



PROCESO DE PILOTAJE DE LA HERRAMIENTA PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

Local Health System Sustainability Project: Healthy
Communities

Task Order I, USAID Integrated Health Systems IDIQ

Diciembre 2022

Este documento fue elaborado para ser revisado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado en el marco del proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el contrato Sistemas de Salud Integrados IDIQ de USAID.

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

USAID Contract No: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Citación recomendada: Rodríguez, Mauricio, Shirley Mendoza, Alejandro Rico, Edgar Ibañez, German Vargas, Victor Pedraza, Tatiana Diaz, y Rosa Cárdenas. The Local Health System Sustainability Project (LHSS) Under the USAID Integrated Health Systems IDIQ. Diciembre 2022. Proceso de Pilotaje de la herramienta. Rockville, MD: Abt Associates.

CONTENIDO

- Lista de tablas 1**
- Acrónimos..... 2**
- 1 Antecedentes..... 3**
- 2 Contexto 6**
- 3 Objetivo..... 7**
- 4 Metodología (Descripción) 8**
- 5 Población beneficiada (Descripción) 11**
- 6 Actividades realizadas..... 12**
- 7 Resultados (Descripción)..... 14**
- 8 Avance de los indicadores del proyecto (Presentación de meta y resultados alcanzados absolutos y relativos)..... 31**
- 9 Lecciones aprendidas significativas..... 34**
- 10 Recomendaciones..... 34**
- 11 Referencias bibliográficas..... 35**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías que evalúan cada una de las versiones de los cuestionarios IA-PCAT.....	5
Tabla 2. Resumen del Proyecto.....	8
Tabla 3. Instituciones prestadoras de servicios elegidas para a aplicación de cuestionarios IA-PCAT AE y CE.....	12
Tabla 4. Instituciones prestadoras de servicios elegidas para a aplicación de cuestionarios IA-PCAT PE y FE.....	13
Tabla 5. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT - AE.....	15
Tabla 6. Consistencia Interna cuestionario IA-PCAT-CE.....	16
Tabla 7. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT-FE.....	17
Tabla 8. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT – PE.....	18
Tabla 9. Fuerza de la afiliación en la prueba piloto cuestionarios IA-PCAT- AE.....	21
Tabla 10. Comparación de fuerza de la afiliación entre ciudades en la prueba piloto.....	21
Tabla 11. Media, Desviación estándar y porcentajes mayores de 6 en las funciones de la APS.....	22
Tabla 12. Comparación de puntajes promedio entre ciudades.....	23
Tabla 13. Comparación de proporciones de puntajes mayores de 6 en diferentes ciudades.....	24
Tabla 14. Comparación de puntajes promedio entre los cuatro cuestionarios.....	24
Tabla 15. Comparación entre ciudades pregunta J1.....	25
Tabla 16. Comparación entre ciudades pregunta J2.....	26
Tabla 17. Comparación entre ciudades pregunta J3.....	26
Tabla 18. Comparación entre ciudades pregunta J13.....	26
Tabla 19. Comparación entre ciudades pregunta J14.....	27
Tabla 20. Comparación entre ciudades pregunta J17.....	27
Tabla 21. Comparación entre ciudades pregunta J22.....	27
Tabla 22. Comparación entre ciudades pregunta J23.....	28
Tabla 23. Comparación entre ciudades pregunta J24.....	28
Tabla 24. Otras variables de la dimensión A obtenidas en el formato de Excel.....	29
Tabla 25. Otras variables de la dimensión L obtenidas en el formato de Excel.....	30
Tabla 26. Otras variables de la dimensión M obtenidas en el formato de Excel.....	30
Tabla 27. Otras variables de la dimensión N obtenidas en el formato de Excel.....	30
Tabla 28. Avance de los indicadores del proyecto.....	31

ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Entidad promotora de salud
IA- PCAT	Conjunto de cuestionarios para Iberoamérica.
IA-PCAT- AE	Cuestionario Versión para adultos.
IA-PCAT-CE	Cuestionario Versión para usuarios adultos, responsables del cuidado niños y adolescentes.
IA-PCAT-FE	Cuestionario Versión para Gestores.
IA-PCAT- PE	Cuestionario Versión para Profesionales.
IPS	Instituciones prestadoras de servicios.
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OTIC	Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
PCAT	Primary Care Assessment Tool.
USAID	La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
DPSAP	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
DPSAP-MSPS	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social

I. Antecedentes

Desde el año 2003 se realizó un mandato para renovar la Atención Primaria en Salud en Latinoamérica mediante la Resolución cd44. r6 del Consejo Directivo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(OPS/OMS, 2003). En adelante a este mandato se realizaron diferentes reuniones con declaraciones hacia este propósito dentro de las que se destacan la Declaración de Montevideo en el 2005 y la declaración de Buenos Aires en el 2007 (Rodríguez Escobar, 2019). En el 2007 se redacta un documento de posición titulado “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”, que propone la Atención Primaria en Salud (APS), como un eje central en los sistemas de salud, lo que implica hacer ajustes estructurales y operativos con el fin de facilitar el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, bajo un marco conceptual que plantea tres valores centrales, siete principios y trece elementos (OPS/OMS, 2007). Cada uno de los países en la región ha emprendido diferentes reformas y formas de realizar los ajustes pertinentes (Rodríguez Escobar, 2019).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos definió la atención primaria como la prestación de servicios de salud integrados y accesibles, prestado por equipos de salud que son responsables de hacer frente a una gran mayoría de las necesidades de atención de salud personal, el desarrollo de una asociación sostenida con los pacientes y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad. También, alentó el desarrollo de herramientas adecuadas para evaluar el desempeño de las clínicas de atención primaria y de la importancia de una formación específica para desarrollar una forma de pensar y actuar de los médicos de atención primaria para que pueda dar su mejor contribución dentro del equipo (Bruhn, 1999; Donaldson et al., 1996). Esto se reconoce como la atención primaria (en adelante AP), diferenciándola de la atención primaria en salud (APS) que es un concepto más amplio.

En Colombia con la Ley 1438 de 2011, se plantea la reforma del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de APS, posteriormente con la con la Política de Atención Integral en Salud, en adelante PAIS (2016), se fundamenta la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, además se establece la organización de la prestación de servicios en redes integrales conformado por un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud con una organización que comprende un componente primario y un componente complementario; el prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, sus familias y colectivos, se considera como una unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario (Minsalud, 2016). Este Prestador Primario debe progresivamente ser más resolutivo y cumplir las funciones de puerta de entrada del sistema, funciones que son muy importantes, a tal punto que la literatura internacional muchas veces cuando se refiere a la APS se centra en la organización y funciones que se realizan en la puerta de entrada como determinantes para la implementación de la AP (Rodríguez Escobar, 2019). A parte de las funciones de gestión, planificación, organización de recursos y servicios, una de las funciones que debe cumplir es el realizar el seguimiento y evaluación de desempeño de las redes a cargo tanto de las EPS como de las entidades territoriales, para ello se propone el establecimiento de metodologías y herramientas que valoren la gestión integral de la atención en el componente primario de cara a los atributos de calidad y en consecuencia resultados en salud.

Un reto actual es la evaluación de la implementación de los modelos de la APS y para ello se requiere, realizar estimaciones que permitan medir el avance que se tiene en la calidad de los servicios y en la mejora en la situación de salud de la población (Ponzo et al., 2011)

Para Álvarez y Osorio luego de hacer una revisión narrativa encontraron que los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS, enfatizan en aspectos estructurales y organizativos, pero escasamente en el grado en que cumple sus funciones y sustentan esta afirmación citando a autores como (Campbell et al., 2000; Donabedian & Fund, 1973; Hogg et al., 2008; Sibthorpe & Gardner, 2007) citados por (Álvarez & Osorio, 2015). Una contribución importante a la evaluación de la APS fue la definición de siete funciones en el modelo conceptual propuesto por Barbara Starfield, así: cuatro principales (primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad o globalidad) y tres secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural) (Berra, 2012).

Es necesario disponer de instrumentos con calidad metodológica adecuada, que posibiliten la comparación entre proveedores de salud respecto a la capacidad asistencial o la estructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención (Starfield & Aspachs, 2001). La diversidad de los cuestionarios que se han diseñado para evaluar la APS, hace que sea difícil identificar el más adecuado para un uso determinado (Valderas et al., 2008). Tras una revisión sistemática y evaluación de la calidad de las propiedades métricas de los instrumentos para evaluación APS desde la perspectiva de usuarios, el instrumento mejor evaluado fue el Primary Care Assessment Tool [PCAT, por su siglas en inglés], que puede ser aplicado en diferentes tipos de organizaciones en salud, públicas o privadas (Giraldo Osorio et al., 2020).

Otra ventaja que tiene este instrumento PCAT para avanzar en la evaluación de la implementación de la APS es el trabajo realizado por un grupo de nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, España, México y Uruguay) cuyo resultado es de unos instrumentos más adecuados a la región y a la situación epidemiológica y sanitaria actual, denominados IA-PCAT (Iberoamérica PCAT) en versiones FE gestores o equipos de salud (directivos), PE proveedores (profesionales), AE usuarios adultos y CE usuarios niños y adolescentes (Ponzo et al., 2018). Cada una de las versiones evalúa las funciones de la Atención Primaria en Salud desde diferentes perspectivas y corresponde a cuestionarios que recogen información administrativa y demográfica a través de preguntas abiertas y un conjunto de preguntas cerradas tipo escala de Liker, que se detallan en la **tabla 1**. En esta misma tabla se pueden ver las categorías evaluadas y el número de ítems o preguntas.

