

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA
DE ANCUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS
PRESTADORES”**

XIMENA BOHLE URRUTIA

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE A TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESORA GUÍA: DRA. ALEJANDRA FUENTES GARCÍA
CODIRECTOR: SR. MAURICIO FUENTES ALBURQUENQUE**

Santiago, NOVIEMBRE 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas y todos los profesionales trabajadores/as de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Ancud, que participaron en este estudio y contribuyeron con la información necesaria para poder realizarlo.

Agradezco a las autoridades locales por permitir realizar este trabajo y por el apoyo recibido de los/las directivos y/o encargados/as de CESFAM y CECOSF de la comuna.

Agradezco a los/las docentes de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, especialmente a mi Profesora Guía Dra. Alejandra Fuentes y Codirector Sr. Mauricio Fuentes, de quienes siempre recibí el mayor compromiso y dedicación.

Agradezco a todos y todas las personas que de alguna manera fueron parte de este proceso.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	3
2.1 Atención Primaria de Salud (APS)	3
2.2 Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Chile	5
2.3 Modelo de salud familiar en la APS chilena	7
2.4 Evaluación del desempeño de la APS	9
2.5 Contexto comunal de la APS en la ciudad de Ancud	12
III. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
IV. METODOLOGÍA	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Población objetivo	20
4.3 Recolección de la información y análisis	21
4.4 Aspectos éticos	25
V. RESULTADOS	26
VI. DISCUSIÓN	39
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
VIII. BIBLIOGRAFÍA	53
IX. ANEXOS	57
Anexo N° 1 Cuestionario PCAT - Versión Prestadores	58
Anexo N° 2 Carta de autorización y apoyo a autoridad comunal de salud	72
Anexo N° 3 Certificado de autorización de Corporación Municipal de Ancud	74
Anexo N° 4 Formulario de consentimiento informado	75
Anexo N° 5 Acta de aprobación de Comité de Ética	78
Anexo N° 6 Resultados según categoría de respuesta	79

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el desempeño de las funciones esenciales y secundarias de la Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Ancud, desde la perspectiva de los prestadores.

Método: Se realizó un estudio de corte transversal, aplicando el cuestionario PCAT - Prestadores a profesionales de la APS. Se calculó el puntaje de las funciones esenciales, generales, de cada dominio y subdominio para el total de la APS y para cada centro de salud evaluado.

Resultados: Los puntajes para la APS en total: Puntaje esencial 6,82; puntaje general 6,83. Puntajes Subdominios: Primer Contacto – Acceso: 6,33; Continuidad de la atención: 5,94; Coordinación – Coordinación: 6,01; Coordinación – Sistemas de información: 7,25; Integralidad – Servicios Disponibles: 8,60; Integralidad – Servicios Provistos: 6,79; Enfoque Familiar: 7,89; Orientación Comunitaria: 7,59; Competencia Cultural: 5,09.

Conclusiones: La evaluación de las funciones se acerca al puntaje que indica la existencia de fortalezas del sistema. Se debe continuar trabajando en las debilidades existentes, centradas principalmente en las funciones de Competencia Cultural y Continuidad de la Atención, para aumentar el nivel de implementación de las funciones de la APS.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Primary Care Assessment Tools (PCAT), Funciones de la APS.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of the essential and secondary functions of primary healthcare centres in Ancud, from the point of view of the service providers.

Method: A cross-sectional study was undertaken where a primary care assessment tools (PCAT) questionnaire was applied to professionals of the primary healthcare centres. A score was calculated for each of the following functions: essential, general, domain and subdomain. Then, a total score was also obtained for all healthcare centres and for each centre separately.

Results: Overall scores for primary healthcare centres are: Essential scores 6,82; general score 6,83. Subdomain scores: First Contact – Access: 6,33; Continuity of the service:5,94; Coordination – Coordination: 6,01; Coordination – Information Systems :7,25; Integrity- Available Services:8,60; Integrity – Services Provided:6,79; Family Centred Approach: 7,89; Community Orientation: 7,59; Cultural Competence:5:09.

Conclusion: The scores from the assessment of the functions indicate strengths in the system. It is vital to continue working on the current weakness which are primarily Continuity of the Service provided and Cultural Competence. Thus, increasing the level of implementation of functions for primary healthcare centres.

Keywords: Primary healthcare centres, Primary Care Assessment Tools (PCAT), Primary care functions.

I. INTRODUCCIÓN

La Conferencia de Alma Ata en el año 1978 definió las características y funciones de la Atención Primaria de Salud (APS), declarándola como el medio principal para poder lograr el cuidado de la salud de las personas y así avanzar en el logro de un mejor desarrollo social y económico de los pueblos (1).

La OPS señala que en la región de las Américas se han logrado progresos en materia de salud, sin embargo aún existen muchas brechas. Para continuar trabajando en base a los principios de Alma Ata y avanzando en las materias pendientes, es vital el desarrollo y fortalecimiento continuo de la APS, tanto para enfrentar los cambios epidemiológicos, como para el trabajo desde el enfoque de determinantes sociales de la salud. Este mismo organismo señala como definición que un sistema de salud basado en APS “es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con mayor equidad y solidaridad, y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad” (2, p.75).

Contar con herramientas o instrumentos de evaluación de la APS es imprescindible, ya que nos permiten medir y monitorear el progreso del desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Es así como la Primary Care Assessment Tools, conocida como PCAT, desarrollado por Barbara Starfield (3), es el modelo más utilizado en el estudio de desempeño de las funciones principales y secundarias de la APS. Este cuestionario ha mostrado la validez y fiabilidad óptimas para su utilización. Distintos países han desarrollado su adaptación de acuerdo a la realidad cultural y sanitaria (4)(5). En nuestro país, también se llevó a cabo el proceso de adaptación y validación del PCAT en usuarios adultos y prestadores de salud, para su utilización en el estudio del desempeño de las funciones de la APS chilena (6).

El presente trabajo pretende realizar la evaluación del desempeño de las funciones de la APS de la comuna de Ancud, desde la perspectiva de los prestadores, utilizando por primera vez en una comuna fuera de la Región Metropolitana el instrumento PCAT, posterior a su validación. El propósito es obtener resultados que permitan mejorar la gestión comunal, a través de la obtención de información útil para la toma de decisiones, lo que permitirá fortalecer los servicios de la APS a nivel local. La aplicación de la herramienta PCAT en la comuna de Ancud será un precedente y se espera lograr incentivar a otras comunas para realizar estudios similares.

II. MARCO TEORICO

A continuación se presentará una revisión de las materias relacionadas con el tema en estudio, las que consideran; la definición de APS basada en la conferencia de Alma-Ata, las recomendaciones realizadas por diversos organismos internacionales a los países para lograr un mejor y efectivo desarrollo de la APS como base del sistema de salud, así también se abordarán los antecedentes históricos más relevantes del desarrollo de la salud primaria en nuestro país, las características del modelo de salud familiar, el modelo de evaluación de desempeño de la APS y por último el contexto de la APS en la comuna de Ancud, lugar donde se realizará esta investigación.

2.1 Atención primaria de salud (APS)

En 1978 la Conferencia de Alma-Ata define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (1, p.1).

Según el estudio de evaluación de los resultados de las reformas de salud implementadas desde los años 90 en los países de América Latina y el Caribe, en la gran mayoría de los países se redefinen los modelos de atención de la APS, modificando la oferta de servicios de primer nivel, e introduciendo o fortaleciendo programas para grupos vulnerables, aumentando la cobertura de programas y servicios básicos en atención, lo que posiblemente ha generado una disminución de las disparidades o inequidades. Asimismo, los resultados dan cuenta que las reformas han generado un aumento de la participación social en la gran mayoría de los países de la región (7).

Sin embargo, la brecha aún es amplia y la preocupación por mejorar y fortalecer la APS se mantiene vigente. Frente a este escenario se ha solicitado y recomendado a los países, la implementación de distintas estrategias para contribuir al desarrollo eficaz y eficiente de la APS, algunas de éstas serán mencionadas a continuación.

En el año 2003 el 44° Consejo Directivo de la OPS en la resolución CD44.R6 solicita a los estados miembros que; “a) hagan esfuerzos porque el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud; b) renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud; c) reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud; d) promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud; e) respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud” (8, p.2)

Ese mismo año, la OMS, a través del informe sobre la salud en el mundo, subraya la relevancia que tiene la atención primaria, como el principal polo de desarrollo de los sistemas de salud en general y también para lograr sistemas de salud más equitativos. Este mismo informe indica que los sistemas de salud basados en atención primaria (9, p.121):

- “Estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- Tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reforzando las funciones de salud pública;
- Creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos;
- Organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- Evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.”

En el año 2005, la OPS aprueba la declaración de Montevideo, instancia en la cual los gobiernos de las Américas se comprometieron a integrar los principios de la APS en el desarrollo de los sistemas de salud, alineando sus objetivos a partir de los descritos en la declaración del milenio de las Naciones Unidas (10). Es así como cada país debe establecer lineamientos de trabajo para cumplir con los desafíos planteados en salud, renovar la APS y convertirla en la base de los

sistemas de salud de la región, facilitar la inclusión social y la equidad, enfocarse hacia acciones que promuevan la promoción de la salud, el trabajo intersectorial, calidad, capacitación del recurso humano, el financiamiento sostenible, investigación, tecnología y la cooperación internacional (11).

La OMS recomienda y estructura cuatro tipos de reformas para reorientar los sistemas sanitarios e impulsar el desarrollo según los valores sociales que guían la APS. Reforma de la cobertura universal para mejorar la equidad sanitaria, solidaridad e inclusión social, reforma de la prestación de servicios para conseguir un sistema de salud centrado en las personas, reforma de las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades, reformas del liderazgo para que las autoridades sanitarias sean más confiables (12).

Diferentes revisiones de estudios explican y sustentan que las políticas de salud que implementaron modelos de salud para fortalecer la atención primaria, han logrado mayor eficiencia, eficacia y mejoran la equidad en salud, obteniendo también mejores resultados de los indicadores de salud de la población (13)(14).

2.2 Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Chile

Antes del año 1952 las instituciones a cargo de la asistencia médica y social eran la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, Seguro Obrero, Servicio Nacional de Salubridad, Protección a la infancia y Adolescencia, Dirección General del trabajo, Instituto Bacteriológico, y de la Dirección de los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades. En ese mismo año fue promulgada La ley 10.383, que crea en Chile el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Seguro Social, el que en adelante estará a cargo de la coordinación e integración de la asistencia médica del país. Algunos de los principios básicos del SNS que se relacionaban directamente con la APS consideraban la integración formal del fomento, protección y recuperación de la salud, así como la coordinación intersectorial y participación comunitaria (15). Podemos observar que en la actualidad estos principios se mantienen completamente vigentes.

Las actividades a cargo del SNS se enmarcaron dentro de programas específicos, con enfoque de riesgo y equidad, la cobertura estaba enfocada principalmente a grupos obreros e indigentes (15)(16). Las acciones de salud a desarrollar por el SNS estaban destinadas hacia el fomento de la salud materno-infantil, planificación familiar, acciones para combatir la desnutrición, programas de alimentación complementaria, vacunación, programas de promoción de la salud, atención preventiva y educación sanitaria (15)(17).

En el año 1964, el documento de campaña presidencial del Dr. Salvador Allende, denominado “Plan de salud atención médica y medicina social”, colocaría sobre la mesa el concepto de salud integral, el que consideraba la implementación de médicos de familia y consultorios distritales como estrategias de población a cargo y equipos multidisciplinarios, los que cumplirían funciones orientadas hacia la disminución de las hospitalizaciones y derivaciones a especialistas, así como también se responsabilizarían del control de enfermedades transmisibles y participación en la promoción y control del saneamiento ambiental. Este proyecto pretendía lograr el desarrollo de una atención médica integral, aludiendo a una “atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente, más que considerar al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural”(18, p.34). Planteaba una atención de salud proporcionada por un equipo integral en cada territorio, capaz de relacionarse con los otros niveles de atención y el intersector, desde un enfoque preventivo (18).

Como podemos observar, desde ese entonces, y previo incluso a la conferencia de Alma Ata, surge la necesidad que nuestro país incorpore la implementación de un modelo de salud, que atienda las necesidades de salud de las personas, no solo desde el contexto biomédico, sino que incorporando una visión mucho más ampliada, desde un enfoque más integral, que incluya también la perspectiva psicosocial.

Durante el régimen militar, en 1979 se reestructura el sector salud y se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En este mismo contexto en el año 1980, se impulsa la municipalización de la salud primaria, proceso que descentraliza administrativamente la APS, lo que culmina en el año 1987. Se establece un sistema de financiamiento por prestaciones (FAPEM-Facturación de Atenciones Prestadas en los Municipios), el que no funcionaría de forma eficiente. En el año 1995 se produce un cambio del sistema de financiamiento, y se introduce el per-cápita, el que traspasa recursos a las entidades administradoras por persona inscrita y atendida en el establecimiento de APS, basado en una lógica de población a cargo de un centro de salud de un determinado territorio. A diferencia del FAPEM el sistema per-cápita pretende cambiar el concepto de la “producción de acciones” por una población determinada, sobre la cual hay que responsabilizarse con acciones de promoción, prevención y curación (15)(16)(19).

El año 2005 se comienza a desarrollar la reforma del sector, se articula la transformación del modelo de atención de salud. Los fundamentos señalados para este cambio se relacionan con las expectativas crecientes de la población respecto a los servicios de salud, los cambios del perfil epidemiológico y

demográfico y por lo tanto la necesidad de modificar el modelo de atención en salud hasta ese entonces. Los valores y principios de la reforma para este cambio se relacionan con el derecho a la salud, equidad, solidaridad y eficiencia del sector. El énfasis de la reforma con respecto a la APS, estaba puesto en su fortalecimiento, a través de la implementación del modelo de salud familiar y comunitario, y el mejoramiento de la accesibilidad. Esto significó, entre otras cosas la creación de nuevos centros de salud y se comienza a desarrollar el proceso de cambio de centro de salud a centro de salud familiar acorde al modelo propuesto (20).

2.3 Modelo de salud familiar en la APS chilena

En el contexto de la reforma de salud, el modelo de atención integral es definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (20, p.9)((21, p.64).

De acuerdo con los antecedentes de la implementación del modelo de salud familiar en nuestro país, así como los principios que los sustentan y las directrices y recomendaciones internacionales, se ha propuesto el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario como:

“Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios/as) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”(22. p.12).

Los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario se encuentran graficados en la figura N°1 (22).

Figura N°1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



La reforma de salud (2005) posiciona de manera distinta a los equipos de salud primaria del país, incorporando el desafío de implementar el modelo de atención con enfoque de salud familiar en los establecimientos de APS. Es así como se desarrolla un proceso gradual de reorganización de los centros de salud y consultorios del país, readecuando e incorporando acciones tanto a nivel municipal, como en la dinámica diaria de los equipos de salud mediante un proceso de reorganización interna en distintos ámbitos de la gestión. Los lineamientos se establecen desde el Ministerio de Salud hacia los establecimientos de atención primaria, así como el apoyo técnico y acompañamiento de los servicios de salud a disposición en los niveles más locales. Otras características a desarrollar e incorporar en la gestión de la APS, tienen relación con el trabajo en red, coordinación con el intersector y la participación comunitaria (21)(23).

Para orientar a los equipos de salud de la atención primaria en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el Ministerio de Salud ha desarrollado conceptos y recomendaciones para facilitar la incorporación en la práctica del Modelo de Atención (20)(21)(22)(23). Así mismo, se han elaborado herramientas para la evaluación de la implementación del Modelo de Salud Familiar, el último instrumento propuesto por el Ministerio de Salud, fue el de Evaluación y Certificación del Desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el que considera y detalla nueve ejes (promoción de la salud, prevención en salud, enfoque familiar, participación de la comunidad en salud, calidad, intersectorialidad y territorialidad, gestión del desarrollo de las personas y de la organización, tecnología, centrado en atención abierta) definidos a partir de los tres principios irrenunciables: Continuidad del cuidado, Integralidad y Centrado en la persona y su familia (24).

