínimas en algunos enunciados, esta propuesta fue presentada a un equipo de expertos conformado por tres profesionales médicos con grado de doctor, que laboran en centros de AP, quienes no sugirieron modificaciones en los ítems del instrumento; luego se realizó un pilotaje en 86 usuarios externos, como resultado de este procedimiento no hubo modificaciones adicionales en los reactivos; la consistencia interna fue adecuada con el coeficiente Omega de McDonald ($\omega=0,802$). Se analizaron variables sociodemográficas y de salud, como la edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, tipo de seguro, autopercepción de la salud y centro de AP.

Durante el periodo de ejecución del estudio, se coordinó fechas y horas para la recogida de información, los usuarios externos del ámbito jurisdiccional de influencia del centro de AP fueron captados en los exteriores del establecimiento de salud; para garantizar la calidad del llenado de las fichas, doce encuestadoras fueron debidamente capacitadas. Una vez confirmado que el participante cumplía con los criterios de inclusión, se le explicó el propósito del estudio y sus procedimientos, se obtuvo el consentimiento verbal y se procedió a realizar la encuesta heteroadministrada, siendo llenadas por los encuestadores, buscando privacidad en los casos donde se encontró más de un potencial participante.

Análisis estadístico

El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar. Para evaluar diferencias la variable principal CAAP, fue categorizada como IAAP (si/no) y se utilizó el Chi cuadrado para comparar grupos entre la variable de interés con las variables sociodemográficas y de salud. Se emplearon modelos lineales generalizados de familia Poisson con función de enlace logarítmica para evaluar ciertos factores asociados al IAAP. Se calcularon razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos IC95%; se incluyeron en el modelo ajustado, aquellas variables con un $p < 0,05$ en el modelo crudo. Para el procesamiento de datos, se usó el paquete estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" para Windows versión 25.0 en Español. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Ica (CO-001-01-2021/CE). Se solicitó el consentimiento para participar en el estudio y se informó a los usuarios externos que su participación era voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Participaron 1 064 usuarios, en su mayoría de género femenino (78,9%); grado de instrucción secundaria (53,2%); ocupación ama de casa (48,1%); con Seguro Integral de Salud (70,3%); autopercepción de buena salud (50,7%); centro de AP de Parcona (19,8%); el promedio de edad fue de 45 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de frecuencias, porcentajes y estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y de salud de los participantes en el estudio.

Variable	n	%
Género		
Masculino	225	21,1
Femenino	839	78,9
Grado de instrucción		
Sin estudio	16	1,5
Primaria	179	16,8
Secundaria	566	53,2
Superior técnico	198	18,6
Superior universitario	105	9,9
Ocupación		
Ama de casa	512	48,1
Estudiante	172	16,2
Obrero	215	20,2
Comerciante	13	1,2
Sin ocupación	86	8,1
Otros	66	6,2
Tipo de seguro		
Seguro Integral de Salud	748	70,3
ESSALUD	88	8,3
Ninguno	218	20,5
Otros	10	,9
Percepción de la salud		
Mala	32	3,0
Regular	493	46,3
Buena	539	50,7
Centro de AP		
La Tinguña	187	17,6
San Martín	59	5,5
San Juan Bautista	69	6,5
Acomayo	81	7,6
Fonavi IV	52	4,9
Señor de Luren	28	2,6
Subtanjalla	71	6,7
Los Aquijes	59	5,5
Parcona	211	19,8
La Palma	60	5,6
Guadalupe	44	4,1
Santiago	143	13,4
Edad, Media (DT)	45,46 (17,48)	

Los resultados revelan que solo el 35,1% de usuarios externos reconoce a su centro de atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud, contestando que sí, sin duda, irían allí, cuando tuvieran un nuevo problema de salud y el 24,1% recomendaría su médico o centro de salud a un amigo o familiar. Los ítems con más

respuestas “no en absoluto” fueron el ítem 2, referente a la visita del personal de salud el mismo día si estuviera enfermo (48,0%); el ítem 3, sobre la atención telefónica de inmediata si es preciso (30,3%) e ítem 8, referido a la coordinación de la atención (35,2%). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de frecuencias de los ítems de la escala PCAT-A10.

