



**Eficiencia de la atención primaria de salud  
en el Centro de Salud San Martín de Porres,  
Villa El Salvador 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión Pública**

**AUTORA:**

Br. Iris Jesús García Tejada

**ASESOR:**

Dr. José Víctor Quispe Atúncar

**SECCIÓN:**

Humanidades

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Dirección

**LIMA – PERÚ**

**2017**

Página del Jurado

.....  
Dr. Noel Alcas Zapata  
Presidente

.....  
Dra. Violeta Cadenillas Albornoz  
Secretario

.....  
Dr. José Víctor Quispe Atúncar  
Vocal

## **Dedicatoria**

A Germán<sup>f</sup> y Aurora, mis padres.

### **Agradecimientos**

A Dios, a mi familia, a la Universidad César Vallejo y a mis profesores, a mis amigos y a mis compañeros de trabajo, por estar a mi lado alentándome y posibilitándome alcanzar con éxito mis metas personales y profesionales.

## **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Iris Jesús García Tejada, identificada con D.N.I. N° 06597876, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Sede Lima Norte, declaro que el trabajo académico titulado Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016, presentado en 143 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión Pública, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 26 de agosto del 2017

Iris Jesús García Tejada  
D.N.I. N° 06597876

## Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016, con la finalidad de determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en la atención de los usuarios en dicho establecimiento de salud público, a la luz de la administración moderna, el éxito de una institución de salud pública depende del papel que cumplen cada uno de los servidores dentro de la entidad y se sustenta en una gestión con eficiencia que considere prioritaria la atención primaria de salud.

La información está estructurada en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. En el capítulo I, denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación. En el capítulo III los resultados tanto descriptivos como inferenciales. En el capítulo IV se presenta la discusión de los resultados. En el capítulo V se exponen las conclusiones, y en el capítulo VI las recomendaciones. En el capítulo VII se presentan las referencias bibliográficas y en el capítulo VIII los anexos de la investigación.

El informe de esta investigación fue elaborado siguiendo el protocolo de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y es puesto a vuestra disposición para su análisis y las observaciones que estimen pertinentes.

La autora

## Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xi
Abstract	xii
<b>I. Introducción</b>	<b>13</b>
1.1. Antecedentes	14
1.2. Fundamentación científica	18
1.3. Justificación	35
1.4. Problema	37
1.5. Objetivos	39
<b>II. Marco metodológico</b>	<b>41</b>
2.1. Variable X: Eficiencia de la atención primaria de salud	42
2.2. Metodología	43
2.3. Tipo de estudio	43
2.4. Diseño	44
2.5. Población, muestra y muestreo	44
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
2.7. Métodos de análisis de datos	50
2.8. Aspectos éticos	52

	Pág.
<b>III. Resultados</b>	<b>53</b>
<b>IV. Discusión</b>	<b>60</b>
<b>V. Conclusiones</b>	<b>64</b>
<b>VI. Recomendaciones</b>	<b>66</b>
<b>VII. Referencias bibliográficas</b>	<b>69</b>
<b>Anexos</b>	<b>76</b>
Anexo 1 - Artículo científico	78
Anexo 2 - Matriz de consistencia	113
Anexo 3 - Constancia emitida por la institución que acredita la realización del estudio in situ	115
Anexo 4 - Matriz de datos	117
Anexo 5 - Instrumento	122
Anexo 6 - Carta de consentimiento informado	127
Anexo 7 - Formato de validación de instrumento	129
Anexo 8 - Carta de presentación para validación de instrumentos por juicio de experto	139
Anexo 9 - Centro de Salud San Martín de Porres	141

## Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Definiciones de salud	19
Tabla 2. Atención primaria vs. atención especializada	33
Tabla 3. Operacionalización de la variable X: eficiencia de la atención primaria de salud	43
Tabla 4. Descripción de la población de la investigación	45
Tabla 5. Descripción de la muestra de la investigación	48
Tabla 6. Resultados de la evaluación de los instrumentos por criterio de expertos	50
Tabla 7. Resumen de procesamiento de casos para el coeficiente Alfa de Cronbach	51
Tabla 8. Coeficiente Alfa de Cronbach	51
Tabla 9. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud	54
Tabla 10. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad	55
Tabla 11. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad	56
Tabla 12. Nivel de la variable eficiencia de la variable atención primaria de salud en su dimensión coordinación	57
Tabla 13. Nivel de la variable eficiencia de la variable atención primaria de salud en su dimensión integralidad	58
Tabla 14. Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud	59

## Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Determinantes sanitarios	20
Figura 2. Impacto del estado socioeconómico sobre la salud a lo largo del curso de vida	21
Figura 3. Marco conceptual de los determinantes sanitarios	21
Figura 4. Campos de la salud de Lalonde (1974)	23
Figura 5. Componentes del primer nivel de atención	24
Figura 6. Propuestas de reforma	26
Figura 7. Principios, valores y enfoques	30
Figura 8. Construcción de redes integradas de servicios de salud	31
Figura 9. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud	54
Figura 10. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad	55
Figura 11. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad	56
Figura 12. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación	57
Figura 13. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad	58
Figura 14. Nivel de las dimensiones de la variable atención primaria de salud	59

## Resumen

La presente tesis titulada Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016, tuvo como objetivo general determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador.

El diseño fue no experimental transversal descriptivo simple, con enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por 93 trabajadores que laboran en dicho centro de salud, obteniéndose una muestra representativa de 75 participantes, quienes se ubican en grupos ocupacionales de nivel asistencial y administrativo. Para la investigación se utilizó un cuestionario adaptado del Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider), cuya validez se obtuvo mediante el criterio de expertos; para la confiabilidad se aplicó un estudio piloto a 20 individuos con similares características que la muestra, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.812 que nos indicó una confiabilidad buena del instrumento. Se aplicó la estadística Descriptiva Se empleó estadística descriptiva, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0 para el análisis de datos.

Como resultado se observó que en relación con la eficiencia de la atención primaria de salud el 65.33% de los trabajadores perciben un nivel regular mientras que 34.67% perciben un nivel bueno. En relación con la eficiencia de atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad, el 49.33% percibieron un nivel regular; en su dimensión longitudinalidad, el 74.67% percibieron un nivel regular; en su dimensión coordinación, el 52.00% percibieron un nivel bueno; y en su dimensión integralidad, el 65.34% percibieron un nivel bueno. Como conclusión se tiene que el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El, Salvador presenta una tendencia al nivel regular.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, accesibilidad, longitudinalidad, coordinación, integralidad.

## Abstract

This thesis entitled Efficiency of primary care Health Center Health San Martin de Porres, Villa El Salvador 2016, general objective was to determine the level of efficiency of the primary health care in the Health Center San Martin de Porres, Villa El Salvador.

Design was not experimental cross-sectional descriptive simple, quantitative approach. The population consisted of 93 workers working at the health center, obtaining a representative sample of 75 participants, who are placed in care and administrative level occupational groups. A questionnaire was used to research adapted from the Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider), whose validity was obtained using the criteria of experts, for reliability, a pilot study was applied to 20 individuals with similar characteristics that shows it, with a 0.812 Cronbach's alpha coefficient that told us a good reliability of the instrument. Applied statistics descriptive was used descriptive statistics, using IBM SPSS Statistics 24.0 for the analysis of data.

As result it was noted that with respect to the efficiency of the primary attention of health the 65.33% of workers perceive a level while regular to 34.67% perceive a good level. Regarding the efficiency of primary health care in its accessibility dimension, the 49.33% perceived a level regularly; longitudinality dimension, the 74.67% perceived a level regularly; in its coordination dimension, the 52.00% perceived a good level; and in its integrality dimension, the 65.34% perceived a good level. As conclusion is that the efficiency of the primary health care level in the Centre of health St. Martin de Porres of Villa, Salvador has a tendency to the regular level.

**Key words:** primary care health, coordination, accessibility, longitudinality, coordination, integrality.

## **I. Introducción**

## 1.1. Antecedentes

### A nivel internacional

Romano (2015) realizó la tesis Atención Primaria de Salud en la provincia de Barcelona: medición de la eficiencia técnica a través de un análisis envolvente de datos (DEA) con la intención de valorar a las instituciones de Barcelona (España), y cómo el análisis cambia cuando la calidad se considera. La muestra estuvo constituida por 58 instituciones de 32 municipios de Barcelona. Empleó el método DEA, estudiando las relaciones existentes entre los recursos usados y los servicios de salud brindados. Como resultado obtuvo: (1) eficiencia máxima: (a) considerando solo producción, solamente una institución (1.7%); (b) agregando el desembolso de medicamentos, se incrementó a cinco instituciones (8.62%); (c) considerando la calidad, se incrementó a 34 instituciones (58.6%); y (2) promedio de eficiencia: (a) considerando solo la producción fue 35.3%; (b) agregando el desembolso de medicamentos fue de 77.1%; y (c) considerando la calidad, alcanzó el 99.2%. Concluyó en no evaluar la productividad de las instituciones aisladamente, sino que debe valorarse la eficiencia incluyendo la calidad como política de salud, no justificándose privatizar las instituciones.

Berra et al. (2013) realizaron el estudio Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud, con el fin de precisar su semejanza con la original versión. La muestra estuvo constituida por 296 participantes adultos. La exploración abarcó: (a) la especificación de los elementos y su escala, donde los puntajes se obtienen sumando los resultados; (b) la confiabilidad escalar; y (c) la validez dimensional. Concluyeron que el cuestionario PCAT presenta confiabilidad y validez apropiadas, semejantes con su original versión, y que el procedimiento desarrollado podría adaptarse a otras realidades para progresar en la valoración de la atención primaria con instrumentos de calidad.

Pasarín et al. (2013) realizaron el estudio *Evaluation of primary care: The 'Primary Care Assessment Tools – facility version 1' for the spanish health system*, con el objeto de lograr traducciones del instrumento para aplicarlo en castellano y catalán. La muestra estuvo constituida por 130 directivos de atención primaria. El estudio incluyó: (a) la especificación de cada ítem y su contraste mediante una escala Likert, donde los puntajes se obtienen sumando los resultados de cada ítem; (b) la fiabilidad, mediante estadística inductiva inferencial; y (c) la validez, a través de: entrevistas cognitivas, panel de expertos, y validez discriminante y convergente. Posteriormente la versión final fue enviada a todos los directores de salud de Barcelona (España).

Nebot, Baqués, Crespo, Valverde y Canela-Soler (2005) realizaron el estudio *La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria*, con el propósito de precisar las características de las prestaciones que descontentan al usuario, comprobando sus causas para la implementación de procesos de mejoramiento prestacional. La muestra estuvo constituida por 200 pacientes del *Centre d'Atenció Primària (CAP) Rambla del Institut Català de la Salut, ubicado en Sant Feliu de Llobregat*. Como resultado encontraron: (a) que el 16% de encuestados manifestó mayor descontento en la espera, tanto para conseguir una cita como antes del momento de prestación, y (b) que entre las causas de demanda insatisfecha: el incremento de usuarios, citas duplicadas, y el incremento de casos de urgencia. Concluyeron que la apreciación del usuario facilita entender como las instituciones públicas satisfacen sus requerimientos sanitarios, facilitando el desarrollo de acciones de mejoramiento prestacional.

Puig-Junoy (2000) realizó el estudio *Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera*, con la finalidad de hacer un examen del estudio empírico de la eficiencia de la salud española. La muestra estuvo constituida por 25 estudios de eficiencia: (a) trece realizados a nivel internacional: siete británicos, cinco americanos y uno finlandés; y (b) doce estudios españoles. De los trece estudios internacionales, once de ellos emplearon la metodología *Data Envelopment Analysis - DEA*, dos el método de frontera estocástica de costos - *SFA*, y solo uno el método *Malmquist*. De los estudios

españoles, once usaron el método DEA, y solo uno usó el método SFA. Como resultados obtuvieron: (1) en la mayoría de estudios internacionales realizados utilizaron como medida el número de visitas realizadas como medida de producción; (2) similar situación ocurrió mayormente en los estudios realizados en España, donde solo en tres de los doce estudios se adicionaron: (a) en uno, la medición de la calidad, (b) en otro, la cobertura de atención, y (c) en otro, población, la actividad, cumplimiento de objetivos. Concluyó que al estudiar la eficiencia de la atención: (a) la mayoría consideró la metodología DEA como herramienta para evaluar la función de producción, y solo uno evaluó la función de costos con métodos estocásticos y paramétricos; (b) hay predominio de las mediciones de actividades para reconocer los outputs y pocas veces se evaluaron los motivos de no eficiencia; y (c) hay relevantes cuestiones metodológicas condicionantes de la practicidad de la investigación.

### **A nivel nacional**

Masgo (2016) realizó el estudio Evaluación de los atributos de la atención primaria: opinión de los usuarios internos de dos centros de salud de la Microred México. SMP, 2016, con el objeto de contrastar el grado de cumplimiento de las dimensiones de la atención primaria en los Centros de Salud Amakella y Condevilla, ubicados en el distrito limeño de San Martín de Porres. La muestra estuvo constituida por 64 participantes, 32 en Amakella y 32 en Condevilla. Como resultado obtuvo: (a) en Amakella: 21.9% percibió un grado bajo de cumplimiento de los atributos de la atención primaria, 65.6% percibió un grado moderado, y 12.5% un grado superior; (b) en Condevilla: 9.5% percibió un bajo grado, 50% un moderado grado y el 40.5% un grado superior. Concluyó que no hay diferencias en la apreciación de los usuarios internos de ambas instituciones.

Rosas, Narciso y Cuba (2013) realizaron el estudio Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar, con la finalidad de comprender la significación de la atención primaria en el sistema sanitario y su diferencia con la atención especializada, describiendo las dimensiones a cumplirse: (a) accesibilidad, facilitando el ingreso al sistema sirviendo asimismo como tamiz al

disminuir el empleo del especialista, de los exámenes de diagnóstico, y de recursos tecnológicos; (b) longitudinalidad, creando una relación continua y personal entre el usuario y el profesional que lo atiende, facilitando la atención preventiva, así como precisión diagnóstica, tratamientos efectivos, hospitalización de corta estancia, y reduciendo los costos alrededor del 25%; (c) integralidad, brindando soluciones a los requerimientos de salud más comunes y prevalentes; y (d) coordinación, articulando el trabajo integrado entre los profesionales de práctica general y los especializados. Concluyeron: (a) que la aceptación de la atención primaria se sujeta a que la población admita su repercusión; (b) que los recursos para mejorarla sean elemento de la política pública; (c) que es atinado que sea ofrecida por personal de salud con formación en establecimientos de atención primaria; (d) que es necesario desarraigar la idea de que la atención brindada por el especialista es preferible que la del profesional general; y (e) que las dimensiones evaluadas son propiedades que deben considerarse para obtener resultados exitosos.

Tejada (2013) realizó el estudio Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata, con el propósito de explicitar su alcance en la actualidad. Pensada en los años 70 como táctica política para obtener “Salud para todos”, como respuesta a las significativas transformaciones sociopolíticas y económicas acaecidas globalmente posteriores a la segunda guerra mundial, que continúan aconteciendo actualmente. Concluyó que, por una errónea traducción e interpretación del inglés al español, se malentendió como prestación a nivel primario o prestación básica e insuficiente para los más desposeídos económicamente, concepciones desacertadas que sostienen la inadmisibile inequidad social y sanitaria que hasta la fecha padecemos.

Ligarda y Ñaccha (2006) realizaron el estudio La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. Microrredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003, con la intención de valorar a las instituciones públicas ubicadas en 7 distritos limeños. La muestra estuvo constituida por 136 instituciones en 17 microrredes (12 en ámbito urbano y cinco en ámbito rural). Como resultado obtuvieron: (a) máxima eficiencia: solo nueve microrredes;

(b) promedio de eficiencia: fue 97.9%; y (c) no hay diferencias en el ámbito del establecimiento (urbano o rural). Concluyeron que: (a) en la valoración de las microrredes, ocho presentaron cierto grado de no eficiencia; (b) la utilidad del DEA como instrumento de valoración de las instituciones, pese a los inconvenientes metodológicos encontrados; y (c) la motivación en el futuro de realizar evaluaciones más detalladas para determinar las causas de deficiencia.

## **1.2. Fundamentación**

### **Salud**

#### **Etimología.**

Salud proviene del latín *salus, -ūtis* (Real Academia Española, 2017). Los romanos no tuvieron impedimento para definir salud; para ellos *salus* y *salvatio*, significaban apto para librar obstáculos, siendo sus derivados castellanos 'salud' y 'salvación'. Hoy solo 'salvación' conserva su sentido original de vencer una dificultad, sea natural o sobrenatural. Si devolvemos a 'salud' su significado original, sería: hábito o estado corporal que posibilita seguir vivo, salvando los obstáculos de la vida. Vivir conlleva la actividad interna que permite a los seres vivos mantener independencia y diferenciación de su medio, al conservar la homeostasis (proceso dinámico característico de los seres vivos). Solo un ser sano está apto, mientras que uno enfermo encuentra problemas difíciles de superar, que pueden llevarlo al fracaso, a la muerte. (Pardo, 1997, p. 4)

#### **Definición.**

Entiéndase por salud como la situación en la que un organismo vivo ejercita íntegramente sus capacidades, así como la reunión de aptitudes en que las que se halla un ser en determinado instante (Real Academia Española, 2017).

Así según la carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud (1946) debe interpretarse salud como la situación de total confort biológico,

psicológico y social, y no únicamente la falta de enfermedad (p. 1), concepción que hasta la actualidad tiene vigencia.

Tabla 1

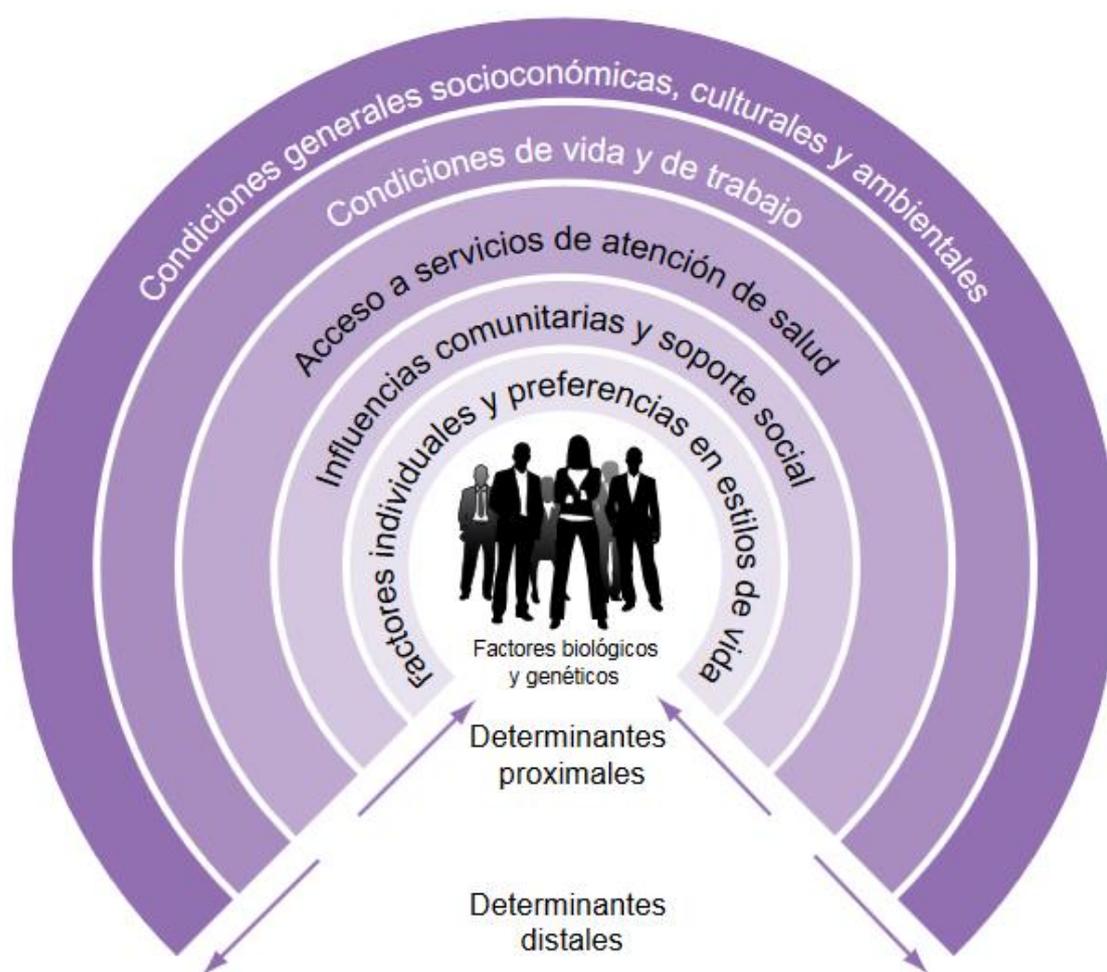
*Definiciones de salud*

<b>Definiciones de salud</b>
“La salud es la ausencia de enfermedades”. Definición Tradicional
“La salud trata de la vida en el silencio de los órganos”. Lediche (1937)
"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". OMS (1946)
"Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". René Dubos (1959)
"Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea". Herbert L. Dunn (1959)
"Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte". Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al. (1966)
"Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social". Alessandro Seppilli (1971)
"Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Milton Terris (1975)
"La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa". Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana (Perpiñan, 1978)
"La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente". Oficina regional para Europa de la OMS (1984)
"La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven". OMS (1997)

Fuente: Talavera (s.f., p. 4).

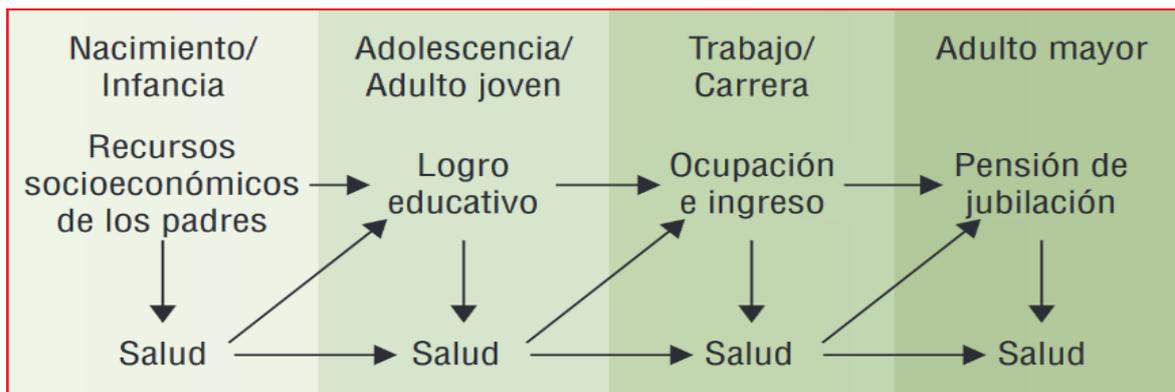
## Determinantes sanitarios.