Tabla 1. Categorías que evalúan cada una de las versiones de los cuestionarios IA-PCAT.

Categorías Evaluadas	PCAT- AE	PCAT-CE	PCAT-FE	PCAT-PE
Información Administrativa	X	x	x	X
Sobre El [Servicio De Salud*] ^A			x	X
Sobre La Persona Que Responde El Cuestionario ^A			x	X
A. Identificación De Su Referente Principal De Salud	12	12	11	11
B. Primer Contacto – Utilización	3	4	0	0
C. Primer Contacto – Accesibilidad	13	13	10	10
D. Atención Longitudinal	15	15	14	14
E. Atención Continua – Coordinación	13	13	7	7
F. Atención Continua – Sistemas De Información	6	6	10	10
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	20	16	25	25
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	13	12	17	17
I. Enfoque Familiar	4	4	17	17
J. Orientación Comunitaria	9	9	25	25
K. Idoneidad Cultural	5	5	13	13
L. Cobertura De Salud	2	2	2	2
M. Su Salud	3	3	3	3
N. Descripción Demográfica Del Niño, Niña o Adolescente		6		
N. Descripción De La Persona Que Responde	7	4	6	6
Total de ítems	125	124	160	160

Fuente: Elaboración Propia.

Ítem administrativo que caracteriza el servicio de salud y el perfil del profesional que responde la encuesta.

La utilización de los instrumentos PCAT para evaluar la estrategia APS, se deriva un diagnóstico del proceso y calidad de la atención en término del cumplimiento de las funciones que se deben cumplir en la

prestación de servicios de acuerdo al planteamiento de Barbara Starfield, con el fin de brindar herramientas de política pública en pro de la mejora de los mismos. Este tipo de instrumentos puede ser de ayuda para recoger la percepción que tienen los gestores, los profesionales de los equipos de salud y la población acerca de la calidad de servicios que se prestan desde los prestadores primarios en nuestro país incluyendo a los migrantes y población que retorna al país y se vincula al sistema de seguridad Social en Salud.

La atención a la población migrante es todo un desafío para los sistemas sanitarios (Bernaes et al., 2017) García Ruiz et al describen la experiencia de *adaptar los instrumentos PCAT-FE complementada con información de datos sociodemográficos para tener información respecto a las poblaciones inmigrantes básicamente en los datos de identificación* (García-Ruiz et al., 2011). Adicionalmente se puede tener en cuenta que en los instrumentos originales en el ítem de competencia cultural se evalúan tres preguntas que pueden ser de ayuda para evaluar el prestador de servicios como puerta de entrada al sistema de salud en relación en su capacidad de atender a la población inmigrante. Esto quiere decir que validar los instrumentos PCAT es coherente con la contribución que hace el Proyecto Sostenibilidad del Sistema de Salud Local, a través de su programa de Comunidades Saludables, para desarrollar capacidades técnicas y funcionales, particularmente en la evaluación que permita retroalimentar para mejorar la prestación de servicios con calidad y fortalecer la implementación del modelo de atención en salud con énfasis en la APS, que debe atender a la población que habita en Colombia, incluyendo la población migrante con las particularidades que esta tenga.

2. Contexto

En Colombia, el compromiso para desarrollar la estrategia de APS está desde antes de la declaración de Alma Ata en 1978 y de hecho existieron experiencias previas en Antioquia, Cáqueza, Caldas y El Valle, que fueron tenidas en cuenta por la OPS para esta declaración y sirvieron de modelo para países en desarrollo. Posterior a la declaración del 78, se impulsaron otras experiencias a nivel nacional, sin que se lograra articular exitosamente la actividad comunitaria con la atención en salud y las acciones de salud pública. Con la ley 100 de 1993 se incrementó la separación entre las acciones de prestación de servicios y la salud pública y se generó una segmentación institucional y una fragmentación operativa. (Pineda Restrepo & Jerez Trujillo, 2014)

Aunque se tuvieron iniciativas locales durante este periodo, dirigidas a estructurar experiencias en APS y reglamentaciones dirigidas a enfatizar acciones en promoción y prevención como la resolución 412 del 2000, es solo hasta la promulgación de Ley 1438 de 2011, que se adopta la estrategia de APS y se plantea la acción coordinada que incluye a los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Rodríguez Escobar, 2019). En conjunto con otras reformas legales como la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud y regularlo y la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 o Ley 1753 de 2015, definen la Política de Atención Integral de Salud y lanza como instrumento para operativizarla el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Minsalud, 2016).

La resolución 2626 de 2019 modifica la Política de Atención Integral en Salud y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que busca que se hagan acuerdos interinstitucionales y comunitarios, para articular, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio. El MAITE reemplaza al

MIAS, pero da continuidad a parte del modelo y sus acciones. Dentro de las acciones del MAITE para la prestación de servicios en salud, da continuidad al desarrollo de redes de prestadores de servicios en salud. En las acciones para el talento humano en salud promueve la formación en los territorios para mejorar la suficiencia y capacidad resolutiva particularmente en el prestador primario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En la actualidad en Colombia se miden los resultados en salud por los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud reglamentados por la Resolución 256 de 2016 (Min Salud 2016), allí se recolectan datos relacionados con la atención en salud que son tomados en cuenta por ejemplo dentro del esquema para evaluar el desempeño de la APS propuesto por el Banco Mundial (Banco Mundial, 2020). Sin embargo, no recoge información específica y validada respecto a las funciones del prestador primario como si lo hace la herramienta PCAT desde diferentes perspectivas, como lo describe la colaboración IA-PCAT (Ponzo et al., 2018), por lo que ha sido de interés de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social (DPSAP-MSPS) contar con este instrumento para hacer seguimiento a la implementación de la APS en Colombia y para ello se concibió este proyecto.

El Programa Comunidades Saludables de USAID en Colombia en su tercer objetivo que busca Fortalecer los mecanismos para aumentar el acceso a servicios de salud adecuados y de alta calidad para la población migrante y las comunidades receptoras de población migrante venezolana, escogió como población objeto de este proyecto y como centros demostrativos a seis ciudades que comparten las características de ser unas de las mayores receptoras de inmigrantes venezolanos y ser representativas de la multiplicidad de características que se podrían encontrar para la prestación de servicios de salud en Colombia: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha.

Este proyecto fue evaluado y aprobado para su financiación por la Agencia de EE. UU. Para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés) a través del programa de Comunidades Saludables de USAID, por el interés de la DPSAP-MSPS. Esta Dirección, en el proceso de la implementación de la estrategia de atención primaria ha buscado herramientas que permitan dar seguimiento a la gestión y desempeño del primer nivel de atención, dentro de las que se encuentra la herramienta PCAT, en particular la validación de la herramienta PCAT es ejecutada por la Universidad El Bosque desde el programa de Especialización en Medicina Familiar.

3. Objetivo

Adeuar y validar la herramienta (PCAT) al contexto colombiano para conocer y hacer seguimiento al avance de la implementación de la Atención Primaria en Salud APS.

3.1. Objetivos específicos

- Adaptar y validar en contenido los cuestionarios AE y CE destinados a usuarios.
- Validar en consistencia Interna y fiabilidad los cuatro cuestionarios de la herramienta IA-PCAT (Cuestionarios AE, CE de usuarios y FE y PE para profesionales que trabajan en salud).

- Diseñar y pilotear un instrumento PCAT sistematizado que facilite la aplicabilidad de esta herramienta a nivel nacional en el futuro
- Analizar los resultados recogidos en la validación de la consistencia interna y fiabilidad con respecto a los aportes que puede hacer esta herramienta a la evaluación del progreso de la implementación de la APS en nuestro país.

4. Metodología

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos de este proyecto, se proponen cuatro pasos resumidos en la tabla 2, posteriormente se hará una descripción detallada de los procesos referidos a este informe.

Tabla 2. Resumen del Proyecto

Pasos	Población ¹	Tamaño	Análisis
Primer paso Validación de contenido	En cada una de las ciudades seleccionadas	Total	
Fase 1 validación por expertos	un profesional médico, un profesional de enfermería y una persona con formación técnica de auxiliar de enfermería	18	Cualitativo Entrevistas cognitivas. Estadístico índice de aceptabilidad
Fase 2 Validación por la comunidad	Personas que hayan tenido experiencias de atención en servicios ambulatorios personales o para sus niños. Incluye población migrante y de acogida	24	Cualitativo Entrevistas cognitivas

Triangulación: Información de la validación de expertos, Validación por la Comunidad, Asesoras internacionales y reuniones de co-creación Ministerio de salud y Protección Social

Segundo paso Desarrollo del aplicativo (recolección de la información)	Este paso está dirigido al desarrollo de la aplicación PCAT		
Tercer paso: Validez, Consistencia Interna y Fiabilidad de los Instrumentos IA-PCAT	Aplicación de los cuestionarios IA-PCAT (AE, CE, FE y PE) en la población diana en cada una de las ciudades seleccionadas.		