Nº	Ítems	Cumplimiento de atributos de la AP				
		No lo sabe n (%)	No, en absoluto n (%)	Es probable que no n (%)	Es probable que si n (%)	Si, sin duda n (%)
Primer contacto						
1	Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿primero, va a su centro de salud antes de ir a otro sitio?	20(1,9)	34(3,2)	94(8,8)	543(51,0)	373(35,1)
2	Cuando su centro de salud, está abierto y se pone usted enfermo/a ¿le visita alguien de allí el mismo día?	142(13,3)	511(48,0)	243(22,8)	145(13,6)	23(2,2)
3	Cuando su centro de salud está abierto, ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso?	175(16,4)	322(30,3)	177(16,6)	313(29,4)	77(7,2)
4	Cuando su centro de salud está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo/a?	291(27,3)	251(23,6)	112(10,5)	255(24,0)	155(14,6)
Continuidad de la atención						
5	Cuando va a su centro de salud, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a?	107(10,1)	196(18,4)	381(35,8)	342(32,1)	38(3,6)
6	Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a de su centro de salud, que le conoce mejor?	199(18,7)	202(19,0)	212(19,9)	369(34,7)	82(7,7)
7	¿Sabe su médico/a del centro de salud, qué problemas son más importantes para usted?	149(14,0)	151(14,2)	379(35,6)	326(30,6)	59(5,5)
Coordinación de la atención						
8	Después de acudir al hospital cuando usted es referido de su centro de salud ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?	136(12,8)	375(35,2)	218(20,5)	289(27,2)	46(4,3)
Globalidad de la atención						
9	En su centro de salud, ¿puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo ansiedad, depresión)?	183(17,2)	189(17,8)	138(13,0)	430(40,4)	124(11,7)
Competencia cultural						
10	¿Recomendaría su médico o centro de salud a un amigo o familiar?	65(6,1)	91(8,6)	132(12,4)	520(48,9)	156(14,9)

La puntuación media total de la escala PCAT-A10, fue de 17,94 (DE 6,15), baja puntuación que indica un mal funcionamiento de la AP, durante la pandemia por COVID-19. Similares resultados fueron revelados en el atributo primer contacto 8,13 (DE 3,16), continuidad 5,94 (DE 2,37); coordinación 1,75 (DE 1,12); globalidad 2,12 (DE 1,31) y competencia cultural 2,76 (DE 1,10).

El IAAP, es confirmada por el 76,6% (IC 95%:74,0-79,1), de los usuarios externos, mayor percepción de IAAP, se identificó en sexo femenino (76,9%; IC 95%:74,0-79,7), sin estudios (87,5%; IC 95%:69,3-1,05) y quienes no tienen ningún tipo de seguro de salud (80,3%; IC 95%:74,9-85,6), no obstante, las diferencias no fueron significativas ($p>0,05$). Además, la percepción del IAAP fue mayor en los comerciantes (84,6%; IC 95%:61,9-1,07), autopercepción de la salud mala (87,5%; IC 95%:75,3-99,6) y regular (87,1%; IC 95%:78,3-85,1) respectivamente, en los adultos de 30 a 59 años (76,5%; IC 95%:76,5-82,9) y los usuarios externos del centro de salud Parcona (100%; IC95%:1,00-1,00), las diferencias estadísticas en estos grupos resultaron significativas ($p<0,05$). (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis descriptivo y bivariado de las variables socio-laborales y de salud según incumplimiento de atributos de la AP, en la muestra de estudio.