Conocidos también como condicionantes, son las exigencias que enfrentan las personas durante su ciclo vital, al nacer, crecer, vivir, trabajar y envejecer, incluyendo los factores socioeconómico, político, cultural y del medio ambiente (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 2), y también del sistema sanitario, que repercuten en la morbilidad mundial y causa esencial de la inequidad sanitaria y de las disimilitud injustificable y eludible apreciadas del estado sanitario al interior de cada país e interpaíses (Ministerio de Salud de Perú, 2014, p. 10).



*Figura 1.* Determinantes sanitarios.

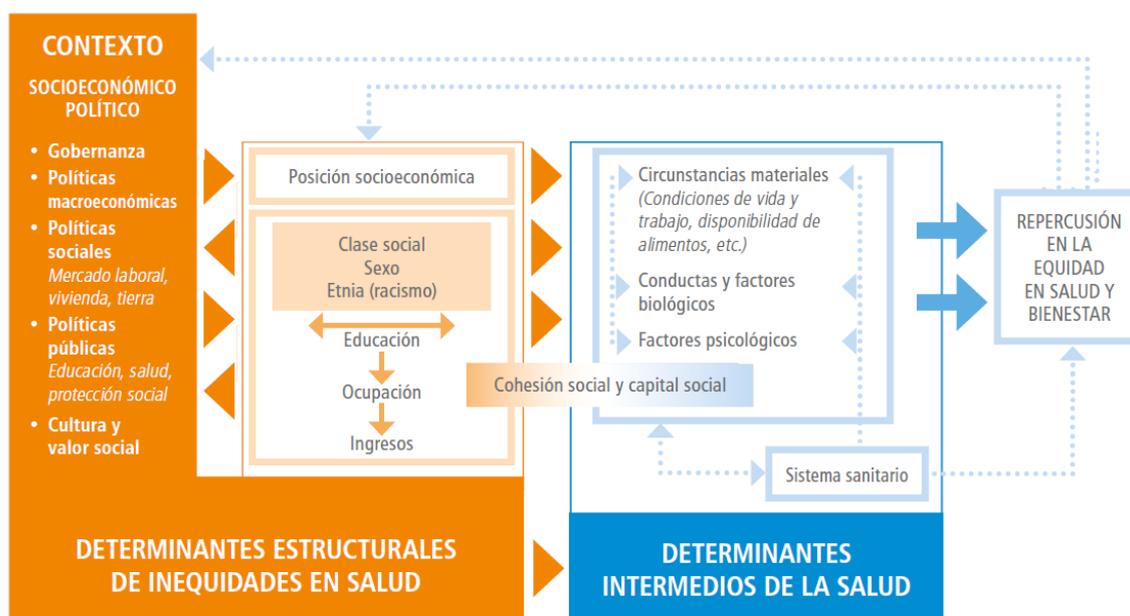
Fuente: Dahlgren & Whitehead (1991) en Organización Panamericana de la Salud (2001, p. 25).



*Figura 2.* Impacto del estado socioeconómico sobre la salud a lo largo del curso de vida.

Fuente: Adler et al. (2007) en Arcaya, Arcaya y Subramanian (2015, p. 269).

No todo condicionante tiene similar significancia, siendo más significativo aquellos que promueven estratos sociales, siendo también conocidos como condicionantes de estructura, influyentes en el estatus de las personas y primordial motivo de inequidad sanitaria, produciendo discrepancias en las condiciones sanitarias y en sus efectos individuales al impactar sobre los condicionantes intermedios (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 7)



*Figura 3.* Marco conceptual de los determinantes sanitarios.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2011, p. 7).

## **Clasificación de los determinantes sanitarios.**

Diferentes clasificaciones de determinantes se han propuesto, siendo la más difundida la de los campos de la salud de Lalonde (1974), quien consideró cuatro campos:

### **(1) Medio ambiente.**

Componente físico (agua, aire, alimentos, vestido, vivienda); componentes socioeconómico cultural (desempleo, pobreza extrema, analfabetismo, idiosincrasia).

### **(2) Estilo de vida.**

Interrelación entre los patrones de comportamiento individual y social, así como las condiciones y hábitos de vida (dieta, ejercicio, sedentarismo, consumo de sustancias prohibidas, conducta violenta, conducta sexual irresponsable, actividades riesgosas, abuso de fármacos).

### **(3) Biología humana.**

Predisposición genética a enfermar, o caso contrario, resistencia genética a enfermar.

### **(4) Servicios de salud [sistema organizativo de la atención de salud].**

Organización de las instituciones prestadoras de servicios de salud: calidad, disponibilidad, accesibilidad y costes. (Ministerio de Salud de Perú, 2014, p. 11)

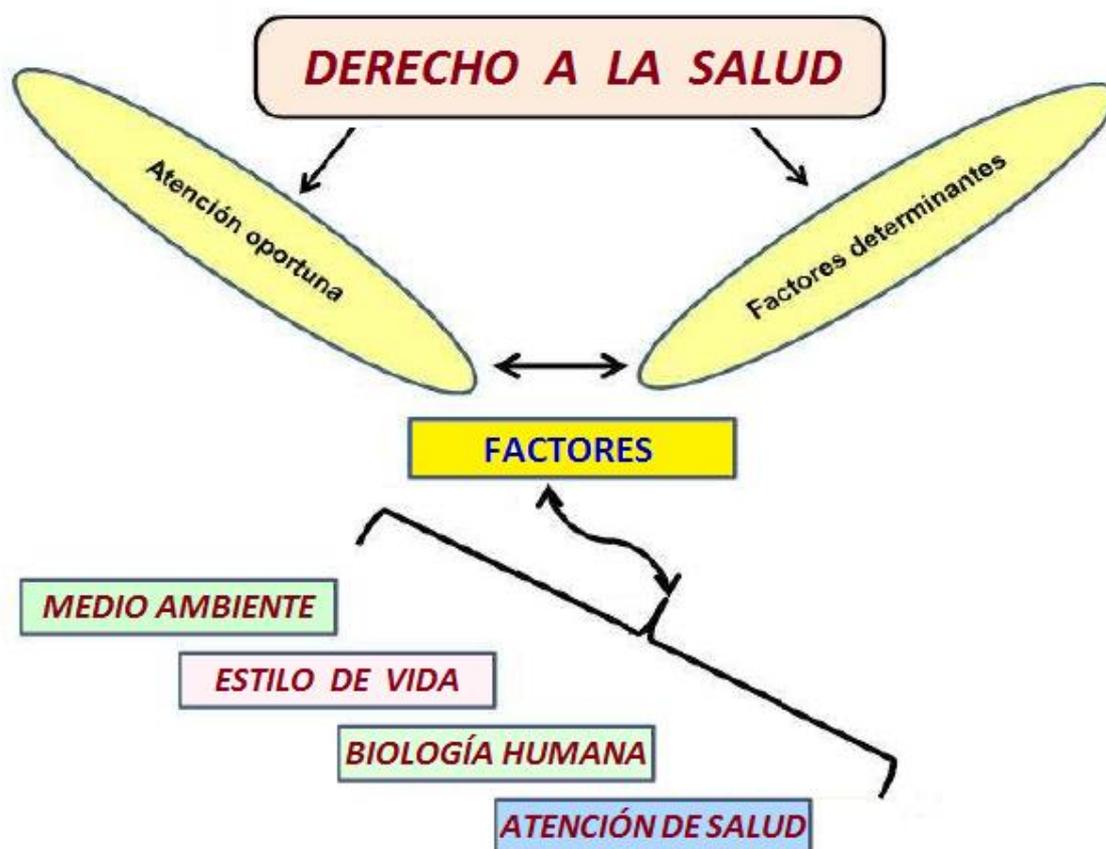


Figura 4. Campos de la salud de Lalonde (1974).

Fuente: Ministerio de Salud de Perú (2014, p. 12).

### Salud pública

Entiéndase como la suma de requisitos mínimos de salud colectiva que el Estado tiene la responsabilidad de asegurar y resguardar (Real Academia Española, 2017).

### Niveles de atención.

Constituyen una modalidad de estructurar la oferta sanitaria, al enlazar la capacidad resolutoria con la severidad y magnitud de las necesidades sanitarias poblacionales (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p.8). En Perú se consideran los siguientes niveles:

Primer nivel de atención.

Más próximo a la población (primer contacto), constituye el ingreso al sistema sanitario, donde se realizan labores de promoción, prevención y control de daños, así como el diagnóstico temprano y tratamiento apropiado, según la patología prevalente en la comunidad (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8); y donde se solucionan el 85% de patologías. Esta categoría permite brindar a la población una atención eficaz y acertada mediante su acceso oportuno a los servicios (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011, p. 12). La gravedad y severidad de las necesidades de salud propone una gran oferta de servicios de baja complejidad, facilitando y coordinando el flujo de pacientes al interior del sistema sanitario (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8).

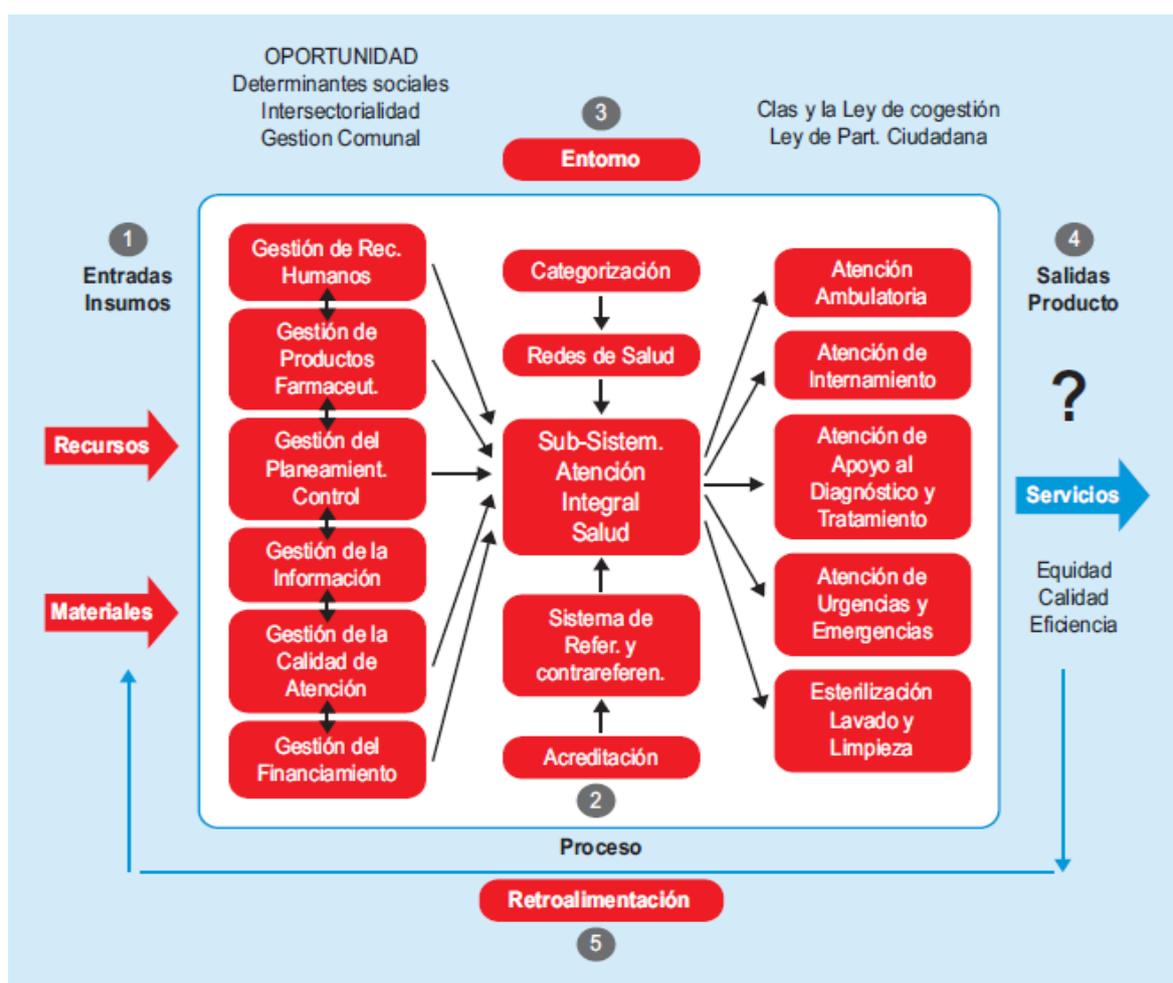


Figura 5. Componentes del primer nivel de atención.

Fuente: Ministerio de Salud de Perú (2011b, p. 26).

Segundo nivel de atención.

Complemento del nivel anterior, con mayor complejidad tecnológica y de recursos humanos, prestando servicios para resolver los requerimientos de salud de los enfermos referidos o de aquellos que acuden por requerir servicios de urgencia o emergencia (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8). Según corresponda, también desarrollan actividades preventivas promocionales. Se considera que entre los dos primeros niveles se pueden solucionar hasta el 95% de necesidades de salud de la población (Vignolo et al., 2011, p. 12).

Tercer nivel de atención.

Caracterizado por la alta especialidad y capacidad de solución de las necesidades sanitarias de los dolientes referidos de los niveles anteriores, o de aquellos que acuden por requerir servicios de urgencia o emergencia (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8). Según corresponda, también desarrollan actividades preventivas promocionales. Reservado para la atención de enfermedades complejas que demanden procedimientos especializados, así como patologías poco prevalentes, teniendo como ámbito la totalidad de un país o parte de él, solucionando aproximadamente el 5% de sus necesidades (Vignolo et al., 2011, p. 12).

### **Referencia y contrarreferencia.**

La referencia es un trámite administrativo asistencial que permite a una institución de salud (según su nivel de resolución) transferir la atención de salud de un usuario o la realización de una prueba de diagnóstico, a otra institución de salud de mayor resolución (Vignolo et al., 2011, p. 12).

La contrarreferencia es un trámite administrativo asistencial que permite a una institución de salud de mayor resolución, una vez solucionada la necesidad de salud, devolver la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o el resultado de una prueba de diagnóstico, a la institución de salud de origen (de

menor capacidad resolutoria) para el seguimiento y control necesarios (Vignolo et al., 2011, pp. 12-13).

## Reforma en salud en Perú

La reforma en salud en Perú se produce para erradicar o reducir las barreras (legales, corporativas, institucionales, administrativas, o de conducta) que actúan impidiendo que las personas ejerzan sus derechos en salud (Habich, 2013, p. 3).

La reforma tiene como visión para el futuro que cada vez más peruanos se encuentren asegurados o protegidos; que el acceso a las intervenciones colectivas y a las prestaciones sean mejores cuantitativa y cualitativamente; y que los recursos de financiamiento dirigidos para la atención sean los requeridos y usados eficiente y efectivamente (Habich, 2013, p. 23).



Figura 6. Propuestas de Reforma.

Fuente: Habich (2013, p. 14).

**Naturaleza de la reforma en salud.**

Naturaleza multidimensional.

La reforma en salud en Perú aborda las diferentes causales de los problemas de salud.

Naturaleza integral.

La reforma en salud en Perú integra acciones sanitarias: preventivo promocionales, recuperativas y rehabilitadoras.

Naturaleza multisectorial.

La reforma en salud en Perú abarca y articula los sectores involucrados con los condicionantes de salud.

Naturaleza intergubernamental.

La reforma en salud en Perú enlaza la política sanitaria con los actores comisionados de vigilar, promover y brindar prestaciones de salud, tanto regionales como locales. (Habich, 2013, p. 9).

**Retos de mejora.**

Para ampliar las mejoras en el estado de salud de los peruanos, la reforma en salud en Perú tiene cuatro retos:

- (1) Establecer una cultura de prevención y de cuidado sanitario en la comunidad.
- (2) Aumentar la protección sanitaria de los ciudadanos.

(3) Optimizar la oferta para cubrir los requerimientos y expectativas sanitarias de los peruanos.

(4) Aliviar el gasto de bolsillo de los hogares (Habich, 2013, p.8).

### **Resultados.**

Mediante la reforma en salud en Perú se pretende lograr los siguientes resultados:

(1) Protección a la población de riesgos para la salud en su entorno.

(2) Activa actuación comunitaria en el autocuidado de su salud beneficiándose de acciones preventivo promocionales.

(3) Aseguramiento a más peruanos disminuyendo su gasto de bolsillo.

(4) Solución a las necesidades de salud más prevalentes mediante su atención en instituciones cada vez más próximas y de mayor competencia resolutive.

(5) Atención brindada por personal sanitario competente y motivado, a nivel urbano como rural.

(6) Acceso a fármacos de calidad y bajo costo.

(7) Atenciones oportunas, de calidad y acordes a la idiosincrasia del usuario.

(8) Intercambio de servicios que permita el acceso de los usuarios independientemente del seguro que cuenten.

(9) Cobertura de las principales patologías sin considerar lugar de residencia o ingresos económicos.

(10) Ejercicio al derecho a la salud con aval de un ente supervisor (Habich, 2013, p.10).

### **Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención**

El Estado Peruano entre sus principales prioridades de reforma sanitaria estableció fortalecer el primer nivel para garantizar la oferta con equidad, calidad y eficiencia, asegurando las demandas y necesidades de salud en un nuevo modelo de participación sustentado en la integralidad de atención al individuo, familia y comunidad (Ministerio de Salud de Perú, 2011b, p. 22)

Para asegurar la salud en Perú al término del 2013 la oferta alcanzaba un total de 9,746 instituciones: 15 instituciones especializadas, 511 instituciones hospitalarias, 2,096 centros y 7,124 puestos, constituyendo los dos últimos el 94.60% de instituciones de salud pertenecientes al primer nivel. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014, p. 376)

### **Principios.**

En Perú los siguientes principios orientan el proceso de fortalecer el primer nivel de atención:

- Universalidad de acceso,
- Prestación continua,
- Integralidad,
- Equidad,
- Eficiencia,
- Calidad,
- Descentralización en salud,
- Promoción y participación ciudadana, y
- Respeto al derecho sanitario de las personas (Ministerio de Salud de Perú, 2011b, p. 38).

## Valores.

En Perú los siguientes valores sustentan el proceso de fortalecer el primer nivel de atención:

- “Derecho,
- Equidad, y
- Solidaridad” (Ministerio de Salud de Perú, 2011b, p. 39).

Un sistema sanitario cimentado en la protección considera un análisis organizacional y operativo del sistema, con la intención de conseguir el mayor nivel sanitario, maximizando su carácter solidario y equitativo (Ministerio de Salud, 2011b, p. 39).

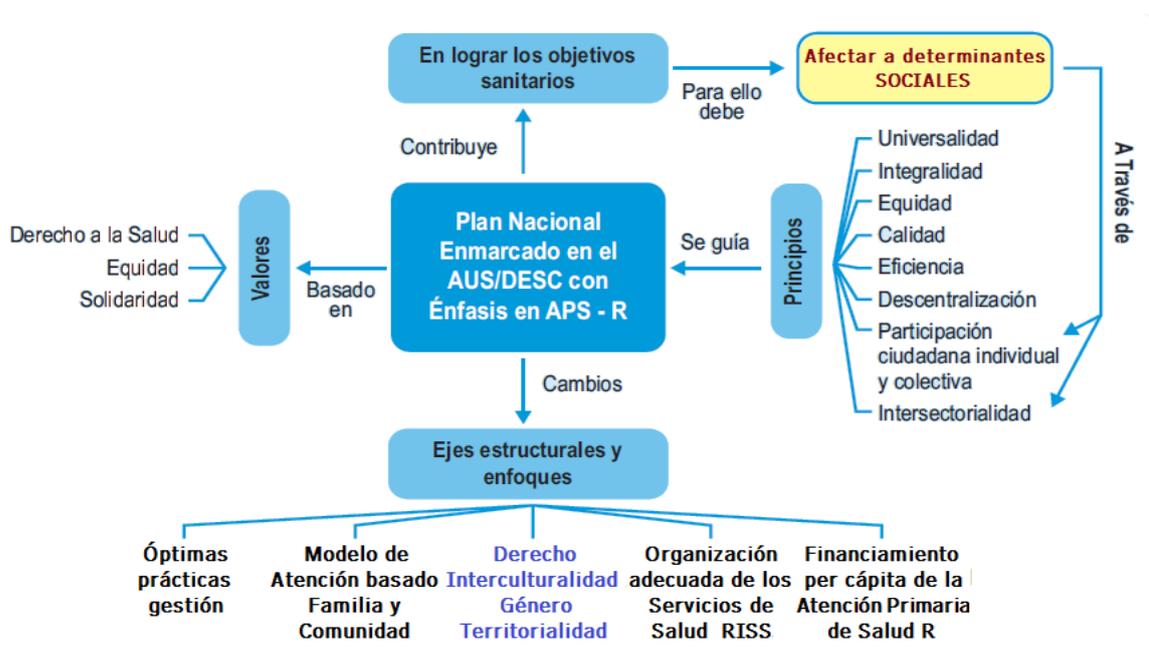


Figura 7. Principios, valores y enfoques.

Fuente: Ministerio de Salud (2011b, p. 41).

## Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario

En Perú este modelo promueve la protección sanitaria integral con orientación familiar y comunitaria, a través del cambio de paradigmas, para dejar atrás la clásica atención recuperativa de tipo hospitalario y pasar a la atención preventivo promocional y curativo temprana a desarrollarse en el primer nivel a través de la redirección de los servicios hacia la protección primaria por ser de coste más efectivo. Para ello es necesario la organización de la atención desde las familias hasta los hospitales, ponderando que prevenir es tan importante como curar, invirtiéndose recursos racionalmente en los diferentes niveles de atención (Ministerio de Salud de Perú, 2011b, p.23).



Figura 8. Construcción de redes integradas de servicios de salud.

Fuente: Correa (2013, p. 19).

## **Atención Primaria de Salud**

### **Definición.**

Según la Declaración de Alma-Ata (12 de setiembre de 1978), la atención primaria de salud es la prestación básica fundamentada por procedimientos y tecnología social y científicamente aceptados, disponible y de plena participación de las personas y sus familias, a un costo que tanto la población como el Estado pueden tolerar con autodeterminación y autorresponsabilidad. Es componente tanto del sistema sanitario nacional (siendo su labor y eje central) como del progreso socioeconómico (Organización Mundial de la Salud, 1978, pp. 3-4).