¹ [Población de las 6 de ciudades seleccionadas para el desarrollo de este proyecto: Barranquilla Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha](#)

Pasos	Población ¹	Tamaño	Análisis
Cuestionarios IA-PCAT- AE	Adultos que tengan al menos 6 meses experiencias de atención en los servicios de salud (AE Usuarios adultos).	276	Cuantitativo Alfa de Cronbach
Cuestionarios IA-PCAT- CE	Adultos que tengan a los menos 6 meses de experiencias de atención en la que atiendan a niños (as) o Adolescentes a su cargo (CE Usuarios adultos, responsables del cuidado de niños).	276	Cuantitativo Alfa de Cronbach
Cuestionarios IA-PCAT- FE	Personal que cumple funciones administrativas sobre servicios de salud, coordinadores de centros de salud o de programas de APS en Centros de Salud, o IPS de atención ambulatoria de puerta de entrada (Prestadores Primarios en términos de la Política de Atención Integral en Salud). (FE Gestores o directivos).	138	Cuantitativo Alfa de Cronbach
Cuestionarios IA-PCAT- PE	Equipos de salud de APS que presten servicios ambulatorios de puerta de entrada (Prestadores Primarios en términos de la Política de Atención Integral en Salud). (PE Proveedores (médicos enfermeras))	138	Cuantitativo Alfa de Cronbach

El cuarto paso corresponde al análisis de la información recolectada que incluye lo anotado en la columna de análisis de este cuadro y la discusión con relación a los resultados obtenidos en las diferentes fases de la aplicación de las encuestas dirigida a describir las utilidades que puede tener este instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que implica un segundo componente de análisis cualitativo.

Fuente. Elaboración Propia.

A continuación se realiza una descripción del segundo y tercer paso.

Segundo paso: Desarrollo de Aplicativo

En este paso se desarrolló un aplicativo en versión web con los cuestionarios IA-PCAT ajustadas para Colombia que recoge las recomendaciones realizadas en las mesas de cocreación con el MSPS y la OTIC, con el fin de facilitar el uso de los cuestionarios, la recolección de la información y realizar un seguimiento de su diligenciamiento y análisis descriptivo de la información derivada de la aplicación de los cuestionarios. El aplicativo diseñado requirió ajustes para ser alojado en el servidor del MSPS y para ello se realizaron pruebas funcionales con el diligenciamiento de 10 encuestas por cada cuestionario.

Tercer paso: Validez, Consistencia Interna y Fiabilidad de los Instrumentos IA-PCAT

Este paso se hizo la recolección de la información en los cuatro formularios en una muestra de las seis ciudades seleccionadas por el programa comunidades saludables de USAID, con el fin de evaluar la validez, la consistencia interna y la fiabilidad de los cuatro cuestionarios. Para ello se requiere la participación de usuarios del sistema de salud, profesionales de salud que ejercen actividades asistenciales y como administradores o gerentes a cargo de la gestión para la atención en salud con énfasis atención primaria, a continuación se describen los criterios de inclusión para cada grupo.

Los siguientes criterios de inclusión y exclusión fueron usados para determinar la elegibilidad para participar en encuestas:

Criterios de Inclusión:

Cuestionarios IA-PCAT- AE y CE:

- Criterios de inclusión:
 - o Mayores de 18 años
 - o Que hayan tenido contacto con servicios dentro del sistema general de seguridad social en salud.
 - o Que hablen y entiendan el español.

Cuestionarios IA-PCAT- FE y PE:

- **Criterios de inclusión para formularios FE:**
- Personal que cumple funciones administrativas en servicios de salud, coordinadores de centros de salud o de programas de APS, o IPS de atención ambulatoria de puerta de entrada (Prestadores Primarios o prestadores de baja y mediana complejidad). (FE Gestores o directivos).
- **Criterios de inclusión para formularios PE**
- Equipos de salud de APS que presten servicios ambulatorios de puerta de entrada (Prestadores Primarios o prestadores de baja y mediana complejidad). (PE Proveedores (profesionales de enfermería o medicina)
- Profesionales de medicina general
- Especialistas en Pediatría y Especialistas en Medicina Familiar
- Profesionales de enfermería

Criterios de Exclusión:

Cuestionarios IA-PCAT- AE y CE:

- Adultos que tengan menos de 6 meses de experiencias de atención en los servicios de salud (AE Usuarios adultos). (Que hayan cambiado de centro atención en los últimos 6 meses o que no hayan utilizado los servicios).
- Adultos que tengan menos de 6 meses de experiencias en que atiendan a niños (as) o Adolescentes a su cargo (CE Usuarios adultos, responsables de niños). (Que hayan cambiado de centro atención en los últimos 6 meses o que no hayan utilizado los servicios).
- Que no den su consentimiento para participar.

Cuestionarios IA-PCAT- FE y PE:

- Que tengan menos de un mes en la dinamización y ejecución de la APS.
- Que no den su consentimiento para participar.

Cuarto Paso: Análisis de la Información

El **cuarto paso** corresponde al análisis de la información recolectada que incluye: el análisis sobre la validez, consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos IA-PCAT y la discusión con relación a los resultados obtenidos en las diferentes fases de la aplicación de las diferentes encuestas, dirigida a describir las utilidades que puede tener este instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La información fue recogida con la versión de los cuestionarios resultantes de la validación de contenido del primer paso en sus fases 1 y 2 y se aplicó a la comunidad. Con la información recogida se aplicaron las pruebas para la validación de consistencia interna y fiabilidad.

La **validez, la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento IA-PCAT** en versiones *FE* gestores o equipos de salud (directivos), *PE* proveedores (profesionales), *AE* usuarios adultos y *CE* usuarios niños y adolescentes (que es el pilotaje de la herramienta adaptada), se evaluará de la siguiente manera: la validez factorial, se evaluará a través del análisis factorial, la consistencia interna a través del Alfa de Cronbach y la correlación ítem-total. Para la interpretación del Alfa de Cronbach valores inferiores a 0,50 serán considerados insuficiente, entre 0,50 y 0,70 moderado y los valores superiores a 0,70 adecuado. En la correlación ítem-total, los valores superiores a 0,30 sugerirán que se está midiendo la misma construcción y por lo tanto se considerarán adecuados. Este proceso se llevará a cabo, previa calibración de un grupo de encuestadores, por parte del equipo desarrollador.

Tamaño de muestra

AE 46 cuestionarios por cada ciudad. Total, por 6 ciudades 276

CE 46 cuestionarios por cada ciudad. Total, por 6 ciudades 276

FE 23 cuestionarios por cada ciudad. Total, por 6 ciudades 138

PE 23 cuestionarios por cada ciudad. Total, por 6 ciudades 138

Aunque la muestra ha sido calculada para la validación del instrumento, el número de encuestas recogidas en las seis ciudades seleccionadas permite ser una prueba piloto sobre la que se puedan hacer algunos análisis sobre la información que nos genera la herramienta PCAT por lo que el pilotaje de la aplicación incluye diligenciamiento de los cuatro cuestionarios adaptados a Colombia.

5. Población beneficiada

La población beneficiada es toda la población colombiana incluida la población migrante venezolana, comunidades de acogida, población indígena, población afrodescendiente, población con bajo nivel de escolaridad. en la medida que la herramienta sea útil y se aplique para hacer seguimiento al avance de la implementación de la Atención Primaria en Salud APS en Colombia en cuanto a las funciones que mide: cuatro principales (primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad o globalidad) y tres secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural). Como población que participa y representa a la comunidad están los trabajadores de la salud en APS, y representantes de la comunidad.

6. Actividades realizadas

Se seleccionaron dos encuestadoras por cada una de las ciudades, en total 12. Las encuestadoras recibieron 10 horas de capacitación por parte de la Colaboración IA-PCAT en el uso adecuado de los cuatro cuestionarios, en la que también fueron capacitados tres miembros del equipo ejecutor de la Universidad El Bosque.

Se realizaron ajustes a los cuestionarios con los resultados obtenidos en las fases 1 y 2 (primer paso), las mesas de co-creación con el MSPS, el programa comunidades saludables y la asesoría del grupo IA-PCAT, antes de iniciar el trabajo de campo. Además, se realizó capacitación para socializar el funcionamiento del aplicativo; se realizaron pruebas de funcionamiento por parte del equipo encuestador y ejecutor para evaluar navegabilidad, adecuado funcionamiento del usuario, contraseña y registro de la información. La primera etapa de pilotaje se llevó a cabo con el seguimiento de la función de la herramienta durante la aplicación de las encuestas por parte del equipo encuestador en los centros demostrativos.

Recolección de la muestra cuestionarios IA-PCAT AE – CE e IA-PCAT PE-FE

Se enviaron cartas de presentación a través del Programa Comunidades Saludables de USAID Colombia para los gerentes y/o coordinadores de las instituciones seleccionadas en las seis ciudades antes mencionadas, con el fin de solicitar aval para aplicar los cuestionarios AE y CE. Una vez obtenida la autorización para la aplicación de los cuestionarios se realizó trabajo de campo con el equipo de encuestadoras en las diferentes ciudades seleccionadas, durante estas sesiones se reforzaron conceptos vistos en la capacitación y se realizaron pruebas de diligenciamiento del cuestionario a través del aplicativo, se entregaron los manuales y se discutieron los cronogramas de trabajo para la recolección de la muestra. De manera inicial se obtuvo aval en cuatro de las seis ciudades seleccionadas donde previa presentación del equipo encuestador se procedió a recolectar la muestra en las IPS acordadas con los gerentes y/o coordinadores las cuales se discriminan en la tabla 3.

Tabla 3. Instituciones prestadoras de servicios elegidas para la aplicación de cuestionarios IA-PCAT AE y CE.

Ciudad	Institución	IPS
Bogotá	Subred Norte	Hospital Simón Bolívar CAPS San Cristóbal Unidad de Servicios de Salud Servitá Centro de Servicios Especializados Suba CAPS Gaitana CAPS Suba
Bucaramanga	INSABU	Toledo plata Comuneros Café Madrid
Riohacha	IPSI SUPULA WAYUU IPSI EZEQ SALUD	Hospital de Nuestra Señora de los Remedios IPSI EZEQ SALUD
Cúcuta	IMSALUD	Centros de salud Comuneros y La Libertad
Medellín	Metrosalud IPS	Centros de: Villa del Socorro

Ciudad	Institución	IPS
		Centro Integral de Servicios para la Mujer y la Familia (CISAMF).
Barranquilla	MiRed IPS	No se definieron centros.