Variable	Incumplimiento de atributos de la AP						Valor de p
	No			Si			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Sexo							
Masculino	55	24,4	18,7-30,1	170	75,6	69,9-81,2	0,678
Femenino	194	23,1	20,2-25,9	645	76,9	74,0-79,7	
Grado de instrucción							
Sin estudio	2	12,5	9,43-30,7	14	87,5	69,3-1,05	0,353
Primaria	43	24,0	17,7-30,3	136	76,0	69,6-82,3	
Secundaria	125	22,1	18,6-25,5	441	77,9	74,4-81,3	
Superior técnico	56	28,3	21,9-34,6	142	71,7	65,3-78,0	
Superior universitario	23	21,9	13,8-29,9	82	78,1	70,0-86,1	
Ocupación							
Ama de casa	110	21,5	17,9-25,0	402	78,5	74,9-82,0	0,044
Estudiante	31	18,0	12,2-23,8	141	82,0	76,1-87,7	
Obrero	59	27,4	21,4-33,4	156	72,6	66,5-78,5	
Comerciante	2	15,4	9,26-38,0	11	84,6	61,9-1,07	
Sin ocupación	25	29,1	19,2-38,8	61	70,9	61,1-80,7	
Otros	22	33,3	21,6-45,0	44	66,7	54,9-78,3	
Tipo de seguro							
Seguro Integral de Salud	179	23,9	20,8-27,0	569	76,1	73,0-79,1	0,300
ESSALUD	23	26,1	16,7-35,0	65	73,9	64,5-83,2	
Ninguno	43	19,7	14,4-25,0	175	80,3	74,9-85,6	
Otros	4	40,0	30,0-76,9	6	60,0	23,0-96,9	
Autopercepción de la salud							
Mala	4	12,5	0,03-24,6	28	87,5	75,3-99,6	0,000
Regular	90	18,3	14,8-21,6	403	87,1	78,3-85,1	
Buena	155	28,8	24,9-32,5	384	71,2	67,4-75,0	
Grupos de edad							
Adulto joven (18-29 años)	92	27,0	22,2-31,7	249	73,0	68,2-77,7	0,014
Adulto (30-59 años)	124	20,2	17,0-23,4	489	79,8	76,5-82,9	
Adulto mayor (60 a + años)	33	30,0	21,3-38,7	77	70,0	61,3-78,7	
Centro de AP							
La Tinguíña	54	28,9	22,3-35,4	133	71,1	64,5-77,6	0,000
San Martín	13	22,0	11,1-32,9	46	78,0	67,0-88,8	
San Juan Bautista	15	21,7	11,7-31,7	54	78,3	68,2-88,2	
Acomayo	27	33,3	22,8-43,8	54	66,7	56,1-77,1	
Fonavi IV	15	28,8	16,1-41,5	37	71,3	58,4-83,8	
Señor de Luren	8	28,6	10,7-46,4	20	71,4	53,5-89,2	
Subtanjalla	40	56,3	44,5-68,1	31	43,7	31,8-55,4	
Los Aquijes	19	32,2	19,9-44,4	40	67,8	55,5-80,0	
Parcona	0	0	0	211	100,0	1,00-1,00	
La Palma	14	23,3	12,3-34,3	46	76,7	65,6-87,6	
Guadalupe	4	9,1	0,02-17,9	40	90,9	82,0-99,7	
Santiago	40	28,4	20,3-35,4	103	72,0	64,5-79,4	
Total escala	249	23,4	20,8-25,9	815	76,6	74,0-79,1	
Primer contacto	268	25,3	22,6-27,9	795	74,7	72,1-77,3	
Continuidad	130	12,2	10,2-14,1	934	87,8	85,8-89,7	

Coordinación	46	4,3	3,10-5,55	1018	95,7	94,4-96,9
Globalidad	124	11,7	9,72-13,5	940	88,3	86,4-90,2
Competencia cultural	256	24,1	21,4-26,6	808	75,9	73,3-78,5

IC95%: Intervalos de confianza al 95%.