Asimismo, constituye el primer contacto de las personas y sus familias con el sistema sanitario, acercando lo más próximo y viable la prestación a sus domicilios y centros laborales, siendo a la vez primer elemento del proceso permanente de atención (Organización Mundial de la Salud, 1978, pp. 3-4). Esta definición incluye un conjunto de actividades de salud a desarrollarse localmente a nivel primario para beneficiar a la población, constituyendo el fundamento del sistema sanitario.

Para Starfield (2009) la atención primaria es el proceso a través del cual las naciones brindan mayor salud a sus poblaciones, con más equidad y menores costos (p. 22), siendo su objetivo principal organizar el sistema sanitario alrededor de un sistema fuerte centrado en el usuario externo.

Tabla 2

*Atención primaria versus atención especializada*

<b>Atención primaria</b>	<b>Atención especializada</b>
Atención centrada a la atención básica de salud efectiva de las personas y la comunidad. Debe ser de acceso universal.	Atención eficaz a enfermedades específicas. Ligado a necesidades y urgencias médicas.
Su objetivo es prevenir las enfermedades.	Su objetivo es mantener a las personas con vida.
La enfermedad se manifiesta en estadio más precoz.	La enfermedad se presenta en estadios más avanzados, cuando el paciente ha sido derivado.
Desarrolla actividades de prevención.	Desarrolla actividades para el tratamiento de la enfermedad.
Capacitados para atender las enfermedades más prevalentes de la población, capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo.	Capacitados para atender enfermedades específicas a profundidad, incluyendo las más raras.

Nota: Adaptado de Starfield (2008) en Rosas et al. (2013, p. 44).

**Dimensiones de la atención primaria de salud.**

Starfield (1998) consideró cuatro dimensiones, atributos o funciones básicas de la protección primaria que señala su eficiencia y calidad: (1) accesibilidad, (2) longitudinalidad, (3) coordinación, y (4) integralidad.

**Dimensión accesibilidad.**

Constituye el ingreso adecuado y tamiz de usuarios para la atención, conllevando: (a) al diagnóstico y tratamiento inmediato de las patologías motivo de atención de los usuarios externos, (b) a la reducción de las referencias a los profesionales especializados, (c) a la disminución del tiempo de tratamiento, (4) a la agilización de la atención a los usuarios que necesitan ser evaluados especializadamente, y (5) al ahorro de costos sanitarios al reducirse las solicitudes de exámenes de diagnóstico (Rosas et al., 2013, p.45)

#### Dimensión longitudinalidad.

Constituye la interrelación que se produce entre el profesional de la salud y los usuarios externos, caracterizada cuando: (a) los usuarios identifican al establecimiento como propio, (b) los proveedores brindan prestaciones centradas en el individuo teniendo en cuenta su idiosincrasia. En la actualidad en nuestro país, los usuarios se encuentran adscritos a un determinado establecimiento, a través del Seguro Integral de Salud o el Seguro Social de Salud, donde los profesionales sanitarios tienen bajo su responsabilidad a un determinado número de usuarios. Sin esta dimensión, no es posible lograr resultados de salud exitosos (Rosas et al., 2013, p.45).

#### Dimensión coordinación.

Los profesionales sanitarios deben contar con la información suficiente sobre la problemática y prestaciones brindadas a los usuarios, así como realizar las coordinaciones necesarias con las instituciones especializadas con el fin de lograr la mejor cobertura a favor del usuario, sin perder la responsabilidad que tiene con los usuarios (Rosas et al., 2013, p.46).

#### Dimensión integralidad.

Es necesario Identificar los requerimientos sanitarios de la población para que el sistema sanitario responda a éstas. Actualmente en Perú, esta dimensión se dificulta por diversas causas, tales como la insuficiente provisión de profesionales sanitarios para la prestación de servicios, la insuficiencia de personal sanitario y de recursos económicos, y la sobredemanda de servicios. Siendo necesario que en los establecimientos exista la suficiente provisión de servicios para resolver las necesidades de salud prevalentes de los usuarios que no siempre son comunes para todos (Rosas et al., 2013, p.46).

## **Eficiencia de la atención primaria de salud.**

En la valoración de la eficiencia de las prestaciones sanitarias el uso de diferentes criterios permite la percepción integral de las mismas, tanto de los prestadores como de los consumidores de las prestaciones asistenciales; siendo de utilidad para su comprensión recurrir a información de fuente diversa (Pasarín, 2015, p. 26).

A finales de los años 90 se formularon instrumentos para valorar el desempeño de las instituciones. Así, teniendo como base a la definición formulada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (1994), Safran et al. elaboraron el Primary Care Assessment Survey (PCAS), conteniendo 51 ítems para medir siete dimensiones: accesibilidad, continuidad, exhaustividad, integración, Tiempo después, Starfield y Shi (2000) difundieron la primera investigación utilizando el Primary Care Assessment Tools (PCAT) – Consumer versión (Pasarín, 2015, p. 27)

Starfield promovió la formación de una red de investigación informal internacional para la adaptación del PCAT a sus propias realidades; red que en el año 2014 se formaliza a nivel iberoamericano en la denominada “Colaboración IA-PCAT” auspiciada por la Organización Panamericana de Salud, y con participación de 10 países latinoamericanos, entre ellos Perú. (Pasarín, 2015, pp. 14-15)

### **1.3. Justificación**

#### **Teórica**

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas (2000) en la Cumbre del Milenio formularon ambiciosos objetivos para la reducción de la pobreza, ocupando la salud un sitio importante, en 48 indicadores y 18 metas en tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) formulados. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido que la atención primaria es una táctica sanitaria para alcanzar tal propósito (reducción de la miseria, reducción de casos de muerte materno infantil, y erradicación de la desnutrición), a través del acceso a prestaciones básicas e

integrales de salud, al agua limpia y eliminación de excretas, y al control y prevención de patologías prevalentes, por medio de la participación comunitaria activa.

La presente tesis está orientada a brindar respuesta a la inquietud de valorar la eficiencia de la atención primaria de salud como política sanitaria de los proveedores con el propósito de orientar los servicios al principio y compromiso ético “salud para todos” (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 3).

### **Práctica**

La presente tesis toma en cuenta la importancia de evaluar la eficiencia de las prestaciones en el Centro de Salud San Martín de Porres, para identificar los aspectos susceptibles de mejora para orientar los servicios de salud a satisfacer las expectativas del usuario, así como resolver sus necesidades. Con esta investigación pueden surgir alternativas de solución que posibilite mejorar la eficiencia de las instituciones sanitarias públicas de primer nivel, y a la vez generar espacios nuevos de aprendizaje donde se pongan en evidencia la creatividad y el trabajo colaborativo y participativo.

### **Social**

La presente tesis considera que, en estos días y a la luz del conocimiento científico, los servicios de salud tienen un gran compromiso y responsabilidad en la salud y bienestar ciudadano, así como en la reducción del impacto de las patologías prevalentes que afectan a la comunidad. Este propósito no es solo importante y esencial socialmente en nuestro país, donde hoy aún existen comunidades que por motivos diferentes muestran elevados niveles de morbimortalidad elevados en relación con toda la población.

Asimismo, es menester considerar la importancia de centrar la salud individual en su entorno social más próximo, las familias, considerando aceptar que estas juegan un importante papel en su salud, al considerarse su historial de

patologías y su incorporación en el proceso de atención. Siendo necesario para el éxito, la organización y desarrollo de un sistema sanitario orientador y potencializador de los escasos recursos con que se cuentan, para obtener servicios equitativos, efectivos, eficaces, eficientes y de calidad, con la consiguiente mejora del estado sanitario de la población peruana.

#### **1.4. Problema**

La atención primaria de salud es una política sanitaria y a la vez un instrumento que permite al Estado brindar mejores prestaciones a la población, de resultados claros, rápidos, equitativos y a menor costo, teniendo como finalidad la organización de un sistema sanitario fortalecido focalizado en el usuario externo. Constituye la prestación sanitaria básica e inicial, garantizándose su universalidad y continuidad durante todo el ciclo vital del ser humano, al gestionar y coordinar las ocurrencias y a la vez regular su flujo; e incluyendo acciones sanitarias preventivas promocionales y de conservación y restablecimiento de la salud individual y colectiva.

Por tanto, resulta sumamente importante y útil valorar en los diferentes estratos de la administración pública, la eficiencia de las instituciones públicas destinadas para brindar atención sanitaria. Característica esencial en la evaluación de la gestión de las instituciones del sector público es la competencia para reconocer a aquellas entidades que realizan una correcta gestión, determinando a aquella con la mejor o peor práctica relacionada con una alta o baja eficacia y/o eficiencia, correspondientemente.

Un gran problema que se presenta al momento de valorar la eficiencia de la atención primaria de salud es la carencia de indicadores que permitan medir la mejoría sanitaria, valiéndose comúnmente de indicadores de proceso, como el número de atenciones llevadas a cabo, la duración de la atención, o los estándares de calidad. Optimizar los servicios con el fin de incrementar la cobertura de atención, así como el mejoramiento de la calidad, deben constituirse en los ejes

principales del plan de gestión de todos aquellos dedicados a la gestión pública en salud.

El Centro de Salud San Martín de Porres no escapa de esta realidad descrita líneas arriba, requiriéndose valorar la eficiencia de la atención primaria brindada con la finalidad de servir de guía para la formulación de planes y proyectos futuros de mejoramiento y desarrollo en beneficio de su comunidad usuaria. Es una institución pública del Primer Nivel de Atención Nivel I-3, perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur del Ministerio de Salud de Perú, teniendo bajo su responsabilidad sanitaria para el Año 2016 a una población asignada de 59,852 habitantes. Se encuentra ubicado en la Calle El Bombero S/N - Sector 3 - Grupo 15 - Distrito de Villa El Salvador.

## **Formulación del problema**

### **Problema general.**

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador - 2016?

### **Problemas específicos.**

Problema específico 1.

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador, 2016?

Problema específico 2.

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

Problema específico 3.

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

Problema específico 4.

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

## **1.5. Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

### **Objetivos específicos**

#### **Objetivo específico 1.**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

#### **Objetivo específico 2.**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

**Objetivo específico 3.**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

**Objetivo específico 4.**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

## **II. Marco metodológico**

## **2.1. Variable X: Eficiencia de la atención primaria de salud**

Abreu (2012) define a la variable como una faceta materia de estudio caracterizada por tener distintos valores (p. 124). Asimismo, para Hernández, Fernández y Baptista (2010) la variable es un atributo cambiante con capacidad de ser medido u observado (p. 93).

La variable de investigación eficiencia de la atención primaria de salud es definida valoración de la eficiencia de las prestaciones sanitarias el uso de diferentes criterios permite la percepción integral de las mismas, tanto de los prestadores como de los consumidores de las prestaciones asistenciales; siendo de utilidad para su comprensión recurrir a información de fuente diversa (Pasarín, 2015, p. 26).

### **Operacionalización de variables**

La operacionalización de variables es un proceso metodológico a través del cual las variables se descomponen en sus dimensiones e indicadores, desde lo general a lo específico.

Es decir, concretizar el traslado de una variable desde el plano inmaterial a un plano funcional, que nos facilite una medida real de los sucesos, al precisarse la significación máxima que se le confiere en una investigación definida; siendo necesaria la descomposición de las principales variables en unas más específicas denominadas dimensiones, las que deben ser traducidas a indicadores que nos facilite su directa observación (Calderón y Alzamora, 2010, p. 32).

En la investigación se ha operacionalizado la variable eficiencia de la atención primaria de salud a través de sus dimensiones e indicadores. Para las opciones se ha empleado la escala de Likert. La escala de valoración de la variable ha sido ordinal, teniendo en cuenta para la medición valores de 1 al 5, siendo 1 el menor valor y 5 el mayor valor.

Tabla 3

*Operacionalización de la variable X: eficiencia de la atención primaria de salud*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Rango o niveles
Accesibilidad	Provisión eficiente de servicios de salud (Starfield, 1994).	1, 2, 3, 4	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo	Bueno Regular Malo
Longitudinalidad	Seguimiento de los problemas de salud del paciente (Starfield, 1994).	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo	Bueno Regular Malo
Coordinación	Acciones y esfuerzos de los servicios de atención primaria (Starfield, 1994).	13, 14, 15, 16, 17, 18	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo	Bueno Regular Malo
Integralidad	Capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud (Starfield, 1994).	19, 20, 21, 22	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo	Bueno Regular Malo

## 2.2. Metodología

Es la agrupación de procedimientos seguidos en un estudio científico (Real Academia Española, 2017); también es la disciplina que explica como guiar definido procedimiento eficaz y eficientemente para el óptimo logro de los resultados anhelados (Cortés & Iglesias, 2004, p. 8).

## 2.3. Tipo de estudio

La presente tesis es de tipo descriptivo cuantitativo transversal:

- Según su carácter es descriptivo, al distinguir cualidades, naturaleza y atributos principales de un fenómeno. Explica la tendencia grupal o poblacional (Hernández et al., 2010, p. 80).

- Según su naturaleza es cuantitativo, al usar el acopio de datos y la estadística para definir patrones conductuales y demostrar hipótesis (Hernández et al., 2010, p. 5).
- Según su alcance temporal es transversal, al recolectar datos en un único instante para la descripción y análisis de variables. Se asemeja a obtener la foto de un suceso (Hernández et al., 2010, p. 151).

#### 2.4. Diseño

Se aplicó el diseño no experimental, porque se realizó sin tratamiento intencionado de la variable, observando los sucesos en sus condiciones naturales para su análisis posterior (Hernández et al., 2010, p. 149), según siguiente esquema:



Donde:

M : Muestra o grupo a ser observado

O : Observación o información que se recoge de la muestra

#### 2.5. Población, muestra y muestreo

##### Población

Es el agrupamiento total de sucesos con características (o propiedades) determinables de contenido, lugar y tiempo (Hernández et al., 2010, p. 174), incluyendo todos los casos para definir cualquier experimento o fenómeno, pudiendo ser finito o infinito (Gorgas, Cardiel & Zamorano, 2011, p. 11).

Para su cálculo fue necesario establecer primero la unidad de análisis, por ejemplo: personas, instituciones, diarios, comunidades, situaciones, eventos

(Hernández et al., 2010, p. 1713). Las unidades de análisis también se conocen como casos o elementos.

La unidad de análisis fueron los trabajadores que laboran en el Centro de Salud San Martín de Porres, tanto personal asistencial (profesionales de la salud y técnicos asistenciales) como personal administrativo.

La población comprendió a todos los trabajadores que laboraron durante el mes de junio 2017, constituida por un total de 93 personas. En la tabla 4 se describe la población sujeta de esta investigación.

Tabla 4

*Descripción de la población de la investigación*

<b>Cargo</b>	<b>N</b>
Asistente Social	2
Cirujano Dentista	3
Enfermera(o)	6
Médico	12
Nutricionista	1
Obstetra	4
Psicólogo	1
Químico Farmacéutico	1
Tecnólogo Médico	1
Técnico Especializado de Laboratorio	1
Asistente Profesional	1
Técnico en Enfermería	30
Técnico en Laboratorio	4
Técnico Sanitario Ambiental	1
Técnico en Estadística	1
Técnico Administrativo	7
Técnico en Seguridad	2
Técnico en Servicio General	7
Auxiliar Asistencial	1
Digitador (a)	3
Auxiliar Administrativo	1
Trabajador de Servicio General	3
<b>Total</b>	<b>93</b>

Fuente: Oficina de Personal Microred de Salud San Martín de Porres

## Muestra

Es un subconjunto poblacional representativo del que se acopian los datos (Hernández et al., 2010, p. 173).

Para calcular el tamaño muestral se aplicó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

donde:

$Z_{(1-\alpha)}$  : Valor de la distribución normal para el nivel de confianza  $(1-\alpha)$

$P$  : Proporción de éxito

$Q$  : Proporción de fracaso ( $Q = 1 - P$ )

$\varepsilon$  : Tolerancia de error

$N$  : Población

$n$  : Muestra

Considerando:

$$Z_{(1-\alpha)} = 1.96 \text{ (95\% confianza)}$$

$$P = 0.5 \quad Q = 0.5$$

$$\varepsilon = 5\% = 0.05$$

$$N = 93 \text{ trabajadores}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(93)}{(0.05)^2 (93 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(93)}{(0.0025)(92) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{89.3172}{0.23 + 0.9604}$$

$$n = \frac{89.3172}{1.1904}$$

$$n = 75.03125$$

El tamaño muestral requerido representativo fue de 75 trabajadores.

### **Muestreo**

Es el proceso empleado para la selección de los elementos muestrales a partir de la población (López, 2004, p. 69).

Para la investigación se consideró el muestreo probabilístico estratificado caracterizado por la división de la población en subconjuntos (estratos) dado que la población muestra determinada distribución. Para proceder a seleccionar los elementos muestrales se siguieron los pasos indicados por López (2004):

- (1) Se contó con las listas de los elementos de cada estrato determinado.
- (2) Se calculó el porcentaje de la muestra en la población. Siendo la población (93) el 100%, la muestra (75) calculada por regla de tres fue 80.65%.
- (3) Se calculó en forma proporcional el mismo porcentaje en cada estrato identificado hasta completar la cantidad requerida para la muestra.

Tabla 5

*Descripción de la muestra de la investigación*

<b>Cargo</b>	<b>N</b>	<b>x</b>	<b>r</b>	<b>n</b>
Asistente Social	2	x	0.81	1
Cirujano Dentista	3	x	0.81	2
Enfermera(o)	6	x	0.81	5
Médico	12	x	0.81	10
Nutricionista	1	x	0.81	1
Obstetra	4	x	0.81	3
Psicólogo	1	x	0.81	1
Químico Farmacéutico	1	x	0.81	1
Tecnólogo Médico	1	x	0.81	1
Técnico Especializado de Laboratorio	1	x	0.81	1
Asistente Profesional	1	x	0.81	1
Técnico en Enfermería	30	x	0.81	24
Técnico en Laboratorio	4	x	0.81	3
Técnico Sanitario Ambiental	1	x	0.81	1
Técnico en Estadística	1	x	0.81	1
Técnico Administrativo	7	x	0.81	6
Técnico en Seguridad	2	x	0.81	1
Técnico en Servicio General	7	x	0.81	6
Auxiliar Asistencial	1	x	0.81	1
Digitador (a)	3	x	0.81	2
Auxiliar Administrativo	1	x	0.81	1
Trabajador de Servicio General	3	x	0.81	2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>x</b>	<b>0.81</b>	<b>75</b>

**Criterios de selección****Criterios de inclusión.**

Para su inclusión en la investigación, los trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres cumplieron con los siguientes criterios:

- Que se encontraba laborando mínimo un año en la institución.
- Que aceptó su participación a través del consentimiento informado.
- Que se encontraba laborando el día de aplicación de la encuesta.

### **Criterios de exclusión.**

Para su exclusión en la investigación se cumplieron uno o más de los siguientes criterios:

- Que tenía menos de un año laborando en la institución.
- Que no aceptó su participación en la investigación.
- Que se encontraba ausente el día de aplicación de la encuesta: vacaciones, licencia por enfermedad/maternidad, o licencia por motivos particulares.

### **2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los procedimientos de acopio de datos dan sentido al estudio, permitiendo la confirmación del problema. Asimismo, definirán la técnica a usar y esta los instrumentos a emplearse (Bavaresco, 2006, p. 95). Para el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta aplicando un cuestionario adaptado del Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider) como herramienta de acopio de datos. La encuesta contenía las preguntas referentes a las dimensiones de la variable materia de estudio; su aplicación se realizó en una sola sesión.

#### **Ficha técnica**

- Variable : Atención primaria de salud.
- Técnica : Encuesta.
- Instrumento : Cuestionario.
- Nombre del instrumento : PCAT Provider.
- Autoras : Barbara Starfield
- Adaptador : Iris Jesús García Tejada.
- Año : 2017.
- Contenido :
  - Número de dimensiones : 4.
  - Número de ítems : 22.
  - Escala de medición : Ordinal, tipo Likert.

## 2.7. Métodos para analizar datos

### Validez

La validez del instrumento para acopio de datos se realizó mediante el criterio de expertos (Cortés e Iglesias, 2004, p. 13), seleccionándose tres expertos con grado de Maestro o Doctor, con pericia y/o experiencia temática o metodológica, y entregándoseles una matriz evaluativa donde vertieron sus calificaciones. La tabla 6 muestra las calificaciones obtenidas.

Tabla 6

*Resultados de la evaluación de los instrumentos por criterio de expertos*

N°	Apellidos y nombres	D.N.I. N°	Especialidad	Opinión de aplicabilidad
1	Dr. Quispe Atúncar, José Víctor	08560838	Metodólogo	Aplicable
2	Dra. Rivera Rupay, Rosa Isabel	08511155	Temático	Aplicable
3	Mg. Meléndez Amez, Manuel Martín	32724517	Estadístico	Aplicable

### Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento para acopio de datos se concretó con la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach (Ruiz, 2010, p. 5), realizándose un ensayo piloto a 20 individuos con características semejantes a las muestrales, cuyas puntuaciones se analizaron para demostrar la consistencia interna instrumental, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0 programa informático estadístico de análisis de datos. Las tablas 7 y 8 muestran los resultados obtenidos.

Tabla 7

*Resumen de procesamiento de casos para el coeficiente Alfa de Cronbach*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	<b>20</b>	<b>100,0</b>
	Excluido <sup>a</sup>	<b>0</b>	<b>,0</b>
Total		<b>20</b>	<b>100,0</b>

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 8

*Coeficiente alfa de Cronbach*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>,812</b>	<b>20</b>

El valor alfa de Cronbach alcanzado (0.812) nos indica confiabilidad instrumental buena donde los ítems muestran alta correlación, significando que el instrumento de acopio de datos empleado para medir la eficiencia de la atención primaria brindará mediciones estables y consistentes.

Con la finalidad de que los datos acopiados de la muestra se convirtieran en información útil, que permitiera sugerir conclusiones facilitando la toma de decisiones, se realizó el análisis estadístico descriptivo (inductivo) de los datos mediante tablas de distribución de frecuencia y gráficos, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0.