2.4 Evaluación del desempeño de la APS

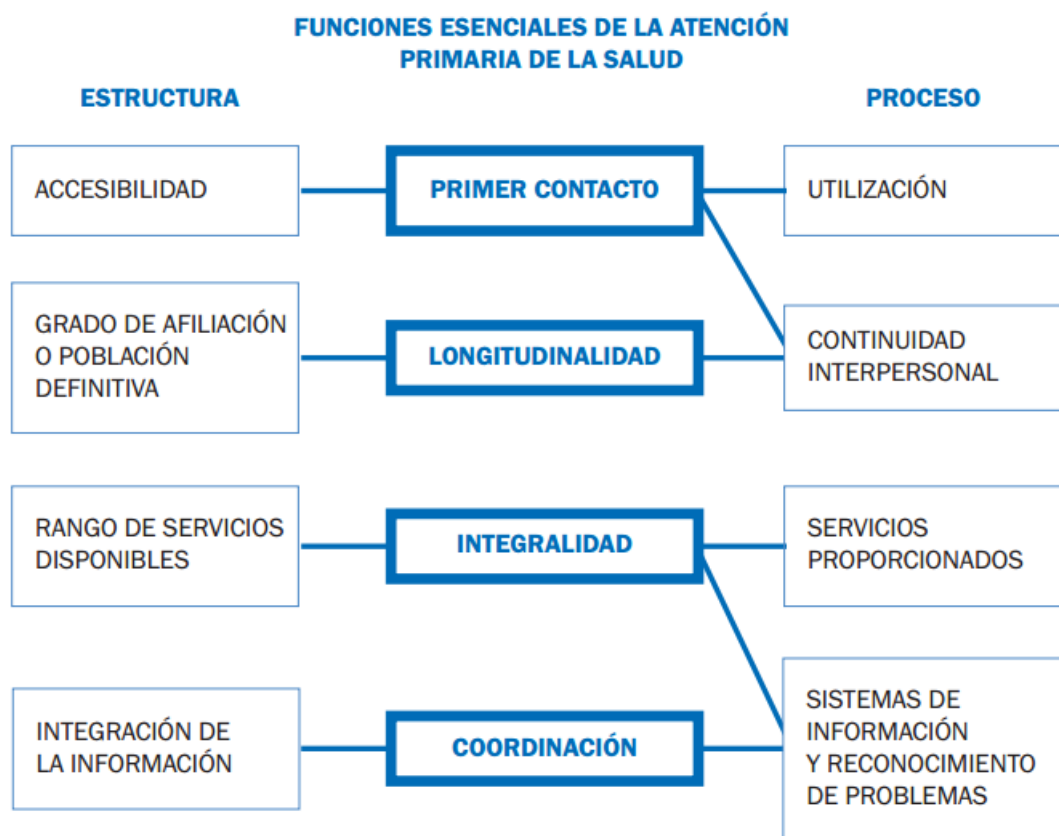
Hasta ahora nuestro país no contaba con un modelo de evaluación de la APS, que considere de forma integral los distintos ámbitos de desempeño. Las evaluaciones realizadas principalmente se relacionan al cumplimiento de metas sanitarias, con la medición del estado de avance de la implementación del modelo de salud posterior a la reforma, las evaluaciones anuales de trato al usuario a cargo del Ministerio de Salud y mediciones de calidad de los servicios, entre otros. El último instrumento utilizado para realizar la certificación de los establecimientos de APS, es la planteada en el instrumento para la “Evaluación y certificación de desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de APS” (25), el que funciona como una guía para que los equipos de APS logren la certificación como CESFAM (Centros de Salud Familiar). A nivel internacional, se han estudiado modelos adecuados para la evaluación de desempeño de la APS, como es el caso del estudio realizado con grupos de expertos, para la aplicación de la estrategia canadiense modificada, para lograr evaluar el desempeño de la APS en América Latina (26). Sin embargo, y como se ha mencionado anteriormente, el modelo más utilizado, es el de la autora Barbara Starfield, el que utiliza un conjunto de instrumentos para evaluar el desempeño de la atención primaria (Primary Care Assessment Tools-PCAT).

Starfield formuló un modelo conceptual para la APS, organizado de acuerdo a funciones principales y secundarias. Además, estas funciones poseen subdimensiones estructurales y de procesos de los sistemas o servicios de salud de APS. El enfoque propuesto por la autora es de los más conocidos y utilizados por diferentes países (3). Es así como la familia de instrumentos PCAT se ha

extendido en diferentes regiones, siendo reconocida como la herramienta más adecuada para realizar estudios relacionados al desempeño de las funciones de la APS.

La Figura N°2 señala un esquema de las funciones esenciales junto a los aspectos de estructura y proceso que la componen, de acuerdo a la propuesta de Starfield.

Figura N°2 Funciones esenciales de la atención primaria de la salud



Fuente: B. Starfield en S. Berra El estudio de las funciones de la APS, Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina (27).

Las funciones esenciales son **1) Primer contacto**, la que incluye la accesibilidad como componente estructural y considera el grado en que la población utiliza los servicios; **2) Continuidad o longitudinalidad**, se refiere a la relación entre el proveedor y la población usuaria, efectuada a lo largo del tiempo y centrada en la persona; **3) Integralidad** requiere que el proveedor de atención primaria ofrezca una gama de servicios de forma amplia y suficiente para satisfacer las necesidades o problemas más frecuentes de la población, y se evalúa de acuerdo

con los servicios disponibles y servicios proporcionados (necesarios para la población); **4) Coordinación**, es la función de enlace entre los servicios de atención, requiere un sistema de información y la integración de la información, relacionada con la salud de las personas. Se incluyen también las funciones secundarias de **enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural**.

A partir de estas **funciones** Starfield define y propone la familia de instrumentos Primary Care Assessment Tools (PCAT) para evaluar el funcionamiento de la APS basada en el grado de implementación de ellas. Esta herramienta se desarrolla desde la perspectiva de usuarios/as infantil y adulto/a, a partir de la experiencia del uso de la APS y también una encuesta diseñada para los proveedores de los servicios, que recopila información sobre actividades específicas y características de la APS (desde la perspectiva de los gestores y profesionales de la salud) (28).

Distintos países han realizado la adaptación del instrumento PCAT para lograr su adecuación de acuerdo al contexto cultural del lugar donde serán utilizados estos cuestionarios, procurando mantener la validez y fiabilidad. Es así como en Latinoamérica, esto se ha realizado específicamente en Argentina, Uruguay, Brasil y Paraguay (4)(5)(29)(30).

Recientemente en Chile se realizó un proceso de adaptación cultural y validación del instrumento PCAT versión extensa de usuarios adultos y versión extensa de prestadores, a través del estudio “Validación y adaptación cultural del Primary Care Assessment Tools para la realidad Chilena” (6). Antes de la validación de este instrumento, nuestro país no contaba con una herramienta que considerara la evaluación de todas las funciones de la APS de forma integrada y que incluyera las distintas perspectivas. Además, como PCAT se encuentra validado en nuestro País, su aplicación permitirá contrastar los resultados que se obtengan en la medida que se continúe utilizando como instrumento de evaluación del cumplimiento de las funciones de la APS.

Con respecto a la aplicación del instrumento, se han publicado aplicaciones del PCAT en Estados Unidos, donde padres informaron sobre experiencias de atención primaria otorgada a sus hijos según etnia y raza (31)(32), así también se ha utilizado para comparar la calidad de la atención primaria de salud en centro comunitarios y organizaciones de mantenimiento de la salud en Carolina del Sur (33). Otro estudio realizado en Dominica, investiga el rendimiento de la APS, su estructura y funciones, utilizando para esto el conjunto de cuestionarios PCAT (34). En Brasil también lo han aplicado en el contexto de analizar las percepciones de la atención primaria de salud entre los usuarios y profesionales de la salud,

entre unidades con o sin el programa de salud familiar (35). En Paraguay, esta herramienta se ha utilizado para evaluar la atención primaria de salud por usuarios y profesionales, con el objetivo de conocer el rol de la APS (30).

2.5 Contexto comunal de la APS en la ciudad de Ancud

La misión, visión, valores y principios establecidas en el Plan comunal de Salud comunal 2018 - 2020, para la APS de la comuna de Ancud se presentan a continuación(36):

Misión:

“Somos un equipo de salud que otorga una atención integral, con enfoque familiar y comunitario, ofreciendo cercanía y cordialidad a los ancuditanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida”.

Visión:

“Ser reconocidos como Centros de Salud Familiar que otorgan un atención de salud humanizada y de excelencia”.

Valores:

- Amabilidad: Los funcionarios y funcionarias de la APS de Ancud deben tratar a los usuarios y usuarias internos y externos de forma amable y/o cordial.
- Respeto: Los funcionarios y funcionarias de la APS de Ancud deben tratar a los usuarios y usuarias internos y externos de forma digna y respetuosa.
- Compromiso: Los funcionarios y funcionarias de la APS de Ancud deben trabajar para lograr los objetivos de la organización y sentirse comprometidos con su labor.
- Solidaridad: Los funcionarios y funcionarias de la APS de Ancud deben colaborar y apoyar a los usuarios internos y externos de la red de salud comunal.
- Pertenencia: Los funcionarios y funcionarias de la APS de Ancud deben sentirse integrados y formar parte de la red de APS de la comuna.

La comuna de Ancud pertenece administrativamente a la Provincia de Chiloé, en la Región de Los Lagos. Es uno de los dos centros más poblados de la isla grande del archipiélago, el sistema insular de mayor riqueza cultural y natural de la costa occidental de América del Sur. La comuna tiene una forma aproximadamente rectangular y gran parte de ella se encuentra rodeada de mar, Ancud limita con las comunas de Dalcahue y Quemchi (37)

La población de la comuna según el censo 2017 corresponde a 38.991, la que se distribuye en 72,5% en el sector urbano y en 27,5% en el sector rural (38). Con respecto a la previsión de la población, la Superintendencia de Salud informa que en la comuna de Ancud existen 3.938 personas beneficiarias de Isapres (39), lo que equivale aproximadamente al 10% del total de la población, por lo tanto la afiliación a Fonasa a través de la atención de los usuarios/as en los Centros de Salud familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Postas de Salud Rural (PSR), entre otros, posee una alta densidad. En general la oferta de salud privada es reducida, funcionan algunos centros médicos, consultas privadas y no hay presencia de clínicas.

La Atención Primaria de Ancud, se organiza y ofrece sus servicios a través de sus dos Centros de Salud Familiar, CESFAM Pudeto Bajo y CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán, éste último tiene administrativamente bajo su alero los siguientes centros de salud (37) :

- CECOSF “Dr. Oscar Muñoz”
- CECOSF Chacao
- Módulo Dental
- Posta de Salud Rural: Manao, Linao, Caulin, Puntra (desde este año CECOSF), Coipomo, Nal, Guabun y Quetalmahue.
- Estación Médico Rural: Pumillahue, Piguio, Chepu, Llanco, Aguas Buenas y Cayucan en proceso de implementación.

El CECOSF Chacao se ubica al ingreso a la Isla de Chiloé, en éste centro se encuentra implementado de forma estratégica un Servicio de Urgencia Rural (SUR), hasta ahora éste es el único servicio de urgencia implementado en la APS de la comuna. Se encuentra en proceso de construcción un Servicio de Alta Resolutividad (SAR) en el sector urbano.

Las prestaciones o acciones de salud otorgadas por los centros se planifican y ejecutan según el “Plan de Salud Familiar” definido a partir del modelo integral de salud familiar y comunitario. Sus acciones deben responder a las necesidades de la población y se integran desde un enfoque de curso de vida de las personas,

mediante la ejecución de prestaciones de promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación. Anualmente se realiza el Plan de Salud comunal y con ello la programación en red o programación operativa para sistematizar todas éstas acciones y actividades según definición local (40). Otras prestaciones del plan son las actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programas, actividades generales asociadas a todos programas, incluye exámenes de laboratorio básico, extensión horaria, entre otras (41).

A continuación es posible observar el número de inscritos por cada centro (CESFAM y CECOSF). Tabla N°1 y N°2.

Tabla N°1. Distribución de población inscrita validada en al APS, comuna de Ancud, 2017.

CESFAM	Personas Inscritas validados/as
CESFAM Pudeto Bajo	10.677
CESFAM Dr. Manuel Ferreira	30.081
Total	40.758

En CESFAM Pudeto Bajo la cobertura de las personas inscritas validadas, corresponde a un 26,2% usuarios/as. El CESFAM Manuel Ferreira cuenta con la mayor concentración de población inscrita de la APS con un 73,8%. Se incluyen en esta cobertura CECOSF y PSR de la comuna.

EL CECOSF Dr. Oscar Muñoz se encuentra ubicado en el radio urbano, mientras que el CECOSF Chacao se encuentra ubicado en Villa Chacao, como ya fue mencionado en el ingreso norte de la Isla de Chiloé, y su población reside principalmente de sectores rurales. La cobertura de CECOSF Chacao comprende además las postas de salud rural de Manao y Caulín.

Tabla N°2. Distribución de población inscrita en CECOSF, Ancud 2017.

CECOSF	Personas inscritas
CECOSF Dr. Oscar Muñoz	2.201
CECOSF Chacao	1.631
Total	3.832

Es importante señalar que este año, se implementó un tercer CECOSF en sector Puntra-Degañ, ubicado también en el sector rural, lo que determinó una reorganización territorial, que actualmente se encuentra en proceso. De éste establecimiento depende la PSR de Coipomó.

A continuación se observa la distribución de la población de acuerdo a las Postas de Salud Rural (PSR) de la comuna (37). Ver Tabla N°3.

Tabla N°3. Distribución de población inscrita en Postas de Salud Rural Ancud, 2017.

Postas de Salud Rural	Personas Inscritas validados/as
Posta Manao	1.380
Posta Caulín	789
Posta Linao	986
Posta Puntra	1.001
Posta Coipomó	450
Posta Quetalmahue	1.327
Posta Guabún	352
Posta Nal	946
Total	7.231

Al mes de noviembre del año 2017 el número total de funcionarios/as que pertenecían a la dotación de los centros de APS de la comuna eran 291 personas entre profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, etc. En la Tabla N°4 se puede observar el número total de funcionarios por estamento y la disponibilidad de éstos por cada 5.000 usuarios/as inscritos/as (37).

Tabla N°4. Dotación de funcionarios/as de la APS de la comuna de Ancud, por cada 5.000 personas inscritas, Noviembre 2017.

Estamento	N° Total de funcionarios por estamento N= 291	N° de funcionarios por cada 5.000 inscritos
Médico/a	22	2,7
Odontólogo/a	11	1,3
Enfermero/a	14	1,7
Matrón/a	12	1,4
Kinesiólogo/a	13	1,6
Nutricionista	14	1,7
Terapeuta ocupacional	3	0,3
Psicólogo/a	10	1,2
Trabajador/a Social	10	1,2
Químico farmacéutico/a	1	0,1
Tecnólogo/a médico	4	0,4
Ingeniero/a informático	3	0,3
Educadora de párvulos	4	0,4
Profesor/a educación física	3	0,3
Técnico en enfermería nivel superior	70	8,5
Administrativos/as	58	7,1
Auxiliar de enfermería	5	0,6
Auxiliar de farmacia	1	0,1
Auxiliar de servicio	16	1,9
Conductor	10	1,2
Podólogo/a	2	0,2
Dirección	2	0,2
Jefe de SOME	2	0,2
Otros profesionales	1	0,1
Total	291	

Desde el año 2009 los centros de atención primaria de la comuna de Ancud desarrollan sus acciones de acuerdo a los lineamientos del modelo con enfoque familiar y comunitario. Actualmente, ambos CESFAM se encuentran certificados por el Servicio de Salud Chiloé, en el desarrollo del modelo de atención. Es así como cada establecimiento se organiza a través de un equipo gestor, el que lidera los procesos de gestión para el fortalecimiento e implementación continua del modelo. Este proceso ha implicado cambios en la organización de los centros y sus equipos, implementación de estrategias y procesos que desarrollen los componentes o ejes en los que se basa el modelo de atención integral de salud, camino que no ha estado exento de dificultades.

De acuerdo con los antecedentes revisados, es posible destacar el innegable impacto en la salud de las poblaciones de los países que organizan sus sistemas de salud en base a la Atención Primaria. Es así como desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, hasta la reforma de salud del año 2005 y en la actualidad, se ha visto impulsado el desarrollo de la APS en nuestro país, obteniendo logros y avances importantes en esta materia, mejorando los indicadores de salud, a través de la implementación de diversos programas, enfocados hacia la disminución de las inequidades y protección de la salud de las personas desde la infancia, y en los distintos cursos de vida. Una situación ventajosa respecto a otros países, es que nuestra atención de salud en los centros de APS, se encuentra a cargo de equipos multidisciplinarios, fortaleciendo la integralidad de los servicios de salud otorgados a las comunidades.

Los estados han adquirido compromisos en torno a la implementación y desarrollo de la APS, respecto a los principios que la sustentan y declarando la APS como base fundamental de los sistemas de salud, para lograr mejorar los niveles de salud de la población. De esta manera la evaluación y medición de su desempeño cobra gran importancia en la identificación de brechas y la necesidad de generar acciones de mejoras adecuadas y continuas, no solo para fortalecer o mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de APS, sino que también para lograr un mejor desarrollo económico y social de los territorios, como bien fue señalado en la declaración de Alma Ata: “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. Como país, esta declaración nos propone diversos desafíos, entre éstos, impulsar el desarrollo de la APS como centro del sistema de salud, para lograr el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, la superación de las inequidades, mejorar el acceso a la atención de salud de las personas, la participación comunitaria, el abordaje de los problemas de salud de la población desde una perspectiva intersectorial, y la construcción de un sistema que disponga

de los recursos suficientes de financiamiento y recurso humano, para otorgar respuesta a las necesidades y los retos que se desprenden de los cambios del perfil demográfico y epidemiológico de la población.

Respecto al rol y desarrollo que hoy debe cumplir la APS como centro del sistema de salud, esta investigación permitirá medir y realizar un análisis mucho más integral, sobre cómo se estructura y organiza la APS en la comuna, de acuerdo a los parámetros de la encuesta PCAT validada y adaptada culturalmente para nuestro país, desde la perspectiva de los prestadores. Esto permitirá obtener información relevante para los gestores y funcionarios/as, pretendiendo de esta manera mejorar la calidad de los procesos y organización de la APS, a través de la implementación de estrategias adecuadas y acordes con los atributos definidos por Barbara Starfield.

El estudio pretende responder la siguiente pregunta; ¿Cuál es el desempeño de las funciones esenciales y secundarias de la APS de la comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores?, y para esto se han planteado los objetivos señalados a continuación.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- ✓ Evaluar el desempeño de las funciones esenciales y secundarias de la APS de la comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores profesionales.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Estimar el desempeño de la estructura y funcionamiento de los establecimientos de APS de la comuna de Ancud que permiten el cumplimiento de las funciones esenciales y secundarias, desde la perspectiva de los prestadores profesionales.
- ✓ Comparar entre establecimientos de salud los resultados o puntajes de la evaluación de las funciones, que miden el desempeño de la APS: primer contacto, continuidad o longitudinalidad, integralidad y coordinación, y sus dimensiones y subdimensiones estructurales y de proceso.
- ✓ Proponer recomendaciones a los gestores, directivos y/o profesionales de APS de la comuna de Ancud en función de los resultados obtenidos.

,

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal a través de la aplicación del cuestionario PCAT a prestadores de los servicios de la APS de la comuna de Ancud.