Debido a las diferencias significativas encontradas, se realizó un ajuste empleando modelos lineales generalizados. Se asociaron a mayor percepción de IAAP, la condición de estudiante (RPa = 1,17; IC95%: 1,08-1,27), autopercepción de salud regular (RPa = 1,09; IC95%: 1,02-1,16), ser adulto de 30 a 59 años (RPa = 1,16; IC95%: 1,08-1,24) y la condición de usuarios del centro de salud Subtanjalla (RPa = 0,63; IC95%: 0,48-0,82), Parcona (RPa = 1,42; IC95%: 1,34-1,49) y Guadalupe (RPa = 1,28; IC95%: 1,14-1,43) respectivamente. (Tabla 4)

Tabla 4. Modelos crudos y ajustados de regresión para evaluar la asociación entre los factores socio-laborales y de salud y el incumplimiento de los atributos de la AP, en la muestra de estudio.

Variable	Incumplimiento de atributos de la AP					
	RPc	Crudo IC95%	Valor de p	RPa	Ajustado IC95%	Valor de p
Sexo						
Masculino		Referencia				
Femenino	0,98	0,90-1,06	0,682	-	-	-
Grado de instrucción						
Sin estudio		Referencia				
Primaria	0,99	0,90-1,08	0,832	-	-	-
Secundaria	1,03	0,97-1,10	0,281	-	-	-
Superior técnico	0,92	0,84-1,01	0,096	-	-	-
Superior universitario	1,02	0,91-1,13	0,694	-	-	-
Ocupación						
Ama de casa		Referencia			Referencia	
Estudiante	1,08	1,00-1,17	0,044	1,17	1,08-1,27	0,000
Obrero	0,93	0,85-1,02	0,141	-	-	-
Comerciante	1,10	0,87-1,39	0,399	-	-	-
Sin ocupación	0,92	0,80-1,05	0,242	-	-	-
Otros	0,86	0,72-1,02	0,097	-	-	-
Tipo de seguro						
Seguro Integral de Salud		Referencia				
ESSALUD	0,96	0,84-1,09	0,548	-	-	-
Ninguno	1,06	0,98-1,14	0,126	-	-	-
Otros	0,78	0,47-1,29	0,341	-	-	-
Autopercepción de la salud						
Mala	1,14	1,00-1,31	0,046	1,03	0,90-1,17	0,631
Regular	1,13	1,06-1,21	0,000	1,09	1,02-1,16	0,010
Buena		Referencia			Referencia	
Grupos de edad						
Adulto joven (18-29 años)		Referencia				
Adulto (30-59 años)	1,10	1,02-1,18	0,006	1,16	1,08-1,24	0,000
Adulto mayor (60 a + años)	0,90	0,79-1,02	0,123	-	-	-
Centro de AP						
La Tinguíña		Referencia			Referencia	
San Martín	1,01	0,88-1,17	0,793	-	-	-
San Juan Bautista	1,02	0,89-1,16	0,727	-	-	-
Acomayo	0,85	0,72-1,00	0,056	-	-	-
Fonavi IV	0,92	0,77-1,10	0,390	-	-	-
Señor de Luren	0,93	0,73-1,17	0,553	-	-	-
Subtanjalla	0,55	0,42-0,72	0,000	0,63	0,48-0,82	0,001
Los Aquijes	0,87	0,73-1,05	0,159	-	-	-
Parcona	1,41	1,35-1,47	0,000	1,42	1,34-1,49	0,000
La Palma	1,00	0,86-1,15	0,990	-	-	-
Guadalupe	1,19	1,08-1,32	0,000	1,28	1,14-1,43	0,000
Santiago	0,93	0,83-1,03	0,199	-	-	-

IC95%: Intervalos de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada.