Fuente. Elaboración propia

En las ciudades donde se tuvo dificultad para la recolección de la muestra, tal como se planteó en el protocolo se aplicaron las encuestas a la población localizada en la periferia de centros de prestación de servicios de la red pública o en la comunidad general previa verificación de criterios de inclusión y exclusión, con estas acciones se obtuvo sin pormenores el total de la muestra calculada para los cuestionarios AE y CE en las seis ciudades seleccionadas. Se anonimizaron las respuestas generadas por el aplicativo y se subieron a la plataforma MOVEit DMZ. Se hizo el análisis para la validez, la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento IA-PCAT de los cuestionarios AE y CE aplicados en Colombia.

Para la recolección de la muestra de los cuestionarios PE y FE se enviaron cartas de presentación a través del programa Comunidades saludables de USAID Colombia para los gerentes y/o coordinadores de las instituciones seleccionadas con solicitud formal del listado de profesionales que desempeñan funciones administrativas o que prestan servicios asistenciales ambulatorios de puerta de entrada. Una vez se formalizó el contacto con los gerentes y/o coordinadores se acordaron reuniones presenciales para la discusión del proyecto y obtención de las listas de los profesionales que cumplían criterios de inclusión. Se envió invitación a los profesionales a través de correo que incluía el propósito del proyecto, tiempo estimado de diligenciamiento, riesgos de participación y enlace a través del cual podían acceder al cuestionario. Cabe anotar que el tiempo de respuesta administrativo en cada institución fue variable y de manera inicial se obtuvo listados de diferentes instituciones en cuatro de las seis ciudades seleccionadas las cuales se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Instituciones prestadoras de servicios elegidas para a aplicación de cuestionarios IA-PCAT PE y FE

Ciudad	Instituciones
Bogotá	Subred norte
Bucaramanga	INSABU
Cúcuta	IMSALUD UBA
Riohacha	IPSISUPULA WAYUU IPSI EZEQ SALUD CID_SALUD IPSI ANASHIWAYA
Maicao*	Ayuuleepala IPSI USAID MAICAO
Medellín*	Metrosalud IPS
Barranquilla	MiRed IPS

Fuente: Elaboración propia.

* Listado obtenido a través de contingencia

Para los cuestionarios FE y PE, en las ciudades que tuvieron una baja participación de profesionales, se amplió la recolección de información a otros municipios a través de contactos con gerentes o con contactos directos por el equipo ejecutor tal como se propuso en el protocolo. Se solicitó a través de una encuesta Google Forms la participación abierta y voluntaria a profesionales que cumplieran los criterios de inclusión para ampliar el listado de profesionales y tener elegibles en la ciudad de donde no se obtuvieron los listados por parte de la institución que se eligió inicialmente. Se obtuvo la muestra a nivel nacional de los cuestionarios FE y PE. Se anonimizaron las respuestas generadas por el aplicativo y se subieron a la plataforma MOVEit DMZ. Se hizo el análisis para la validez, la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento IA-PCAT de los cuestionarios FE y PE aplicados en Colombia.

Se realizaron pruebas sobre las salidas que genera el aplicativo y se realizó la presentación a la mesa de co-creación sobre el funcionamiento del aplicativo, se muestran los diferentes roles con que cuenta el aplicativo: administrador, operador, encuestador, profesional. Se generaron usuarios para el uso y revisión por parte de funcionarios del MSPS para su retroalimentación y realización de ajustes finales.

7. Resultados

En el presente informe se describen los resultados del proceso de pilotaje de los cuestionarios IA-PCAT. Para ello se tendrá en cuenta los siguientes objetivos específicos

- Validar en consistencia Interna y fiabilidad los cuatro cuestionarios de la herramienta IA-PCAT (Cuestionarios AE, CE de usuarios y FE y PE para profesionales que trabajan en salud.
- Diseñar y pilotear un instrumento PCAT sistematizado que facilite la aplicabilidad de esta herramienta a nivel nacional en el futuro.

En cuanto a la validación de la consistencia interna y fiabilidad de los cuatro cuestionarios se anota lo siguiente:

Cuestionario IA-PCAT-AE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que 9 de las diez dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena; con respecto a la dimensión “B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN” estuvo por debajo de este valor, al unirlo con “C. PRIMER CONTACTO – ACCESIBILIDAD” por ser categorías de primer contacto, se establece una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.819). A nivel global cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.957). (Tabla 5).

Tabla 5. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT - AE.

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach	Unif
Global	B1 B2 B3 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 I1 I2 I3 I4 J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24 K1 K2 K3 K6 K7	96	0,957	
B. Primer Contacto – Utilización	B1 B2 B3	3	0,402	0,819
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13	13	0,847	
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15	15	0,856	
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13	8	0,726	
F. Atención Continua – Sistemas De Información	F1 F2 F3 F8 F9 F10	6	0,82	
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G20 G21 G22 G23 G24 G25	20	0,895	
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15	13	0,908	
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4	4	0,831	
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24	9	0,916	
K. Idoneidad Cultural	K1 K2 K3 K6 K7	5	0,876	

Fuente. Elaboración propia.

La consistencia interna global en el caso de que los ítems individualmente fueran eliminados fue superior a 0.7, por lo tanto, se determinó que todos los ítems aportaban al PCAT-AE.

Cuestionario IA-PCAT-CE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que 9 de las diez dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena; con respecto a la dimensión “B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN” estuvo por debajo de este valor, al unirlo con “C. PRIMER CONTACTO – ACCESIBILIDAD” por ser categorías de primer contacto, se establece una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.842). A nivel global cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.962). (Tabla 6).

Tabla 6. Consistencia Interna cuestionario IA-PCAT-CE.

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach	Unif
Global	B1 B2 B3 B4 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F8 F9 F10 G1 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G11 G12 G13 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H6 H7 H8 H10 H11 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24 K1 K2 K3 K6 K7	92	0,962	
B. Primer Contacto – Utilización	B1 B2 B3 B4	4	0,297	0,842
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13	13	0,864	
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15	15	0,788	
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13	8	0,727	
F. Atención Continua – Sistemas De Información	F1 F2 F3 F8 F9 F10	6	0,819	
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G11 G12 G13 G20 G21 G22 G23 G24 G25	16	0,893	
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H6 H7 H8 H10 H11 H16 H17 H18	12	0,929	
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4	4	0,828	
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24	9	0,918	
K. Idoneidad Cultural	K1 K2 K3 K6 K7	5	0,892	

Fuente. Elaboración propia

La consistencia interna global en el caso de que los ítems individualmente fueran eliminados fue superior a 0.7, por lo tanto, se determinó que todos los ítems aportaban al PCAT-CE.

Cuestionario IA-PCAT-FE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que las 9 dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. A nivel global cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.976).

Tabla 7. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT-FE.

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach
Global	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18 J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	138	0,976
B. Primer Contacto – Utilización	Categoría no incluido en el cuestionario FE		
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13	10	0,849
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14	14	0,867
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13	7	0,849
F. Atención Continua – Sistemas De Información	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10	10	0,894
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25	25	0,945
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18	17	0,957
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18	17	0,967
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26	26	0,969
K. Idoneidad Cultural	K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	12	0,913

Fuente. Elaboración propia

Correlación Ítem-total

La consistencia interna global en el caso de que los ítems individualmente fueran eliminados fue superior a 0.7, por lo tanto, se determinó que todos los ítems aportaban al PCAT- FE.

Cuestionario PCAT-PE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que las 9 dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. A nivel global cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.985).

Tabla 8. Consistencia interna cuestionarios IA-PCAT – PE

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach
Global	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18 J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	138	0,985
B. Primer Contacto – Utilización	Categoría no incluido en el cuestionario PE		
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13	10	0,872
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14	14	0,914
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13	7	0,8887
F. Atención Continua – Sistemas De Información	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10	10	0,88
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25	25	0,955
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18	17	0,959
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18	17	0,976
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26	26	0,954
K. Idoneidad Cultural	K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	12	0,914

Fuente. Elaboración propia.

Correlación Ítem-total

La consistencia interna global en el caso de que los ítems individualmente fueran eliminados fue superior a 0.7, por lo tanto, se determinó que todos los ítems aportaban al PCTA-AE P.

En resumen, la validez cumplió con los criterios necesarios, primero se realizó una validez inicial (algunos autores la denominan validación de face), que constaba de determinar la claridad del documento con los diferentes actores de la población objetivo; posterior se realizó la validez de consistencia y fiabilidad mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach (tomando como criterio de aceptable valores mayores al 0.5 y bueno valores superiores al 0.7), se determinó por ítem su

aporte a los cuestionarios con el estadístico ítem-total (considerado un valor de correlación menor de 0.3 como un ítem a evaluar, para el análisis factorial); para el caso del análisis factorial (algunos autores lo denominan validez de constructo), se utilizó el método factorial exploratorio adecuado para su análisis inicial. Después de evaluar los cuatro cuestionarios con el Alpha de Cronbach, podemos concluir que los cuatro están validados para su aplicación en Colombia y quedan a disponibilidad del MSPS.

Diseño del instrumento PCAT sistematizado

En cuanto al diseño de un instrumento PCAT sistematizado que facilite la aplicabilidad de la herramienta PCAT a nivel nacional, se desarrolló un aplicativo Web cuyas características de acuerdo con los requerimientos del MSPS está conformado por dos componentes de software:

- El primero es una base de datos SQL Server, sobre la cual se organizan y persisten los datos.
- El segundo es una aplicación web MVC desarrollada en C# sobre el Marco de trabajo .NET Framework, haciendo uso de su ORM nativo Entity Framework.