4.2 Población objetivo

Profesionales de la salud que realizan trabajo clínico en centros de atención primaria de la comuna de Ancud.

Definición de Universo: La población está constituida por los/las profesionales que realizan trabajo clínico con usuarios/as de los centros de salud de la APS de la comuna de Ancud. Se incluyen médicos/as cirujanos/as, enfermeros/as, matrones/as, kinesiólogos/as, nutricionistas y cirujanos/as dentistas. La población seleccionada se determinó en base a la información entregada por la versión chilena PCAT-prestadores, la que fue validada solo para profesionales que desempeñan trabajo clínico con usuarios/as de centros de salud de APS. El instrumento no ha sido validado para ser respondido por funcionarios del área técnica o administrativa.

Criterios de inclusión:

- Profesionales que se desempeñan en el área clínica (médicos/as cirujanos/as, enfermeros/as, matrones/as, kinesiólogos/as, nutricionistas y cirujanos dentistas), durante al menos 6 meses en algunos de los centros de APS de la comuna.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que presentan inasistencia y/o no se encuentren trabajando durante el periodo del estudio.

El instrumento PCAT fue respondido por 67 profesionales en total. Inicialmente el instrumento fue enviado 76 profesionales de los distintos centros de atención primaria de la comuna de Ancud, los que cumplían con el criterio de inclusión y exclusión. Durante el periodo en estudio tres profesionales renunciaron y dos presentaron licencia médica durante la etapa de recolección de la información.

Cuatro personas no contestaron el cuestionario, a estos últimos se les enviaron correos electrónicos para recordar y otorgar plazos para poder responder el cuestionario. Para efectos de este estudio, el establecimiento Módulo Dental no fue considerado, debido que únicamente es un dispositivo de atención odontológica y además el número de funcionarios era muy bajo, solo 2 profesionales. El CECOSF Degañ tampoco fue considerado porque los/las profesionales no cumplían con criterios de inclusión, como se mencionó anteriormente este centro comenzó a funcionar durante este año.

La distribución de las respuestas se puede observar en la Tabla N°5:

Tabla N°5. Distribución las respuestas según profesión del prestador y centro de salud.

Profesionales (N=67)	Total	CESFAM Dr. Manuel Ferreira G.	CESFAM Pudeto Bajo	CECOSF Chacao	CECOSF Dr. Oscar Muñoz
Médico/a	11	8	2	0	1
Odontólogo/a	10	5	3	1	1
Enfermero/a	11	5	4	1	1
Matrón/a	10	5	3	1	1
Kinesiólogo/a	14	6	7	1	-
Nutricionista	11	8	1	1	1
Total:	67	37	20	5	5

4.3 Recolección de la información y análisis

A través de la oficina de personal de la Corporación Municipal de la comuna, se solicitó la base de datos de los/las funcionarios/as contratados/as en la APS para cumplir funciones en los centros de salud. Este archivo contenía datos como nombre, profesión y reporte de la fecha de ingreso laboral de cada uno de los funcionarios/as. Con esta información se determinó el tamaño de la población.

Para poder evaluar la estructura y funcionamiento de la APS a través del cumplimiento de las funciones esenciales y secundarias de la atención primaria, se utilizó el instrumento PCAT - Prestadores validado para la realidad chilena (Anexo N°1).

La aplicación del Cuestionario PCAT versión Prestadores se realizó vía web, utilizando la plataforma online (Google Forms) durante los meses de abril a agosto de 2018. Se envió una invitación para participar vía e-mail a los/las profesionales, y de esta manera acceder tanto al consentimiento informado como al cuestionario través de un link. Después de registrar todas las respuestas y enviar el formulario, los/las profesionales tenían acceso a descargar la copia de éste a través de sus cuentas de correo electrónico. Toda la información obtenida automáticamente fue grabada en la plataforma.

Para asegurar la comprensión de la información y poder otorgar respuestas a las consultas y dudas de los/las profesionales sobre el estudio y/o el formulario, se aprovechó una instancia de reunión para socializar la información, lo anterior previo al envío de la invitación vía web a los profesionales para participar en el estudio, y en otros casos se respondieron consultas de los participantes vía correo electrónico y/o llamado telefónico.

La información obtenida fue almacenada en una base de datos, por lo que no requirió digitación de las respuestas. La proporción de cuestionarios aplicados fue de 88,1% (Tasa de respuesta 67/76) efectivamente respondidos. Como fue señalado anteriormente, cinco profesionales no pudieron acceder al formulario por renuncia voluntaria y licencia médica extensa y a cuatro profesionales se le envió e-mails recordatorios, y llamado telefónico, además de ofrecer la posibilidad de aplicar directamente el cuestionario, no obteniendo respuesta.

El instrumento PCAT versión prestadores está conformado por 138 ítems (más 4 ítem "Otros") (6), los que incluyen preguntas con respecto a características y funcionamiento del centro de salud de APS. Las preguntas sobre las funciones de la APS (primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural) fueron respondidas en una escala de Likert de 4 opciones, de acuerdo a la existencia o no de un rasgo.

Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
1	2	3	4

Los valores de 1 a 4 de cada respuesta se utilizaron para calcular un puntaje promedio de cada función de la APS.

Los puntajes para cada dimensión se calcularon de acuerdo a lo descrito en la Guía PCAT Prestadores, que se indica a continuación (6):

Cálculo del puntaje por Dominio y Subdominio Prestadores

Los puntajes de cada subdominio y dominio de la APS se obtuvieron sumando el número de respuesta de cada uno de los ítems que lo componen, suma que luego fue dividida por el número de ítems.

1. Se revertió el puntaje del ítem Primer Contacto – Acceso:

$$(4=1)(3=2)(2=3)(1=4)$$

2. En el caso de que en un 50% o más de los ítems del subdominio estuviesen codificados con el valor 9, no se debía asignar puntaje a este subdominio. Para el caso del estudio no fue necesario, ya que no se obtuvo esta característica.

Para todos los casos en que menos del 50% de los ítems de un subdominio estaba codificado con el valor 9, se reemplazó el valor 9 por el valor 2, excepto para el subdominio integralidad (Servicios provistos) en que el valor 9 se debió reemplazar siempre por el valor 0 (cero).

3. Obtención del puntaje para cada dominio y subdominio: se sumaron el número de respuesta de cada ítem y luego se dividió por el número de ítems. Ver cuadro N°1.

Cuadro N°1. Dominios – Subdominio – Ítem del Instrumento PCAT – Prestadores.

Dominio	Subdominio	Ítem
Primer Contacto	Acceso	9 ítems
Continuidad de la atención	Continuidad de la atención	13 ítems
Coordinación	Coordinación	7 ítems
Coordinación	Sistemas de información	10 ítems
Integralidad	Servicios Disponibles	29 ítems
	Servicios Provistos	18 ítems
Enfoque Familiar	Enfoque Familiar	14 ítems
Orientación Comunitaria	Orientación Comunitaria	22 ítems
Competencia Cultural	Competencia Cultural	16 ítems

Cálculo de puntaje Esencial (Dominios esenciales) Se calculó obteniendo la media de los puntajes obtenidos en los 6 subdominios de los 4 dominios esenciales (Primer Contacto – Acceso, Continuidad de la atención, Coordinación – Coordinación, Coordinación – Sistemas de información, Integralidad – Servicios Disponibles, Integralidad – Servicios Provistos).

El estudio no presentó datos perdidos o sin puntaje.

Cálculo del Puntaje General (Dominios Esenciales y Dominios Secundarios) Se calculó obteniendo la media de los puntajes obtenidos en los 9 subdominios esenciales y secundarios.

El puntaje estandarizado se obtuvo tanto para el puntaje de cada ítem, de cada subdominio o de cada dominio, así como para el puntaje Esencial y para el puntaje General.

El puntaje estandarizado se calculó con la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{(\text{Puntaje} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

donde *Puntaje* corresponde al puntaje (de ítem, de subdominio, de dominio, esencial o general) en escala de 1 a 4 que se desea estandarizar.

Para medir y comparar la estructura y funcionamiento de los establecimientos de la comuna se realizó el análisis del cumplimiento de las funciones esenciales y secundarias, y de los puntajes obtenidos por cada subdominio. Se estableció un punto de corte para reconocer el buen cumplimiento de las funciones de la APS. En escala de 0 a 10, el valor 7 o superior señala las fortalezas del sistema por un mayor nivel de cumplimiento de las funciones para este caso, mientras que valores por debajo de ello, señalaron debilidades o situaciones que tienen margen de trabajo para conseguir mejoras.

Posteriormente se analizaron los resultados de las categorías de respuesta o ítem de cada dominio y subdominio evaluado en la APS, se calcularon frecuencias y porcentajes para cada ítem acuerdo a cada dominio y subdominio evaluado.

El análisis estadístico fue realizado con el programa Excel versión 2010. Se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, de posición y dispersión.

Con el objetivo de generar una retribución a la comuna se elaboraron recomendaciones, a partir de los resultados de cada ítem, enfocadas hacia los que obtuvieron menor cumplimiento, y de esta manera identificar las brechas. Además,

es importante mencionar que se realizará una reunión para presentar los resultados y análisis obtenidos de este estudio, se convocará a los directivos y/o profesionales tomadores de decisión de la APS, para profundizar el análisis, identificar fortalezas y debilidades, las que permitirán afinar las recomendaciones y/o elaborar otras propuestas para mejorar el cumplimiento de las funciones de atención primaria de la comuna. De esta manera también los/las funcionarios/as de salud tendrán acceso a los resultados del estudio y se podrá utilizar esta información para mejorar la gestión de la APS comunal.

4.4 Aspectos éticos

Para realizar este estudio se obtuvo la autorización del Secretario de la Corporación Municipal para la Educación, Salud y Atención al Menor. Así como también el apoyo de las direcciones y/o coordinadores de establecimientos de APS, quienes autorizaron a los/las profesionales durante la jornada laboral para acceder y responder el cuestionario. Previamente se envió una carta explicando claramente los objetivos del estudio y solicitud de colaboración. Ver Anexo N°2 y N°3.

Se utilizó un documento de consentimiento informado (Anexo N°4), el que señalaba los objetivos del estudio y el derecho de las personas a desistir de su participación en cualquier momento si se estima conveniente.

El protocolo fue debidamente aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ver Anexo N°5.

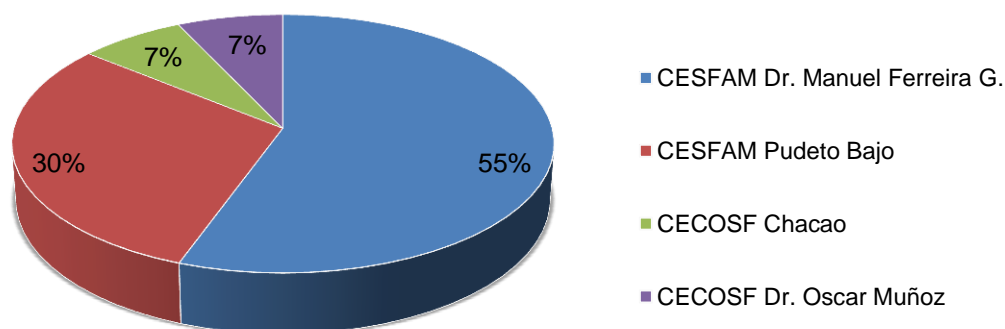
Los datos recogidos se utilizaron solo para fines del estudio y se entregó una copia del documento final a las autoridades de salud de la comuna.

V. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento PCAT versión Prestadores.

Como ya fue señalado, los/las profesionales encuestados/as pertenecen a los distintos centros de Atención Primaria de la comuna de Ancud, el 55% a CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán y en segundo lugar CESFAM Pudeto Bajo con un 30%. Posteriormente CECOSF Dr. Oscar Muñoz y CECOSF Chacao, ambos con un 7%. Gráfico N°1.

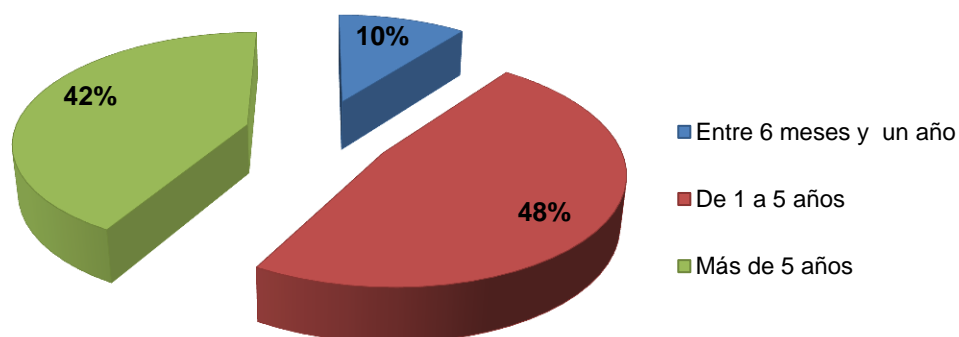
Gráfico N°1. Distribución de los/las profesionales encuestados/as según centro de atención primaria, Ancud.



N=67

Respecto al tiempo trabajando en el sistema de Atención Primaria de Salud, la mayoría de los/las profesionales han permanecido de uno a cinco años de antigüedad en el sistema de APS de Ancud, lo que podemos observar en el Gráfico N°2.

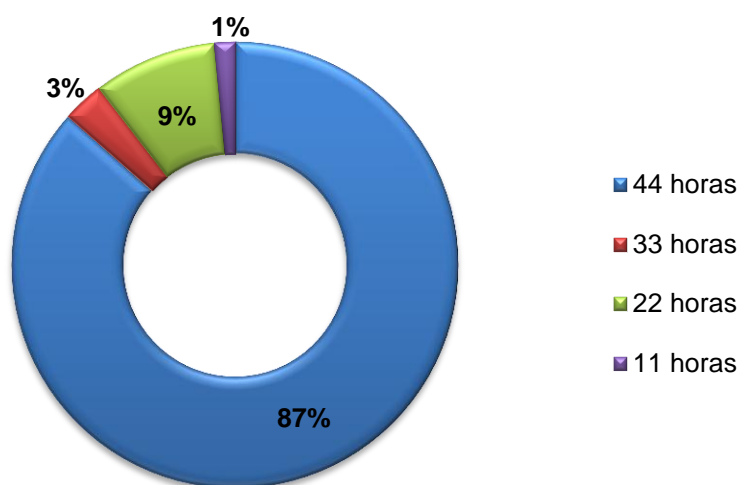
Gráfico N°2. Distribución de los/las profesionales encuestados/as según antigüedad laboral en el establecimiento de salud de APS, Ancud.



N=67

En relación a la jornada laboral, la mayoría de los/las profesionales cumple con jornada laboral de 44 horas, Gráfico N°3.

Gráfico N°3. Distribución de los/las profesionales encuestados/as según jornada laboral, APS Ancud.



N=67

Para definir la organización o estructura de los elementos que conforman la APS de la comuna de Ancud y su funcionamiento, se realiza el análisis del cumplimiento de las funciones esenciales, generales, dominios y subdominios. El puntaje esencial estandarizado corresponde a 6,82 y puntaje general a 6,83. Los subdominios con mayor y menor puntaje son integralidad – servicios disponibles y competencia cultural respectivamente. En el Cuadro N°2 es posible observar estos resultados.

Cuadro N°2. Distribución de resultados estandarizados de puntaje esencial, general, dominios y subdominios de los establecimientos de APS de la comuna de Ancud (escala de 0 a 10).

PUNTAJE ESENCIAL Y GENERAL					
FUNCIONES	APS ANCUD	CESFAM DR. MANUEL FERREIRA GUZMAN	CESFAM PUDETO BAJO	CECOSF DR. OSCAR MUÑOZ	CECOSF CHACAO
	PUNTAJES				
Puntaje PCAT esencial	6,82	6,96	6,69	6,37	7,69
Puntaje PCAT general	6,83	6,99	6,72	6,17	7,72
DOMINIOS Y SUBDOMINIOS	PUNTAJES				
Primer Contacto – Acceso	6,33	6,84	6,08	4,67	7,78
Continuidad de la atención	5,94	5,93	5,71	6,82	6,82
Coordinación - Coordinación	6,01	6,09	5,79	5,90	7,52
Coordinación – Sistemas de información	7,25	7,43	7,22	6,46	7,53
Integralidad – Servicios Disponibles	8,60	8,57	8,69	7,63	9,03
Integralidad – Servicios Provistos	6,79	6,87	6,66	6,74	7,44
Enfoque Familiar	7,89	7,48	8,12	6,80	8,90
Orientación Comunitaria	7,59	8,06	7,37	6,36	8,54
Competencia Cultural	5,09	5,59	4,84	4,12	5,91

En el CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán el puntaje esencial obtenido fue 6,96 y puntaje general de 6,99. Como se puede observar el resultado es superior a lo obtenido para el total de la APS. Ver Cuadro N°2.

En el CESFAM Pudeto Bajo el puntaje esencial obtenido fue 6,69 y puntaje general de 6,72. En este caso el resultado es menor a lo obtenido para el global de la APS. Ver Cuadro N°2.

En el CESCOF Dr. Oscar Muñoz el puntaje esencial obtenido fue 6,37 y puntaje general 6,17. Este resultado también es inferior a lo obtenido para el total de la APS y que CESFAM Pudeto Bajo. Ver Cuadro N°2.