DISCUSIÓN

El estudio describe el cumplimiento de los atributos de la AP, en una región sanitaria del Perú, durante la pandemia por COVID-19. Se halló, en la muestra de estudio puntuaciones bajas, que revelan incumplimiento de los atributos esenciales de la AP; siete de cada diez usuarios externos refieren que los atributos se incumplen en los centros de AP, hecho que pone en evidencia las debilidades del sistema de salud, durante la crisis sanitaria. Resultados similares fueron reportados en diversos estudios ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, en contextos previos al colapso del sistema sanitario y es que la AP, ha tenido un desarrollo limitado en Latinoamérica y África ⁽¹⁸⁾.

Si bien, las diferencias fueron significativas en la percepción de IAAP, según la ocupación, autopercepción de la salud, grupo de edad y centro de AP, en el modelo ajustado se demostró que la condición de estudiante, autopercepción de la salud regular, adulto de 30 a 59 años y la condición de usuarios procedentes del centro de salud Subtanjalla, Parcona y Guadalupe, infieren mayor probabilidad de percibir que los atributos de la AP, son incumplidos. Por tanto, estos hallazgos sugieren redefinir políticas que permitan alcanzar “salud para todos” y la rectoría del Estado para garantizarlo ⁽¹⁹⁾.

Así mismo, siete de cada diez usuarios consideran que el atributo accesibilidad se incumple en los centros de AP; en correspondencia con otros estudios ^(14,20). Este resultado revela que los centros de AP no estarían asumiendo su rol de puerta de entrada al sistema; este hecho podría limitar la resolución del 80% de la morbilidad general y promover conductas dirigidas a buscar atención de salud en etapas tardías de la enfermedad. Por otro lado, la insatisfacción del usuario se ha incrementado en los centros de AP ⁽²¹⁾, con repercusiones en la fidelidad usuaria y, por tanto, en el primer contacto. Sumado a esto, la persistencia de un sistema de salud fragmentado en el Perú; donde el 47% de afiliados al SIS usa como puerta de entrada al sistema los centros y puestos de salud; los afiliados a otros seguros utilizan hospitales o clínicas y los no asegurados farmacias y boticas ⁽²²⁾. Si bien se han realizado avances importantes para mejorar la accesibilidad ⁽⁵⁻⁷⁾, existe aún, limitada inversión y baja calidad de gestión que produce servicios poco eficaces que no responden a las necesidades de salud poblacional, generando una grave crisis del sector salud ⁽²³⁾.

En ese orden, ocho de cada diez usuarios externos perciben que el atributo continuidad se incumple y en su mayoría refieren que es probable que no sean atendidos por el mismo médico; resultados similares fueron reportados ^(14,15). Si bien, la gestión de la calidad en salud ⁽¹⁹⁾ y el desarrollo de recursos humanos ⁽²⁴⁾ son elementos esenciales para garantizar el cumplimiento de este atributo; ciertos factores como la rotación del personal de salud, el debilitamiento de estructuras de apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud ⁽²⁵⁾ y la insatisfacción usuaria⁽²¹⁾, pueden repercutir en el incumplimiento de la longitudinalidad de la atención. Otro factor a tener en cuenta es la carencia de recursos humanos en AP⁽²⁶⁾. El 55% de centros de AP no cuenta con médicos y funcionan con otro tipo de profesional y/o técnico asistencial ⁽²⁷⁾. No obstante, en los últimos años se realizaron avances importantes en el desarrollo y gestión de los recursos humanos (RHUS) en el Perú; sin embargo, la

asignación del capital humano en el PNA continúa siendo un reto y persiste un modelo de provisión obsoleto, que repercute en el mal funcionamiento de la AP ⁽²⁴⁾. Urge la necesidad de formular y desarrollar un plan nacional de recursos humanos, para garantizar una cobertura adecuada de trabajadores asistenciales en los centros de AP ⁽¹⁹⁾. Contar con RHUS, capaces de responder a las demandas y necesidades sanitarias de la población, es una prioridad sectorial.