Se procedió a hacer el desarrollo del software para la automatización de los instrumentos PCAT, se hicieron las pruebas de calidad del software y se instaló en un ambiente de pruebas de la Universidad El Bosque para las pruebas funcionales, posteriormente se instaló en el ambiente solicitado por el proyecto para realizar las encuestas Piloto, antes de entregarlo al MSPS.

Al instrumento sistematizado se le hicieron pruebas funcionales adicionales, previas a la instalación en el servidor del MSPS. Para estas pruebas se digitaron las encuestas de 10 usuarios para cada uno de los cuestionarios AE y CE por parte de las encuestadoras en cada una de las seis ciudades objeto del proyecto. Para los cuestionarios FE y PE se digitaron 10 encuestas para cada una de las ciudades objeto del proyecto. Se verificó la captación de los datos digitados y las salidas que genera el aplicativo.

El aplicativo permite recolectar los datos de los cuatro cuestionarios y con estos genera dos tipos de información:

- primero estadísticas básicas descriptivas directamente desde el aplicativo y
- segundo hojas de Excel que permiten hacer los cálculos estadísticos a que haya lugar.

Las estadísticas básicas descriptivas incluyen la información de los cuestionarios aplicados a usuarios AE y CE de la sección A y la información consolidada por cada una de las secciones que corresponden a las funciones de la APS que evalúa la herramienta PCAT. Estas se pueden discriminar por ciudad por EPS por IPS y si es de área rural o urbana.

Los tamaños de muestra son adecuados para determinar la validez de los cuestionarios en nuestro país. Sin embargo, no podemos decir que estos resultados sean “válidos” para describir la situación real del país o de los centros demostrativos escogidos, en cuanto a lo que evalúa la herramienta PCAT. En consecuencia, la prueba piloto nos da idea de lo que puede generar el aplicativo como información que produce la herramienta para ejemplificar los análisis iniciales que se pueden hacer desde la información que genera el instrumento sistematizado. A futuro cuando

se tengan las muestras representativas adecuadas, este tipo de análisis permitirá evaluar el desarrollo de las funciones de la APS en nuestro país y hacer las comparaciones que se consideren necesarias.

A continuación, se dan algunos ejemplos con los datos recogidos en la prueba piloto acerca de la forma en que se puede generar información que pueda ser analizada con el fin de mejorar la implementación de la APS en nuestro país.

Información que se genera desde el aplicativo.

Los formularios AE y CE en la sección A, en las preguntas A1 a la A4 identifican el centro referente de atención. La afiliación a este centro de referencia se clasifica de la siguiente forma:

- Afiliación MUY FUERTE: – A1, A2, A3 cuando se responde “Sí” a las tres preguntas sobre la misma fuente.
- Afiliación FUERTE cuando hay al menos dos respuestas “Sí” sobre la misma fuente referente de APS.
- Afiliación DEBIL cuando una respuesta es “Sí” y dos son diferentes
- NINGUNA afiliación, cuando A1, A2, A3 tienen como respuesta “No” y al no haber un centro referente se termina por escoger, el último lugar en que se tuvo atención.

El conjunto de estas preguntas, que son específicas de los cuestionarios AE y CE se analizarán mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Esta información puede ser analizada en cuanto a que tanto la población está teniendo una percepción de la adscripción poblacional, que se desea desarrollar en los sistemas basados en la estrategia de la APS.

Para los cuatro cuestionarios, el resto de las preguntas de la sección A y las preguntas de las secciones L, M y N, que se refieren a la cobertura de salud, percepción del usuario sobre su salud e información demográfica, también arrojan resultados de frecuencias absolutas y proporciones.

La sección B a la sección K están diseñadas en escala tipo Liker, la sección B a la sección H hacen referencia a las cuatro funciones principales (primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad o globalidad) y la sección I a la sección K se refieren a las tres funciones secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural). Estas secciones generan información de acuerdo con el siguiente esquema:

Para cada sección se realiza la suma de las puntuaciones dividida por el número de ítems, por ejemplo, la sección B $(B1 + B2 + B3) / 3$. Los puntajes se suman de acuerdo con cada una de las opciones y sus puntajes como se ven a continuación: Si, sin duda (4), Probablemente si (3), Probablemente no (2), No, sin duda (1). La respuesta “No lo sé” (9) se puntúa igual que la respuesta “Probablemente no”, que da dos puntos.

Los puntajes se estandarizan en una escala de 1 como mínimo y 10 como máximo y sobre esto se describen promedios con su desviación estándar y medianas. En la literatura están descritos resultados de estas categorías con base 4, con base 8, en base 5, con base 10 e incluso con base 100. La recomendación que hacen las asesoras de la colaboración IA PCAT, es hacerla con base 10 para facilitar su interpretación.

No existe un punto de corte definido que determine un resultado como bueno o malo en cuanto al cumplimiento de las funciones de las APS, los puntajes de 6 o más se califican como altos y los puntajes menores de 6 como bajos y se describen como proporciones. No se ha estandarizado en la literatura donde realizar el punto de corte; sin embargo, la sugerencia que hacen las asesoras de la colaboración IA-PCAT es tomar un punto de corte similar al de las calificaciones escolares, por lo que se tomó como punto de corte el 6.

A continuación, se describe un ejemplo de los resultados de los cuestionarios AE

En la prueba piloto se encuentra que:

La fuerza de la afiliación es predominantemente fuerte o muy fuerte en alrededor de un 83% como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Fuerza de la afiliación en la prueba piloto cuestionarios IA-PCAT- AE.

Fuerza de afiliación	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	18	6,5
Débil	29	10,4
Fuerte	43	15,4
Muy fuerte	189	67,7
Total	279	100

Cuando comparamos por ciudades llama la atención que el mayor peso de respuestas que tienen ninguna afiliación o una afiliación débil es de la ciudad 4, que en las ciudades 1, 2 y 3 predomina la afiliación muy fuerte y que en la ciudad 6 predomina la afiliación fuerte como se aprecia en la tabla 10.

Tabla 10. Comparación de fuerza de la afiliación entre ciudades en la prueba piloto.

CIUDAD_AE		Frecuencia	Porcentaje
AE ciudad 1	Fuerte	1	2,2
	Muy fuerte	45	97,8
	Total	46	100
AE ciudad 2	Fuerte	1	2,2
	Muy fuerte	45	97,8
	Total	46	100
AE ciudad 3	Muy fuerte	48	100
AE ciudad 4	Ninguna	18	38,3
	Débil	29	61,7
	Total	47	100
AE ciudad 5	Fuerte	1	2,2

CIUDAD_AE		Frecuencia	Porcentaje
	Muy fuerte	45	97,8
	Total	46	100
AE ciudad 6	Fuerte	40	87
	Muy fuerte	6	13
	Total	46	100

Fuente. Elaboración propia

Por ejemplo, un resultado como este obliga a explorar con mayor profundidad, el por qué la diferencia de la ciudad 4 con respecto a las demás ciudades y por qué el comportamiento de la ciudad 6 respecto a las cuatro ciudades restantes.

En cuanto a las secciones que evalúan las funciones de la APS, se podrán ver en el aplicativo la media, desviación estándar y mediana, así como la proporción con un puntaje mayor de 6 en escala de 10 como se ven la tabla II.

Tabla II. Media, Desviación estándar y porcentajes mayores de 6 en las funciones de la APS.

Dimensión	Media	Desviación estándar	Mediana	Proporción con puntaje mayor de 6
B. Primer Contacto – Utilización	9,67	0,83	10	99,30%
C. Primer Contacto – Accesibilidad	5,87	1,95	5,38	39,10%
D. Atención Longitudinal	6,12	1,69	6	43,70%
E. Atención Continua – Coordinación	4,11	3,74	1,25	41,20%
F. Atención Continua – Sistemas De Información	9,18	1,27	10	97,10%
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	7,28	1,45	7,25	80,60%
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	6,07	2,17	5,96	47,30%
I. Enfoque Familiar	6,56	2,57	6,25	59,50%
J. Orientación Comunitaria	5,15	2,22	4,72	31,20%
K. Idoneidad Cultural	8,46	2,09	9,5	84,20%

Fuente. Elaboración propia

En la tabla II se puede observar que las funciones que más requieren atención son “Primer Contacto - Accesibilidad” y “Orientación Comunitaria”, seguidas de “Atención Longitudinal”, “Atención Continua Coordinación” y “Atención integral consejería y anticipación”.

Con la aplicación se puede obtener los resultados generales y discriminados por municipio, por EPS o por IPS. Para el caso de la prueba piloto se muestran los resultados por municipio representado por cada una de las ciudades.

Con los resultados individuales por ciudad, se puede construir una tabla que permita comparar la información entre ciudades, por ejemplo, utilizando los promedios de los puntajes en escala 10 como se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Comparación de puntajes promedio entre ciudades.

Función APS evaluada	Ciudad 1	Ciudad 2	Ciudad 3	Ciudad 4	Ciudad 5	Ciudad 6	Total
B. Primer Contacto – Utilización	9,4	9,93	9,9	9,86	8,97	9,95	9,67
C. Primer Contacto – Accesibilidad	6,92	7,25	4,13	5,82	6,74	4,41	5,87
D. Atención Longitudinal	7,07	8,14	6,19	4,68	5,45	5,24	6,12
E. Atención Continua – Coordinación	1,32	5,35	6,86	1,54	3,51	6,01	4,11
F. Atención Continua – Sistemas De Información	9,3	9,86	9,7	8,75	7,81	9,66	9,18
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	7	7,99	7,02	7,12	7,36	7,17	7,28
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	5,33	8,21	6,31	5,19	6,01	5,37	6,07
I. Enfoque Familiar	6,54	9,25	6,93	3,84	5,24	7,61	6,56
J. Orientación Comunitaria	4,37	7,59	6,15	4,21	5,11	3,45	5,15
K. Idoneidad Cultural	9,48	9,13	9	6,51	7,49	9,2	8,46

Fuente. Elaboración propia.

En este caso al comparar entre 6 ciudades se puede ver como en la ciudad 3, 4 y 6 hay bajos puntajes en la categoría de Primer contacto - Accesibilidad (ver tabla 12). Si contrastamos esta información con las proporciones de puntajes mayores de 6 (ver tabla 13), llama la atención que en la ciudad 3 los usuarios puntuaron por debajo de 6 en la totalidad de las valoraciones hechas, en tanto que en la ciudad 6 solo un 4,3% asigno una calificación por encima de 6 puntos quedando así un 95,7% de valoraciones con un puntaje inferior al punto de corte. En la misma línea de la valoración de las dimensiones con menor puntaje, llama la atención la categoría de Orientación Comunitaria donde los puntajes más bajos se reportan en las ciudades 1, 4 y 6 (ver tabla 12). Al compararlo con las proporciones de repuestas mayores a 6 (ver tabla 13) se encontró que cerca del 63,9% de las personas encuestadas en la ciudad 1, el 93,6% en la ciudad 4 y el 98% en la ciudad 6 dieron una calificación menor a 6 a esta dimensión.

Tabla 13. Comparación de proporciones de puntajes mayores de 6 en diferentes ciudades.

Función APS evaluada	Ciudad 1	Ciudad 2	Ciudad 3	Ciudad 4	Ciudad 5	Ciudad 6	Total
B. Primer Contacto – Utilización	97,80%	100,00%	100,00%	100,00%	97,80%	100,00%	99,30%
C. Primer Contacto – Accesibilidad	63,00%	69,60%	0,00%	100,00%	63,00%	4,30%	39,10%
D. Atención Longitudinal	84,80%	84,80%	43,80%	6,40%	23,90%	19,60%	43,70%
E. Atención Continua – Coordinación	10,90%	47,80%	81,30%	6,40%	32,60%	67,40%	41,20%
F. Atención Continua – Sistemas De Información	95,70%	100,00%	100,00%	97,90%	89,10%	100,00%	97,10%
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	69,60%	82,60%	83,30%	87,20%	71,70%	89,10%	80,60%
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	26,10%	89,10%	52,10%	38,30%	47,08%	30,40%	47,30%
I. Enfoque Familiar	71,70%	93,50%	70,80%	17,00%	30,04%	73,90%	59,50%
J. Orientación Comunitaria	23,90%	73,90%	52,10%	6,40%	28,03%	2,20%	31,20%
K. Idoneidad Cultural	91,30%	93,50%	97,90%	55,30%	73,90%	93,50%	84,20%

Fuente. Elaboración propia.

Los anteriores resultados, invitan a cuestionar cuáles son las razones por estas diferencias y llaman a explorar con mayor profundidad los factores que pueden explicar estos hallazgos. Para esto puede ser de utilidad los resultados que se generan en la tabla de Excel como se comenta más adelante o el contrástalo con otras fuentes de información.

Una de las ventajas de los cuestionarios IA-PCAT es que permite hacer una valoración de las funciones de la atención primaria desde la óptica de diferentes actores y contrastar dichas evaluaciones. En la prueba piloto se aplicaron los cuatro cuestionarios, lo que permitió comparar los resultados con diferentes visiones desde los usuarios adultos y adultos cuidadores de niños, hasta los prestadores asistenciales y trabajadores de la salud con roles administrativos en la APS. La comparación de los resultados en la prueba piloto se puede ver en la tabla 14.

Tabla 14. Comparación de puntajes promedio entre los cuatro cuestionarios.

Función APS evaluada	AE	CE	PE	FE
B. Primer Contacto – Utilización	9,67	9,68	na	na
C. Primer Contacto – Accesibilidad	5,87	5,92	6,9	7,41
D. Atención Longitudinal	6,12	6,11	7,1	6,92
E. Atención Continua – Coordinación	4,11	3,52	7,1	7,17
F. Atención Continua – Sistemas De Información	9,18	9,24	8	8,08
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	7,28	6,24	7,1	7,35
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	6,07	5,51	7,9	7,57
I. Enfoque Familiar	6,56	6,88	7,7	7,24
J. Orientación Comunitaria	5,15	4,88	6,9	7,31
K. Idoneidad Cultural	8,46	10	6,4	5,61

Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 14, se puede apreciar que las valoraciones realizadas por los usuarios son muy similares entre sí en la mayoría de las dimensiones llegando a concordar en las categorías que tiene menor puntaje como ocurre por ejemplo con las dimensiones de Atención Continua y Orientación Comunitaria. Resulta llamativo que en la dimensión H (Atención – Integral Consejería y Anticipación) se documenta una discrepancia moderada con un puntaje inferior a 6 puntos en el cuestionario de niños. Por otra parte, al comparar los puntajes de usuarios con los de proveedores y administrativos llama la atención que para estos dos últimos todas las dimensiones tiene puntajes superiores al punto de corte, excepto la dimensión K (Idoneidad Cultural) donde administrativos valoran por debajo de 6. Entre las percepciones de los profesionales administrativos (FE) y asistenciales (PE) no hay mayores diferencias.

Es importante señalar que la interpretación de los resultados es diferente dependiendo del rol, desde la perspectiva de los usuarios se debe interpretar como el nivel de experiencia siendo catalogada como mejor cuando supera el punto de corte, y desde los prestadores como el nivel cumplimiento de las funciones de la APS. Ahora para profundizar más acerca de estas diferencias habría que revisar el contexto de cada una de las ciudades o de la institución a la que se esté evaluando.

Resultados generados en la tabla de Excel

Una de las ventajas del aplicativo en cuanto a los resultados de las tablas de Excel es que se pueden mirar todas las variables utilizadas y la discriminación de los resultados de las preguntas una por una.

En la primera página de Excel aparece la base de datos de todo lo diligenciado. En las siguientes páginas aparece el consolidado por cada una de las secciones desde la B hasta la sección K. Así, descargando el Excel se puede verificar cuáles preguntas hacen disminuir el promedio o la puntuación de cada una de las dimensiones, lo que puede guiar a un posible plan de mejoramiento de la dimensión evaluada.

Otra ventaja es que ya sea utilizando tablas dinámicas o empleando un software estadístico se puede verificar qué sucede con alguna de las categorías a analizar. A continuación, se expone como ejemplo una función secundaria, la sección J (Orientación Comunitaria), que fue señalada como una de las que requería mayor atención al tener un promedio alrededor de 5,15. Se muestran a continuación los resultados para cada una de las preguntas de la sección por ciudades.

- J1. ¿Algún/a profesional de su [CENTRO DE SALUD] lo/a ha visitado en su domicilio alguna vez?

Tabla 15. Comparación entre ciudades pregunta J1.

Ciudad	Pregunta J1
Ciudad 1	4,51
Ciudad 2	5,27
Ciudad 3	3,28
Ciudad 4	2,82
Ciudad 5	3,48
Ciudad 6	3,48
Total general	3,80

Fuente. Elaboración propia

- J2. Los/as profesionales que lo/a atienden en su [CENTRO DE SALUD], ¿tienen un conocimiento adecuado de los problemas más importantes de su barrio (VECINDARIO, PUEBLO, LOCALIDAD, MUNICIPIO)?

Tabla 16. Comparación entre ciudades pregunta J2.

Ciudad	Pregunta J2
Ciudad 1	4,18
Ciudad 2	6,85
Ciudad 3	4,58
Ciudad 4	3,40
Ciudad 5	4,67
Ciudad 6	2,99
Total general	4,44

Fuente. Elaboración propia.

- J3. ¿Su [CENTRO DE SALUD] tiene en cuenta opiniones e ideas de la población (COMUNIDAD) para poder mejorar la atención de salud?

Tabla 17. Comparación entre ciudades pregunta J3.

Ciudad	Pregunta J3
Ciudad 1	4,44
Ciudad 2	8,15
Ciudad 3	8,23
Ciudad 4	3,51
Ciudad 5	5,22
Ciudad 6	2,99
Total general	5,44

Fuente. Elaboración propia

- ¿Su [CENTRO DE SALUD] realiza alguna de las siguientes acciones para monitorear la efectividad de sus servicios o programas?
 - J13. Encuestas a usuarios/as del [CENTRO DE SALUD]

Tabla 18. Comparación entre ciudades pregunta J13.

Ciudad	Pregunta J13
Ciudad 1	4,62
Ciudad 2	8,70
Ciudad 3	8,13
Ciudad 4	5,00
Ciudad 5	5,22
Ciudad 6	4,62
Total general	6,06

Fuente. Elaboración propia

- J14. Encuestas a la población (COMUNIDAD).

Tabla 19. Comparación entre ciudades pregunta J14.

Ciudad	Pregunta J14
Ciudad 1	4,51
Ciudad 2	8,10
Ciudad 3	6,88
Ciudad 4	4,84
Ciudad 5	5,22
Ciudad 6	3,53
Total general	5,52

Fuente. Elaboración propia

- J17. Participación de las personas que se atienden en el [CENTRO DE SALUD] en las reuniones de equipo del [CENTRO DE SALUD].

Tabla 20. Comparación entre ciudades pregunta J17.

Ciudad	Pregunta J17
Ciudad 1	4,02
Ciudad 2	8,59
Ciudad 3	6,04
Ciudad 4	4,63
Ciudad 5	5,00
Ciudad 6	3,75
Total general	5,34

Fuente. Elaboración propia

- Los/as profesionales de su [CENTRO DE SALUD], ¿participan de alguna de las siguientes actividades en la población (COMUNIDAD)?

- J22. Jornadas y talleres sobre temas de salud de interés de la población (COMUNIDAD).

Tabla 21. Comparación entre ciudades pregunta J22.

Ciudad	Pregunta J22
Ciudad 1	4,24
Ciudad 2	7,72
Ciudad 3	5,52
Ciudad 4	4,52
Ciudad 5	6,09
Ciudad 6	3,26
Total general	5,22

Fuente. Elaboración propia

- J23. Reuniones con instituciones de la comunidad, como escuelas.

Tabla 22. Comparación entre ciudades pregunta J23.

Ciudad	Pregunta J23
Ciudad 1	4,24
Ciudad 2	7,72
Ciudad 3	5,52
Ciudad 4	4,52
Ciudad 5	6,09
Ciudad 6	3,26
Total general	5,22

Fuente. Elaboración propia

- J24. Reuniones con organizaciones comunitarias y de usuarios/as de servicios de salud.

Tabla 23. Comparación entre ciudades pregunta J24.

Ciudad	Pregunta J24
Ciudad 1	4,44
Ciudad 2	7,88
Ciudad 3	5,63
Ciudad 4	4,41
Ciudad 5	5,22
Ciudad 6	3,15
Total general	5,13

Fuente. Elaboración propia

Aunque se nota que se puede hacer un plan de mejoramiento general para aumentar la calificación de la categoría de Orientación Comunitaria, es posible que algunas requieran definir acciones a realizar y otras requieran una reflexión de diferentes instancias en los entes reguladores. Por ejemplo, definir los casos en que se requieren visitas domiciliarias por el equipo de APS (J1) o acciones para que los profesionales tengan un mayor conocimiento de la población o el barrio (J2) probablemente requieran decisiones locales que tendrán más fuerza en la medida que normativas o indicadores de seguimiento, se impulsen desde entes reguladores. La aplicación de los cuestionarios de esta herramienta con la periodicidad que se defina puede contribuir a que la comunidad se sienta escuchada y que participa en la evaluación de los servicios de salud (J3, J13, J14). Otras pueden ser más complejas por ejemplo ¿Qué mecanismos hay para que las personas de la comunidad puedan sentir que tienen representantes en los equipos de salud (J17)? ¿Qué explica la baja percepción sobre las actividades de talleres, reuniones con instituciones de la comunidad y con organizaciones comunitarias (J22, J23 y J24)?

De otro lado al comparar las diferentes ciudades, hay promedios buenos en la mayoría de las categorías de la ciudad 2 y una mala percepción de la mayoría de las categorías en la ciudad 6. Las reflexiones al respecto de por qué estos resultados y diferencias obligan a mirar el contexto de cada una de las ciudades.

Finalmente, la aplicación de los cuestionarios y los resultados iniciales que dé, pueden ser una línea de base que permita ver la efectividad de los planes de mejoramiento instaurados, para cada una de las funciones evaluadas.

Otras variables que aparecen en los formatos de Excel

Las categorías A en las preguntas A5 en adelante, L, M y N generan otras variables que permiten ampliar el análisis de la información. Siguiendo con el ejemplo se muestran los resultados del cuestionario AE.

A. Identificación de su referente principal de salud

Otras variables que se encuentran en los cuestionarios IA PCAT pueden ayudar a describir características respecto al centro de salud referente que se ha escogido tal como se puede ver en la tabla 24. De estos hay que destacar que el predominio de pertenencia al régimen subsidiado fue del 92%, el tiempo que tardan las personas encuestadas en llegar al centro de salud se encuentra entre 15 y 60 minutos y además un 30% de las personas que respondieron el cuestionario manifestaron requerir atención y no haber podido llegar al centro de salud.

Tabla 24. Otras variables de la dimensión A obtenidas en el formato de Excel.

Variable	Resultado
Tipo de establecimiento	Un centro de salud, centro de atención primaria, centro de salud comunitario, dispensario 92%
Es un centro de urgencia o emergencia	Sí 43,7%
	No 54,8%
	No sé 1,4%
Tipo de afiliación a la seguridad social	Contributivo 4,7%
	Excepción 0,4%
	Subsidiado 95 %
Desde cuanto tiempo acude al centro de salud	1 a 3 años 23,7%
	3 a 10 años 30,1%
	6 meses a 1 año 23,3%
	Más de 10 años 22,2%
Número de veces que acude al año	77% va entre 1 y 6 veces al año
Tipo de traslado que utiliza para llegar al centro de salud	A pie o en bicicleta 44,8%
	En taxi o similar 5%
	En transporte colectivo o público 30,1%
	En vehículo particular 19,4%
Tiempo que demora en llegar al centro de salud	Entre 15 y 60 minutos 3,8%
	Más de una hora 6,1%
	Menos de 15 minutos 0,1%
Necesitando atención no ha podido llegar al centro de salud	No 69,2%
	No sé 0,4%
	Sí 30,5%

Fuente. Elaboración propia.

L. Cobertura de salud

En cobertura de salud se explora el gasto de bolsillo y posibilidad de reintegro de ese gasto. Predomina que no hay gasto de bolsillo en cerca del 87% de los encuestados.

Tabla 25. Otras variables de la dimensión L obtenidas en el formato de Excel.

Variable	Resultado	
Paga de su bolsillo por la atención en salud	Algunas veces	5%
	Casi siempre	2,5%
	No sabe/no recuerda	0,4%
	Nunca	86,7%
	Siempre	5,4%
Le reintegran parte del dinero	Algunas veces	0,4%
	No sabe/no recuerda	16,8%
	Nunca	82,8%

Fuente. Elaboración propia.

M. Su salud

En la categoría de su salud se explora la autopercepción de salud y la presencia de problemas crónicos donde se puede evidenciar que una cuarta parte de los encuestados reportó tenerlos.

Tabla 26. Otras variables de la dimensión M obtenidas en el formato de Excel.

Variable	Resultado	
Calificación de su salud	Excelente	13,3%
	Muy buena	22,2%
	Buena	58,4%
	Mala	6,1%
Presencia de un problema crónico	No	73,1%
	Sí	25,4%
	No sabe/no recuerda	1,5%

Fuente. Elaboración propia.

N. Descripción de la persona que responde

Finalmente, en la tabla 27 se describen las variables demográficas de la población encuestada, así pues, podemos decir que predominan las mujeres, hubo una proporción de 4% de extranjeros, en etnias cerca del 13% correspondieron a afrodescendientes y 3% de indígenas y predominó la escolaridad secundaria completa o incompleta.

Tabla 27. Otras variables de la dimensión N obtenidas en el formato de Excel.

Variable	Resultado	
Edad	18 a 84	Promedio 49,9
Sexo	Hombre	19%
	Mujer	81%
Género	Masculino	18,6%
	Femenino	81,4%

Variable	Resultado	
País de nacimiento	Colombia	96,1%
	Ecuador	0,4%
	Venezuela	3,6%
Etnia	Indígena.	3,3%
	Negro (a) Afrodescendiente o Mulato (a)	12,9%
	Ninguna	84%
Lenguas que hablan en casa o familia	Español	98,2%
	Español / Wayu	1,6%
Escolaridad	Ninguna	3,9%
	Primaria incompleta	18,6%
	Primaria completa	12,9%
	Secundaria incompleta	23,7%
	Secundaria completa	25,4%
	Técnico	9,3%
	Tecnólogo	2,2%
	Universitario incompleto	1,8%
Universitario completo	2,2%	

Fuente. Elaboración propia.

8. Avance de los indicadores del proyecto

Tabla 28. Avance de los indicadores del proyecto.

Paso	Actividad	Indicador	Meta	Resultado alcanzado	Ejecución
Primer Paso Fase I Validación de contenido por expertos (trabajadores de la salud)	Recolección de calificaciones de los cuestionarios PCAT AE y CE por trabajadores de la salud	# de calificaciones alcanzadas/ # calificaciones deseadas	18	18/18	100%
	Análisis para la validez de contenido, índice de aceptabilidad cuestionarios AE y CE	# de índices de aceptabilidad realizados/Total de cuestionarios evaluados	2	2/2	100%
Primer Paso Fase 2 Validación de	Realización de entrevistas cognitivas en 6 ciudades con mínimo 4	# de entrevistas cognitivas alcanzadas/# de entrevistas	6	6/6	100%

Paso	Actividad	Indicador	Meta	Resultado alcanzado	Ejecución
contenido por la comunidad	integrantes por ciudad	cognitivas planteadas			
	Análisis de la información recolectada en las entrevistas cognitivas	Análisis por el equipo ejecutor	1	1/1	100%
Análisis de información primer paso versión de cuestionarios AE y CE para prueba piloto	Triangulación de la información	Presentación y retroalimentación por parte de asesoras internacionales	100%	100%/100%	100%
	Presentación y retroalimentación en mesa de co-creación con el Ministerio de Salud	Presentación y retroalimentación en mesa de co-creación con el Ministerio de Salud	100%	100%/100%	100%
Segundo paso Desarrollo de la aplicación para recolección de la información en la prueba piloto.	Desarrollo de la aplicación para recolección de la información en la prueba piloto.	Aplicativo para prueba piloto funcional para recolectar la información	1	1/1	100%
	Desarrollo de cuestionarios AE/CE	Cuestionarios ajustados finales	100%	98%/100%	98%
	Desarrollo de cuestionarios FE/PE	Cuestionarios ajustados finales	100%	95%/100%	95%
	Desarrollo de funcionalidades de análisis de la información	Exporta información a Excel	100%	100%/100%	100%
	Salidas o informes finales	Estadísticas interpretables de los cuestionarios PCAT	100%	20%/100%	20%
Tercer paso validación la consistencia interna y	Reclutamiento de 12 encuestadoras (2 por ciudad)	# de entrevistadoras reclutadas/# de encuestadoras necesarias	12	12/12	100%

Paso	Actividad	Indicador	Meta	Resultado alcanzado	Ejecución
fiabilidad de los cuestionarios.	Capacitación de las encuestadoras	# de encuestadoras capacitadas/ total de encuestadoras a capacitar	12	12/12	100%
	Recolección de encuestas formularios AE	# de encuestas realizadas/total de encuestas a realizar	276	276/276	100%
	Recolección de encuestas formularios CE	# de encuestas realizadas/total de encuestas a realizar	276	276/276	100%
	Recolección de encuestas formularios FE	# de encuestas realizadas/total de encuestas a realizar	138	138/138	100%
	Recolección de encuestas formularios PE	# de encuestas realizadas/total de encuestas a realizar	138	138/138	100%
Cuarto paso	análisis de datos validez de contenido, validez de consistencia interna y fiabilidad de cada uno de los cuatro formularios	Análisis realizados/análisis planteados	4	4/4	100%
	Recomendaciones para el uso de la herramienta PCAT en Colombia	Realización de las recomendaciones basados en la experiencia y apoyados en la literatura	1	10/100	10%
	Instrumento PCAT sistematizado con manual de funcionamiento aprobado por el MSPS.*	Aplicativo sistematizado funcional para el Ministerio de Salud	1	80/100	80%

Fuente. Elaboración propia.

9. Lecciones aprendidas significativas

- Existen diferentes procesos administrativos en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud lo que conlleva a que los tiempos de aval o acceso a la información requieran diferentes estrategias.
- Dados los tiempos administrativos de las diferentes instituciones resulta importante contemplar tiempos de ejecución más amplios para las diferentes fases de los proyectos que permitan sortear posibles contingencias.
- En la literatura se encuentran tiempos de aplicación de los cuestionarios de alrededor de 30 minutos, sin embargo, estos tiempos pueden variar de acuerdo con la curva de aprendizaje del uso de los cuestionarios y para el caso de este proyecto que involucra una herramienta sistematizada, el dominio de dispositivos tecnológicos por parte de quien aplica o responde la encuesta. En esta experiencia los tiempos variaron desde los 45 minutos a los 25 minutos en los cuestionarios AE y CE y entre 40 minutos y 15 minutos para los cuestionarios PE y FE.
- El aplicativo permite recoger directamente la información por lo que ahorra tiempos en la recogida de datos y en el análisis de la información. Esto facilita la aplicación de la herramienta PCAT en los escenarios que se considere necesario.
- Para lograr la participación tanto de la población como de los trabajadores de la salud es indispensable sensibilizar sobre los beneficios de este tipo de ejercicios y aplicar estrategias como recordatorios para aumentar la participación de la población diana.
- En proyectos con entregables de aplicativos para el Ministerio de Salud y Protección Social es necesario tener los requerimientos de infraestructura requeridos por la oficina de tecnología y comunicaciones de esta entidad para ser incluidos en su plataforma idealmente antes de iniciar el proyecto.
- El apoyo desde Comunidades Saludables es indispensable para el trabajo con las instituciones en los diferentes territorios.

10. Recomendaciones

- **Para el proceso de gestión**
Para la aplicación de los cuestionarios es importante que el equipo encuestador esté capacitado no solo sobre el contenido de los cuestionarios, sino también sobre el rol que desempeñan y las diferentes acciones que pueden tomar ante las diferentes situaciones que se puedan presentar durante la aplicación de los cuestionarios. Si hay una sensibilización de la IPS desde sus directivos para incentivar a los profesionales, el aplicativo web permite tener una gran cantidad de encuestas en muy poco tiempo.
- **Para profesionales de la salud**
Sensibilizar a los trabajadores de la salud sobre la importancia de este tipo de evaluaciones y lograr tener espacios para diligenciar los cuestionarios y discutir los resultados, en espacios específicos que permitan apropiarse de los aportes a la solución en los planes de mejoramiento.

- **Para tomadores de decisiones**

Es fundamental contar con un equipo multidisciplinario para que desde diferentes disciplinas (medicina familiar, epidemiología, salud pública, bioestadística, sociología) se pueda realizar un análisis profundo de los resultados obtenidos por los cuestionarios, adicionalmente la información obtenida evaluara lo que dé lugar, en la medida que se establezca metodologías específicas y tamaños de muestra adecuados para responder el planteamiento que se desee investigar o evaluar. Es posible encontrar diferencias de percepción entre los usuarios y los profesionales de la salud y en consiguiente se requerirá tener en cuenta estas dos visiones en los planes de mejoramiento que se propongan.

En la literatura parte de los usos que han dado a esta herramienta son:

- Para tener una medición de base y hacer el seguimiento a la implementación de un nuevo modelo.
- Desempeño a través de los procesos de reforma de los sistemas de salud.
- Para comparar diferentes modelos, comparar entre diferentes regiones o diferentes centros de atención.
- Hacer mediciones específicas de alguna de las funciones.
- Determinar debilidades y fortalezas de la APS
- Evaluar acciones de mejoramiento implementadas entre otras.

II. Referencias bibliográficas

Álvarez, C. V., & Osorio, A. G. (2015). Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. *Enfermería Global*, 328–341.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436016>

Banco Mundial. (2020). Colombia Perfil de signos vitales de la atención primaria de salud.

http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 167–175.

Berra, S. (2012). El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud: adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fciess.webs.fcm.unc.edu.ar%2Ffiles%2F2012%2F05%2F2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf&clen=1397334

Bruhn, J. G. (1999). Primary Care: America's Health in a New Era. *Family and Community Health*, 22(2), 99–101. <https://doi.org/10.1097/00003727-199907000-00013>.

Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.

Donabedian, A., & Fund, & C. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care (C. F. by H. Univ (ed.); primera). Harvard University Press.

Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K., & Vanselow, N. A., & Institute of Medicine, (U.S.). (1996). Primary care: America's health in a new era (I. of M. National Academy Press. Committee on the future of Primare Care (ed.); primera).
https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=YqlpAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=Primary+care:+America's+health+in+a+new+era&ots=D_BqtxWfWN&sig=GE5GVRVQfjkA7mSG6c8TIdpC-Sw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Frías-navarro, D. (2021). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia.

García-Ruiz, M., Pasarín Rúa, M. I., Berra, S., & Daban Aguilar, F. (2011). [Are the directors of primary care quality information teams aware of the socioeconomic characteristics of their allocated population?]. *Atencion Primaria*, 43(9), 509–510. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.015>

Giraldo Osorio, A., Vélez Álvarez, C., Berra, S., & Perdomo Rubio, A. (2020). Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática TT - Quality of the instruments that value the functions of primary health: a systematic review TT - Qualidade dos instrumentos que valoram as funções da. *Hacia Promoc. Salud*, 25(1), 109–129.
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25\(1\)_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25(1)_8.pdf)

Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R., & Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 308–313.

Minsalud. (2016). Política De Atención Integral En Salud “Un CENTRO DE SALUD al servicio de la gente.” In *El sistema de seguridad social en salud*. chrome-extension://efaidnbmnbbpajpccglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FDE%2Fmodelo-pais-2016.pdf&cldn=3296789

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019. "Por la cual se modifica Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. In *Ministerio de Salud y Protección Social* (pp. 1–17).
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf

OPS/OMS. (2007). La Renovacion de la Atención Primaria en Salud de Las Americas. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, Pub. L. No. Resolución cd44. r6, 1 (2003). <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>

Pineda Restrepo, B., & Jerez Trujillo, A. (2014). *Atención primaria en salud: avances y retos en Colombia*. Informe Anual 2014. Colección Tendencias de la salud en Colombia. Asivamos en salud.
https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe_anual_2014.pdf

Ponzo, J., Berra, S., Giraldo-Osorio, A., Pasarín, M. I., Leyns, C., Vélez Álvarez, C., Soto, C., Molina, D., Fuentes-García, A., Hauser, L., Magne, J., Chicaiza, V., Torres, T., Mora, F. G., Terra, A., Harzheim, E., Ferre, P., Borja-Aburto, V., & Fuentes, M. (2018). Armonización iberoamericana de los instrumentos

PCAT para la evaluación del primer nivel de atención. *Rev Panam Salud Publica.*, 42(e80), 1–3.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.80>

Ponzo, J., Buglioli, M., Toledo, A., & Casinelli, M. (2011). Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*, 27(3), 187–189.

Rodríguez Escobar, M. A. (2019). Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica. (M. A. Rodríguez Escobar (ed.); Primera). Editorial Universidad El Bosque.
<http://hdl.handle.net/20.500.12495/3275>

Sibthorpe, B., & Gardner, K. (2007). A conceptual framework for performance assessment in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(2), 96–103.

Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson S.A.

Valderas, J. M., Ferrer, M., Mendivil, J., Garin, O., Rajmil, L., Herdman, M., Alonso, J., & Network, S. C. on “Patient-Reported O. of the I. (2008). Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. *Value in Health*, 11(4), 700–708.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00309>