## **2.8. Aspectos éticos**

Acorde con la peculiaridad del estudio se consideró el aspecto ético, al manifestar las personas su consentimiento para confirmar su participación. Para realizar la investigación se obtuvo la autorización del Médico Jefe de la Microred de Salud San Martín de Porres. Asimismo, se guardó el anonimato de las personas encuestadas, así como en todo momento el resguardo de los instrumentos en relación con las respuestas brindadas; en ningún momento se juzgaron si las respuestas vertidas fueron correctas o incorrectas. Los datos obtenidos fueron únicamente para el proceso de investigación y no tuvieron otro fin que ser solo parte de datos que se procesaron para la veracidad y autenticidad del presente estudio realizado para alcanzar el grado de Maestra en Gestión Pública en la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo – Lima Norte en el año 2017.

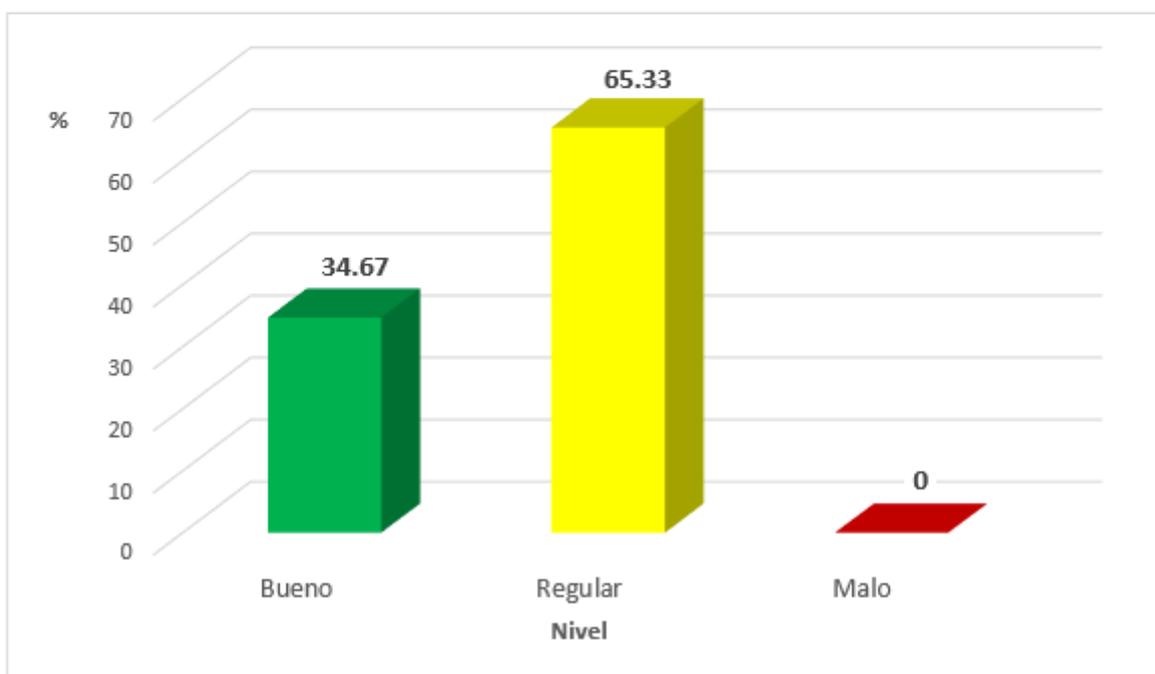
### **III. Resultados**

### 3.1. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud

Tabla 9

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	26	34.67
Regular	49	65.33
Malo	0	0.00
Total	75	100.00



*Figura 9. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud.*

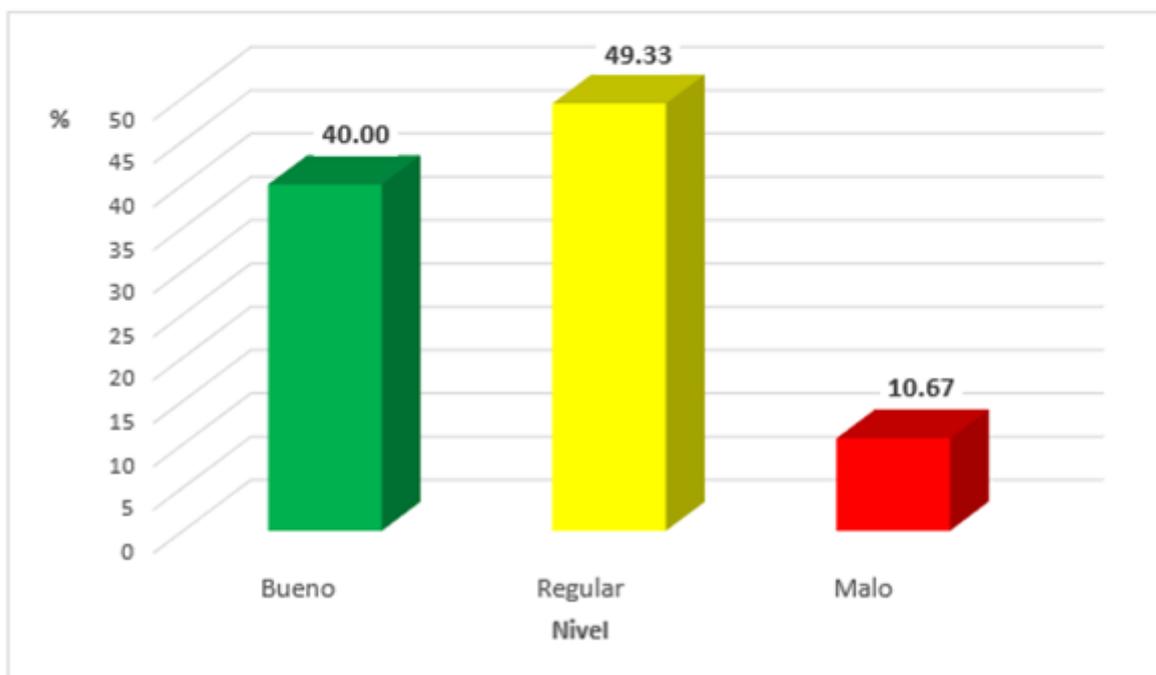
De acuerdo a la tabla 9 y figura 9 se puede observar en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud, el 65.33% de encuestados perciben un nivel regular y el 34.67% perciben un nivel bueno.

### 3.2. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad

Tabla 10

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	30	40.00
Regular	37	49.33
Malo	8	10.67
Total	75	100.00



*Figura 10. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad*

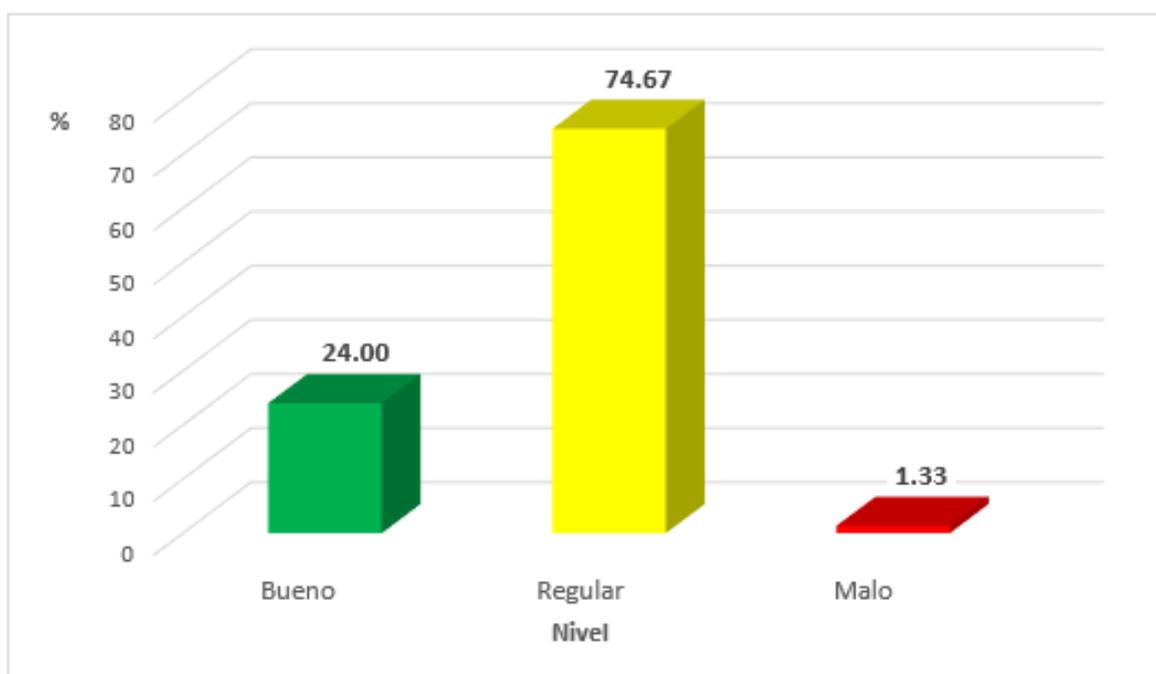
De acuerdo a la tabla 10 y figura 10 se puede observar que en relación con la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad, el 49.33% de encuestados perciben un nivel regular, el 40.00% perciben un nivel bueno y el 10.67% perciben un nivel malo.

### 3.3. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad

Tabla 11

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	18	24.00
Regular	56	74.67
Malo	1	1.33
Total	75	100.00



*Figura 11. Nivel de variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad.*

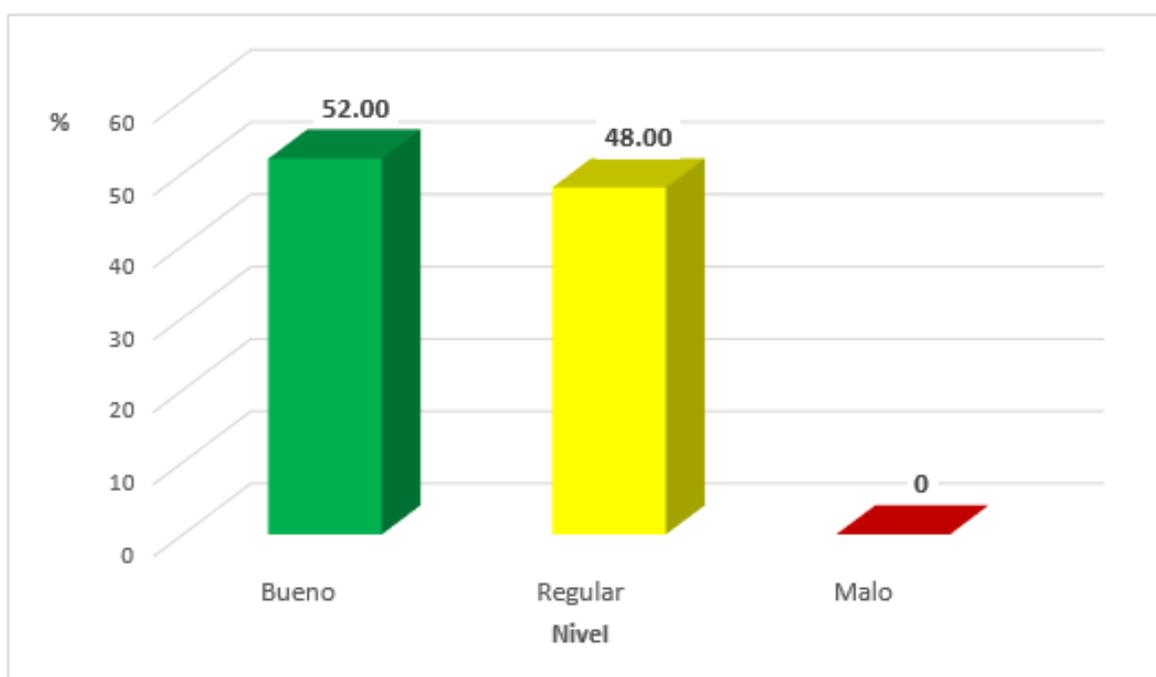
De acuerdo a la tabla 11 y figura 11 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad, el 74.67% de encuestados perciben un nivel regular, el 24.00% perciben un nivel bueno y el 1.33% perciben un nivel malo.

### 3.4. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación

Tabla 12

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	39	52.00
Regular	36	48.00
Malo	0	0.00
Total	75	100.00



*Figura 12. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su nivel coordinación.*

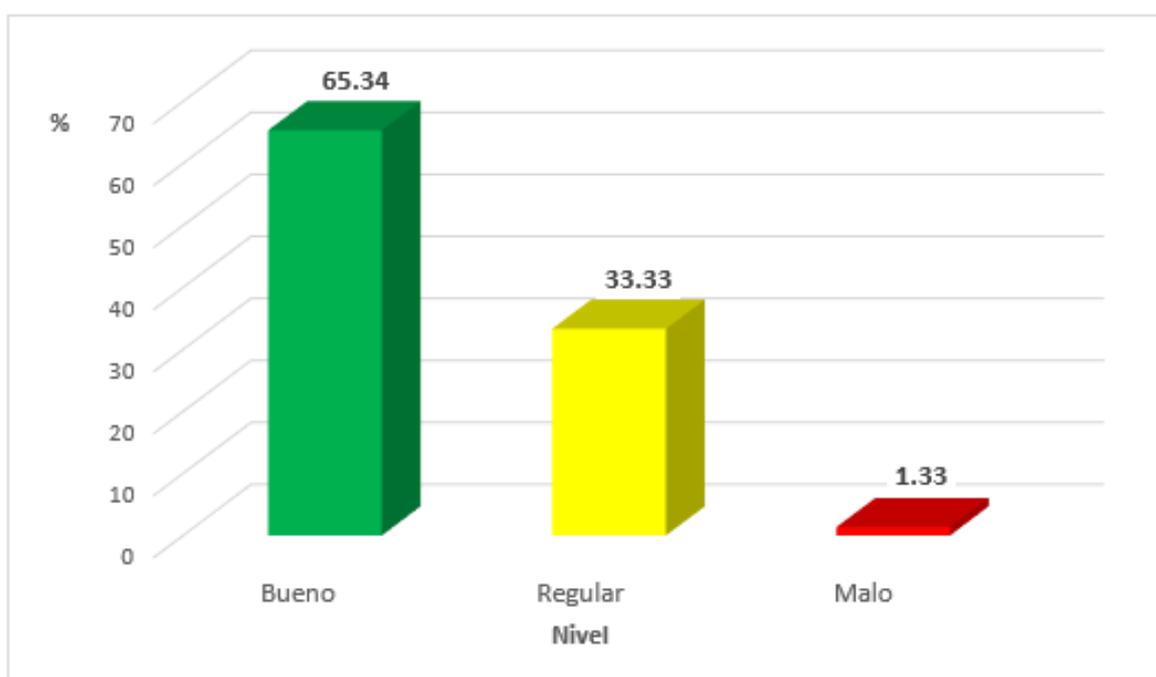
De acuerdo a la tabla 12 y figura 12 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación, el 52.00% de encuestados perciben un nivel bueno y el 48.00% perciben un nivel regular.

### 3.5. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad

Tabla 13

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	49	65.34
Regular	25	33.33
Malo	1	1.33
Total	75	100.00



*Figura 13.* Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su nivel integralidad.

De acuerdo a la tabla 13 y figura 13 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su nivel integralidad, el 65.34% de encuestados perciben un nivel bueno, el 33.33% un nivel regular y el 1.33% perciben un nivel malo.

### 3.6. Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud

Tabla 14

*Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud*

Nivel	Accesibilidad		Longitudinalidad		Coordinación		Integralidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	30	40.00	18	24.00	39	52.00	49	65.34
Regular	37	49.33	56	74.67	36	48.00	25	33.33
Malo	8	10.67	1	1.33	0	0.00	1	1.33
Total	75	100.00	75	100.00	75	100.0	75	100.0

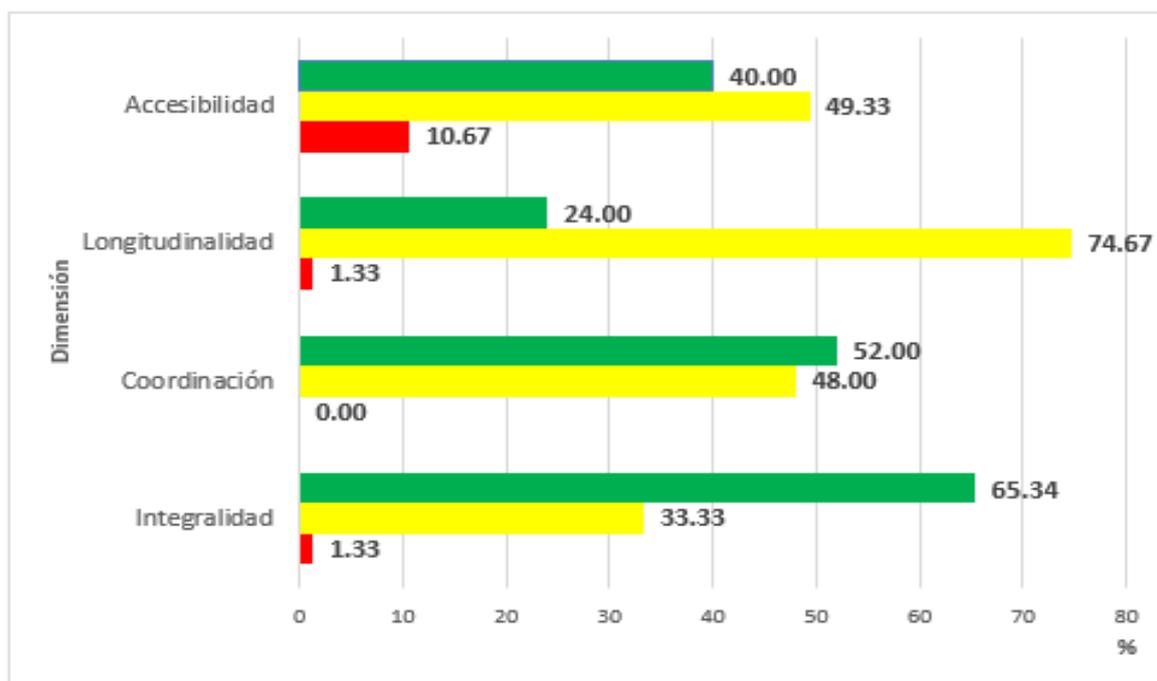


Figura 14. Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud.

De acuerdo a la tabla 14 y figura 14 se observa la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sus dimensiones, siendo de mayor relevancia la dimensión longitudinalidad (74.67% de encuestados) con una tendencia a regular, seguido de las dimensiones integralidad (65.34% de encuestados) y coordinación (52% de encuestados) con una tendencia a bueno y de encuestados), y la dimensión accesibilidad (49.33% de encuestados) con una tendencia a regular.

## **IV. Discusión**

En relación con el objetivo general que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 65.33 % de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia. En tal sentido se puede inferir que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres perciben que la eficiencia de la atención primaria de salud presenta tendencia al nivel regular, siendo necesario destacar que este concepto es de reciente empleo en nuestro medio, siendo esta variable medida con la finalidad de mejorar los procesos y la calidad de atención. Coincidiendo con Rosas et al. (2013) quienes destacan que el éxito de la atención primaria depende de que como comunidad aceptemos su importancia implementándose como parte de la política de estado, siendo más apropiado que la atención primaria de salud sea prestada por profesionales con formación en atención primaria, centrándose en la salud integral considerando a la persona, a la familia y a su comunidad, brindando atención de salud efectiva, teniendo en cuenta el entorno del paciente o usuario externo.

En relación con el primer objetivo específico que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 49.33% de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia, avalando que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad presenta tendencia al nivel regular. Coincidiendo con Tejada (2013) quien menciona que por mala interpretación del inglés al castellano se definió nivel primario como prestaciones básicas, que se corrobora por la infraestructura deficiente del establecimiento, la falta de materiales y el insuficiente personal de salud con que se cuenta y que muchas veces tienen labores multifuncionales.

En relación con el segundo objetivo específico que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 76.67% de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia. En tal sentido se puede inferir que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San

Martín de Porres perciben que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad presenta tendencia al nivel regular. Coincidiendo con Rosas et al. (2013) quienes refieren que si queremos mejorar la longitudinalidad debemos mejorar las políticas públicas, incrementándose el personal especializado en atención de primer nivel, tales como médicos de familia y especialistas en salud integral, mejorando la infraestructura actual de los establecimientos sin tener que esperar años para que esto se concrete debido a los tediosos tramites que se deben realizar para tal fin.

En relación con el tercer objetivo específico que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 52.00% de los encuestados percibe un nivel bueno de eficiencia. A partir de los resultados se infiere que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación presenta tendencia al nivel bueno. Coincidiendo con Rosas et al. (2013) quienes resaltan que se debe desarraigar la idea en la población que es mejor la atención con un especialista en un centro hospitalario; asimismo se aprecia que el personal de salud percibe como un nivel bueno, debido a que el sistema de referencia y contra referencia ha mejorado al contarse con: (a) el Sistema de Referencias y Contrareferencias (Refcon), que permite realizar en línea coordinaciones para la atención oportuna y sin colas de pacientes, y (b) dos nuevos establecimientos de salud recientemente inaugurados y puestos en funcionamiento: el nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador (Heves), establecimiento de salud Nivel II, y el nuevo Centro de Salud Mental Comunitario Villa El Salvador (CSMC VES), con personal especializado para los problemas de salud mental en el primer nivel de atención.

En relación con el cuarto objetivo específico que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 65.34% de encuestados percibe un nivel bueno de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad, avalando que la mayoría

de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad presenta tendencia al nivel bueno. Discrepando con Tejada (2013) quien refiere que en el primer nivel de atención las prestaciones son básicas y hay mucha inequidad, cuando en realidad existe todo lo contrario tal como se aprecia en el Centro de Salud San Martín de Porres, donde también hay personal especializado.

## **V. Conclusiones**

**Primero**

Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Segundo**

Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Tercero**

Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Cuarto**

Se concluye que el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, presenta tendencia al nivel bueno.

**Quinto**

Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador presenta tendencia al nivel bueno.

## **VI. Recomendaciones**

### **Primero**

Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere utilizar los resultados del presente estudio como referente para la el diseño e instauración de políticas y normas que conlleven al mejoramiento continuo y sostenido de la variable materia del presente estudio y de sus dimensiones. Los resultados obtenidos han entregado una valiosa información para detectar aspectos de la atención al usuario externo, siendo preciso trabajar intensamente para mejorar la brecha de sus expectativas, sugiriéndose planificar un programa de mejoramiento mediante la aplicación de nuevas estrategias de optimización de la atención primaria donde el usuario externo tome principal protagonismo. Asimismo, se sugiere desarrollar encuestas periódicas a los usuarios externos para conocer lo que ellos esperan de la prestación sanitaria para conocer con mayor destalle el nivel de servicio deseado por ellos.