El atributo coordinación de la atención es percibido por nueve de cada diez usuarios externos, como poco eficiente y oportuno, su incumplimiento evidencia limitaciones en su implementación. Similares resultados fueron encontrados en otras investigaciones ^(14,15,28). Existen iniciativas importantes en el Perú ⁽²⁹⁾ que requieren ser potenciadas para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, mediante el intercambio de información efectiva entre los prestadores de servicios, facilitando un adecuado flujo de información para el cuidado integral del paciente ⁽³⁰⁾. Es necesario implementar un sistema de información adecuado, que permita la coordinación de la atención en los diferentes niveles del sistema. Una buena iniciativa sería el fortalecimiento de la implementación de un sistema de información integrado, dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud, incrementar la capacidad de gestión local, financiamiento equitativo y sostenible ⁽⁷⁾.

El atributo globalidad de la atención, que considera el abordaje de la salud mental en los tiempos actuales de pandemia, se incumple según la percepción de casi nueve de cada diez usuarios; este hallazgo concuerda con otros estudios ^(14,15,30). Si bien, su cumplimiento puede estar limitado por una deficiente formación de los médicos para la AP, la escasa asignación de profesionales psicólogos a los centros de AP, recursos financieros y la sobrecarga asistencial; es necesario apostar por una AP fortalecida y dotarla de los recursos necesarios; así mismo, otorgarle el liderazgo que requiere y realmente merece ⁽³¹⁾. Es conveniente reorientar la oferta de servicios de salud y garantizar una gama de servicios en el primer nivel de atención, para resolver los problemas sanitarios más frecuentes de la población; como las secuelas físicas y psíquicas de la COVID-19.

Para finalizar, siete de cada diez usuarios refiere que el atributo competencia cultural se incumple y, por lo tanto, no recomendaría su médico o centro de salud a un amigo o familiar; este hallazgo concuerda con estudios que reportan niveles de insatisfacción alto en los centros de AP, en el contexto actual de la crisis sanitaria ⁽²¹⁾. Si bien, la pandemia por COVID-19, representa una oportunidad de mejora de los atributos de AP, es imprescindible la participación social en la gestión pública, posicionar la AP en la mesa de las decisiones como algo prioritario, el rol de la universidad en la formación, extensión universitaria e investigación en AP y en el nivel operativo el cambio de actitud de los equipos básicos de AP.

Como limitaciones del estudio, se declara la falta de investigaciones similares en el contexto actual de la crisis sanitaria, hecho que dificultó hacer comparaciones; sin embargo, esta puede ser considerada una fortaleza, al ser el estudio uno de los primeros en su tipo que aborda esta problemática en tiempos de pandemia. No se estableció una relación de causalidad; a pesar de ello, caracterizar y comparar las variables de estudio es importante, porque permite identificar y atender necesidades específicas, en los grupos analizados. Por tanto, se requieren futuras investigaciones que busquen nuevas variables explicativas asociadas principalmente al IAAP. Por otro lado, la escala reducida de 10 ítems, podría presentar limitaciones, para valorar los

diferentes atributos de AP, como lo hace la versión extensa original. No obstante, diversos países han adaptado el PCAT en versiones reducidas, evidenciando fortalezas, dada su aplicabilidad como un instrumento corto; su contenido es útil, en el contexto actual, donde la accesibilidad a los servicios, la coordinación entre niveles asistenciales, la atención en salud mental desde la AP, son prioridades esenciales.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la población, los atributos de la AP son incumplidos. Esta situación revela debilidades en el funcionamiento de la AP, que podría haber contribuido al colapso del sistema de salud, durante la pandemia por COVID-19. Urge la necesidad, de renovar o fortalecer políticas orientadas a mejorar el rendimiento de los sistemas de salud, basados en AP; que permitan enfrentar con éxito la problemática sanitaria actual y eventos pandémicos futuros.