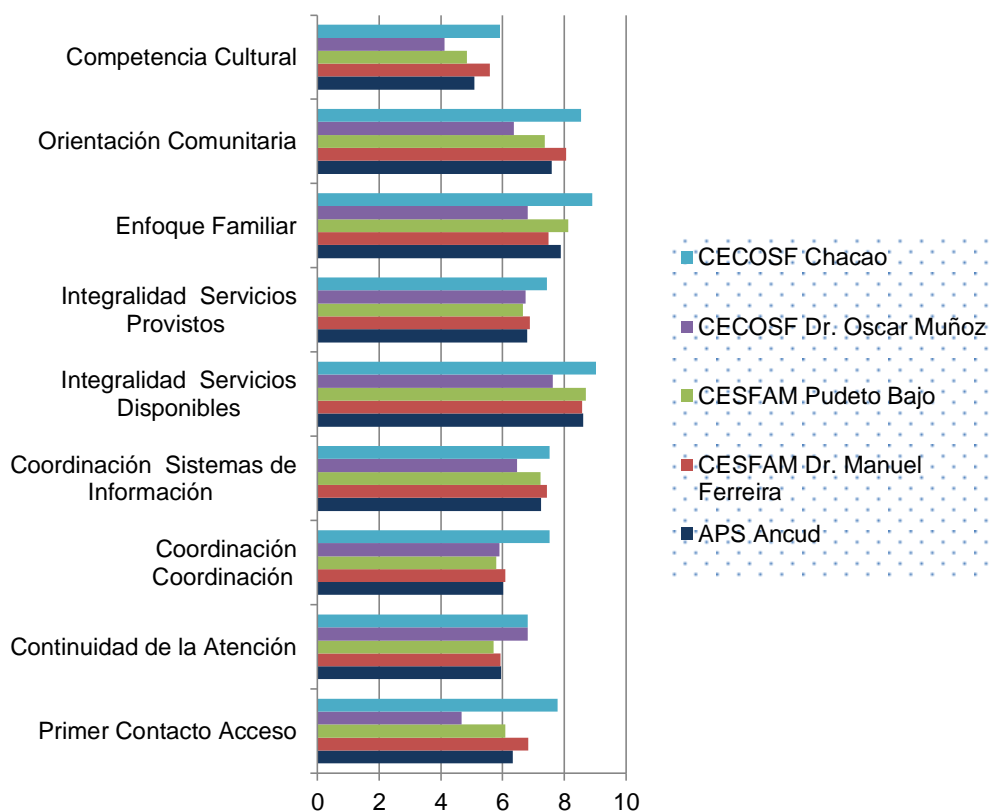
En el CESCOF Chacao el puntaje esencial obtenido fue de un 7,69 y puntaje general de 7,72. Se observa que el resultado es superior a lo obtenido para el global de la APS y que CESFAM Manuel Ferreira G. Ver Cuadro N°2.

Al realizar comprar los resultados de todos los centros de APS de la comuna, es posible observar que CECOSF Chacao obtiene el puntaje esencial y general más alto y CECOSF Dr. Oscar Muñoz obtiene el promedio más bajo para estos mismos puntajes. Todos los subdominios con puntajes superiores se centran también en CECOSF Chacao, distribuyendo los puntajes menores en CECOSF Dr. Oscar Muñoz (Primer Contacto - Acceso; Coordinación – Sistemas de información; Integralidad – Servicios Disponibles; Enfoque Familiar; Orientación Comunitaria; Competencia Cultural) y en CESFAM Pudeto Bajo (Continuidad de la atención; Coordinación – Coordinación e Integralidad – Servicios Provistos).

Al igual que en el puntaje obtenido para el total de la APS, en cada establecimiento el puntaje más alto se obtuvo en el subdominio Integralidad – Servicios Disponibles, y el más bajo en subdominio Competencia Cultural.

Para observar con mayor claridad los resultados entre establecimientos de APS de la comuna, se presenta a continuación grafico que ilustra los resultados de dominios y subdominios de la APS Ancud y por cada centro de salud. Ver Gráfico N°4.

Grafico N°4. Distribución de los puntajes estandarizados de dominios y subdominios de los establecimientos de APS de la comuna de Ancud (escala de 0 a 10).



A continuación se describirán los resultados de las categorías de respuesta o ítem de cada dominio y subdominio evaluado en la APS. Esta información se puede observar en mayor detalle en el Anexo N°6:

Primer Contacto – Acceso (Puntaje 6,33)

En relación al primer contacto – acceso los/las profesionales señalaron mejores resultados en los ítems apertura de los centros de salud los días sábados o domingos, también por la disponibilidad de atención hasta las 20:00 hrs. durante la semana, la posibilidad de que un/a usuario/a puede atenderse el mismo día si se enferma y de poder recurrir en la noche a un lugar cercano para poder recibir atención en caso de que el centro esté cerrado. Por otro lado, los resultados más bajos fueron la disponibilidad de contacto telefónico principalmente en el horario en que el centro no atiende, sin embargo, algunos/as profesionales señalaron también dificultades para el contacto telefónico en los horarios en que el centro se

encuentra en funcionamiento, por lo que habría que revisar la organización interna de cada establecimiento relacionada a este ámbito, y la posibilidad de que alguien atiende a un usuario enfermo cuando el centro está cerrado. A través de estos resultados se identifica también que existe una menor disponibilidad de atención de urgencia en APS y ciertas dificultades para tomar una hora para exámenes de rutina en el centro, así como se evidencia en algunos casos tiempos de espera mayores a 30 minutos para ser atendidos por médico u otro/a profesional. En el Cuadro N°3 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°3. Resultados más positivos y negativos del subdominio Primer Contacto – Acceso

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> • Centro abierto sábados y domingos (85%) • Horario de apertura hasta las 20:00 hrs. (94%) • Atención el mismo día que lo solicita (91%) • Lugar de atención nocturna (88%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención telefónica cuando el centro está cerrado (91%) • Atención de salud cuando el centro está cerrado (73%)

Continuidad de la atención (Puntaje 5,94)

El subdominio continuidad de la atención obtuvo bajo puntaje respecto a los resultados de los otros subdominios. Los mejores resultados se relacionaron con comprender las consultas que los pacientes realizan, así como también los/as profesionales creen que sus pacientes entienden la información que se les entrega y que éstos/as sienten comodidad cuando hablan de sus problemas o preocupaciones cuando son atendidos/as. Se identifica que no todos los/las usuarios/as son atendidos por el mismo médico cada vez que consultan, y al igual que en el subdominio Primer contacto – Acceso, es posible identificar que existe una brecha relacionada con la comunicación telefónica, para este caso si un/a usuario/a necesita realizar una consulta o duda es poco probable que pueda comunicarse y hablar con el médico o profesional que le conoce mejor. También se identificó por parte de los/las profesionales, desconocimiento de la información relacionada a los/las pacientes como por ejemplo su entorno familiar o con quién o quiénes viven sus pacientes. Sería interesante conocer las razones para no indagar sobre estos antecedentes, si se relaciona a la falta de tiempo, debido a los rendimientos de atención establecidos de cada atención o si existen otros motivos que puedan explicarlo, incluso algunos/as profesionales reconocen no tener

suficiente tiempo para dedicar a sus pacientes, para que éstos hablen de sus preocupaciones o problemas. Sin embargo, muchos manifestaron conocer a sus pacientes como “personas” además de como alguien que tiene un problema de salud. Se señalaron aspectos que tienen un cierto nivel de avance pero que aún se deben mejorar, como fue conocer los problemas más importantes para los/las pacientes, el conocimiento de aspectos de su historia clínica y de todos los medicamentos que toman. Respecto a esto último, los/las profesionales señalan que sabrían si alguno/a de pacientes tuviera alguna dificultad para conseguir un medicamento recetado. Por último, se debe mejorar aún más el conocimiento de aspectos relacionados con la ocupación, entorno familiar y/o social de los/las pacientes. En el Cuadro N°4 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°4. Resultados más positivos y negativos del subdominio Continuidad de la atención.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Continuidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende las preguntas del paciente (100%) • Pacientes entienden las preguntas (94%) • Paciente se siente cómodo hablando (96%) • Sabría si sus pacientes tiene dificultad para adquirir un medicamento (84%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención telefónica por consultas o dudas (72%) • Conoce con quien/es vive/n sus pacientes (67%)

Coordinación – Coordinación (Puntaje 6,01)

Se identifican los mejores resultados en la entrega de información a los/las pacientes de las alternativas o lugares donde podría recurrir para recibir ayuda o atención cuando necesita una derivación o interconsulta. De esta misma manera se reconoce como positiva la existencia en cada CESFAM de una unidad encargada de tramitar las citas médicas para especialidad, así como los/las profesionales refieren que después de la atención con el especialista conversan con sus pacientes sobre los resultados de la atención realizada en el nivel secundario. La mayoría de los/las profesionales señalan que conocen los medicamentos que toman sus pacientes. Se pudo identificar que los resultados de los exámenes de laboratorio no siempre son informados por vía telefónica, web u otra vía. El resultado más bajo tiene relación con la falta de acceso a la información de las atenciones de especialidad que reciben los pacientes, además los/las profesionales señalan que no siempre los/las pacientes son derivados con información por escrito para ser entregada al especialista (el sistema

implementado es electrónico) y que regularmente no reciben información útil por parte del/la especialista de los/las pacientes que son contrareferidos, lo que se podría explicar debido a que los sistemas informáticos destinados para realizar el registro clínico de las atenciones es diferente en ambos niveles de atención, y además hasta ahora no existe un acceso amplio y expedito desde la APS al programa que se utiliza en el nivel Hospitalario. En el Cuadro N°5 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°5. Resultados más positivos y negativos del subdominio Coordinación – Coordinación.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Coordinación - Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa con los pacientes después de la atención con el especialista (91%) • Informa a los pacientes que necesitan una IC, sobre los lugares donde puede recibir ayuda (88%) • Alguien del centro colabora en con agendar la derivación de pacientes (80%) 	<ul style="list-style-type: none"> • No está al tanto de las atenciones de especialidad que reciben los pacientes (70%) • Informe telefónico o mail de resultados de laboratorio (54%)

Coordinación – Sistemas de información (Puntaje 7,25)

Respecto a este subdominio, los resultados más altos se relacionan con el uso de antecedentes clínicos relevantes de los/las pacientes, específicamente el carnet de registro con que el/la paciente acude a sus controles y el uso de la ficha clínica disponible cuando se realiza la atención de un/a paciente. Para el caso de los centros de salud estudiados se utiliza ficha clínica electrónica, se reconoce positivamente la existencia de un lugar definido para el registro de los resultados de exámenes de laboratorio, y también para registrar listado de problemas de salud y de medicamentos, y se realiza registro para la constancia de notificaciones GES también en ficha clínica. El resultado más negativo se relaciona con la falta de auditorías sistemáticas de fichas clínicas de los/las pacientes como herramienta para asegurar que los/las usuarios/as reciben las prestaciones de salud indicadas. Se identificó también que no todos los/las profesionales permitirían que los/las pacientes miren sus fichas clínicas si es que lo solicitan, así como no todos señalan utilizar guías de manejo clínico en la ficha del paciente y la cartola familiar para el registro de las acciones o prestaciones realizadas. En el Cuadro N°6 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°6. Resultados más positivos y negativos del subdominio Coordinación – Sistemas de información.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Coordinación – Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de ficha clínica para la atención (97%) • Pacientes acuden con carnet de control o informes en sus atenciones (93%) • Lugar específico para registro de exámenes (ficha o cartola) (91%) • Lista de medicamentos en ficha clínica (89%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias de fichas clínicas (61%) • Uso de cartola familiar (48%)

Integralidad – Servicios Disponibles (Puntaje 8,60)

Este subdominio es el que obtuvo mayor puntaje, lo anterior debido al amplio número de actividades o prestaciones realizadas en los centros de salud como: consejería nutricional; inmunizaciones, chequeo de cumplimiento para cualquier programa o beneficio social, control odontológico, tratamiento dental, métodos de planificación familiar o control de natalidad, consejería en problemas de conducta o de salud mental, consejería y exámenes de VIH/SIDA, examen de agudeza visual, papanicolaou, consejería antitabaco, control prenatal, extracción de uña encarnada, información sobre qué hacer en caso que un familiar de un paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones acerca de su estado de salud, consejería sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento, recomendaciones de cuidados domiciliarios de enfermería, programa de suplementación de leche y alimentación, control de niño sano, control de pacientes crónicos, examen de medicina preventiva para adulto y adulto mayor, electrocardiograma y basiloscopía. Los que presentaron menor cumplimiento fueron vacunación contra las alergias (inmunoterapia), cabe destacar que en APS no se encuentra incorporada esta prestación, y extracción o eliminación de verrugas, sutura para heridas menores, examen de audición e inmovilización para esguince de tobillo. En el Cuadro N°7 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°7. Resultados más positivos y negativos del subdominio Integralidad – Servicios Disponibles.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Integralidad - Servicios Disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura general de cartera de prestaciones en APS y/o de servicios disponibles en APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación contra alergias (76%) • Extracción eliminación de verrugas (61%) • Inmovilización esguince de tobillo (57%) • Examen de audición (56%)

Integralidad Servicios Provistos (Puntaje 6,79)

La evaluación realizada para este subdominio posee mejores resultados en los temas conversados con los/las pacientes que tienen niños sobre alimentación saludable/no saludable e higiene del sueño y seguridad en el hogar, y en los/las pacientes adultos/as la conversación sobre temas como el manejo de conflictos familiares, consejo sobre ejercicio físico, niveles de colesterol, medicamentos en uso, exposición a sustancias tóxicas, prevención de quemaduras, caídas y osteoporosis, cuidados de problemas comunes de la menstruación o la menopausia, y para el caso de tener en la familia menores de 18 años: la conversación con los/las pacientes sobre las formas de manejar problemas conductuales en los niños/as, cambios por el crecimiento y en la conducta que los padres/madres pueden esperar a ciertas edades. Asuntos de seguridad en los niños/as sobre 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas y no conducir cuando se bebe alcohol. Por otro lado, las evaluaciones más bajas para este subdominio se relacionan con la falta de conversación de adultos sobre tenencia de armas, su almacenamiento y seguridad y uso de cinturón de seguridad. Asuntos de seguridad en niños/as entre 6 y 12 años: uso cinturón de seguridad y casco de bicicleta, y asuntos de seguridad en niños/as de 6 años: enseñarles a cruzar la calle de forma segura, uso de sillas de seguridad para niños/as en autos y seguridad en piscinas. En el Cuadro N°8 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°8. Resultados más positivos y negativos del subdominio Integralidad – Servicios Provistos.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Integralidad - Servicios Provistos	<ul style="list-style-type: none"> Amplia cantidad de actividades y/o de servicios proporcionados en APS 	Conversación sobre: <ul style="list-style-type: none"> Uso de cinturón de seguridad (51%) Tenencia y almacenamiento de armas (64%)

Enfoque Familiar (Puntaje 7,89)

De acuerdo a lo referido por los/las profesionales, existen resultados positivos en este dominio/subdominio, al considerar la opinión de los/las pacientes en la planificación de su cuidado y tratamiento, la preocupación de centro por consultar sobre enfermedades o problemas que puedan existir en la familia, la capacidad del centro para reunirse con el grupo familiar para hablar sobre un problema familiar o de salud, uso de instrumentos de evaluación familiar de rutina como genogramas, ecomapa, APGAR familiar, discusión sobre factores de riesgo familiares, de recursos económicos familiares, sobre riesgos sociales, sobre el estado de salud de otros miembros de la familia, evaluación de signos de abuso infantil, de indicadores de crisis familiar, de impacto del estado de salud del paciente en el funcionamiento familiar y del nivel de desarrollo psicomotor. Los temas menos abordados con los/las pacientes según los resultados, son la discusión sobre las condiciones o equipamiento de la vivienda y sobre la crianza de los hijos/as. En el Cuadro N°9 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°9. Resultados más positivos y negativos del subdominio Enfoque Familiar.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Enfoque familiar	<ul style="list-style-type: none"> Consulta a los pacientes sobre problemas o enfermedades en su familia (97%) Considera la opinión de los pacientes (94%) Evaluación del desarrollo psicomotor (93%) Reunión con grupo familiar para hablar de problemas de la familia (91%) 	<ul style="list-style-type: none"> Discusión sobre crianza de los hijos (24%) Discusión sobre condiciones del equipamiento de la vivienda (23%)

Orientación Comunitaria (Puntaje 7,59)

Los/las profesionales mencionan que en todos los centros se realizan visitas domiciliarias, existe la percepción de que el centro tiene conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de la comunidad que atiende, la consideración de las opiniones que podrían ayudar a mejorar la atención y modificar sus servicios o programas de atención en respuesta a problemas específicos de salud en la comunidad. El uso de datos para determinar los programas /servicios necesarios, como datos de salud pública de enfermedades transmisibles, tasa de inmunización en la comunidad e información clínica de sus atenciones de salud. El uso de métodos para monitorear y/o evaluar la efectividad de los servicios entregados a través de encuestas a los pacientes, retroalimentación de organizaciones comunitarias y del equipo de salud del centro, análisis de datos o estadísticas locales, evaluaciones sistemáticas de programas o servicios entregados y representación de los usuarios en el consejo de desarrollo local. La utilización de actividades para llegar a la comunidad a la que se atiende mediante el establecimiento de redes con organismos estatales y locales involucrados con grupos culturalmente diversos, trabajo conjunto con juntas de vecinos o líderes comunitarios y trabajadores comunitarios. La evaluación más baja se relaciona con la apreciación de falta de vínculos con organizaciones religiosas, otros ítems que requieren mayor desarrollo son el trabajo con facilitadores o monitores comunitarios de salud, continuar realizando encuestas comunitarias y evaluar de forma permanente si las opiniones e ideas de la comunidad se han visto reflejadas en cambios en el centro de salud, y finalmente el uso de datos como mortalidad (datos de muerte) y datos de salud pública sobre riesgos en salud ocupacional para determinar programas o servicios necesarios para la comunidad. En el Cuadro N°10 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°10. Resultados más positivos y negativos del subdominio Orientación Comunitaria.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Orientación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias (100%) • Trabajo con juntas de vecino o líderes comunitarios (96%) • Conocimiento adecuado del centro sobre los problemas de salud la comunidad (94%) • Se recogen opiniones e ideas de personas para mejorar la atención (94%) • Manejo del centro de información de datos de inmunización (93%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Opiniones e ideas de la comunidad se reflejan en los cambios del centro (72%) • Uso de datos de mortalidad (63%) • Evaluación sistemática de los programas o servicios entregados (63%)

Competencia Cultural (Puntaje 5,09)

Este subdominio fue el que obtuvo más baja evaluación, entre otras cosas debido a que se señaló que los centros no cuentan con traductor(a)/intérpretes en caso de atención de personas que no hablan bien español o que definitivamente no hablan español, la inexistencia de facilitadores/as o mediadores/as interculturales, y además porque muchos de los profesionales dicen no encontrarse capacitados para atender a extranjeros que viven en Chile. Se identifica la falta de desarrollo de una planificación de prestaciones que reflejen la diversidad cultural, se debe continuar mejorando las temáticas centradas en la comunicación de la atención de salud a personas de pueblos originarios como a extranjeros, entrenamiento y capacitación del equipo de salud en estas áreas, avanzar en la implementación de material de difusión culturalmente adecuado, en el registro de la condición étnica o migrante de los usuarios en fichas clínicas, entre otros. De acuerdo a los resultados los centros están mejor preparados para atender a las personas de pueblos originarios que extranjeros. Es importante señalar que los/las profesionales sí señalan considerar las creencias propias de la familia sobre un tratamiento o el uso de medicinas tradicionales en el marco de la atención de salud, y de esta misma manera la consideración de la solicitud de las familias de usar tratamientos de medicina alternativa como homeopatía o acupuntura. En el Cuadro N°11 se describen los resultados más positivos y negativos de este subdominio:

Cuadro N°11. Resultados más positivos y negativos del subdominio Competencia Cultural.

Subdominio	Resultados más positivos	Resultados más negativos
Competencia Cultural	<ul style="list-style-type: none">• Considera la solicitud de medicina alternativa (homeopatía o acupuntura) (97%)• Considera creencias propias de la familia sobre el tratamiento/medicinas tradicionales (96%)	Métodos para abordar diversidad cultural: <ul style="list-style-type: none">• Traductores/intérpretes (96%)• Facilitadores a mediadores interculturales (78%)

VI. DISCUSIÓN

La evaluación del desempeño de la APS de la comuna de Ancud, muestra un puntaje estandarizado de las funciones esenciales de 6,82 y en sus funciones generales 6,83. Según señala la guía de recomendación y uso de instrumento PCAT para la APS Chilena (6), estos puntajes se acercan a lo esperado, utilizando el promedio 7 o superior como punto de corte para definir las fortaleza del sistema, resultados similares se identificaron en estudios realizados con prestadores en Brasil, con puntajes que orientan hacia el buen cumplimiento de las funciones de la APS (29)(42)(43).

En la evaluación por centro, el CECOSF Chacao, obtuvo los puntajes más altos en evaluación del desempeño de sus funciones esenciales 7,69 y generales con 7,71, por el contrario los puntajes más bajos se reflejaron en CECOSF Dr. Oscar Muñoz con puntaje esencial de 6,37 y general 6,17, estos resultados podrían explicarse debido a la baja cantidad de profesionales que ahí respondieron el cuestionario.

En cuanto al subdominio Primer Contacto – Acceso (puntaje estandarizado 6,33), este resultado difiere con puntajes obtenidos en estudios realizados en Brasil, en los cuales Primer Contacto - Acceso obtuvo la puntuación más baja (29)(35)(42)(43). Al comprar estos resultados es posible identificar mayor avance entre la dotación de personal disponible y el número de población inscrita o que acude a los centros de APS, sin duda estos resultados podrían mejorar aún más si aumentara la cobertura de atención de urgencia en la APS de la comuna. A través de los resultados de esta evaluación se reconoce que existe accesibilidad a los servicios que la APS ofrece, identificando positivamente la disponibilidad de atención y extensión de horarios en que se prestan los servicios, en general los/las profesionales visualizan algunas limitaciones en el acceso a la atención principalmente en CECOSF Dr. Oscar Muñoz, en este centro este subdominio obtuvo puntaje más bajo (4,67). La principal necesidad es mejorar el servicio que se presta a nivel telefónico hacia los usuarios/as, a fin de ampliar la posibilidad de recibir orientación o consejo a través de este medio. Se debe mejorar también la disponibilidad de atención de urgencia, como se mencionó anteriormente solo un centro ofrece atención de urgencia en APS, ubicado en el sector de Chacao. Otro punto mencionado es la posibilidad de tomar una hora para exámenes de rutina en el centro, así como mejorar aún más los tiempos de espera con médico u otro profesional.

El subdominio Continuidad de la atención (puntaje estandarizado 5,94) es uno de los tres principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario establecido para la APS Chilena (24) y muestra la relación o

vinculación entre el personal de salud y los/las usuarios/as, este resultado indica que se deben conseguir mejoras en este aspecto. Pareciera que los centros hacen esfuerzos para garantizar la continuidad de la atención por el personal médico, sin embargo los resultados muestran que no siempre los/las usuarios/as son atendidos por el mismo médico en sus atenciones. Se deberá continuar trabajando para fortalecer aún más este vínculo, y de esta manera desarrollar mejores niveles de confianza y relación de ayuda con los/las usuarios/as. Los/las profesionales señalan preocupación por sus pacientes, para que comprendan la información y aclarar dudas durante las atenciones, además de favorecer un clima de comodidad. Se observa que existe un interés de conocer a sus pacientes como “personas”, no sólo como usuarios/as que acuden por un problema de salud. Se destaca la necesidad de indagar las causas que existen para que los profesionales refieran desconocimiento sobre los aspectos personales y familiares de sus pacientes. Como ya se mencionó antes, es posible que existan factores relacionados con los tiempos para la atención, rendimientos o bien continuar profundizando en el modelo de salud familiar.

Respecto al subdominio Coordinación – Coordinación (puntaje estandarizado 6,01), como estructura se evidencia la existencia de un sistema de derivación o referencia que funciona, y además cuenta con personal para trabajar en esta área. No todos los/las pacientes son derivados con información por escrito para ser entregada al especialista, esto se puede explicar porque en general el sistema implementado en APS para realizar la referencia es electrónico, utilizando un programa específico para esa función, el que remite la información clínica documentada mediante una interconsulta digital, confeccionada por el/la profesional derivador/a. Sin embargo no existe la misma evaluación para la contrareferencia, es posible identificar falta de información recibida desde el nivel secundario, que permita al personal derivador acceder a los antecedentes de la atención de especialidad de sus pacientes. Es sabido que en general los sistemas de registros clínico entre APS y Hospital son incompatibles, pudiendo ser en este caso, dificultando la posibilidad de conocer directamente los datos relevantes de los/las pacientes, y por otro lado los/las profesionales señalan que no siempre reciben información útil por parte del/la especialista, sobre los/las pacientes que son contrareferidos. Al respecto de los exámenes de laboratorio, los/las pacientes no son informados vía web o por otra modalidad.

En el subdominio Coordinación – Sistemas de Información (puntaje estandarizado 7,25) el análisis muestra que existe un sistema de ficha clínica instalado, que permite registrar y consultar los antecedentes necesarios para obtener una visión completa de la historia clínica de cada usuario/a, así como la incorporación de un sistema de registros para los/las pacientes que se controlan en los distintos

programas, a través del uso de carnet o informes de atenciones. La debilidad identificada por los/las profesionales es la instalación periódica de auditoria de fichas clínicas, la que permitiría realizar la evaluación sistemática de su adecuada utilización, calidad de registros y calidad de la atención otorgada a la población. En este subdominio se identifica falta de información por parte de los/las profesionales sobre el manejo de ficha clínica. Para este caso sería relevante reforzar información respecto a la Ley N° 20.584 (44), que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, y también la necesidad de implementar un sistema de gestión o manejo de ficha clínica y guía de uso de la cartola familiar para el registro de las acciones o prestaciones realizadas, lo que será planteado posteriormente en las recomendaciones(44).

Para la APS y en todos los centros, el subdominio mejor evaluado fue el de Integralidad – Servicios Disponibles (puntaje estandarizado 8,60). Resultados obtenidos en estudios realizados en Porto Alegre y Paraguay presenta resultados similares, obteniendo puntajes altos en este subdominio (29)(30). El resultado de esta evaluación es considerado como un indicador de buen desempeño de la estructura de la APS y puede explicarse debido al conocimiento que los/las profesionales tienen sobre las prestaciones que se ofrecen los/las usuarios/as y también por la amplia cantidad de prestaciones que existe en APS. Para continuar manteniendo y mejorando este resultado, es necesario revisar sistemáticamente el cumplimiento de la cartera de prestaciones establecida para la Atención Primaria de Salud, y que su diseño sea el reflejo de las características y necesidades de la comunidad.

El subdominio Integralidad – Servicios Provistos (puntaje estandarizado 6,79), como proceso refleja la práctica habitual de actividades preventivas y promoción en salud. Los/las profesionales reconocen que existe una amplia gama de temas que son conversados durante las atenciones u otras instancias con sus pacientes, dirigidos principalmente al abordaje de factores de riesgo y prevención del daño. Se definieron algunos temas que aún se deben incorporar a la práctica diaria de conversación con los pacientes, lo que se también será señalado en las recomendaciones. La integralidad, al igual que la continuidad de la atención, es uno de los tres principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario establecido para la APS Chilena, y considera a la persona desde un enfoque mucho más amplio, considerando no solo los aspectos biológicos sino que también los sociales, psicológicos, culturales y de espiritualidad. Es así como el sistema de salud debe proveer una gama de servicios que posean la capacidad de responder a las necesidades de las personas (24).

A nivel comunal el dominio Integralidad (Servicios Disponibles y Servicios Provistos) fue el segundo mejor evaluado con puntaje estandarizado de 7,70, después de Enfoque Familiar.

El Dominio Enfoque Familiar fue el primero mejor evaluado como dominio y el segundo mejor evaluado como subdominio en la APS, con puntaje estandarizado de 7,89, resultado que orienta hacia el nivel de desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Estudios de otros países también han reportado mayores puntajes en Enfoque Familiar respecto a los otros atributos, como es el caso de Dominica (34) y Brasil (29)(42)(43)(45). En general los/las profesionales consideran las opiniones de sus pacientes o familias en la evaluación y tratamiento de los problemas de salud de los usuarios/as, fomentando de esta manera la corresponsabilidad sobre los cuidados de la propia salud, considerando características de cada familia y sus potencialidades. Para continuar avanzando en este enfoque, es relevante considerar en los planes de capacitación anuales, la continua formación de los/las profesionales y funcionarios/as en general, sobre las temáticas relacionadas con el modelo de atención en APS.

Al estudiar las respuestas del subdominio Orientación Comunitaria (puntaje estandarizado 7,59), es posible identificar que las opiniones de las personas y las comunidades son consideradas en la gestión en salud, tanto en la evaluación de los servicios a través de la medición de la satisfacción usuaria como en las instancias de participación comunitaria a través de los consejos de desarrollo locales urbanos y rurales. Es recomendable continuar realizando estas evaluaciones ya sea a través del trabajo directo con la comunidad o a través de encuestas comunitarias, con el apoyo de monitores o facilitadores/as en salud. Se advierte la importancia de implementar un sistema de trazabilidad o análisis que muestre las opiniones o ideas de las personas, no solo son recogidas sino que además se han visto reflejadas en los cambios incorporados en la organización y/o gestión de los establecimientos de APS. También existe una gestión que se orienta, a partir de los conocimientos extraídos desde las distintas fuentes de información, que entregan un diagnóstico de la situación de salud y permiten tomar decisiones en cuanto a los servicios necesarios y efectividad, se definen algunos aspectos o información a incorporar como recomendación. Los/las profesionales, como parte de su quehacer reconocen positivamente el trabajo con las organizaciones y distintos organismos, en menor grado fue la vinculación con organizaciones religiosas.

El subdominio con menor evaluación en la APS y por centro fue Competencia Cultural (puntaje estandarizado 5,09), identificado como la debilidad más importante de acuerdo con el nivel de cumplimiento obtenido. El estudio realizado en Dominica también muestra las puntuaciones más bajas para Competencia Cultural (34). Como fue señalado anteriormente los estudios revisados muestran en general resultados más bajos en Puerta de entrada - Acceso, sin embargo es importante mencionar que esos estudios no evaluaron el subdominio Competencia Cultural.

Como fue descrito anteriormente el modelo de atención integral en salud planteado por la reforma de salud el año 2005, propuso en la definición de sus características la integralidad, incorporando entre sus dimensiones el enfoque intercultural, enfatizando la necesidad de avanzar en sistemas de atención con enfoque intercultural, a través del diseño y ejecución de acciones desde la calidad y acceso, capacitación, fomento de la participación, transversalización de las diferentes acciones, y en los sistemas de gestión de usuarios (20)(21). Es así como el reconocimiento y respeto a la cultura de los pueblos indígenas, permitirá mayor conocimiento de su cosmovisión, reconociendo e incorporando sus saberes y significados, contribuyendo de esta manera a mejorar la apertura y construcción de alianzas con las comunidades, que permitan acercar la salud y disminuir desigualdades e inequidades, considerando la situación de salud más desfavorable de estos grupos. Es prioritario que se establezcan planes de salud locales, comunales y/o estrategias de desarrollo que reconozcan la cosmovisión de los pueblos indígenas de la zona, a través de un plan de desarrollo de atención con enfoque intercultural, que se construya de forma participativa, y tenga congruencia respecto a las necesidades de las comunidades. Del mismo modo, se debe avanzar con la atención de salud en la población migrante, los resultados son categóricos cuando los/las profesionales señalan que no cuentan con la preparación y capacitación suficientes para la atención en estos grupos.

Es importante mencionar como limitación la falta de información desde la perspectiva de los/las usuarios/as del sistema. La evaluación del desempeño de las funciones de la APS realizada a partir de este estudio, se efectuó exclusivamente desde la perspectiva de los prestadores profesionales. La integración de los/las usuarios/as permitiría realizar una evaluación más amplia, considerando también sus experiencias con los servicios de APS. Otra limitación tiene relación con el tiempo que se utilizó en el periodo de recolección de la información, debido a baja respuesta de los/las profesionales se extendió por más tiempo de lo programado.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es así como a través de la aplicación del instrumento PCAT - Prestadores fue posible evaluar el desempeño de las funciones de la APS de la comuna de Ancud desde la perspectiva de los/las profesionales, utilizando un instrumento validado en nuestro país.

Al realizar la medición de cada subdominio, se obtuvieron los resultados necesarios para calcular las funciones esenciales y secundarias de la APS y el nivel de desarrollo de cada función, por lo tanto fue posible conocer las características de la estructura y organización de la APS en la comuna. Considerando lo anterior, se desprende que la generación de estos resultados serán de utilidad no solo para conocer el nivel de implementación de las funciones de la APS, sino que también para continuar progresando sistemáticamente, mediante la implementación de estrategias que permitan fortalecerla.

Los puntajes obtenidos para las funciones esenciales como para las generales fueron de 6,82 y 6,83 respectivamente, en escala de 0 a 10. Se puede inferir que si bien es cierto existe cierto nivel de desarrollo de estas funciones, y que según las cifras se acerca al reconocimiento de un sistema con fortalezas, claramente existen brechas que deben ser abordadas como parte de la gestión comunal para mejorar los servicios de APS. Es por eso que a partir de este estudio se han elaborado recomendaciones, las que apuntan hacia el avance de desempeño de la APS, de acuerdo al modelo propuesto por Barbara Starfield y colaboradores.

Respecto a la evaluación por centro, el CECOSF Chacao, obtuvo los puntajes más altos en evaluación del desempeño de sus funciones esenciales 7,69 y generales con 7,71, por el contrario los puntajes más bajos se reflejaron en CECOSF Dr. Oscar Muñoz con puntaje esencial de 6,37 y general 6,17.

Existe una congruencia a nivel de todos los establecimientos respecto a los resultados obtenidos en los subdominios integralidad – servicios disponibles (8.6) y competencia cultural (5.09), en la APS y en todos los centros fueron los resultados con mayor y menor puntaje respectivamente. El primero relacionado posiblemente al conocimiento de los/las profesionales sobre los servicios que aborda la cartera de prestaciones de la APS y a la amplia cantidad de actividades realizadas en APS, oferta que debe responder a las necesidades que la población necesita APS. Sin duda un punto interesante para desarrollar en el futuro, sería conocer esta misma evaluación pero con usuarios/as, para identificar si existe o no el mismo conocimiento respecto a las prestaciones disponibles en la APS. Y el segundo (competencia cultural) responde la debilidad más importante en el

cumplimiento de las funciones. A partir de estos resultados se puede inferir la necesidad de que la APS apunte hacia el desarrollo como un sistema que involucre en mayor medida los aspectos culturales, como las creencias y estilos de vida relacionados con los pueblos originarios, así como fomentar acciones para lograr mayor vinculación entre los prestadores y los/las usuarios/as.

Como Dominio Integralidad (Servicios Disponibles – Servicios Provistos) obtiene puntaje de 7,70, por lo tanto se desplaza al segundo lugar al compararlo con el Dominio Enfoque Familiar con puntaje de 7,89.

De acuerdo a todo lo anterior, se plantea la necesidad de continuar profundizando la evaluación de las funciones de APS, complementando estos resultados desde la medición realizada por quienes son usuarios/as del sistema a través de la aplicación de PCAT - Usuarios Adultos adaptado para Chile, y de esta forma ampliar la evaluación de desempeño de las funciones APS, incluyendo también a quienes utilizan los servicios, realizando además comparaciones de las mediciones entre ambas perspectiva (prestadores profesionales y usuarios/as).

Finalmente se espera que este estudio contribuya como una herramienta de gestión, desde lo informado por los propios prestadores del sistema, a través de la aplicación de un instrumento adaptado a nuestra realidad, hasta la incorporación de estrategias para el desarrollo y progreso de las funciones de APS y que en el futuro se programe una nueva evaluación aplicación del instrumento PCAT, para valorar los avances alcanzados.

Considerando el análisis del cumplimiento de las funciones esenciales y secundarias de la APS de la comuna de Ancud y comprendiendo la importancia que tiene esta temática, se define como acción estratégica, realizar algunas recomendaciones diseñadas a partir de los resultados más negativos de cada subdominio, para el abordaje y reducción de las brechas identificadas para cada función de APS. Se pretende perfeccionar la propuesta en conjunto a los tomadores de decisiones de la APS de la comuna para realizar ajustes de acuerdo a la realidad local, además de sugerir incluir esta información en el diseño del plan comunal de salud. A continuación se presentan las sugerencias y/o recomendaciones, pretendiendo alcanzar mejores resultados en la gestión de la salud municipal y por lo tanto en la salud de los usuarios/as de la comuna de Ancud.

RECOMENDACIONES

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Primer contacto	Atención telefónica cuando el centro está cerrado (91%)	Mejorar el acceso de la información y consejo telefónico a los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de personal exclusivo para contacto telefónico en los centros con mayor demanda -Implementar sistema telefónico más eficiente (Ej. celular-traspaso de llamadas, etc) -Difusión de números telefónicos para consultas en horarios en que los centros se encuentran cerrados en servicios de urgencia de APS 	OIRS de cada CESFAM
	Atención de salud cuando el centro está cerrado (73%)	Mejorar el acceso a la atención de urgencia en centros APS	Implementación de sistema de atención de urgencia (SAR) actualmente en proyecto	Corporación Municipal / DESAM

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Continuidad de la atención	Atención telefónica por consultas o dudas (72%)	Mejorar el acceso de la información y consejo telefónico a los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de personal exclusivo para contacto telefónico en los centros con mayor demanda - Implementar sistema telefónico más eficiente (Ej. celular-traspaso de llamadas, etc) - Difusión de números telefónicos para consultas en horarios en que los centros se encuentran cerrados en servicios de urgencia de APS 	OIRS de cada CESFAM
	Conoce con quien/es vive/n sus pacientes (67%)	Establecer y/o reforzar lineamientos de trabajo relacionados con el modelo de salud familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer % de profesionales capacitados en el Modelo de Salud Familiar y comunitario - Incluir en PAC comunal capacitación en modelo salud APS - Verificar y/o estudiar si el rendimiento o tiempos de atención o a los/las usuarios/as se encuentra acorde a lo sugerido al modelo atención de la APS. - Verificar rotación de profesionales 	Departamento de Salud

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Continuidad de la atención	Profesionales no están al tanto de todas las atenciones de especialidad que reciben los pacientes (70%)	Mejorar sistema de comunicación de APS – Nivel Secundario sobre tránsito de los usuarios/as por nivel Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar alianza y proponer estrategias en conjunto con Hospital de la comuna - Trabajar propuesta desde la unidad informática a presentar al servicio de salud de la provincia. 	Departamento de salud/Corporación Municipal
	Informe telefónico o mail de resultados de laboratorio (54%)	Implementar sistema de información de exámenes de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Definir y destinar recursos para incorporar sistema web u otra vía de información de la notificación de resultados de exámenes de laboratorio - Elaborar Plan de Trabajo, evaluar financiamiento. 	

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Coordinación – Sistemas de Información	Auditorias de fichas clínicas (61%)	Mejorar la gestión o manejo de ficha clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar y difundir protocolo de manejo de ficha clínica, que incluya registros características como: - Apertura de ficha - Acceso a ficha clínica según Ley 20.584 - Manejo de cartola familiar - Sistema de auditoria de ficha, Etc. 	SOME
	Uso de cartola familiar (48%)			

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Integralidad – Servicios disponibles	<ul style="list-style-type: none"> -Vacunación contra alergias (76%) - Extracción eliminación de verrugas (61%) - Inmovilización esguince de tobillo (57%) - Examen de audición (56%) 	Evaluación de las prestaciones otorgadas de acuerdo a cartera preestablecida para la APS y según características de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar revisión de carteras de prestaciones - Realizar evaluación de las coberturas, oferta y demanda de estas prestaciones por centro. - Implementar Protocolo de Cirugía menor 	Informe de Dirección o encargado/a de cada centro

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Integralidad – Servicios Provistos	Conversación sobre: -Tenencia y almacenamiento de armas (64%) -Uso de cinturón de seguridad (51%)	Ampliar temáticas de aspectos preventivos en salud de acuerdo a la realidad local.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar en reuniones de sector a través de análisis de casos, reforzando importancia de abordar esta temáticas con los usuarios/as y/o grupo familiar, mostrar resultado obtenidos en estos ítems. 	Encargados de sector

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Enfoque familiar	-Discusión sobre crianza de los hijos (24%) -Discusión sobre condiciones del equipamiento de la vivienda (23%)	Reforzar la importancia del enfoque de salud familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación continua en Modelo de Salud en APS en PAC. - Realizar en reuniones de sector análisis de casos reforzando importancia de abordar los temas desde enfoque de determinantes sociales, difundir resultado obtenidos en esta evaluación 	Departamento de Salud Encargados de sector

Subdominio	Problema Identificado	Objetivo	Estrategias/Actividades	Unidad de trabajo/Servicio Responsable
Competencia Cultural	Métodos para abordar diversidad cultural: Traductores/interpretes (96%)	Generar un plan de desarrollo de atención de personas migrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Definir profesional referente de atención de migrantes en departamento de salud y CESFAM. - Establecer un equipo de trabajo a nivel local, con asesoría técnica a nivel de Servicio de Salud para realizar propuesta de planificación con enfoque participativo. - Incluir en Plan de Capacitación Anual tema migrantes (comunicación-aspectos culturales sociodemográficos, diagnóstico de salud etc.) - Considerar la necesidad de intérpretes/traductores en la dotación de funcionarios/as. - Implementación de material de difusión adecuado y un sistema de registros clínico adecuado de la condición migrante. 	Departamento de Salud

	Facilitadores a mediadores interculturales (78%)	Generar un plan de desarrollo de atención con enfoque intercultural	<ul style="list-style-type: none"> - Definir profesional referente de atención de salud intercultural en departamento de salud y CESFAM. - Establecer un equipo de trabajo a nivel local, con asesoría técnica a nivel de Servicio de Salud para realizar propuesta de planificación con enfoque participativo. - Diseñar plan de trabajo con pueblos originarios, que incluya métodos de trabajo como son; programa de capacitación para profesionales, uso de material o folletos culturalmente adecuados, revisar si la composición de los equipos de salud reflejan la diversidad cultural de la población, facilitadores o mediadores interculturales en dotación de funcionarios/as, uso de registros adecuados de la condición étnica de los usuarios/as, registros clínicos adecuados. 	
--	--	---	---	--

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012;1.
2. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C ECYGDTDAPDSDLOPDLS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 1. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2007;21(2/3):73–84.
3. Starfield B. What is primary care? Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD 21205, U.S.A.1994;344(October):1129–33.
4. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Maria M, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(7):30–9.
5. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Rev Med Urug. 2011;27(3):187–9.
6. Universidad de Chile. Guía de recomendación y uso de Instrumento Primary Care Assessment Tools (PCAT) versiones “Usuarios Adultos” y “Prestadores” para la Atención Primaria de Salud de Chile. 2016;
7. Infante A, Mata I de la, Lopez-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2000;8:13–20. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf>
8. Consejo directivo 44 OPS/OMS, Washinton, D.C., EUA 22 al 26 de septiembre de 2003. Resolución CD44.R6. 2003;1–2. Available from: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. 2003;120–1. Available from: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
10. ONU AG. Resolución A/RES/55/2. Declaración del Milenio. New York [Internet]. 2000;(55/2):1–17. Available from: http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
11. OPS-OMS. Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones De La Atención Primaria De Salud (Declaración De Montevideo). 2005; Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf

12. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Publica. 2009;35(4):29–30.
13. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2001;1(1):7–16.
14. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26(SUPPL.1):20–6.
15. Rosselot J. Reseña Historica de las instituciones de salud en Chile.pdf. Cuad Méd-Soc, XXXIV. 1993;1:7–20.
16. Reinaldo B. La reforma de la salud en América Latina: ¿Qué camino seguir? (la experiencia chilena). Col Médico Chile. 1999;
17. A. Goic. El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chile. 2015;143:774–86.
18. Colegio Médico de Chile. Plan De Salud, Atención Médica y Medicina Social, 2da edición. Cuad Médicos Soc 2006. 1964;46.
19. J. Montero, A. Tellez CH. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud, algunos aspectos críticos. 2010;
20. Ministerio de Salud. Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de la red asistencial. Modelo de atención integral en salud. 2005;9.
21. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Ser Cuad Redes [Internet]. 2005;18:64. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
22. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Minsal [Internet]. 2012;12–3. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
23. Ministerio de Salud. Subsecretaría de redes asistenciales. En el camino a Centro de Salud Familiar. 2008;1–133.
24. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes asistenciales. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. 2015;

25. Isabel Pasarín M, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención primaria*. 2007;39(8):395–401.
26. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. 2009;26(2):377–84.
27. Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud, Universidad de Cordova, Argentina. 2012;30.
28. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161–75.
29. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1649–59.
30. María Isabel R-R, Ivani B, Mónica R, Roberto D, Malvina P, Elizabeth O, et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados - Bañado Sur - Paraguay, 2011. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;(November 2014):449–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300016&lang=pt
31. Stevens GD, Shi L, Cooper LA. Patient-provider racial and ethnic concordance and parent reports of the primary care experiences of children. *Ann Fam Med*. 2003;1(2):105–12.
32. Stevens GD, Shi L. Racial and Ethnic Disparities in the Primary Care Experiences of Children: A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2003;60(1):3–30.
33. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *South Med J*. 2003;96(8):787–95.
34. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2).
35. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBDS, Lima AMD De, Massote AW, Oliveira CDL. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S148–58.

36. Plan de salud comunal Ancud 2018-2020
37. Plan de salud comunal, Ancud. 2017;75.
38. Instituto Nacional de Estadísticas censo de población y vivienda. 2017. Población total por sexo y area urbana-rural. 2017.
39. Superintendencia de Salud. Informe beneficiarios de Isapre por comuna. 2016; Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15991.html>
40. Ministerio de Salud. Subsecretaria de redes asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2018. 2018;
41. Ministerio de Salud. Subsecretaria de redes asistenciales. División de atención primaria. Aporte estatal municipal para las entidades administradoras de salud. 2018. p. 7.
42. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda S, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó. 2013;8(29):285–93.
43. Santos JS. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. 2016;20(4):1–8.
44. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Ley 20.584. www.leychile.cl
45. Knauth DR, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços Quality assessment of primary care by health professionals : a comparison of different types of services. 2012;28(9):1772–84.

IX. ANEXOS

Anexo N° 1 Cuestionario PCAT Versión Prestadores

Anexo N° 2 Carta de autorización y apoyo de autoridad comunal de salud

Anexo N° 3 Certificado de autorización de Corporación Municipal de Ancud

Anexo N° 4 Formulario de consentimiento informado

Anexo N° 5 Acta de aprobación de Comité de Ética

Anexo N° 6 Resultados según categoría de respuesta

Anexo N°1 Cuestionario PCAT- Versión Prestadores

CL-PCAT-PE-VERSIÓN CHILENA

FOLIO

INFORMACION GENERAL

1. Fecha de la encuesta	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>							D	D	M	M	A	A
D	D	M	M	A	A								
2. Identificación de la persona que completa el cuestionario	Nombre: _____ Cargo: _____												
3. Identificación del centro de salud	Dirección: _____ Código: _____												
4. Comuna	_____												
5. Tipo de centro (por favor seleccione uno)	<ol style="list-style-type: none">1. Un consultorio o centro de salud familiar (CESFAM) u hospital comunitario urbano2. Un consultorio o centro de salud familiar (CESFAM) u hospital comunitario rural3. Un centro comunitario de salud familiar (CESFAM)4. Un policlinico o consulta de un hospital público5. una posta rural6. Otro (Por favor especificar)												
6. Señale cuál es su profesión	<ol style="list-style-type: none">1. Médico/a2. Odontólogo/a3. Enfermera/o4. Matrón/a5. Kinesiólogo/a6. Nutricionista7. Otro no mencionado (ESPECIFICAR)												

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA)		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	No estoy seguro/ No sé
7	¿Qué porcentaje de sus pacientes tiene problemas médicos o conductuales de larga duración, o alguna discapacidad?	1	2	3	4	5	9
8	En promedio, ¿cuál es el periodo de tiempo que sus pacientes permanecen siendo atendidos por usted, desde la primera consulta? (MARQUE UNA) 1. Menos de 6 meses 2. 6 meses a 1 año 3. 1 a 2 años 4. 3 a 4 años 5. 5 o más años 6. Muy variable para especificar 9. No lo sé						
9	¿Tiene usted a su cargo una población geográficamente definida? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro(a)/No lo sé						
Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA)		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	No estoy seguro/ No sé
10	¿Aproximadamente qué porcentaje de sus pacientes están en una lista o registro computarizado que los identifica como sus pacientes?	1	2	3	4	5	9
11	¿Qué porcentaje de sus pacientes cree usted que usen su consulta para todas sus necesidades de atención de salud (con excepción de verdaderas urgencias y derivaciones)?	1	2	3	4	5	9

C. PRIMER CONTACTO - ACCESO

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA, NO CONSIDERE SAPU NI SAR, EXCEPTO EN C6)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
C1	¿Su centro de salud está abierto sábados o domingos?	4	3	2	1	9
C2	¿Su centro de salud está abierto al menos un día de la semana hasta las 20:00 horas?	4	3	2	1	9
C3	Si un usuario se enferma y su centro de salud está abierto, ¿alguien en su centro podría atenderlo ese mismo día?	4	3	2	1	9
C4	Cuando su centro de salud está abierto, ¿pueden los usuarios rápidamente recibir consejo por teléfono cuando ellos creen que lo necesitan?	4	3	2	1	9
C5	Cuando su centro de salud está cerrado, ¿existe algún número de teléfono al cual los usuarios puedan llamar si se enferman?	4	3	2	1	9
C6	Si su centro de salud está cerrado sábados o domingos y un usuario se enferma, ¿Podría alguien del centro atenderlo ese mismo día? (INCLUYA SAPU O SUR SI ESTÁ ADOSADO A SU CENTRO)	4	3	2	1	9
C7	Cuando su centro de salud está cerrado en la noche y un usuario se enferma, ¿hay algún lugar cercano al que pueda acudir para ser atendido esa misma noche?	4	3	2	1	9
C8	¿Es fácil para un usuario tomar una hora para un chequeo de rutina en su centro de salud?	4	3	2	1	9
C9	En promedio, desde que los usuarios llegan a su centro de salud, ¿tienen que esperar más de 30 minutos para ser atendidos por el médico u otro profesional? (EXCLUYA SAPU O SUR)	4	3	2	1	9

D. CONTINUIDAD DE LA ATENCION

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
D1	En su centro de salud, ¿son los usuarios atendidos por el mismo médico cada vez que consultan?	4	3	2	1	9
D2	¿Entiende usted las preguntas que le hacen sus pacientes?	4	3	2	1	9
D3	¿Cree usted que sus pacientes entienden lo que usted les dice o les pregunta?	4	3	2	1	9
D4	Si un usuario tiene una duda o consulta, ¿puede llamar por teléfono y hablar con el médico o el profesional que lo conoce mejor?	4	3	2	1	9
D5	¿Cree usted que le da a sus pacientes suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?	4	3	2	1	9
D6	¿Cree usted que sus pacientes se sienten cómodos hablando con usted de sus preocupaciones o problemas?	4	3	2	1	9
D7	¿Cree usted que conoce a sus pacientes como "personas", además de como alguien que tiene un problema de salud?	4	3	2	1	9
D8	¿Sabe usted con quién vive cada uno de sus pacientes?	4	3	2	1	9
D9	¿Cree usted que conoce cuáles son los problemas más importantes para los pacientes que usted atiende?	4	3	2	1	9
D10	¿Cree usted que conoce la historia clínica completa de cada uno de sus pacientes?	4	3	2	1	9
D11	¿Cree usted que conoce el empleo u ocupación de cada uno de sus pacientes?	4	3	2	1	9
D12	¿Sabría usted si sus pacientes tuvieran alguna dificultad para comprar o conseguir un medicamento recetado?	4	3	2	1	9
D13	¿Conoce usted todos los medicamentos que están tomando sus pacientes?	4	3	2	1	9

E. COORDINACION

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
E1	¿Su centro de salud, informa por teléfono u otra vía (página web, correo electrónico) los resultados de los exámenes de laboratorio?	4	3	2	1	9
E7	¿Cree usted estar al tanto de todas las atenciones de especialidad que reciben sus pacientes?	4	3	2	1	9
E8	Cuando los pacientes necesitan una derivación o interconsulta, ¿usted les comenta acerca de los diferentes lugares a los que la familia podría ir para recibir ayuda para su problema?	4	3	2	1	9
E9	Alguien de su centro de salud, ¿colabora con los pacientes a agendar una hora para el especialista al que es derivado?	4	3	2	1	9
E10	Cuando los pacientes son derivados, ¿usted les da alguna información por escrito para ser entregada al especialista?	4	3	2	1	9
E11	¿Recibe usted información útil de parte del especialista sobre los pacientes que son contrareferidos?	4	3	2	1	9
E12	Después de la atención con el especialista, ¿conversa usted con su paciente sobre los resultados de dicha atención?	4	3	2	1	9

F. COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
F1	¿Se espera que los pacientes traigan sus antecedentes clínicos relevantes tales como carnet de vacunación o informe de atenciones médicas previas?	4	3	2	1	9
F2	¿Permitiría usted que los pacientes miren sus fichas clínicas si es que lo solicitan?	4	3	2	1	9
F3	¿Están las fichas clínicas de los pacientes (incluidas las electrónicas) disponibles cuando usted los atiende?	4	3	2	1	9
¿Utiliza usted las siguientes herramientas para asegurar que los usuarios reciben las prestaciones indicadas?						
F4	Lugar específico en la ficha clínica o cartola del paciente para registrar los resultados de los exámenes de laboratorio	4	3	2	1	9
F5	Gülas de manejo clínico en la ficha del paciente	4	3	2	1	9
F6	Auditorías periódicas a las fichas clínicas	4	3	2	1	9
F7	Listas de problemas de salud en la ficha clínica del paciente	4	3	2	1	9
F8	Lista de medicamentos en uso en la ficha clínica del paciente	4	3	2	1	9
F8a	Cartola familiar (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	9
F8b	Registro de constancia de notificación GES en ficha clínica del paciente (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	9
F9	Otros (Favor especificar) _____					

G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
Si los usuarios necesitan alguno de los siguientes servicios, ¿podrían ellos recibirlos directamente en este centro?						
G1	Consejería nutricional por un nutricionista	4	3	2	1	0
G2	Inmunizaciones	4	3	2	1	0
G3	Chequeo de cumplimiento de requisitos para cualquier programa o beneficio social	4	3	2	1	0
G4	Control odontológico/ dental	4	3	2	1	0
G5	Tratamiento dental	4	3	2	1	0
G6	Métodos de planificación familiar o control de natalidad	4	3	2	1	0
G7	Consejería o tratamiento para abuso de sustancias o drogas	4	3	2	1	0
G8	Consejería en problemas de conducta o de salud mental.	4	3	2	1	0
G10	Sutura para heridas menores	4	3	2	1	0
G11	Consejería y exámenes de VIH/SIDA	4	3	2	1	0
G12	Examen de audición	4	3	2	1	0
G13	Examen de agudeza visual	4	3	2	1	0
G14	Vacunación contra las alergias (Inmunoterapia)	4	3	2	1	0
G15	Inmovilización para un esguince de tobillo	4	3	2	1	0
G16	Extracción o eliminación de verrugas	4	3	2	1	0
G17	Papanicolaou	4	3	2	1	0
G19	Consejería antitabaco	4	3	2	1	0
G20	Control prenatal	4	3	2	1	0
G21	Extracción de una uña encarnada	4	3	2	1	0
G22	Información sobre qué hacer en caso que algún familiar de un paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones acerca de su atención de salud	4	3	2	1	0
G23	Consejería sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	4	3	2	1	0
G24	Recomendaciones en cuidados domiciliarios de enfermería	4	3	2	1	0
G25	Programas de suplementación de leche y alimentación	4	3	2	1	0
G26	Control del niño sano (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
G27	Control de pacientes crónicos (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
G28	Examen de medicina preventiva para el adulto (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
G29	Examen medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPA) (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
G30	Electrocardiograma (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
G31	Baciloscopia (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0

H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS PROVISTOS)

Si su centro atiende a pacientes de todas las edades, por favor responda todas las preguntas en esta sección (H1 – H18). Si su centro de salud atiende sólo niños, no responda las preguntas H3 – H13. Si su centro de salud atiende sólo adultos, no responda las preguntas H14 – H18.						
Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (sólo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
¿Son los siguientes temas conversados con los pacientes?						
H1	Alimentación saludable/no saludable e higiene del sueño (buen dormir)	4	3	2	1	0
H2	Seguridad en el hogar, como guardar de forma segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)	4	3	2	1	0
Preguntas H3 – H13 aplican sólo a adultos (18 años o más)						
Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (sólo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
¿Son los siguientes temas conversados con los pacientes?						
H3	Uso de cinturón de seguridad	4	3	2	1	0
H4	Manejo de conflictos familiares	4	3	2	1	0
H5	Consejo sobre el ejercicio físico adecuado	4	3	2	1	0
H6	Niveles de colesterol	4	3	2	1	0
H7	Medicamentos en uso	4	3	2	1	0
H8	Exposición a sustancias tóxicas en el hogar, trabajo o barrio	4	3	2	1	0
H9	Tenencia de armas, su almacenamiento y seguridad	4	3	2	1	0
H10	Prevención de quemaduras por agua caliente, estufas o braseros, o de accidentes con la electricidad	4	3	2	1	0
H11	Prevención de caídas	4	3	2	1	0
H12	Prevención de osteoporosis o fragilidad ósea en mujeres	4	3	2	1	0
H13	Cuidado de problemas comunes de la menstruación o la menopausia	4	3	2	1	0

Preguntas H14 – H18 aplican sólo a niños (menores de 18 años)						
Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
¿Son los siguientes temas discutidos con el niño y los padres/cuidadores?						
H14	Formas de manejar problemas conductuales en niños	4	3	2	1	0
H15	Cambios por el crecimiento y en la conducta que los padres/madres pueden esperar a ciertas edades	4	3	2	1	0
H16	Asuntos de seguridad en niños menores de 6 años: enseñarles a Cruzar la calle de forma segura, uso de sillas de seguridad para niños en los autos y seguridad en piscinas	4	3	2	1	0
H17	Asuntos de seguridad en niños entre 6 y 12 años: uso de cinturón de seguridad y casco para bicicleta	4	3	2	1	0
H18	Asuntos de seguridad en niños sobre 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas, no conducir cuando se bebe alcohol.	4	3	2	1	0

I. ENFOQUE FAMILIAR

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
I1	En su centro de salud, ¿se considera la opinión de los pacientes en la planificación de su cuidado y tratamiento o el de algún miembro de su familia?	4	3	2	1	9
I2	¿En su centro se pregunta a los pacientes por enfermedades o problemas que pueden existir en su familia?	4	3	2	1	9
I3	¿Su centro tiene la disposición y la capacidad para reunirse con el grupo familiar para hablar sobre un problema familiar o de salud?	4	3	2	1	9
¿Están los siguientes instrumentos y temas incluidos como parte de la evaluación rutinaria de salud de sus pacientes?						
I4	Uso de genogramas, APGAR familiar, ecomapa	4	3	2	1	9
I5	Discusión sobre factores de riesgo familiares en salud, Ej.: genéticos	4	3	2	1	9
I6	Discusión sobre recursos económicos familiares	4	3	2	1	9
I7	Discusión sobre factores de riesgos sociales, Ej.: pérdida de empleo	4	3	2	1	9
I8	Discusión sobre las condiciones o equipamiento de la vivienda. Ej.: refrigerador en funcionamiento, calefacción, material de construcción	4	3	2	1	9
I9	Discusión sobre el estado de salud de otros miembros del grupo familiar	4	3	2	1	9
I10	Discusión sobre crianza de los hijos	4	3	2	1	9
I11	Evaluación de signos de abuso infantil	4	3	2	1	9
I12	Evaluación de indicadores de crisis familiar	4	3	2	1	9
I13	Evaluación del impacto del estado de salud del paciente en el funcionamiento familiar	4	3	2	1	9
I14	Evaluación del nivel de desarrollo del paciente	4	3	2	1	9

J. ORIENTACION COMUNITARIA

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (solo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
J1	¿Su centro de salud realiza visitas domiciliarias?	4	3	2	1	9
J2	¿Usted cree que en su centro de salud se tiene un conocimiento adecuado sobre los problemas de salud de la comunidad que atienden?	4	3	2	1	9
J3	¿En su centro de salud se recogen las opiniones e ideas de personas que podrían ayudar a mejorar la atención de salud?	4	3	2	1	9
J3a	¿Usted cree que estas opiniones e ideas de la comunidad, se han reflejado en cambios en su Centro de Salud? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	9
J4	¿Su centro de salud puede modificar servicios o programas de atención en salud en respuesta a problemas específicos de salud en la comunidad?	4	3	2	1	9
¿Su centro usa los siguientes tipos de información para determinar qué programas/servicios son necesarios en la comunidad a la cual atiende?						
J5	Datos de mortalidad (datos sobre muertes)	4	3	2	1	9
J6	Datos de salud pública de enfermedades transmisibles (ej. ITS, TBC)	4	3	2	1	9
J7	Tasas de inmunización en la comunidad	4	3	2	1	9
J8	Datos de salud pública sobre riesgos en salud ocupacional	4	3	2	1	9
J9	Información clínica de sus atenciones de salud	4	3	2	1	9
J10	Otros (Por favor especificar) _____					

¿Su centro de salud usa los siguientes métodos para monitorear y/o evaluar la efectividad de los servicios/ programas entregados?						
J11	Encuestas a sus pacientes	4	3	2	1	9
J12	Encuestas comunitarias	4	3	2	1	9
J13	Retroalimentación de organizaciones comunitarias	4	3	2	1	9
J14	Retroalimentación del equipo de salud de su centro	4	3	2	1	9
J15	Análisis de datos o estadísticas vitales locales	4	3	2	1	9
J16	Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios entregados.	4	3	2	1	9
J17	Trabajadores, facilitadores o monitores comunitarios de salud	4	3	2	1	9
J18	Representación de usuarios en el consejo de desarrollo local	4	3	2	1	9
J19	Otros (Por favor especificar) _____					
Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (sólo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
¿Su centro utiliza alguna de las siguientes actividades para llegar a las comunidades que atiende?						
J20	Establecer redes con organismos estatales y locales involucrados con grupos culturalmente diversos	4	3	2	1	9
J21	Vinculos con organizaciones religiosas	4	3	2	1	9
J22	Trabajo conjunto con juntas de vecinos o líderes comunitarios	4	3	2	1	9
J23	Trabajadores comunitarios	4	3	2	1	9
J24	Otros (Por favor especificar) _____					

K. COMPETENCIA CULTURAL

Por favor marque la que usted considere como mejor respuesta (sólo una respuesta por pregunta)		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
K2	¿Puede su centro comunicarse con personas que no hablan bien español?	4	3	2	1	0
K2a	¿Considera que su centro está preparado para atender a personas de pueblos originarios? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K2a1	¿Se considera usted capacitado para atender a personas de pueblos originarios? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K2b	¿Considera que su centro está preparado para atender a extranjeros que viven en Chile? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K2b1	¿Se considera usted capacitado para atender a extranjeros que viven en Chile? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K3	Si es necesario, ¿considera las creencias propias de la familia sobre el tratamiento o el uso de medicinas tradicionales (hierbas, remedios caseros)?	4	3	2	1	0
K4	De ser necesario, ¿toma usted en consideración la solicitud familiar de usar tratamientos de medicina alternativa como homeopatía o acupuntura?	4	3	2	1	0
¿En su centro se usa alguno de los siguientes métodos para abordar la diversidad cultural de los usuarios?		Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no	No estoy seguro/ No sé
K5	Entrenamiento del equipo de salud por instructores externos	4	3	2	1	0
K6	Programas de capacitación presentados por los profesionales,funcionarios del centro	4	3	2	1	0
K7	Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes, costumbres religiosas)	4	3	2	1	0
K8	La composición del equipo de salud refleja la diversidad cultural de la población atendida	4	3	2	1	0
K9	Traductores/Intérpretes	4	3	2	1	0
K9a	Facilitadores o mediadores interculturales (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K9b	Registro en la ficha clínica de la condición étnica de los usuarios (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K9c	Registro en la ficha clínica de la condición de inmigrante de los usuarios (SOLO VERSIÓN CHILENA)	4	3	2	1	0
K10	Planificación de prestaciones que reflejen la diversidad cultural	4	3	2	1	0
K11	Otros (Por favor especificar) _____					

1. Su jornada laboral en su centro de salud es de... (SOLO VERSIÓN CHILENA)	1. 44 horas o jornada completa 2. 33 horas 3. 22 horas 4. 11 horas 5. Otro _____
2. Su remuneración la recibe a través de (Elija uno) (SOLO VERSIÓN CHILENA)	1. Sueldo solamente 2. Sueldo y horas extras 3. Sueldo y honorarios 4. Honorarios pagados a través de programas especiales 5. Otros (Por favor especificar) _____
3. ¿Es usted elegible para bonos por buen trato a los usuarios? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	1. Sí 2. No 3. No lo sé
4. ¿ Es usted elegible para pago de bono por cumplimiento de metas sanitarias? (SOLO VERSIÓN CHILENA)	1. Sí 2. No 3. No lo sé
5. Nosotros estamos conscientes que los recursos financieros y la escasez de personal son los principales problemas/temáticas que deben ser abordados. Más allá del dinero y el equipo de salud, ¿hay otros recursos que su centro necesita para poder asegurar un servicio de atención primaria apropiado a la comunidad que atienden?	

GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO DE RESPONDER ESTA ENCUESTA. LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR USTED ES MUY IMPORTANTE PARA CONOCER Y VALORAR NUESTRA ATENCIÓN PRIMARIA.

**ANEXO N°2 CARTA DE AUTORIZACIÓN Y APOYO A AUTORIDAD COMUNAL
DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

A: Sr. Jorge Uribe

Secretario de la Corporación de Educación y Salud y atención al menor de la comuna de Ancud.

De: Srta Ximena Bohle Urrutia

Estudiante Magister Salud Pública, Universidad de Chile.

Junto con saludarle, cordialmente solicito a usted autorización y apoyo para realizar un estudio en la atención primaria de salud de la comuna de Ancud, lo anterior como requisito para optar al grado de Magíster en Salud Pública, estudios cursados durante los años 2015 y 2016 en la Universidad de Chile.

Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar el desempeño de las funciones de la APS de la comuna de Ancud, a través de la aplicación de un cuestionario debidamente validado (PCAT) a los prestadores de atención de salud que se desempeñan en los centros de salud de la comuna, lo que será coordinado por la investigadora. Este instrumento permitirá recolectar la información necesaria para lograr los objetivos propuestos en la investigación. Es por todo lo anterior que solicito su colaboración, facilitando la base de datos de los funcionarios, que indique nombre, profesión y antigüedad laboral. Además utilizar las dependencias y tiempo dentro de la jornada laboral de los y las profesionales de los centros de salud donde se realizarán las encuestas (CESFAM Pudeto Bajo, CESFAM Manuel Ferreira Guzmán, CECOSF Dr. Oscar Muñoz y CECOSF Chacao).

El cuestionario está conformado por 138 items (más 4 ítem "Otros") (6), los que incluyen preguntas con respecto a características y/o funcionamiento del centro de salud donde se desempeñan los profesionales. Las preguntas sobre las funciones de la APS están relacionadas con los siguientes temas: primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural.

Concluido este estudio se realizarán las recomendaciones que se desprendan de los resultados obtenidos, a usted y todas las autoridades de salud de la comuna y/o equipos de salud u otros que usted estime conveniente. Se pretende que estas recomendaciones puedan ser utilizadas para mejorar la gestión de la APS de la comuna, a través de la obtención de información de utilidad para apoyar la toma

de decisiones y fortalecimiento de los servicios de la APS a nivel local. Además, una vez finalizado el estudio, se entregará una copia de la investigación.

Sin otro particular, saluda atentamente.

XIMENA BOHLE URRUTIA

ANEXO N° 3 CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN DE CORPORACIÓN MUNICIPAL DE ANCUD



PARA LA EDUCACION, SALUD Y ATENCION AL MENOR

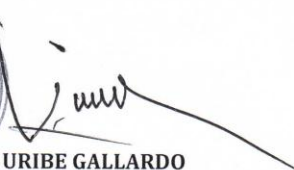
CERTIFICADO

El Secretario General de la Corporación Municipal de Ancud para la Educación, Salud y Atención al Menor que suscribe, certifica que:

Autoriza a Doña **XIMENA BOHLE URRUTIA**, Rut. 16.320.571-8, de profesión Matrona, para realizar Tesis de grado en los establecimientos de Atención Primaria de la comuna de Ancud, que tiene como objetivo evaluar el desempeño de las funciones de la APS.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado a la **Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**




JÓRGE URIBE GALLARDO
SECRETARIO GENERAL

ANCUD, 19 de Octubre del año 2017.

ANEXO N°4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE ANCUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES.

PATROCINANTE: Dra. Alejandra Fuentes García

Nombre investigadora principal: Ximena Bohle Urrutia

R.U.T: 16.320.571-8

Institución: Corporación Municipal de Ancud

Teléfono: 65-2622426

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación sobre la evaluación de las funciones que cumple la Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores, utilizando por primera vez el instrumento PCAT versión chilena, con el objetivo de obtener resultados que permitan mejorar la gestión de salud de la comuna, a través de la obtención de información útil para la toma de decisiones y fortalecimiento de los servicios de la APS a nivel local.

Objetivos: Este estudio permitirá obtener antecedentes relevantes y de utilidad con respecto a la evaluación de las funciones esenciales y secundarias de la APS de la comuna de Ancud, desde la opinión de los profesionales de la salud que trabajan en los centros de APS. Los resultados de la investigación serán presentados a los encargados de la administración y gestión de la salud primaria de la comuna y/o equipos de salud. Se pretende que esta información se utilice para mejorar los servicios y la atención de salud ofrecida en los centros de salud de la comuna.

Procedimientos: Si reúne las condiciones para participar de esta investigación y Ud. acepta participar, se le solicitará contestar un cuestionario en formato on-line, el que posee un listado de preguntas para conocer algunos antecedentes laborales y consultas centrales relacionadas con el presente estudio.

Costos: La participación en el estudio no considera ningún tipo de gastos para Ud.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significara para el progreso del conocimiento, su participación y la información obtenida a través de este estudio

serán utilizadas con fines académicos y como beneficio para mejorar la gestión de los servicios de APS de la comuna.

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación no se producirá ninguna consecuencia, no afectándole de ninguna manera.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de la investigadora mediante el uso de base de datos. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Voluntariedad: Su participación es completamente voluntaria y puede retirar en cualquier momento, comunicándolo a la investigadora.

Derechos del participante: Usted podrá obtener una copia íntegra y digital de este documento. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadora: Matrona Ximena Bohle Urrutia Estudiante Magíster en Salud Pública Universidad de Chile, teléfono: +56 9 95775617, correo electrónico: ximenabohle@ancudaps.com

Autoridad de la Institución: Sr. Jorge Uribe Gallardo, Secretario General de la Corporación Municipal de Ancud, teléfono: 65-2622426

Otros Derechos del participante: En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “**Evaluación del desempeño de la atención primaria de salud de la comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores**”. Mi consentimiento quedara registrado en el sistema y podrá ser descargado para fines de registro y comprobación. Únicamente después de haber aceptado este consentimiento podre tener acceso al cuestionario on-line.

Nombre de participante:

Rut:

Fecha:

Nombre de Director de Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120

Fecha

Rut.

Nombre del Investigador:

Fecha:

Rut:

ANEXO N°5 ACTA APROBACIÓN PROYECTO COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 26 de Diciembre de 2017.

PROYECTO: "EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE ANCUD".

INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. XIMENA BOHLE URRUTIA

INSTITUCIÓN: ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE, TUTOR PROF. ALEJANDRA FUENTES.

Con fecha 26 de Diciembre de 2017, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original de fecha 21 de Noviembre de 2017.

Se extiende este documento por el periodo de un año a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

- CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, COMUNA DE ANCUD, CHILOÉ.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

ANEXO N°6 RESULTADOS SEGÚN CATEGORÍA DE RESPUESTA

A continuación se presentan frecuencias y porcentajes para cada ítem o categoría de respuesta de acuerdo a cada dominio y subdominio evaluado.

PRIMER CONTACTO – ACCESO:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
C1. ¿Su centro de salud está abierto sábados y domingos?	12%	3%	13%	72%
C.2 ¿Su centro de salud está abierto al menos un día a la semana hasta las 20:00 hrs?	4%	-	1%	94%
C3. Si un usuario se enferma y su centro de salud está abierto, ¿alguien del centro podría atenderlo el mismo día?	3%	6%	43%	48%
C4. Cuando su centro de salud está abierto, ¿pueden los usuarios rápidamente recibir rápidamente consejo telefónico si lo necesitan?	10%	40%	36%	13%
C5. Cuando su centro de salud está cerrado ¿existe algún número de teléfono al cual los usuarios puedan llamar si se enferman?	66%	25%	6%	3%
C6. Si su centro de salud esta cerrado sábados o domingos y un usuarios se enferma, ¿podría alguien del centro atenderlo ese mismo día? (incluye SAPU o SUR si esta adosado al centro)	48%	25%	10%	16%
C7. Cuando su centro de salud está cerrado en la noche y un usuario se enferma ¿hay algún lugar cercano al que pueda acudir para ser atendido esa misma noche?	6%	6%	18%	70%
C8. ¿Es fácil para un usuario tomar una hora para chequeo de rutina en su centro de salud?	7%	22%	49%	21%
C9. En promedio, desde que los usuarios llegan a su centro de salud, ¿tienen que esperar más de 30 minutos para ser atendidos por el médico u otro profesional? (Excluye SAPU o SUR)	9%	36%	31%	24%

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
D1. En su centro de salud, ¿son los usuarios atendidos por el mismo médico cada vez que consultan?	13%	42%	40%	4%
D2. ¿Entiende usted las preguntas que le hacen sus pacientes?	-	-	33%	67%
D3. ¿Cree usted que sus pacientes entienden lo que usted les dice o pregunta?	-	6%	63%	31%
D4. Si un usuario tiene una duda o consulta, ¿puede llamar por teléfono y hablar con el médico o profesional que le conoce mejor?	24%	48%	21%	7%
D5. Cree usted que sus pacientes tiene suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?	12%	37%	30%	21%
D6. ¿Cree usted que sus pacientes se sienten cómodos hablando de sus preocupaciones o problemas?	-	4%	51%	45%
D7. Cree usted que conoce a sus pacientes como "personas", además de como alguien que tiene un problema de salud?	1%	21%	52%	25%
D8. ¿Sabe usted con quien vive cada uno de sus pacientes?	21%	46%	27%	6%
D9. ¿Cree usted conocer cuáles son los problemas más importantes para los pacientes que usted atiende?	6%	22%	58%	13%
D10. Cree usted que conoce la historia clínica de cada uno de sus pacientes?	13%	36%	43%	7%
D11. ¿Cree usted que conoce el empleo ocupación de cada uno de sus pacientes?	16%	42%	33%	9%
D12. Sabría usted si sus pacientes tuvieran alguna dificultad para comprar o conseguir un medicamento recetado?	3%	13%	63%	21%
D13. ¿Conoce usted todos los medicamentos que están tomando sus pacientes?	1%	25%	45%	28%

COORDINACIÓN – COORDINACIÓN:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
E1. Su centro de salud, informa por teléfono u otra vía (página web, correo electrónico) los resultados de los exámenes de laboratorio.	27%	27%	15%	31%
E7. ¿Cree usted estar al tanto de todas las atenciones de especialidad que reciben sus pacientes?	30%	40%	21%	9%
E8. Cuando los pacientes necesitan una derivación o interconsulta, ¿usted les comenta acerca de los diferentes lugares a los que la familia podría ir para recibir ayuda para su problema?	3%	9%	42%	46%
E9. Alguien en su centro de salud, ¿colabora con los pacientes a agendar una hora para el especialista al que es derivado?	3%	16%	31%	49%
E10. Cuando los pacientes son derivados, ¿usted les da alguna información por escrito para ser entregada al especialista?	16%	22%	18%	43%
E11. Recibe usted información útil de parte del especialista sobre los pacientes que son contrareferidos?	27%	33%	34%	6%
E12. Después de la atención con el especialista ¿conversa usted con su paciente sobre los resultados de dicha atención?	-	9%	43%	48%

COORDINACIÓN – SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
F1. ¿Se espera que los pacientes traigan sus antecedentes clínicos relevantes tales como carnet de control de vacunación o informe de atenciones previas?	3%	4%	24%	69%
F2. ¿Permitiría usted que los pacientes miren sus fichas clínicas si es que lo solicitan?	12%	19%	39%	30%
F3. ¿Están las fichas clínicas de los pacientes (incluidas las electrónicas) disponibles cuando usted los atiende?	1%	1%	12%	85%
¿Utiliza usted las siguientes herramientas para asegurar que los usuarios reciben las prestaciones indiadas?				
F4. Lugar específico en la ficha clínica o cartola del paciente para registrar los resultados de los exámenes de laboratorio	3%	6%	19%	72%
F5. Guías de manejo clínico en la ficha del paciente	9%	27%	30%	34%
F6. Auditorías periódicas de fichas clínicas	13%	48%	24%	15%
F7. Listas de problemas de salud en al ficha clínica del paciente	7%	15%	25%	52%
F8. Lista de medicamentos en uso en la ficha clínica del paciente	4%	6%	22%	67%
F8a. Cartola familiar	15%	33%	28%	24%
F8b. Registro de constancia de notificación GES en ficha clínica del paciente	9%	15%	18%	58%

INTEGRALIDAD – SERVICIOS DISPONIBLES:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Si los usuarios necesitan alguno de los siguientes servicios, ¿podrían ellos recibirlos directamente en este centro?				
G1. Consejería nutricional por un nutricionista	-	1%	9%	90%
G2. Inmunizaciones	-	3%	12%	84%
G.3 Chequeo de cumplimiento de requisitos para cualquier programa o beneficio social	-	7%	22%	70%
G4. Control odontológico/ dental	1%	-	15%	84%
G5. Tratamiento dental	1%	-	19%	79%
G6. Métodos de planificación familiar o control de natalidad	-	-	10%	90%
G7. Consejería o tratamiento para abuso de sustancias o drogas	-	1%	12%	87%
G8. Consejería en problemas de conducta o de salud mental.	-	-	16%	84%
G10. Sutura para heridas menores	10%	21%	21%	46%
G11. Consejería y exámenes de VIH/SIDA	-	1%	10%	88%
G12. Examen de audición	19%	37%	21%	22%
G13. Examen de agudeza visual	1%	12%	21%	66%
G14. Vacunación contra las alergias (inmunoterapia)	30%	46%	9%	15%
G15. Inmovilización para un esguince de tobillo	21%	36%	19%	22%
G16. Extracción o eliminación de verrugas	16%	45%	18%	21%
G17. Papanicolaou	-	-	3%	97%
G19. Consejería antitabaco	-	1%	4%	93%
G20. Control prenatal	-	-	3%	96%
G21. Extracción de una uña encarnada	3%	16%	15%	64%
G22. Información sobre qué hacer en caso que algún familiar de un paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones acerca de su atención de salud	-	3%	25%	72%
G23. Consejería sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	-	10%	36%	54%

G24. Recomendaciones en cuidados domiciliarios de enfermería	-	3%	27%	70%
G25. Programas de suplementación de leche y alimentación	-	-	12%	88%
G26. Control del niño sano (SOLO VERSIÓN CHILENA)	-	-	4%	96%
G27. Control de pacientes crónicos (SOLO VERSIÓN CHILENA)	-	-	4%	96%
G28. Examen de medicina preventiva para el adulto (SOLO VERSIÓN CHILENA)	-	-	1%	99%
G29. Examen medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPA) (SOLO VERSIÓN CHILENA)	-	-	-	100%
G30. Electrocardiograma (SOLO VERSIÓN CHILENA)	6%	1%	4%	88%
G31. Baciloscopía (SOLO VERSIÓN CHILENA)	-	1%	-	99%

INTEGRALIDAD – SERVICIOS PROVISTOS:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
¿Son los siguientes temas conversados con los pacientes?				
H1. Alimentación saludable/no saludable e higiene del sueño (buen dormir)	-	1%	15%	82%
H2. Seguridad en el hogar, como guardar de forma segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)	-	9%	37%	45%
Preguntas H3 – H13 aplican sólo a adultos (18 años o más) ¿Son los siguientes temas conversados con los pacientes?				
H3. Uso de cinturón de seguridad	24%	27%	28%	9%
H4. Manejo de conflictos familiares	4%	3%	42%	46%
H5. Consejo sobre el ejercicio físico adecuado	-	3%	27%	69%
H6. Niveles de colesterol	-	-	18%	81%
H7. Medicamentos en uso	1%	-	18%	81%
H8. Exposición a sustancias tóxicas en el hogar, trabajo o barrio	7%	13%	42%	25%
H9. Tenencia de armas, su almacenamiento y seguridad	28%	36%	18%	1%

H10. Prevención de quemaduras por agua caliente, estufas o braseros, o de accidentes con la electricidad	1%	9%	37%	45%
H11. Prevención de caídas	-	1%	24%	72%
H12. Prevención de osteoporosis o fragilidad ósea en mujeres	-	6%	39%	52%
H13. Cuidado de problemas comunes de la menstruación o la menopausia	4%	3%	28%	60%
Preguntas H14 – H18 aplican sólo a niños (menores de 18 años) ¿Son los siguientes temas discutidos con el niño y los padres/cuidadores?				
H14. Formas de manejar problemas conductuales en niños	1%	-	46%	49%
H15. Cambios por el crecimiento y en la conducta que los padres/madres pueden esperar a ciertas edades	3%	3%	45%	43%
H16. Asuntos de seguridad en niños menores de 6 años: enseñarles a Cruzar la calle de forma segura, uso de sillas de seguridad para niños en los autos y seguridad en piscinas	4%	21%	37%	21%
H17. Asuntos de seguridad en niños entre 6 y 12 años: uso de cinturón de seguridad y casco para bicicleta	6%	33%	30%	7%
H18. Asuntos de seguridad en niños sobre 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas, no conducir cuando se bebe alcohol.	3%	7%	45%	34%

ENFOQUE FAMILIAR:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
I1. En su centro de salud, ¿se considera la opinión de los pacientes en la planificación de su cuidado y tratamiento o de algún miembro de su familia?	-	6%	46%	48%
I2. ¿En su centro de salud se pregunta a los pacientes por enfermedades o problemas que puedan existir en su familia?	-	1%	31%	66%
I3. Su centro de salud tiene la disposición la capacidad para reunirse con el grupo familiar para hablar sobre un problema familiar o de salud?	-	7%	34%	57%
¿Están los siguientes instrumentos y temas incluidos como parte de la evaluación rutinaria de los pacientes?				
I4. Uso de genogramas, APGAR familiar, ecomapa	4%	13%	27%	54%
I5. Discusión de factores riesgo familiar en salud	15	18%	27%	54%
I6. Discusión sobre recursos económicos	1%	16%	37%	43%
I7. Discusión sobre factores de riesgo sociales	-	12%	42%	46%
I8. Discusión sobre equipamiento de la vivienda1%	1%	22%	39%	37%
I9. Discusión sobre estado de salud de algún otro miembro del grupo familiar	1%	15%	34%	49%
I10. Discusión crianza de los hijos	-	24%	34%	42%
I11. Evaluación de abuso sexual infantil	1%	9%	36%	54%
I.12 Evaluación de indicadores de crisis familiar	3%	16%	33%	48%
I13. Evaluación del impacto del estado de salud de paciente en funcionamiento familiar	1%	10%	43%	45%
I14. Evaluación de nivel de desarrollo psicomotor	1%	4%	12%	81%

ORIENTACIÓN COMUNITARIA:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
J1. ¿Su centro de salud realiza visitas domiciliarias?	-	-	-	100%
J2. ¿Usted cree que su centro de salud tiene un adecuado conocimiento de los problemas de salud de la comunidad que atienden?	-	6%	39%	55%
J3. ¿En su centro de salud se recogen las opiniones e ideas de personas que podrían ayudar a mejorar la atención de salud?	-	6%	42%	52%
J3a. ¿Usted cree que estas opiniones e ideas de la comunidad, se han reflejado en cambios en su centro de salud?	1%	27%	48%	24%
J4. ¿Su centro de salud puede modificar servicios o programas de atención en salud en respuesta a problemas específicos de salud en la comunidad?	-	16	51%	33%
¿Su centro de salud usa los siguientes tipos de información para determinar qué programas/servicios son necesarios en la comunidad a la cual atiende?				
J5. Datos de mortalidad	4%	31%	27%	36%
J6. Datos de salud pública de enfermedades transmisibles.	1%	10%	31%	57%
J7. Tasa de inmunización en la comunidad	-	6%	25%	67%
J8. Datos de salud pública riesgos en salud ocupa.	7%	34%	31%	27%
J9. Información clínica de sus atenciones de salud	1%	10%	30%	58%
¿Su centro de salud usa los siguientes métodos para monitorear y/o evaluar la efectividad de los servicios/programas entregados?				
J11. Encuestas a sus pacientes	4%	10%	28%	57%
J12. Encuestas comunitarias	3%	19%	33%	45%
13. Retroalimentación con organizaciones comunitarias	4%	10%	42%	43%
J14. Retroalimentación del equipo de salud de su centro	3%	9%	39%	48%
J15. Análisis de datos o estadísticas locales	1%	7%	46%	45%
J16. Evaluaciones sistemáticas de los programas	1%	13%	36%	48%
J17. Trabajadores, facilitadores o monitores comunitarios salud	7%	30%	34%	28%

J18. Representación de usuarios en CDL	1%	10%	33%	55%
¿Su centro utiliza alguna de las siguientes actividades para llegar a las comunidades que atiende?				
J20. Establecer redes con organismos estatales y locales involucrados con grupos culturalmente diversos	-	15%	34%	51%
J21. Vínculos con organizaciones religiosas	6%	49%	36%	9%
J22. Trabajo conjunto con juntas de vecino o líderes comunitarios	-	3%	25%	70%
J23. Trabajadores comunitarios	3%	15%	33%	49%

COMPETENCIA CULTURAL:

Ítem	Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente sí	Definitivamente sí
K2. ¿Puede su centro comunicarse con personas que no hablan bien español?	16%	43%	33%	7%
K2a. ¿Considera que su centro está preparado para atender personas de pueblo originarios?	10%	27%	40%	22%
K2a1. ¿Se considera usted capacitado para atender a personas de pueblo originarios?	7%	27%	40%	25%
K2b. Considera que su centro está preparado para atender a extranjeros que viven en Chile?	9%	45%	31%	15%
K2b1. ¿Se considera usted capacitado para atender a extranjeros que viven en Chile?	3%	25%	45%	25%
K3. Si es necesario ¿considera las creencias propias de la familia sobre el tratamiento o el uso de medicinas tradicionales (hierbas, remedios caseros)?	1%	3%	42%	54%
K4. De ser necesario. ¿toma usted en consideración la solicitud de usar tratamientos de medicina alternativa como homeopatía o acupuntura?	-	3%	37%	60%

¿En su centro se usa alguno de los siguientes métodos para abordar la diversidad cultural de los usuarios?				
K5. Entrenamiento del equipo de salud por instructores externos	31%	33%	25%	10%
K6. Programas de capacitación presentados por los profesionales/funcionarios del centro	13%	31%	40%	15%
K7. Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes, costumbres, religiosas)	13%	37%	34%	15%
K8. La composición del equipo de salud refleja la diversidad cultural de la población atendida	15%	40%	40%	4%
K9. Traductores/interpretes	64%	31%	3%	1%
K9a. Facilitadores o mediadores interculturales	48%	30%	18%	4%
K9b. Registro en ficha la condición étnica	15%	33%	31%	21%
K9c. Registro en ficha condición migrante	13%	34%	34%	18%
K10 Planificación de prestaciones que reflejen la diversidad cultural	21%	49%	24%	6%