### **Segundo**

Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere realizar encuestas periódicas para medir la forma en el que el servicio se ajusta a lo que los clientes esperan. De esta manera se podrá medir progresivamente la evolución de la atención para redistribuir recursos y esfuerzos con el fin de lograr un servicio adecuado y accesible. Asimismo, se sugiere implementar un centro de llamadas (call-center) con el propósito de proveer soporte y asistencia al usuario externo en relación con la cartera de servicios del establecimiento.

### **Tercero**

Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere promover la atención sanitaria oportuna, eficaz, cálida y de calidad desde

el momento que el usuario toma su primer contacto con el establecimiento y a lo largo del curso de su vida. Asimismo, se sugiere promover el establecimiento de ambientes confortables para el usuario y proveedores de servicios de salud para desarrollar actividades informativas, educacionales y comunicacionales en salud.

#### **Cuarto**

Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere organizar estrategias para realizar la revisión de las acciones realizadas para brindar información coherente y pertinente debido a que el usuario externo valora mucho este punto, así mismo complementarlo con herramientas adicionales, recursos y material virtual amigable a los usuarios externos.

#### **Quinto**

Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere promover y estimular el trabajo articulado e interdisciplinario del personal como proveedores de servicios sanitarios en el contexto de la atención primaria de salud y del modelo de atención sanitaria integral familiar y comunitaria. Asimismo, se sugiere prestar especial atención en este proceso, el cual supone revisar estándares de calidad y trabajar en planes de acción para reducir el número de ocurrencias.

## **VII. Referencias bibliográficas**

- Abreu, J. L. (2012). Constructos, variables, dimensiones, indicadores & congruencia. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 7(3), 123-130. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/document/216424010/Constructos-VARIABLES-Dimensiones-Indicadores-Congruencia>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. y Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 38(4), 261-271. Recuperado de:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
- Bavaresco, A. M. (2006). *Proceso metodológico en la investigación: Cómo hacer un diseño de investigación*. (6ta. ed.). Maracaibo: Editorial de la Universidad del Zulia.
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., De Oliveira, M. M. C.,... y Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista panamericana de salud pública*. 33(1), 30-39. Recuperado de:  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94572/000913381.pdf?sequence=1>
- Calderón, J. P. y Alzamora, L. A. (2010). Metodología de la investigación científica en postgrado. Lima. Recuperado de:  
<https://books.google.com.pe/books?id=LedvAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Correa, V. J. (2013). *Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: [www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf)

- Cortés, M. E. e Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. México: Universidad Autónoma del Carmen. Recuperado de: [http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia\\_investigacion.pdf](http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf)
- García, F. J., Marcuello, C., Serrano, G. D., y Urbina, O. (1996). Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. *Revista española de salud pública*. 70(2), 211-220. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL70/70\\_2\\_211.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_2_211.pdf)
- Gorgas, J., Cardiel, N. y Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Habich, M. (2013). *Lineamientos para la reforma del sector salud. Seminario internacional sobre reforma del sector salud "Hacia la universalización de la protección en salud en el Perú"*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/presentacionmdh.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Compendio estadístico Perú 2014*. Lima: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf)

- Ligarda, J. y Ñaccha, M. (2006). La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. Microredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003. *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*. 67(2), 142-151. Recuperado de:  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/v67n2/pdf/a07v67n2.pdf>
- López, P. L. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*. 09(08), 69-74. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)
- Masgo, K. M. (2016). *Evaluación de los atributos de la atención primaria: opinión de los usuarios internos en dos centros de salud de la Microred México*. SMP, 2016. Lima: Universidad César Vallejo.
- Ministerio de Salud de Perú (2011a). *NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma técnica de salud "Categorías de establecimientos del sector salud"*. Recuperado de:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM546-2011-MINSA.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú (2011b). *Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1620.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú (2014). Módulo 1 – Unidad I - Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales. *Diplomado de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/243543198/PROFAM-Modulo-1-Unidad-I-pdf>
- Nebot, C., Baqués, T., Crespo, A., Valverde, I. y Canela-Soler, J. (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Atención Primaria*, 35(6), 290-294. Recuperado de:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-opinion-los-usuarios-como-13073414>

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma Ata: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades* (2ª ed.). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=853-mopece1&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=853-mopece1&Itemid=688)

Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9. Recuperado de: <http://www.unav.es/humbiomedicas/apardo/salud.pdf>

Pasarín, M. I. (2015). *Evaluación de la atención primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT)*. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_369575/mipr1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_369575/mipr1de1.pdf)

- Pasarín, M. I., Berra, S., González, A., Segura, A., Tebé, C., García, A., ...Starfield, B. (2013). Evaluation of primary care: the "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gaceta sanitaria*, 27(1), 12-18. Recuperado de:  
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213911112001872>  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009>
- Puig-Junoy, J. (2008). Eficiencia en la atención primaria de salud: Una revisión crítica de las medidas de frontera. *Revista española de salud pública*. 74(5-6), 483-495. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v74n5-6/efici.pdf>
- Real Academia Española. (2017). *Salud*. En Diccionario de la lengua española. (23ª ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>
- Romano, J. (2015). *Atención primaria de salud en la provincia de Barcelona: medición de la eficiencia técnica a través de un análisis envolvente de datos (DEA)*. Universitat de Barcelona. Recuperado de:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66203/1/Romano\\_Sanchez\\_TFG.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66203/1/Romano_Sanchez_TFG.pdf)
- Rosas, A. M., Narciso, V. y Cuba, M. S. (2013). Atributos de la atención primaria de salud (A.P.S): una visión desde la medicina familiar. *Acta médica peruana*. 30(1), 42-47. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>
- Ruiz, A. (2010). *Fiabilidad y validez: conceptualización y procedimientos de cálculo con Spss*. Barcelona. Recuperado de:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65322/1/Fiabilidad\\_Validez.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65322/1/Fiabilidad_Validez.pdf)
- Starfield, B. (2009). *Hospitales, especialistas y atención Primaria: Las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional*. Barcelona. Recuperado de:

<http://files.forumatencioprimaria.webnode.com/200000066-21f3a4/Conferencia%20Dra.%20Starfield.pdf>

Talavera, M. (s.f.). *El concepto de la salud, definición y evolución*. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1rLa05rVAhUB1CYKHZ1IBIAQFggIIMAA&url=https%3A%2F%2Felartedepreguntar.files.wordpress.com%2F2010%2F01%2Fel-concepto-de-salud-marta-talavera.doc&usg=AFQjCNEIEYPPiRWzjXvZHOYa7A7NQVjX\\_g](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1rLa05rVAhUB1CYKHZ1IBIAQFggIIMAA&url=https%3A%2F%2Felartedepreguntar.files.wordpress.com%2F2010%2F01%2Fel-concepto-de-salud-marta-talavera.doc&usg=AFQjCNEIEYPPiRWzjXvZHOYa7A7NQVjX_g)

Tejada, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 30(2), 283-287. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina\\_Experimental/v30\\_n2/pdf/a20v30n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v30_n2/pdf/a20v30n2.pdf)

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. 33(1), 7-11. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

## **Anexos**

Anexo 1 – Artículo científico

Anexo 2 - Matriz de consistencia

Anexo 3 - Constancia emitida por la institución que acredita la realización del estudio in situ.

Anexo 4 - Matriz de datos

Anexo 5 - Instrumento

Anexo 6 - Carta de consentimiento informado

Anexo 7 - Formato de validación de instrumento

Anexo 8 - Carta de presentación para validación de instrumentos por juicio de experto

Anexo 9 – Centro de Salud San Martín de Porres

**Anexo 1**  
**Artículo científico**

## **Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016**

**Br. Iris Jesús García Tejada**

### **Resumen**

La presente tesis titulada *Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016*, tuvo como objetivo general determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador. El diseño fue no experimental transversal descriptivo simple, con enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por 93 trabajadores que laboran en dicho centro de salud, obteniéndose una muestra representativa de 75 participantes, quienes se ubican en grupos ocupacionales de nivel asistencial y administrativo. Para la investigación se utilizó un cuestionario adaptado del Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider), cuya validez se obtuvo mediante el criterio de expertos; para la confiabilidad se aplicó un estudio piloto a 20 individuos con similares características que la muestra, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.812 que nos indicó una confiabilidad buena del instrumento. Se aplicó la estadística Descriptiva Se empleó estadística descriptiva, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0 para el análisis de datos. Como resultado se observó que en relación con la eficiencia de la atención primaria de salud el 65.33% de los trabajadores perciben un nivel regular mientras que 34.67% perciben un nivel bueno. En relación con la eficiencia de atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad, el 49.33% percibieron un nivel regular; en su dimensión longitudinalidad, el 74.67% percibieron un nivel regular; en su dimensión coordinación, el 52.00% percibieron un nivel bueno; y en su dimensión integralidad, el 65.34% percibieron un nivel bueno. Como conclusión se tiene que el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El, Salvador presenta una tendencia al nivel regular.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, accesibilidad, longitudinalidad, coordinación, integralidad.

### **Abstract**

This thesis entitled *Efficiency of primary care Health Center Health San Martin de Porres, Villa El Salvador 2016*, it had as general objective to determine the level of efficiency of the primary care health at the Centre of health San Martin de Porres, Villa El Salvador. The design was non-experimental cross descriptive simple, equantitative ocus The population consisted of 93 workers working in the health center, obtaining a representative sample of 75 participants, who are placed in care and administrative level occupational groups;. A questionnaire was used to research adapted from the Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider), whose validity was obtained using the criteria of experts, for reliability, a pilot study was applied to 20 individuals with similar characteristics that shows it, with a 0.812 Cronbach's alpha coefficient that told us a good reliability of the instrument. Is applied the descriptive statistic used descriptive statistics, using IBM SPSS Statistics 24.0 for the analysis of data. As result it was noted that with respect to the efficiency of the primary attention of health the 65.33% of workers perceive a level while regular to 34.67% perceive a

good level. Regarding the efficiency of primary health care in its accessibility dimension, the 49.33% perceived a level regularly; longitudinality dimension, the 74.67% perceived a level regularly; in its coordination, the 52.00% perceived a good level; and in its whole dimension, the 65.34% perceived a good level. As conclusion is that the efficiency of the primary health care level in the Centre of health St. Martin de Porres of Villa, Salvador has a tendency to the regular level.

**Key words:** primary care health, accessibility, longitudinality, coordination, integrality.

La atención primaria de salud es una política sanitaria y a la vez un instrumento que permite al Estado brindar mejores prestaciones a la población, de resultados claros, rápidos, equitativos y a menor costo, teniendo como finalidad la organización de un sistema sanitario fortalecido focalizado en el usuario externo. Constituye la prestación sanitaria básica e inicial, garantizándose su universalidad y continuidad durante todo el ciclo vital del ser humano, al gestionar y coordinar las ocurrencias y a la vez regular su flujo; e incluyendo acciones sanitarias preventivo promocionales y de conservación y restablecimiento de la salud individual y colectiva.

Por tanto, resulta sumamente importante y útil valorar en los diferentes estratos de la administración pública, la eficiencia de las instituciones públicas destinadas para brindar atención sanitaria. Característica esencial en la evaluación de la gestión de las instituciones del sector público es la competencia para reconocer a aquellas entidades que realizan una correcta gestión, determinando a aquella con la mejor o peor práctica relacionada con una alta o baja eficacia y/o eficiencia, correspondientemente.

Un gran problema que se presenta al momento de valorar la eficiencia de la atención primaria de salud es la carencia de indicadores que permitan medir la mejoría sanitaria, valiéndose comúnmente de indicadores de proceso, como el número de atenciones llevadas a cabo, la duración de la atención, o los estándares de calidad. Optimizar los servicios con el fin de incrementar la cobertura de atención, así como el mejoramiento de la calidad, deben constituirse en los ejes principales del plan de gestión de todos aquellos dedicados a la gestión pública en salud.

El Centro de Salud San Martín de Porres no escapa de esta realidad descrita líneas arriba, requiriéndose valorar la eficiencia de la atención primaria brindada con la finalidad de servir de guía para la formulación de planes y proyectos futuros de mejoramiento y desarrollo en beneficio de su comunidad usuaria. Es una institución pública del Primer Nivel de Atención Nivel I-3, perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur del Ministerio de Salud de Perú, teniendo bajo su responsabilidad sanitaria para el Año 2016 a una población asignada de 59,852 habitantes. Se encuentra ubicado en la Calle El Bombero S/N - Sector 3 - Grupo 15 - Distrito de Villa El Salvador.

## **Antecedentes**

### **A nivel internacional**

Romano (2015) realizó la tesis *Atención Primaria de Salud en la provincia de Barcelona: medición de la eficiencia técnica a través de un análisis envolvente de datos (DEA)* con la intención de valorar a las instituciones de Barcelona (España), y cómo el análisis cambia cuando la calidad se considera. Empleó el método DEA, estudiando las relaciones existentes entre los recursos usados y los servicios de salud brindados.

Berra et al. (2013) realizaron el estudio *Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud*, con el fin de precisar su semejanza con la original versión. La exploración abarcó: (a) la especificación de los elementos y su escala, donde los puntajes se obtienen sumando los resultados; (b) la confiabilidad escalar; y (c) la validez dimensional. Concluyeron que el cuestionario PCAT presenta confiabilidad y validez apropiadas, semejantes con su original versión, y que el procedimiento desarrollado podría adaptarse a otras realidades para progresar en la valoración de la atención primaria con instrumentos de calidad.

Pasarín et al. (2013) realizaron el estudio *Evaluation of primary care: The 'Primary Care Assessment Tools - facility version 1' for the spanish health system*, con el objeto de lograr traducciones del instrumento para aplicarlo en castellano y catalán. La muestra estuvo constituida por 130 directivos de atención primaria. El estudio incluyó: (a) la especificación de cada ítem y su contraste mediante una escala Likert, donde los puntajes se obtienen

sumando los resultados de cada ítem; (b) la fiabilidad, mediante estadística inductiva inferencial; y (c) la validez, a través de: entrevistas cognitivas, panel de expertos, y validez discriminante y convergente. Posteriormente la versión final fue enviada a todos los directores de salud de Barcelona (España).

Nebot, Baqués, Crespo, Valverde y Canela-Soler (2005) realizaron el estudio *La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria*, con el propósito de precisar las características de las prestaciones que descontentan al usuario, comprobando sus causas para la implementación de procesos de mejoramiento prestacional.

Puig-Junoy (2000) realizó el estudio *Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera*, con la finalidad de hacer un examen del estudio empírico de la eficiencia de la salud española. Concluyó que al estudiar la eficiencia de la atención: (a) la mayoría consideró la metodología DEA como herramienta para evaluar la función de producción, y solo uno evaluó la función de costos con métodos estocásticos y paramétricos; (b) hay predominio de las mediciones de actividades para reconocer los *outputs* y pocas veces se evaluaron los motivos de no eficiencia; y (c) hay relevantes cuestiones metodológicas condicionantes de la practicidad de la investigación.

### **A nivel nacional**

Masgo (2016) realizó el estudio *Evaluación de los atributos de la atención primaria: opinión de los usuarios internos de dos centros de salud de la Microred México. SMP, 2016*, con el objeto de contrastar el grado de cumplimiento de las dimensiones de la atención primaria en los Centros de Salud Amakella y Condevilla, ubicados en el distrito limeño de San Martín de Porres. Concluyó que no hay diferencias en la apreciación de los usuarios internos de ambas instituciones.

Rosas, Narciso y Cuba (2013) realizaron el estudio *Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar*, con la finalidad de comprender la significación de la atención primaria en el sistema sanitario y su diferencia con la atención especializada, describiendo las dimensiones a cumplirse: (a) accesibilidad, facilitando el ingreso al sistema sirviendo asimismo como tamiz al disminuir el empleo del especialista,

de los exámenes de diagnóstico, y de recursos tecnológicos; (b) longitudinalidad, creando una relación continua y personal entre el usuario y el profesional que lo atiende, facilitando la atención preventiva, así como precisión diagnóstica, tratamientos efectivos, hospitalización de corta estancia, y reduciendo los costos alrededor del 25%; (c) integralidad, brindando soluciones a los requerimientos de salud más comunes y prevalentes; y (d) coordinación, articulando el trabajo integrado entre los profesionales de práctica general y los especializados. Concluyeron: (a) que la aceptación de la atención primaria se sujeta a que la población admita su repercusión; (b) que los recursos para mejorarla sean elemento de la política pública; (c) que es atinado que sea ofrecida por personal de salud con formación en establecimientos de atención primaria; (d) que es necesario desarraigar la idea de que la atención brindada por el especialista es preferible que la del profesional general; y (e) que las dimensiones evaluadas son propiedades que deben considerarse para obtener resultados exitosos.

Tejada (2013) realizó el estudio *Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata*, con el propósito de explicitar su alcance en la actualidad. Pensada en los años 70 como táctica política para obtener “Salud para todos”, como respuesta a las significativas transformaciones sociopolíticas y económicos acaecidos globalmente posteriores a la segunda guerra mundial, que continúan aconteciendo actualmente. Concluyó que, por una errónea traducción e interpretación del inglés al español, se malentendió como prestación a nivel primario o prestación básica e insuficiente para los más desposeídos económicamente, concepciones desacertadas que sostienen la inadmisibile inequidad social y sanitaria que hasta la fecha padecemos.

Ligarda y Ñaccha (2006) realizaron el estudio *La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. Microrredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003*, con la intención de valorar a las instituciones públicas ubicadas en 7 distritos limeños. Como resultado obtuvieron: (a) máxima eficiencia: solo nueve microrredes; (b) promedio de eficiencia: fue 97.9%; y (c) no hay diferencias en el ámbito del establecimiento (urbano o rural). Concluyeron que: (a) en la valoración de las microrredes, ocho presentaron cierto grado de no eficiencia; (b) la utilidad del DEA como instrumento de valoración de las instituciones, pese a los inconvenientes metodológicos encontrados; y (c) la motivación en el futuro de realizar evaluaciones más detalladas para determinar las causas de deficiencia.

## **Fundamentación**

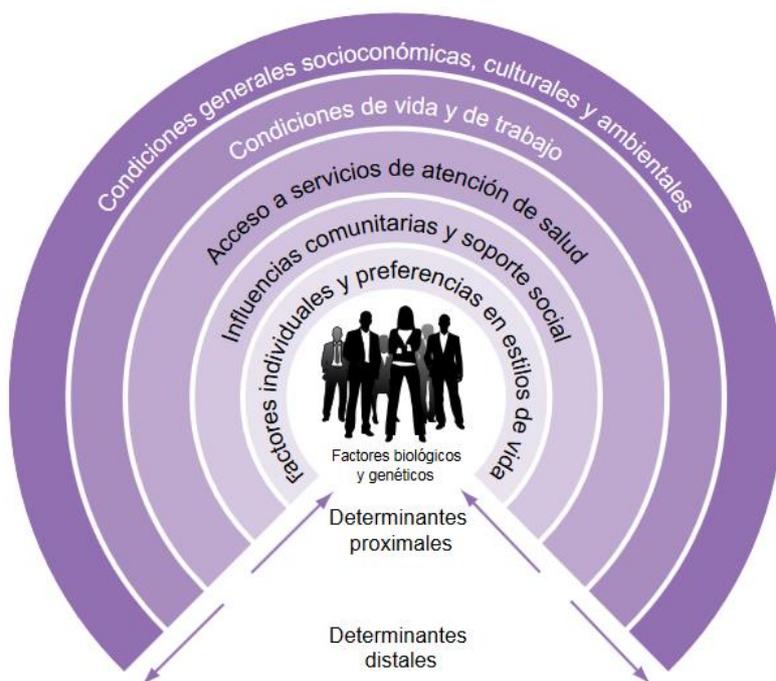
Salud proviene del latín *salus, -ūtis* (Real Academia Española, 2017). Los romanos no tuvieron impedimento para definir salud; para ellos *salus* y *salvatio*, significaban apto para librar obstáculos, siendo sus derivados castellanos ‘salud’ y ‘salvación’. Hoy solo ‘salvación’ conserva su sentido original de vencer una dificultad, sea natural o sobrenatural. Si devolvemos a ‘salud’ su significado original, sería: hábito o estado corporal que posibilita seguir vivo, salvando los obstáculos de la vida. Vivir conlleva la actividad interna que permite a los seres vivos mantener independencia y diferenciación de su medio, al conservar la homeostasis (proceso dinámico característico de los seres vivos). Solo un ser sano está apto, mientras que uno enfermo encuentra problemas difíciles de superar, que pueden llevarlo al fracaso, a la muerte. (Pardo, 1997, p. 4)

Entiéndase por salud como la situación en la que un organismo vivo ejercita íntegramente sus capacidades, así como la reunión de aptitudes en que las que se halla un ser en determinado instante (Real Academia Española, 2017).

Así según la carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud (1946) debe interpretarse salud como la situación de total confort biológico, psicológico y social, y no únicamente la falta de enfermedad (p. 1), concepción que hasta la actualidad tiene vigencia.

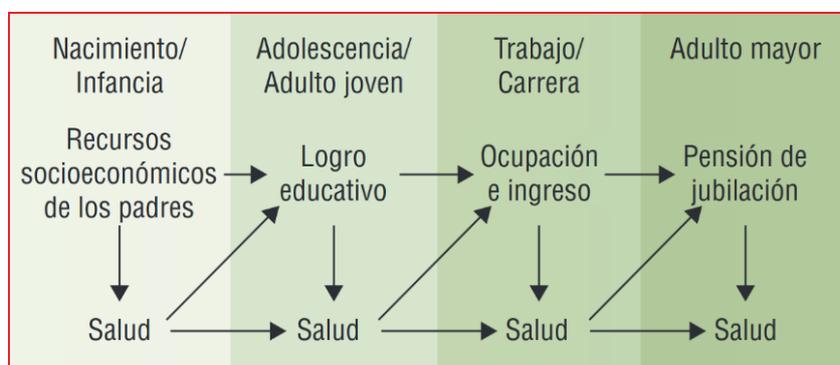
### ***Determinantes sanitarios.***

Conocidos también como condicionantes, son las exigencias que enfrentan las personas durante su ciclo vital, al nacer, crecer, vivir, trabajar y envejecer, incluyendo los factores socioeconómico, político, cultural y del medio ambiente (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 2), y también del sistema sanitario, que repercuten en la morbilidad mundial y causa esencial de la inequidad sanitaria y de las disimilitud injustificable y eludible apreciadas del estado sanitario al interior de cada país e interpaíses (Ministerio de Salud de Perú, 2014, p. 10).



*Figura 1.* Determinantes sanitarios.

Fuente: Dahlgren & Whitehead (1991) en Organización Panamericana de la Salud (2001, p. 25).



*Figura 2.* Impacto del estado socioeconómico sobre la salud a lo largo del curso de vida.

Fuente: Adler et al. (2007) en Arcaya, Arcaya y Subramanian (2015, p. 269).

## Salud pública

Entiéndase como la suma de requisitos mínimos de salud colectiva que el Estado tiene la responsabilidad de asegurar y resguardar (Real Academia Española, 2017).

### *Niveles de atención.*

Constituyen una modalidad de estructurar la oferta sanitaria, al enlazar la capacidad resolutoria con la severidad y magnitud de las necesidades sanitarias poblacionales (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p.8). En Perú se consideran los siguientes niveles:

- *Primer nivel de atención:* Más próximo a la población (primer contacto), constituye el ingreso al sistema sanitario, donde se realizan labores de promoción, prevención y control de de daños, así como el diagnóstico temprano y tratamiento apropiado, según la patología prevalente en la comunidad (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8); y donde se solucionan el 85% de patologías. Esta categoría permite brindar a la población una atención eficaz y acertada mediante su acceso oportuno a los servicios (Vignolo et al., 2011, p. 12). La gravedad y severidad de las necesidades de salud propone una gran oferta de servicios de baja complejidad, facilitando y coordinando el flujo de pacientes al interior del sistema sanitario (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8).
- *Segundo nivel de atención:* Complemento del nivel anterior, con mayor complejidad tecnológica y de recursos humanos, prestando servicios para resolver los requerimientos de salud de los enfermos referidos o de aquellos que acuden por requerir servicios de urgencia o emergencia (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8). Según corresponda, también desarrollan actividades preventivas promocionales. Se considera que entre los dos primeros niveles se pueden solucionar hasta el 95% de necesidades de salud de la población (Vignolo et al., 2011, p. 12).
- *Tercer nivel de atención:* Caracterizado por la alta especialidad y capacidad de solución de las necesidades sanitarias de los dolientes referidos de los niveles anteriores, o de aquellos que acuden por requerir servicios de urgencia o emergencia (Ministerio de Salud de Perú, 2011a, p. 8). Según corresponda, también desarrollan actividades preventivas promocionales. Reservado para la atención de enfermedades complejas que demanden procedimientos especializados, así como patologías poco prevalentes, teniendo como ámbito la totalidad de un país o parte de él, solucionando aproximadamente el 5% de sus necesidades (Vignolo et al., 2011, p. 12).

## **Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención**

El Estado Peruano entre sus principales prioridades de reforma sanitaria estableció fortalecer el primer nivel para garantizar la oferta con equidad, calidad y eficiencia, asegurando las demandas y necesidades de salud en un nuevo modelo de participación sustentado en la integralidad de atención al individuo, familia y comunidad (Ministerio de Salud de Perú, 2011b, p. 22)

Para asegurar la salud en Perú al término del 2013 la oferta alcanzaba un total de 9,746 instituciones: 15 instituciones especializadas, 511 instituciones hospitalarias, 2,096 centros y 7,124 puestos, constituyendo los dos últimos el 94.60% de instituciones de salud pertenecientes al primer nivel. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014, p. 376)

## **Atención Primaria de Salud**

Según la Declaración de Alma-Ata (12 de setiembre de 1978), la atención primaria de salud es la prestación básica fundamentada por procedimientos y tecnología social y científicamente aceptados, disponible y de plena participación de las personas y sus familias, a un costo que tanto la población como el Estado pueden tolerar con autodeterminación y autorresponsabilidad. Es componente tanto del sistema sanitario nacional (siendo su labor y eje central) como del progreso socioeconómico. Asimismo, constituye el primer contacto de las personas y sus familias con el sistema sanitario, acercando lo más próximo y viable la prestación a sus domicilios y centros laborales, siendo a la vez primer elemento del proceso permanente de atención (Organización Mundial de la Salud, 1978, pp. 3-4). Esta definición incluye un conjunto de actividades de salud a desarrollarse localmente a nivel primario para beneficiar a la población, constituyendo el fundamento del sistema sanitario.

Para Starfield (2009) la atención primaria es el proceso a través del cual las naciones brindan mayor salud a sus poblaciones, con más equidad y menores costos (p. 22), siendo su objetivo principal organizar el sistema sanitario alrededor de un sistema fuerte centrado en el usuario externo.

Tabla 1

*Atención primaria vs. atención especializada*

<b>Atención primaria</b>	<b>Atención especializada</b>
Atención centrada a la atención básica de salud efectiva de las personas y la comunidad. Debe ser de acceso universal.	Atención eficaz a enfermedades específicas. Ligado a necesidades y urgencias médicas.
Su objetivo es prevenir las enfermedades.	Su objetivo es mantener a las personas con vida.
La enfermedad se manifiesta en estadio más precoz.	La enfermedad se presenta en estadios más avanzados, cuando el paciente ha sido derivado.
Desarrolla actividades de prevención.	Desarrolla actividades para el tratamiento de la enfermedad.
Capacitados para atender las enfermedades más prevalentes de la población, capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo.	Capacitados para atender enfermedades específicas a profundidad, incluyendo las más raras.

Nota: Adaptado de Starfield (2008) en Rosas et al. (2013, p. 44).

***Dimensiones de la atención primaria de salud.***

Starfield (1998) consideró cuatro dimensiones, atributos o funciones básicas de la protección primaria que señala su eficiencia y calidad: (1) accesibilidad, (2) longitudinalidad, (3) coordinación, y (4) integralidad.

- (1) *Dimensión accesibilidad:* Constituye el ingreso adecuado y tamiz de usuarios para la atención, conllevando: (a) al diagnóstico y tratamiento inmediato de las patologías motivo de atención de los usuarios externos, (b) a la reducción de las referencias a los profesionales especializados, (c) a la disminución del tiempo de tratamiento, (4) a la agilización de la atención a los usuarios que necesitan ser evaluados especializada, y (5) al ahorro de costos sanitarios al reducirse las solicitudes de exámenes de diagnóstico (Rosas et al., 2013, p.45)
- (2) *Dimensión longitudinalidad:* Constituye la interrelación que se produce entre el profesional de la salud y los usuarios externos, caracterizada cuando: (a) los usuarios identifican al establecimiento como propio, (b) los proveedores brindan prestaciones centradas en el individuo teniendo en cuenta su idiosincrasia. En la actualidad en nuestro país, los usuarios se encuentran adscritos a un determinado establecimiento, a través del Seguro Integral de Salud o el Seguro Social de Salud, donde los profesionales sanitarios tiene bajo su responsabilidad a un determinado número de

usuarios. Sin esta dimensión, no es posible lograr resultados de salud exitosos (Rosas et al., 2013, p.45).

- (3) *Dimensión coordinación:* Los profesionales sanitarios deben contar con la información suficiente sobre la problemática y prestaciones brindadas a los usuarios, así como realizar las coordinaciones necesarias con las instituciones especializadas con el fin de lograr la mejor cobertura a favor del usuario, sin perder la responsabilidad que tiene con los usuarios (Rosas et al., 2013, p.46).
- (4) *Dimensión integralidad:* Es necesario Identificar los requerimientos sanitarios de la población para que el sistema sanitario responda a éstas. Actualmente en Perú, esta dimensión se dificulta por diversas causas, tales como la insuficiente provisión de profesionales sanitarios para la prestación de servicios, la insuficiencia de personal sanitario y de recursos económicos, y la sobredemanda de servicios. Siendo necesario que en los establecimientos exista la suficiente provisión de servicios para resolver las necesidades de salud prevalentes de los usuarios que no siempre son comunes para todos (Rosas et al., 2013, p.46).

### **Eficiencia de la atención primaria de salud.**

En la valoración de la eficiencia de las prestaciones sanitarias el uso de diferentes criterios permite la percepción integral de las mismas, tanto de los prestadores como de los consumidores de las prestaciones asistenciales; siendo de utilidad para su comprensión recurrir a información de fuente diversa (Pasarín, 2015, p. 26).

A finales de los años 90 se formularon instrumentos para valorar el desempeño de las instituciones. Así, teniendo como base a la definición formulada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (1994), Safran et al. elaboraron al Primary Care Assessment Survey (PCAS), conteniendo 51 ítems para medir siete dimensiones: accesibilidad, continuidad, exhaustividad, integración, Tiempo después, Starfield y Shi (2000) difundieron la primera investigación utilizando el Primary Care Assessment Tools (PCAT) – Consumer versión (Pasarín, 2015, p. 27)

Starfield promovió la formación de una red de investigación informal internacional para la adaptación del PCAT a sus propias realidades; red que en el año 2014 se formaliza a nivel iberoamericano en la denominada “Colaboración IA-PCAT” auspiciada por la Organización Panamericana de Salud, y con participación de 10 países latinoamericanos, entre ellos Perú. (Pasarín, 2015, p. 14-15)

## **Problema**

### ***Problema general.***

¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador - 2016?

### ***Problemas específicos.***

*Problema específico 1:* ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador, 2016?

*Problema específico 2:* ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

*Problema específico 3:* ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

*Problema específico 4:* ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

### **Objetivos específicos**

***Objetivo específico 1:*** Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

***Objetivo específico 2:*** Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

***Objetivo específico 3:*** Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

***Objetivo específico 4:*** Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016.

### **Metodología**

Es la agrupación de procedimientos seguidos en un estudio científico (Real Academia Española, 2017); también es la disciplina que explica como guiar definido procedimiento eficaz y eficientemente para el óptimo logro de los resultados anhelados (Cortés e Iglesias, 2004, p. 8).

La tesis es de tipo descriptivo cuantitativo transversal. Se aplicó el diseño no experimental, porque se realizó sin tratamiento intencionado de la variable, observando los sucesos en sus condiciones naturales para su análisis posterior (Hernández et al., 2010, p. 149), según siguiente esquema:



M : Muestra o grupo a ser observado

O : Observación o información que se recoge de la muestra

### **Población**

Para su cálculo fue necesario establecer primero la unidad de análisis, por ejemplo: personas, instituciones, diarios, comunidades, situaciones, eventos (Hernández et al., 2010, p. 1713). Las unidades de análisis también se conocen como casos o elementos.

La unidad de análisis fueron los trabajadores que laboran en el Centro de Salud San Martín de Porres, tanto personal asistencial (profesionales de la salud y técnicos asistenciales) como personal administrativo.

La población comprendió a todos los trabajadores que laboraron durante el mes de junio 2017, constituida por un total de 93 personas. En la tabla 4 se describe la población sujeta de esta investigación.

### **Muestra**

Es un subconjunto poblacional representativo del que se acopian los datos (Hernández et al., 2010, p. 173). Para calcular el tamaño muestral se aplicó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

donde:

$Z_{(1-\alpha)}$  : Valor de la distribución normal para el nivel de confianza  $(1-\alpha)$

$P$  : Proporción de éxito

$Q$  : Proporción de fracaso ( $Q = 1 - P$ )

$\varepsilon$  : Tolerancia de error

$N$  : Población

$n$  : Muestra

Considerando:

$$Z_{(1-\alpha)} = 1.96 \text{ (95\% confianza)}$$

$$P = 0.5 \quad Q = 0.5$$

$$\varepsilon = 5\% = 0.05$$

$$N = 93 \text{ trabajadores}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(93)}{(0.05)^2(93 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(93)}{(0.0025)(92) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{89.3172}{0.23 + 0.9604}$$

$$n = \frac{89.3172}{1.1904}$$

$$n = 75.03125$$

El tamaño muestral requerido representativo fue de 75 trabajadores.

**Muestreo** Es el proceso empleado para la selección de los elementos muestrales a partir de la población (López, 2004, p. 69).

Para la investigación se consideró el muestreo probabilístico estratificado caracterizado por la división de la población en subconjuntos (estratos) dado que la población muestra determinada distribución. Para proceder a seleccionar los elementos muestrales se siguieron los pasos indicados por López (2004):

1. Se contó con las listas de los elementos de cada estrato determinado.
2. Se calculó el porcentaje de la muestra en la población. Siendo la población (93) el 100%, la muestra (75) calculada por regla de tres fue 80.65%.
3. Se calculó en forma proporcional el mismo porcentaje en cada estrato identificado hasta completar la cantidad requerida para la muestra.

Tabla 2

*Descripción de la muestra de la investigación*

<b>Cargo</b>	<b>N</b>	<b>x</b>	<b>r</b>	<b>n</b>
Asistente Social	2	x	0.81	1
Cirujano Dentista	3	x	0.81	2
Enfermera(o)	6	x	0.81	5
Médico	12	x	0.81	10
Nutricionista	1	x	0.81	1
Obstetra	4	x	0.81	3
Psicólogo	1	x	0.81	1
Químico Farmacéutico	1	x	0.81	1
Tecnólogo Médico	1	x	0.81	1
Técnico Especializado de Laboratorio	1	x	0.81	1
Asistente Profesional	1	x	0.81	1
Técnico en Enfermería	30	x	0.81	24
Técnico en Laboratorio	4	x	0.81	3
Técnico Sanitario Ambiental	1	x	0.81	1
Técnico en Estadística	1	x	0.81	1
Técnico Administrativo	7	x	0.81	6
Técnico en Seguridad	2	x	0.81	1
Técnico en Servicio General	7	x	0.81	6
Auxiliar Asistencial	1	x	0.81	1
Digitador (a)	3	x	0.81	2
Auxiliar Administrativo	1	x	0.81	1
Trabajador de Servicio General	3	x	0.81	2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>x</b>	<b>0.81</b>	<b>75</b>

Para su inclusión en la investigación, los trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres cumplieron con los siguientes criterios:

- Que se encontraba laborando mínimo un año en la institución.
- Que aceptó su participación a través del consentimiento informado.
- Que se encontraba laborando el día de aplicación de la encuesta.

Para su exclusión en la investigación se cumplieron uno o más de los siguientes criterios:

- Que tenía menos de un año laborando en la institución.
- Que no aceptó su participación en la investigación.
- Que se encontraba ausente el día de aplicación de la encuesta: vacaciones, licencia por enfermedad/maternidad, o licencia por motivos particulares.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para el estudio se utilizó la técnica de la encuesta aplicando un cuestionario adaptado del Primary Care Assessment Tools - Provider (PCAT-Provider) como herramienta de acopio de datos.

La encuesta contenía las preguntas referentes a las dimensiones de la variable materia de estudio; su aplicación se realizó en una sola sesión.

La validez del instrumento para acopio de datos se realizó mediante el criterio de expertos (Cortés e Iglesias, 2004, p. 13), seleccionándose tres expertos con grado de Maestro o Doctor, con pericia y/o experiencia temática o metodológica, y entregándoseles una matriz evaluativa donde vertieron sus calificaciones.

La confiabilidad del instrumento para acopio de datos se concretó con la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach (Ruiz, 2010, p. 5), realizándose un ensayo piloto a 20 individuos con características semejantes a las muestrales, cuyas puntuaciones se analizaron para demostrar la consistencia interna instrumental, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0 programa informático estadístico de análisis de datos. Las tablas 3 y 4 muestran los resultados obtenidos.

Tabla 3

*Resumen de procesamiento de casos para el coeficiente Alfa de Cronbach*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	<b>20</b>	<b>100,0</b>
	Excluido <sup>a</sup>	<b>0</b>	<b>,0</b>
Total		<b>20</b>	<b>100,0</b>

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 4

*Coefficiente alfa de Cronbach*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>,812</b>	<b>20</b>

El valor alfa de Cronbach alcanzado (0.812) nos indica confiabilidad instrumental buena donde los ítems muestran alta correlación, significando que el instrumento de acopio de datos empleado para medir la eficiencia de la atención primaria brindará mediciones estables y consistentes.

Con la finalidad de que los datos acopiados de la muestra se convirtieran en información útil, que permitiera sugerir conclusiones facilitando la toma de decisiones, se realizó el análisis estadístico descriptivo (inductivo) de los datos mediante tablas de distribución de frecuencia y gráficos, utilizándose el IBM SPSS Statistics 24.0.

**Aspectos éticos**

Acorde con la peculiaridad del estudio se consideró el aspecto ético, al manifestar las personas su consentimiento para confirmar su participación. Para realizar la investigación se obtuvo la autorización del Médico Jefe de la Microred de Salud San Martín de Porres. Asimismo, se guardó el anonimato de las personas encuestadas, así como en todo momento el resguardo de los instrumentos en relación con las respuestas brindadas; en ningún momento se juzgaron si las respuestas vertidas fueron correctas o incorrectas. Los datos

obtenidos fueron únicamente para el proceso de investigación y no tuvieron otro fin que ser solo parte de datos que se procesaron para la veracidad y autenticidad del presente estudio realizado para alcanzar el grado de Maestra en Gestión Pública en la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo – Lima Norte en el año 2017.

## Resultados

### Nivel de eficiencia de la variable eficiencia de la atención primaria de salud

Tabla 5

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	26	34.67
Regular	49	65.33
Malo	0	0.00
Total	75	100.00

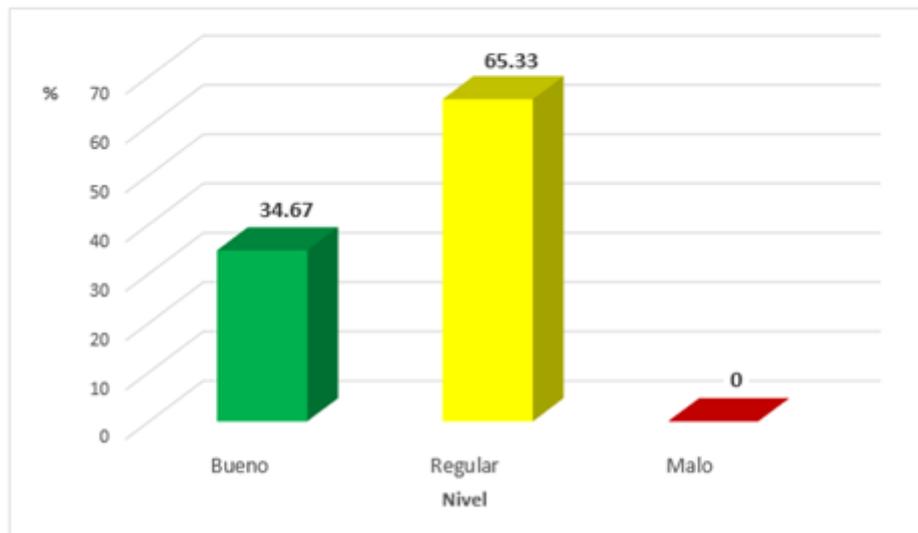


Figura 3. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud

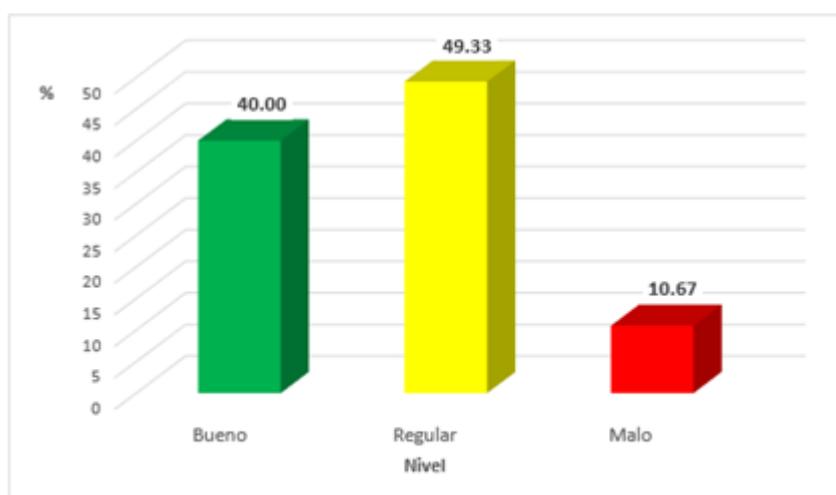
De acuerdo a la tabla 5 y figura 3 se puede observar en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud, el 65.33% de encuestados perciben un nivel regular y el 34.67% perciben un nivel bueno.

### Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad

Tabla 6

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sui dimensión accesibilidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	30	40.00
Regular	37	49.33
Malo	8	10.67
Total	75	100.00



*Figura 4.* Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sui dimensión accesibilidad

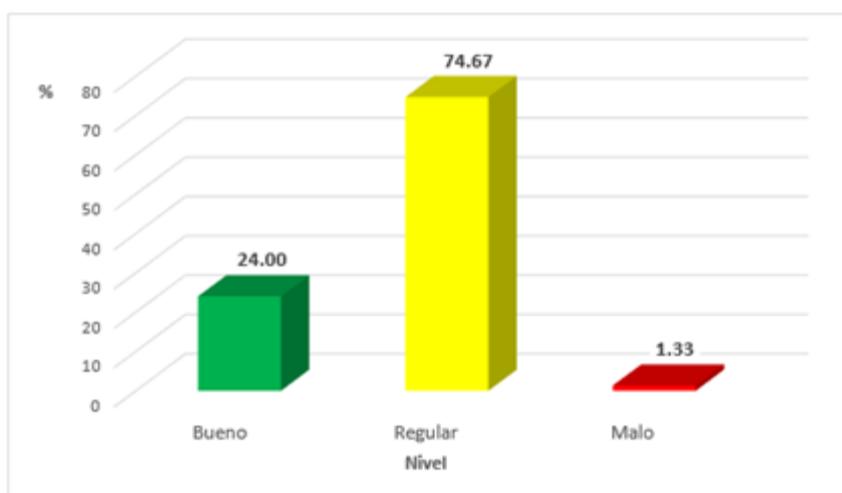
De acuerdo a la tabla 6 y figura 4 se puede observar que en relación con la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad, el 49.33% de encuestados perciben un nivel regular, el 40.00% perciben un nivel bueno y el 10.67% perciben un nivel malo.

### Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad

Tabla 7

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sui dimensión longitudinalidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	18	24.00
Regular	56	74.67
Malo	1	1.33
Total	75	100.00



*Figura 5. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sui dimensión longitudinalidad*

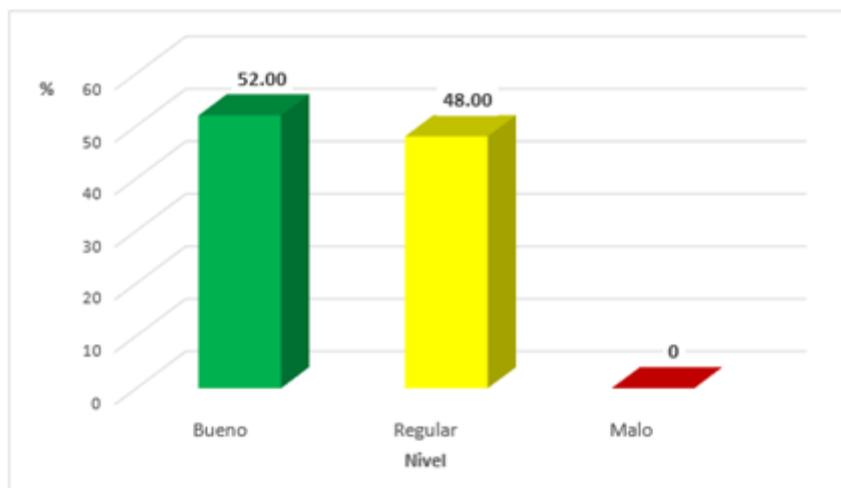
De acuerdo a la tabla 7 y figura 5 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad, el 74.67% de encuestados perciben un nivel regular, el 24.00% perciben un nivel bueno y el 1.33% perciben un nivel malo.

### Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación

Tabla 8

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	39	52.00
Regular	36	48.00
Malo	0	0.00
Total	75	100.00



*Figura 6. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación*

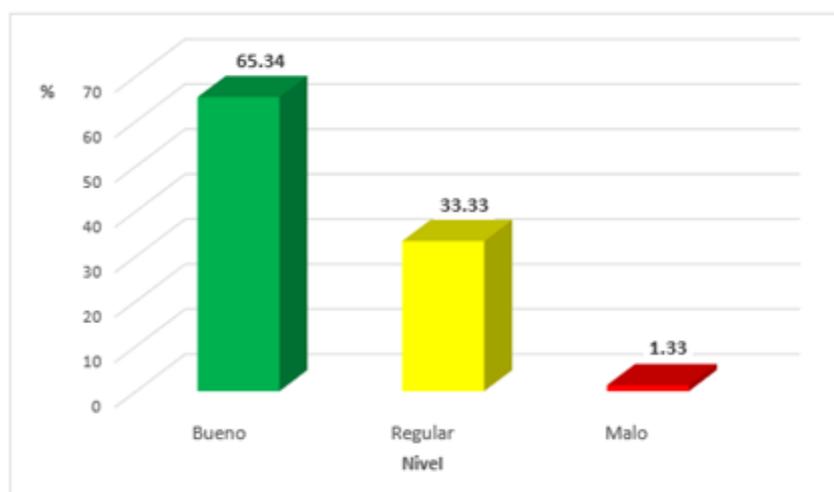
De acuerdo a la tabla 8 y figura 6 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación, el 52.00% de encuestados perciben un nivel bueno y el 48.00% perciben un nivel regular.

### Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad

Tabla 9

*Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	49	65.34
Regular	25	33.33
Malo	1	1.33
Total	75	100.00



*Figura 7. Nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad*

De acuerdo a la tabla 9 y figura 7 se puede observar que en relación a la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su nivel integralidad, el 65.34% de encuestados perciben un nivel bueno, el 33.33% un nivel regular y el 1.33% perciben un nivel malo.

## Nivel de eficiencia de las dimensiones de la atención primaria de salud

Tabla 10

*Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud*

Nivel	Accesibilidad		Longitudinalidad		Coordinación		Integralidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	30	40.00	18	24.00	39	52.00	49	65.34
Regular	37	49.33	56	74.67	36	48.00	25	33.33
Malo	8	10.67	1	1.33	0	0.00	1	1.33
Total	75	100.00	75	100.00	75	100.00	75	100.00

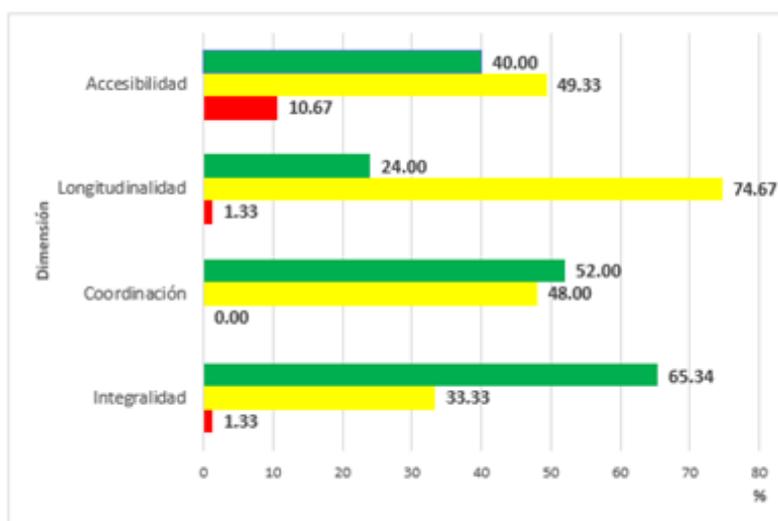


Figura 8. Nivel de las dimensiones de la variable eficiencia de la atención primaria de salud

De acuerdo a la tabla 10 y figura 8 se observa la variable eficiencia de la atención primaria de salud en sus dimensiones, siendo de mayor relevancia la dimensión longitudinalidad (74.67% de encuestados) con una tendencia a regular, seguido de las dimensiones integralidad (65.34% de encuestados) y coordinación (52% de encuestados) con una tendencia a bueno y de encuestados), y la dimensión accesibilidad (49.33% de encuestados) con una tendencia a regular.

## Discusión

En relación con el objetivo general, el resultado evidencia que el 65.33 % de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia. En tal sentido se puede inferir que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres perciben que la eficiencia de la atención primaria de salud presenta tendencia al nivel regular, siendo necesario destacar que este concepto es de reciente empleo en nuestro medio, siendo esta variable medida con la finalidad de mejorar los procesos y la calidad de atención. Coincidiendo con Rosas, Narciso y Cuba (2013) quienes destacan que el éxito de la atención primaria depende de que como comunidad aceptemos su importancia implementándose como parte de la política de estado, siendo más apropiado que la atención primaria de salud sea prestada por profesionales con formación en atención primaria, centrándose en la salud integral considerando a la persona, a la familia y a su comunidad, brindando atención de salud efectiva, teniendo en cuenta el entorno del paciente o usuario externo.

En relación con el primer objetivo específico que plantea determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, el resultado evidencia que el 49.33% de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia, avalando que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad presenta tendencia al nivel regular. Coincidiendo con Tejada (2013) quien menciona que por mala interpretación del inglés al castellano se definió nivel primario como prestaciones básicas, que se corrobora por la infraestructura deficiente del establecimiento, la falta de materiales y el insuficiente personal de salud con que se cuenta y que muchas veces tienen labores multifuncionales.

En relación con el segundo objetivo específico, el resultado evidencia que el 76.67% de encuestados percibe un nivel regular de eficiencia. En tal sentido se puede inferir que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres perciben que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad presenta tendencia al nivel regular. Coincidiendo con Rosas, Narciso y Cuba (2013) quienes refieren que si queremos mejorar la longitudinalidad debemos mejorar las políticas públicas, incrementándose el personal especializado en atención de primer nivel, tales como médicos de familia y

especialistas en salud integral, mejorando la infraestructura actual de los establecimientos sin tener que esperar años para que esto se concrete debido a los tediosos tramites que se deben realizar para tal fin.

En relación con el tercer objetivo específico, el resultado evidencia que el 52.00% de los encuestados percibe un nivel bueno de eficiencia. A partir de los resultados se infiere que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación presenta tendencia al nivel bueno. Coincidiendo con Rosas, Narciso y Cuba (2013) quienes resaltan que se debe desarraigar la idea en la población que es mejor la atención con un especialista en un centro hospitalario; asimismo se aprecia que el personal de salud percibe como un nivel bueno, debido a que el sistema de referencia y contra referencia ha mejorado al contarse con: (a) el Sistema de Referencias y Contrareferencias (REFCON), que permite realizar en línea coordinaciones para la atención oportuna y sin colas de pacientes, y (b) dos nuevos establecimientos de salud recientemente inaugurados y puestos en funcionamiento: el nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES), establecimiento de salud nivel II, y el nuevo Centro de Salud Mental Comunitario Villa El Salvador (CSMC VES), con personal especializado para los problemas de salud mental en el primer nivel de atención.

En relación con el cuarto objetivo específico, el resultado evidencia que el 65.34% de encuestados percibe un nivel bueno de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad, avalando que la mayoría de trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador percibe que la eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad presenta tendencia al nivel bueno. Discrepando con Tejada (2013) quien refiere que en el primer nivel de atención las prestaciones son básicas y hay mucha inequidad, cuando en realidad existe todo lo contrario tal como se aprecia en el Centro de Salud San Martín de Porres, donde también hay personal especializado.

## **Conclusiones**

**Primero:** Mediante los resultados obtenidos se aprecia que el 34.67% de los encuestados percibe un nivel bueno de la variable eficiencia de la atención primaria, y el 65.33% un nivel regular. Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de

salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Segundo:** Mediante los resultados obtenidos se aprecia que el 40.00% de los encuestados percibe un nivel bueno de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad, 49.33% un nivel regular y el 10.67% un nivel malo. Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Tercero:** Mediante los resultados se aprecia que el 24.00% de encuestados percibe un nivel bueno de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad, el 74.67% un nivel regular y el 1.33% un nivel malo. Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, presenta tendencia al nivel regular.

**Cuarto:** Mediante los resultados obtenidos se aprecia que el 52.00% de los encuestados percibe un nivel bueno de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación, y el 48.00% un nivel regular. Se concluye que el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador, 2016, presenta tendencia al nivel bueno.

**Quinto:** Mediante los resultados obtenidos se aprecia que el 65.34% de encuestados percibe un nivel bueno de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad, el 33.33% un nivel regular y el 1.33% un nivel regular. Se concluye que el nivel de la variable eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador presenta tendencia al nivel bueno.

### **Recomendaciones**

**Primero:** Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere utilizar los resultados del presente

estudio como referente para la el diseño e instauración de políticas y normas que conlleven al mejoramiento continuo y sostenido de la variable materia del presente estudio y de sus dimensiones. Los resultados obtenidos han entregado una valiosa información para detectar aspectos de la atención al usuario externo, siendo preciso trabajar intensamente para mejorar la brecha de sus expectativas, sugiriéndose planificar un programa de mejoramiento mediante la aplicación de nuevas estrategias de optimización de la atención primaria donde el usuario externo tome principal protagonismo. Asimismo, se sugiere desarrollar encuestas periódicas a los usuarios externos para conocer lo que ellos esperan de la prestación sanitaria para conocer con mayor destalle el nivel de servicio deseado por ellos.

**Segundo:** Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere realizar encuestas periódicas para medir la forma en el que el servicio se ajusta a lo que los clientes esperan. De esta manera se podrá medir progresivamente la evolución de la atención para redistribuir recursos y esfuerzos con el fin de lograr un servicio adecuado y accesible. Asimismo, se sugiere implementar un centro de llamadas (call-center) con el propósito de proveer soporte y asistencia al usuario externo en relación con la cartera de servicios del establecimiento.

**Tercero:** Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere promover la atención sanitaria oportuna, eficaz, cálida y de calidad desde el momento que el usuario toma su primer contacto con el establecimiento y a lo largo del curso de su vida. Asimismo, se sugiere promover el establecimiento de ambientes confortables para el usuario y proveedores de servicios de salud para desarrollar actividades informativas, educacionales y comunicacionales en salud.

**Cuarto:** Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere organizar estrategias para realizar la revisión de las acciones realizadas para brindar información coherente y pertinente debido a que el usuario externo valora mucho este punto, así mismo complementarlo con herramientas adicionales, recursos y material virtual amigable a los usuarios externos.

**Quinto:** Para mejorar el nivel actual de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres, 2016, se sugiere promover y estimular el trabajo articulado e interdisciplinario del personal como proveedores de servicios sanitarios en el contexto de la atención primaria de salud y del modelo de atención sanitaria integral familiar y comunitaria. Asimismo, se sugiere prestar especial atención en este proceso, el cual supone revisar estándares de calidad y trabajar en planes de acción para reducir el número de ocurrencias.

### Referencias bibliográficas

- Abreu, J. L. (2012). Constructos, variables, dimensiones, indicadores & congruencia. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 7(3), 123-130. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/216424010/Constructos-VARIABLES-DIMENSIONES-INDICADORES-CONGRUENCIA>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. y Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 38(4), 261-271. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
- Bavaresco, A. M. (2006). *Proceso metodológico en la investigación: Cómo hacer un diseño de investigación*. (6ta. ed.). Maracaibo: Editorial de la Universidad del Zulia.
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., De Oliveira, M. M. C.,... y Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista panamericana de salud pública*. 33(1), 30-39. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94572/000913381.pdf?sequence=1>
- Calderón, J. P. y Alzamora, L. A. (2010). Metodología de la investigación científica en postgrado. Lima. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=LedvAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

- Correa, V. J. (2013). *Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: [www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf)
- Cortés, M. E. e Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. México: Universidad Autónoma del Carmen. Recuperado de: [http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia\\_investigacion.pdf](http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf)
- García, F. J., Marcuello, C., Serrano, G. D., y Urbina, O. (1996). Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. *Revista española de salud pública*. 70(2), 211-220. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL70/70\\_2\\_211.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_2_211.pdf)
- Gorgas, J., Cardiel, N. y Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Habich, M. (2013). *Lineamientos para la reforma del sector salud. Seminario internacional sobre reforma del sector salud “Hacia la universalización de la protección en salud en el Perú”*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/presentacionmdh.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Compendio estadístico Perú 2014*. Lima: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf)

Ligarda, J. y Ñaccha, M. (2006). La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. *Microredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*. 67(2), 142-151. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/v67n2/pdf/a07v67n2.pdf>

López, P. L. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*. 09(08), 69-74. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)

Masgo, K. M. (2016). *Evaluación de los atributos de la atención primaria: opinión de los usuarios internos en dos centros de salud de la Microred México*. SMP, 2016. Lima: Universidad César Vallejo.

Ministerio de Salud de Perú (2011a). *NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma técnica de salud "Categorías de establecimientos del sector salud"*. Recuperado de: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM546-2011-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud de Perú (2011b). *Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1620.pdf>

Ministerio de Salud de Perú (2014). Módulo 1 – Unidad I - Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales. *Diplomado de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria*. Lima: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/243543198/PROFAM-Modulo-1-Unidad-I-pdf>

Nebot, C., Baqués, T., Crespo, A., Valverde, I. y Canela-Soler, J. (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Atención Primaria*, 35(6), 290-294. Recuperado de:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-opinion-los-usuarios-como-13073414>

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma Ata: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades* (2ª ed.). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=853-mopece1&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=853-mopece1&Itemid=688)

Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9. Recuperado de:  
<http://www.unav.es/humbiomedicas/apardo/salud.pdf>

Pasarín, M. I. (2015). *Evaluación de la atención primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT)*. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de:

[https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_369575/mipr1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_369575/mipr1de1.pdf)

Pasarín, M. I., Berra, S., González, A., Segura, A., Tebé, C., García, A., ...Starfield, B. (2013). Evaluation of primary care: the "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gaceta sanitaria*, 27(1), 12-18. Recuperado de:

<https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0213911112001872>

<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.009>

Puig-Junoy, J. (2008). Eficiencia en la atención primaria de salud: Una revisión crítica de las medidas de frontera. *Revista española de salud pública*. 74(5-6), 483-495. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v74n5-6/efici.pdf>

Real Academia Española. (2017). *Salud*. En Diccionario de la lengua española. (23ª ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>

Romano, J. (2015). *Atención primaria de salud en la provincia de Barcelona: medición de la eficiencia técnica a través de un análisis envolvente de datos (DEA)*. Universitat de Barcelona. Recuperado de:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66203/1/Romano\\_Sanchez\\_TFG.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66203/1/Romano_Sanchez_TFG.pdf)

Rosas, A. M., Narciso, V. y Cuba, M. S. (2013). Atributos de la atención primaria de salud (A.P.S): una visión desde la medicina familiar. *Acta médica peruana*. 30(1), 42-47. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>

Ruiz, A. (2010). *Fiabilidad y validez: conceptualización y procedimientos de cálculo con Spss*. Barcelona. Recuperado de:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65322/1/Fiabilidad\\_Validez.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65322/1/Fiabilidad_Validez.pdf)

Starfield, B. (2009). *Hospitales, especialistas y atención Primaria: Las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional*. Barcelona. Recuperado de:

<http://files.forumatencioprimaria.webnode.com/200000066-21f3a4/Conferencia%20Dra.%20Starfield.pdf>

Talavera, M. (s.f.). *El concepto de la salud, definición y evolución*. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJ1rLa05rVAhUB1CYKHZ11BIAQFggI1MAA&url=https%3A%2F%2Felartedepreguntar.files.wordpress.com%2F2010%2F01%2Fel-concepto-de-salud-marta-talavera.doc&usg=AFQjCNEIEYPPiRWzjXvZHOYa7A7NQVjX\\_g](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJ1rLa05rVAhUB1CYKHZ11BIAQFggI1MAA&url=https%3A%2F%2Felartedepreguntar.files.wordpress.com%2F2010%2F01%2Fel-concepto-de-salud-marta-talavera.doc&usg=AFQjCNEIEYPPiRWzjXvZHOYa7A7NQVjX_g)

Tejada, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 30(2), 283-287. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina\\_Experimental/v30\\_n2/pdf/a20v30n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v30_n2/pdf/a20v30n2.pdf)

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. 33(1), 7-11. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

**Anexo 2**  
**Matriz de consistencia**

## Anexo 2 - Matriz de consistencia

TÍTULO: Eficiencia de la Atención Primaria de Salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016

AUTOR: Br. Iris Jesús García Tejada

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problema principal:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable X: Atención primaria de salud			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
¿Cuál es el nivel de la eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador - 2016?	Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016.	No corresponde.				
<b>Problemas específicos:</b>	<b>Objetivos específicos:</b>	<b>Hipótesis específicas:</b>				
<b>Problema específico 1</b> ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa el Salvador - 2016?	<b>Objetivo específico 1</b> Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión accesibilidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016.		Accesibilidad	Provisión eficiente de servicios de salud (Starfield, 1994).	1 - 4	Muy alta: 93-115
<b>Problema específico 2</b> ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?	<b>Objetivo específico 2</b> Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión longitudinalidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016.		Longitudinalidad	Seguimiento de los problemas de salud del paciente (Starfield, 1994).	5-12	Alta: 70-92
<b>Problema específico 3</b> ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?	<b>Objetivo específico 3</b> Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión coordinación en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016.	No corresponde.	Coordinación	Acciones y esfuerzos de los servicios de atención primaria (Starfield, 1994).	13-19	Baja: 47-69
<b>Problema específico 4</b> ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016?	<b>Objetivo específico 4</b> Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en su dimensión integralidad en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador - 2016.		Integralidad	Capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud (Starfield, 1994).	20-23	Muy baja: 23-46

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<b>TIPO:</b> Descriptiva (Hernández et al., 2010, p. 80) Cuantitativa(Hernández et al., 2010, p. 5) Transversal(Hernández et al., 2010, p. 151)	<b>POBLACIÓN: 93</b>  <b>TAMAÑO DE MUESTRA: 75</b>  <b>MÉTODO DE MUESTREO:</b> Muestreo probabilístico estratificado	<b>Variable X:</b> Atención primaria de salud <b>Técnica:</b> Encuesta <b>Instrumento:</b> Cuestionario Autor: Br. Iris Jesús García Tejada Año: 2001 Monitoreo: Tesista Ámbito de Aplicación: Centro de San Martín de Porres Forma de Administración: Individual	<b>Descriptiva:</b> - Tablas de frecuencias - Figuras estadísticas
<b>Su esquema:</b> M-----O <b>Donde:</b> M = Muestra o grupo a ser observado. O = Observación o información que se recoge de la muestra			

**Anexo 3**

**Constancia emitida por la institución que acredita  
la realización del estudio in situ**



PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección de Red de Salud  
Villa El Salvador-Lurin-Pachacamac-PurcusanaMicrorred  
San Martín de Porres

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

## CONSTANCIA

**EL MÉDICO JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES QUE SUSCRIBE:**

**HACE CONSTAR:**

Que, doña **IRIS JESÚS GARCÍA TEJADA**, identificada con D.N.I. N° 06597876, alumna de la Maestría en Gestión Pública en la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Sede Lima Norte, con el Código N° 6000156227, quien se encuentra realizando su trabajo de investigación titulado "Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2017" para lograr el grado académico correspondiente, ha aplicado en el Centro de Salud San Martín de Porres la "Encuesta de eficiencia de la atención primaria de salud" dirigida a los trabajadores que laboran en el citado establecimiento de salud.

Se expide la presente Constancia para los fines que se estimen convenientes.

Villa El Salvador, 28 de junio del 2017.



EIP/  
cc. Archivo.

**Anexo 4**  
**Matriz de datos**

**Matriz 4A**  
**Matriz de datos para el Análisis de Confiabilidad**

Unidad de análisis	Dimensión 1: Accesibilidad				Dimensión 2: Longitudinalidad								Dimensión 3: Coordinación						Dimensión 4: Integralidad			
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22
1	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4
2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	3
3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	4	3	4
4	4	2	1	2	2	2	4	4	4	4	2	4	3	3	2	4	3	3	4	4	4	3
5	3	3	4	3	2	5	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4
6	3	3	4	4	4	3	4	4	2	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4
7	4	3	2	3	3	4	2	3	4	3	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3
8	3	4	4	5	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4
9	3	3	4	2	4	4	3	3	5	2	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4
10	4	4	3	4	4	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	2
11	2	3	1	5	4	3	3	3	4	3	4	5	4	4	4	3	4	5	5	3	5	5
12	4	2	1	1	4	4	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
13	3	4	3	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4
14	5	2	3	1	2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
15	4	3	5	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4
16	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3
17	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3
18	5	1	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19	3	1	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	5	2	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4

## Anexo 4B

### Matriz de datos para el Análisis de datos

Unidad de análisis	Dimensión 1: Accesibilidad				Dimensión 2: Longitudinalidad								Dimensión 3: Coordinación						Dimensión 4: Integralidad				Dimensión 1:	Dimensión 2:	Dimensión 3:	Dimensión 4:	Variable X
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Accesibilidad	Longitudinalidad	Coordinación	Integralidad	A.P.S.
1	3	3	4	4	4	3	4	4	2	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	14	26	22	14	76
2	4	3	2	3	3	4	2	3	4	3	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	12	25	22	14	73
3	3	4	4	5	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	16	28	22	16	82
4	3	3	4	2	4	4	3	3	5	2	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	12	29	20	15	76
5	4	4	3	4	4	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	2	15	27	17	13	72
6	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	15	27	21	16	79
7	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	13	26	22	11	72
8	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	4	3	4	15	26	21	13	75
9	4	2	1	2	2	2	4	4	4	4	2	4	3	3	2	4	3	3	4	4	4	3	9	26	18	15	68
10	3	3	4	3	2	5	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	13	27	22	16	78
11	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	17	39	27	15	98
12	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	16	39	30	17	102
13	5	1	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	13	28	24	16	81
14	3	1	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	28	24	16	75
15	5	2	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	12	28	24	16	80
16	2	3	1	5	4	3	3	3	4	3	4	5	4	4	4	3	4	5	5	3	5	5	11	29	24	18	82
17	4	2	1	1	4	4	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	8	25	24	15	72
18	3	4	3	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	13	27	23	15	78
19	5	2	3	1	2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	11	28	24	15	78
20	4	3	5	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	16	27	20	16	79
21	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	15	27	21	16	79
22	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	13	26	22	11	72
23	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	4	3	4	15	26	21	13	75
24	4	2	1	2	2	2	4	4	4	4	2	4	3	3	2	4	3	3	4	4	4	3	9	26	18	15	68
25	3	3	4	3	2	5	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	13	27	22	16	78

Unidad de análisis	Dimensión 1: Accesibilidad				Dimensión 2: Longitudinalidad								Dimensión 3: Coordinación						Dimensión 4: Integralidad				Dimensión 1:	Dimensión 2:	Dimensión 3:	Dimensión 4:	Variable X
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Accesibilidad	Longitudinalidad	Coordinación	Integralidad	A.P.S.
26	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	17	39	27	15	98
27	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	16	39	30	17	102
28	5	1	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	13	28	24	16	81
29	3	1	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	28	24	16	75
30	5	2	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	12	28	24	16	80
31	3	3	3	4	2	3	3	3	5	4	3	4	3	3	4	3	3	4	2	2	2	3	13	27	20	9	69
32	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	18	24	15	67
33	3	3	3	4	4	3	5	4	4	4	4	4	5	3	5	3	5	3	2	3	2	5	13	32	24	12	81
34	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	4	2	4	4	5	12	24	21	15	72
35	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	2	2	3	3	3	5	4	4	3	3	3	3	13	23	22	12	70
36	5	4	5	4	2	3	4	3	4	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4	5	5	5	18	30	25	19	92
37	5	5	4	4	3	5	5	3	5	5	3	3	5	3	5	4	4	3	3	4	4	3	18	32	24	14	88
38	5	4	4	3	4	3	4	3	4	5	5	3	3	5	4	4	3	2	3	4	4	5	16	31	21	16	84
39	4	4	3	4	5	4	5	3	5	4	3	5	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	15	34	20	14	83
40	3	4	3	2	3	4	4	5	4	3	4	5	4	3	3	3	4	3	3	5	3	3	12	32	20	14	78
41	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	2	4	5	4	4	3	3	3	4	15	28	22	13	78
42	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	5	5	4	4	3	3	13	26	24	14	77
43	5	4	4	3	5	3	4	4	3	3	3	4	5	3	4	5	4	3	3	3	3	3	16	29	24	12	81
44	3	3	5	4	5	4	3	3	4	3	3	3	4	5	3	4	5	3	3	3	3	3	15	28	24	12	79
45	3	5	5	3	5	3	3	4	5	4	4	4	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	16	32	16	11	75
46	4	4	3	5	3	5	4	4	3	5	1	5	4	4	3	5	4	3	2	5	3	3	16	30	23	13	82
47	5	5	4	3	5	4	3	4	5	3	2	2	3	4	4	4	3	4	5	4	3	3	17	28	22	15	82
48	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	5	4	3	3	4	3	5	5	5	3	12	27	22	18	79
49	4	4	2	2	4	4	4	4	5	3	3	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	12	31	24	16	83
50	3	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	5	4	3	5	4	4	2	4	3	2	13	28	25	11	77

Unidad de análisis	Dimensión 1: Accesibilidad				Dimensión 2: Longitudinalidad								Dimensión 3: Coordinación						Dimensión 4: Integralidad				Dimensión 1:	Dimensión 2:	Dimensión 3:	Dimensión 4:	Variable X
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Accesibilidad	Longitudinalidad	Coordinación	Integralidad	A.P.S.
51	3	3	4	4	5	3	4	5	2	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	5	3	5	14	28	22	16	80
52	4	3	2	3	3	4	2	3	4	3	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	12	25	22	14	73
53	3	4	5	5	3	3	4	5	3	3	5	5	4	4	3	4	5	3	5	5	4	4	17	31	23	18	89
54	3	3	5	2	4	4	3	3	5	2	4	4	3	3	3	5	4	3	3	5	5	4	13	29	21	17	80
55	4	4	3	5	5	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	2	16	28	17	13	74
56	3	5	5	4	2	5	4	4	4	3	3	3	5	4	3	3	3	4	5	5	5	4	17	28	22	19	86
57	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	2	2	3	3	3	13	28	24	11	76
58	5	5	4	3	5	5	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	5	3	5	17	28	21	15	81
59	4	2	1	2	2	2	5	4	5	4	2	5	3	3	2	5	3	3	5	4	4	3	9	29	19	16	73
60	3	3	4	3	2	5	3	4	4	3	3	3	4	3	5	4	3	5	4	4	4	4	13	27	24	16	80
61	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	17	39	30	17	103
62	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	16	39	30	17	102
63	5	1	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	13	28	24	16	81
64	3	1	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	28	24	16	75
65	5	2	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	12	28	24	16	80
66	2	3	1	5	4	3	3	3	4	3	4	5	4	4	4	3	4	5	5	3	5	5	11	29	24	18	82
67	4	2	1	1	4	4	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	8	25	24	15	72
68	3	4	3	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	13	27	23	15	78
69	5	2	3	1	2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	11	28	24	15	78
70	4	3	5	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	16	27	20	16	79
71	5	1	1	5	4	5	3	4	3	5	3	5	4	4	5	4	4	5	5	4	3	5	12	32	26	17	87
72	4	4	4	4	3	3	3	2	4	3	3	4	4	5	4	4	3	3	4	3	5	5	16	25	23	17	81
73	3	3	4	4	5	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	2	14	29	21	11	75
74	4	3	5	5	4	4	3	5	5	3	2	4	4	3	3	4	3	3	4	4	2	2	17	30	20	12	79
75	2	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	5	4	3	4	4	3	3	4	2	3	13	29	23	12	77

**Anexo 5**  
**Instrumento**

## Anexo 5

### Instrumento

#### Encuesta de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador

**Instrucciones:** Esta encuesta es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de la atención primaria de salud.

Categoría	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Valor	1	2	3	4	5

N°	ITEM	1	2	3	4	5
	<b>ACCESIBILIDAD</b>					
1	El servicio de su especialidad brinda atención al menos un día de la semana durante 12 horas continuadas.					
2	El Centro de Salud en su horario de atención brinda servicio a los usuarios externos enfermos siempre y cuando esté el profesional de la especialidad.					

N°	ITEM	1	2	3	4	5
3	El Centro de Salud en su horario de atención facilita a los usuarios externos realizar consultas rápidas por teléfono.					
4	El Centro de Salud fuera de su horario de atención facilita que el personal de salud realice visitas domiciliarias de solicitarlo el usuario externo y/o ameritar el caso.					
<b>LONGITUDINALIDAD</b>						
5	Los usuarios externos son atendidos por el mismo profesional de la salud cada vez que hacen una consulta.					
6	Cuando un usuario externo tiene una duda, puede llamar y hablar con el profesional de la salud que mejor lo conoce y en quien confía.					
7	El profesional de la salud brinda al usuario externo el suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas.					
8	Hay comodidad del usuario externo con el profesional de la salud para hablar de sus preocupaciones o problemas en el momento de la consulta.					
9	El profesional de la salud muestra empatía con el usuario externo en el momento de la atención.					
10	El usuario externo muestra comprensión de las preguntas y/o indicaciones formuladas por el profesional de salud.					
11	El profesional de la salud muestra conocimiento de la historia clínica de cada usuario externo que atiende.					

N°	ITEM	1	2	3	4	5
12	El profesional de la salud muestra conocimiento de los medicamentos que sus usuarios han y están consumiendo.					
	<b>COORDINACIÓN</b>					
13	El profesional de la salud muestra interés por el conocimiento de las citas que sus usuarios tienen con especialistas o de las pruebas complementarias de ayuda al diagnóstico realizadas (análisis de laboratorio y/o diagnóstico por imágenes).					
14	El profesional de la salud siempre muestra interés por el conocimiento de las visitas que sus usuarios hacen a Servicios de Emergencia y/o Urgencia.					
15	El profesional de la salud informa al usuario externo los distintos lugares a donde podrá ser referido para resolver su problema de salud.					
16	El Centro de Salud brinda ayuda al usuario externo para concertar una cita con el especialista para garantizar la continuidad de la atención.					
17	El profesional de la salud brinda al usuario externo información detallada por escrito para el especialista mediante la hoja de referencia.					
18	La historia clínica garantiza el apropiado registro de las atenciones brindadas al contar con los formatos impresos según etapas de vida de acuerdo con la normatividad vigente.					
	<b>INTEGRALIDAD</b>					
19	El Centro de Salud brinda servicio esmerado en: medicina general, pediatría, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, inmunizaciones, control del niño sano, zoonosis, saneamiento ambiental, planificación familiar, prevención y control de tuberculosis.					

N°	ITEM	1	2	3	4	5
20	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento por problemas de salud mental: psicosis, depresión, dependencia de alcohol y drogas.					
21	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento del VIH-SIDA.					
22	El Centro de Salud brinda prevención y control del cáncer.					

**Anexo 6**  
**Carta de consentimiento informado**

## Anexo 6

### Carta de consentimiento informado

El propósito de esta ficha es proveer a los participantes con una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella.

La presente investigación titulada: “Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016”, inscrita en la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, siendo conducida por la Iris Jesús García Tejada, de la Maestría de Gestión Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo – Lima Norte.

El objetivo de la investigación es determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador; y de esta manera cumplir con los objetivos de investigación.

La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por lo que sus respuestas son anónimas.

Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento.

La decisión sobre tu participación en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Jefe de la Microred de Salud San Martín de Porres de Villa El Salvador.

**POR FAVOR COMPLETE ESTA PARTE DEL DOCUMENTO:**

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

ACEPTO participar en las encuestas para esta investigación.

NO ACEPTO participar en las encuestas para esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Villa El Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_

**Anexo 7**  
**Formato de validación de instrumento**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**QUE MIDE LA VARIABLE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

N°	DIMENSIONES / ítems	Perfinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: ACCESIBILIDAD</b>							
1	El servicio de su especialidad brinda atención al menos un día de la semana durante 12 horas continuadas.	✓		✓		✓		
2	El Centro de Salud en su horario de atención brinda servicio a los usuarios externos enfermos siempre y cuando esté el profesional de la especialidad.	✓		✓		✓		
3	El Centro de Salud en su horario de atención facilita a los usuarios externos realizar consultas rápidas por teléfono.	✓		✓		✓		
4	El Centro de Salud fuera de su horario de atención facilita que el personal de salud realice visitas domiciliarias de solicitarlo el usuario externo y/o ameritar el caso.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: LONGITUDINALIDAD</b>							
5	Los usuarios externos son atendidos por el mismo profesional de la salud cada vez que hacen una consulta.	✓		✓		✓		
6	Cuando un usuario externo tiene una duda, puede llamar y hablar con el profesional de la salud que mejor lo conoce y en quien confía.	✓		✓		✓		
7	El profesional de la salud brinda al usuario externo el suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas.	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
8	Hay comodidad del usuario externo con el profesional de la salud para hablar de sus preocupaciones o problemas en el momento de la consulta.	✓		✓		✓		
9	El profesional de la salud muestra empatía con el usuario externo en el momento de la atención.	✓		✓		✓		
10	El usuario externo muestra comprensión de las preguntas y/o indicaciones formuladas por el profesional de salud.	✓		✓		✓		
11	El profesional de la salud muestra conocimiento de la historia clínica de cada usuario externo que atiende.	✓		✓		✓		
12	El profesional de la salud muestra conocimiento de los medicamentos que sus usuarios han y están consumiendo.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: COORDINACIÓN</b>							
13	El profesional de la salud muestra interés por el conocimiento de las citas que sus usuarios tienen con especialistas o de las pruebas complementarias de ayuda al diagnóstico realizadas (análisis de laboratorio y/o diagnóstico por imágenes).	✓		✓		✓		
14	El profesional de la salud siempre muestra interés por el conocimiento de las visitas que sus usuarios hacen a Servicios de Emergencia y/o Urgencia.	✓		✓		✓		
15	El profesional de la salud informa al usuario externo los distintos lugares a donde podrá ser referido para resolver su problema de salud.	✓		✓		✓		
16	El Centro de Salud brinda ayuda al usuario externo para concertar una cita con el especialista para garantizar la continuidad de la atención.	✓		✓		✓		
17	El profesional de la salud brinda al usuario externo información detallada por escrito para el especialista mediante la hoja de referencia.	✓		✓		✓		
18	La historia clínica garantiza el apropiado registro de las atenciones brindadas al contar con los formatos impresos según etapas de vida de acuerdo con la normatividad vigente	✓		✓		✓		



N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 4: INTEGRALIDAD</b>							
19	El Centro de Salud brinda servicios esmerado en: medicina general, pediatría, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, inmunizaciones, control del niño sano, zoonosis, saneamiento ambiental, planificación familiar, prevención y control de tuberculosis.	✓		✓		✓		
20	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento por problemas de salud mental: psicosis, depresión, dependencia de alcohol y drogas	✓		✓		✓		
21	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento del VIH-SIDA	✓		✓		✓		
22	El Centro de Salud brinda prevención y control del cáncer.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [  ] No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. / Mg. Dr. Quique Atencio José Víctor D.N.I. N° 08560838

Especialidad del validador: Neurólogo

09 de Junio del 2017.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante  
 .....  
 Dr. Jose Quique Atencio  
 Docente Universitario

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**QUE MIDE LA VARIABLE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Nº	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: ACCESIBILIDAD</b>							
1	El servicio de su especialidad brinda atención al menos un día de la semana durante 12 horas continuadas.	✓		✓		✓		
2	El Centro de Salud en su horario de atención brinda servicio a los usuarios externos enfermos siempre y cuando esté el profesional de la especialidad.	✓		✓		✓		
3	El Centro de Salud en su horario de atención facilita a los usuarios externos realizar consultas rápidas por teléfono.	✓		✓		✓		
4	El Centro de Salud fuera de su horario de atención facilita que el personal de salud realice visitas domiciliarias de solicitarlo el usuario externo y/o ameritar el caso.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: LONGITUDINALIDAD</b>							
5	Los usuarios externos son atendidos por el mismo profesional de la salud cada vez que hacen una consulta.	✓		✓		✓		
6	Cuando un usuario externo tiene una duda, puede llamar y hablar con el profesional de la salud que mejor lo conoce y en quien confía.	✓		✓		✓		
7	El profesional de la salud brinda al usuario externo el suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas.	✓		✓		✓		



UCV  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL VALLE  
ESCUELA DE POSTGRADO

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		SI	No	SI	No	SI	No	
8	Hay comodidad del usuario externo con el profesional de la salud para hablar de sus preocupaciones o problemas en el momento de la consulta.	✓		✓		✓		
9	El profesional de la salud muestra empatía con el usuario externo en el momento de la atención.	✓		✓		✓		
10	El usuario externo muestra comprensión de las preguntas y/o indicaciones formuladas por el profesional de salud.	✓		✓		✓		
11	El profesional de la salud muestra conocimiento de la historia clínica de cada usuario externo que atiende.	✓		✓		✓		
12	El profesional de la salud muestra conocimiento de los medicamentos que sus usuarios han y están consumiendo.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: COORDINACIÓN</b>							
13	El profesional de la salud muestra interés por el conocimiento de las citas que sus usuarios tienen con especialistas o de las pruebas complementarias de ayuda al diagnóstico realizadas (análisis de laboratorio y/o diagnóstico por imágenes).	✓		✓		✓		
14	El profesional de la salud siempre muestra interés por el conocimiento de las visitas que sus usuarios hacen a Servicios de Emergencia y/o Urgencia.	✓		✓		✓		
15	El profesional de la salud informa al usuario externo los distintos lugares a donde podrá ser referido para resolver su problema de salud.	✓		✓		✓		
16	El Centro de Salud brinda ayuda al usuario externo para concertar una cita con el especialista para garantizar la continuidad de la atención.	✓		✓		✓		
17	El profesional de la salud brinda al usuario externo información detallada por escrito para el especialista mediante la hoja de referencia.	✓		✓		✓		
18	La historia clínica garantiza el apropiado registro de las atenciones brindadas al contar con los formatos impresos según etapas de vida de acuerdo con la normatividad vigente	✓		✓		✓		



N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>DIMENSIÓN 4: INTEGRALIDAD</b>							
19	El Centro de Salud brinda servicios esmerado en: medicina general, pediatría, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, inmunizaciones, control del niño sano, zoonosis, saneamiento ambiental, planificación familiar, prevención y control de tuberculosis.	✓		✓		✓		
20	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento por problemas de salud mental: psicosis, depresión, dependencia de alcohol y drogas	✓		✓		✓		
21	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento del VIH-SIDA	✓		✓		✓		
22	El Centro de Salud brinda prevención y control del cáncer.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] | **Aplicable después de corregir** [ ] | **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. /Mg. Dra. RIVERA RUPAY ROSA ISABEL D.N.I. N° 08571155

Especialidad del validador: TEMÁTICO

09 de JUNIO del 2017.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante  
 .....  
 Dra. ROSA ISABEL RIVERA RUPAY  
 Docente Universitaria

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**QUE MIDE LA VARIABLE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: ACCESIBILIDAD</b>							
1	El servicio de su especialidad brinda atención al menos un día de la semana durante 12 horas continuadas.	✓		✓		✓		
2	El Centro de Salud en su horario de atención brinda servicio a los usuarios externos enfermos siempre y cuando esté el profesional de la especialidad.	✓		✓		✓		
3	El Centro de Salud en su horario de atención facilita a los usuarios externos realizar consultas rápidas por teléfono.	✓		✓		✓		
4	El Centro de Salud fuera de su horario de atención facilita que el personal de salud realice visitas domiciliarias de solicitarlo el usuario externo y/o ameritar el caso.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: LONGITUDINALIDAD</b>							
5	Los usuarios externos son atendidos por el mismo profesional de la salud cada vez que hacen una consulta.	✓		✓		✓		
6	Cuando un usuario externo tiene una duda, puede llamar y hablar con el profesional de la salud que mejor lo conoce y en quien confía.	✓		✓		✓		
7	El profesional de la salud brinda al usuario externo el suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas.	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
8	Hay comodidad del usuario externo con el profesional de la salud para hablar de sus preocupaciones o problemas en el momento de la consulta.	✓		✓		✓		
9	El profesional de la salud muestra empatía con el usuario externo en el momento de la atención.	✓		✓		✓		
10	El usuario externo muestra comprensión de las preguntas y/o indicaciones formuladas por el profesional de salud.	✓		✓		✓		
11	El profesional de la salud muestra conocimiento de la historia clínica de cada usuario externo que atiende.	✓		✓		✓		
12	El profesional de la salud muestra conocimiento de los medicamentos que sus usuarios han y están consumiendo.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: COORDINACIÓN</b>							
13	El profesional de la salud muestra interés por el conocimiento de las citas que sus usuarios tienen con especialistas o de las pruebas complementarias de ayuda al diagnóstico realizadas (análisis de laboratorio y/o diagnóstico por imágenes).	✓		✓		✓		
14	El profesional de la salud siempre muestra interés por el conocimiento de las visitas que sus usuarios hacen a Servicios de Emergencia y/o Urgencia.	✓		✓		✓		
15	El profesional de la salud informa al usuario externo los distintos lugares a donde podrá ser referido para resolver su problema de salud.	✓		✓		✓		
16	El Centro de Salud brinda ayuda al usuario externo para concertar una cita con el especialista para garantizar la continuidad de la atención.	✓		✓		✓		
17	El profesional de la salud brinda al usuario externo información detallada por escrito para el especialista mediante la hoja de referencia.	✓		✓		✓		
18	La historia clínica garantiza el apropiado registro de las atenciones brindadas al contar con los formatos impresos según etapas de vida de acuerdo con la normatividad vigente.	✓		✓		✓		



UCV  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL URUGUAY  
ESCUELA DE POSTGRADO

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		SUGERENCIAS
		SI	No	SI	No	SI	No	
	<b>DIMENSIÓN 4: INTEGRALIDAD</b>							
19	El Centro de Salud brinda servicios esmerado en: medicina general, pediatría, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, inmunizaciones, control del niño sano, zoonosis, saneamiento ambiental, planificación familiar, prevención y control de tuberculosis.	✓		✓		✓		
20	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento por problemas de salud mental: psicosis, depresión, dependencia de alcohol y drogas	✓		✓		✓		
21	El Centro de Salud brinda prevención, control y tratamiento del VIH-SIDA	✓		✓		✓		
22	El Centro de Salud brinda prevención y control del cáncer.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. /Mg. Mg. MELÉNDEZ ARIEZ MANUEL MARTÍN D.N.I.N° 32724517

Especialidad del validador: ESTADÍSTICO

09 de JUNIO del 2.017.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante

**Anexo 8**  
**Carta de presentación**  
**para validación de instrumentos por juicio de experto**

## Anexo 8

### Carta de presentación

Lima, junio del 2017.

Señor (a) (ita)

.....  
Presente

Asunto: Validación de instrumentos por juicio de experto

Es muy grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo y a la vez hacer de su conocimiento que siendo estudiante del Programa de Maestría en Gestión Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, recorro a su prestigiosa experiencia en temas de investigación científica para validar los instrumentos con los cuales recogeré información para desarrollar mi tesis, con la cual optaré el grado de Maestro. El título de mi estudio es: “Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016”.

El expediente de validación por juicio de experto que le alcanzo contiene:

- Carta de presentación.
- Definición conceptual de variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Agradeciendo anticipadamente la atención brindada a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

---

Iris Jesús García Tejada  
D.N.I. N° 06597876

**Anexo 9**  
**Centro de Salud San Martín de Porres**



**Centro de Salud San Martín de Porres (puerta principal)**



Centro de Salud San Martín de Porres (ubicación)