REFERENCIAS

1. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
2. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
4. Schäfer WLA, Boerma WGW, van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. Prim Health Care Res Dev. 2019; 20(e104). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32800009/>
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021 [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas; 2011 [citado el 21 de febrero del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>
6. Perú, Ministerio de Salud. Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud. Lima: MINSA; 2018.
7. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 969-2021-MINSA: Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud [Internet]. El Peruano. 29 de julio del 2021. [citado el 21 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046143-969-2021-minsa>
8. Becerra-Canales BD, Becerra-Huamán D. Inteligencia Conscencial en adultos peruanos en tiempos de pandemia por COVID-19. Rev. cuba. enferm. 2021; 37: e4117.
9. Ministerio de Salud. 2020. RM N° 95-2020/MINSA: Documento técnico: "Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19". Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF
10. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate. Febrero 2020. (Citado el 24 de febrero del 2022). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>
11. Batalla C, Gené J, Mascort J. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? Aten Primaria. 2020;52:598-9.
12. Solera-Albero J, Tárraga-López PJ. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. JONNPR. 2020;5:468-72.

13. Rocha K, Rodríguez-Sanz M, Carme S, Pasarín I. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Aten Primaria*. 2020;53:3-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656719303786>
14. Almeida F, Sousa A, Caniçali C, et al. Evaluación de los atributos de la atención primaria en la perspectiva de las usuarias que experimentan el cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015;23:553-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mMQNVVVsQQcfCfGvmBcfnP/?lang=es>
15. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:1366-72. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/46TyRwq84HzMRVmKsSTDv5d/?format=pdf&lang=en>
16. Rebelo A, Aparecida R, Carvalho E. Coordinación y longitudinalidad del cuidado en la atención primaria de salud en la Amazonia brasileña. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20180841. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/t3zBZDr4F7RYBwyZXWH6w5s/abstract/?lang=es>
17. Araujo M, Seabra M, Castello M, et al. Evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Artigos-Interface* 2020; 24 (1) Disponible en: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>
18. Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*. 2019; 4(Suppl 8):e001551. Disponible en: https://gh.bmj.com/content/4/Suppl_8/e001551
19. Ugarte-Ubilluz Ó. Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):296-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4495>.
20. Cuba-Fuentes M, Jurado G, Estrella E. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Med Hered*. 2011; 22:4-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100002
21. Becerra-Canales B, Pecho-Chávez L, Gómez-León M. Satisfacción del usuario externo en un establecimiento de atención primaria, durante la pandemia COVID-19. *Rev Méd Panacea*. 2020;9:165-170. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/369>
22. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32:464-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300008
23. Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos [Informe][En línea]. Perú: Perú 21; 2018. [Citado el 28 de febrero del 2022] URL disponible en: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peruineficiencias-sector-afectando-millonesperuanos-396225>
24. Inga-Berrosipi F, Arosquipa Rodríguez C. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(2):312-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>.
25. Becerra-Canales B, Condori-Becerra A. Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36:658-63. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/4299>

26. Ministerio de Salud del Perú. Registro Nacional de Personal de la Salud 2016. Información de Recursos Humanos en Salud. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. 2016. (Citado el 12 de marzo del 2022). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>
27. Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS. (Citado el 13 de marzo del 2022). Disponible en: <https://tinyurl.com/y8yawbjg>
28. Lizana M, Flores E, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. Rev Med Hered. 2020; 31: 175-80. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3807>
29. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA. (Citado el 18 de marzo del 2022). Disponible en: <https://tinyurl.com/yc9ctam3>
30. Cuba-Fuentes M, RomeroAlbino Z, Dominguez R, Rojas L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. An Fac med. 2018;79:346-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf>
31. Minué Lorenzo S. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. AMF 2020. (Citado el 22 de marzo del 2022). Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia