



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

## INFORME:

# ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (PCAT) EN COLOMBIA

Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local:  
Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud (IDIQ)

Diciembre 2022

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

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

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

**USAID Contract No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

**Citación recomendada:** Díaz, Tatiana, Rosa Cárdenas, Edgar Ibáñez, Shirley Mendoza, Victor Pedraza, Alejandro Rico, Mauricio Rodríguez, y Germán Vargas. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2022. Adaptación y validación de la herramienta de evaluación de la Atención Primaria en Salud (PCAT)<sup>1</sup> en Colombia. Rockville, MD: Abt Associates.

---

<sup>1</sup> A lo largo de este documento, se nombrará la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria en Salud por su acrónimo en inglés, PCAT: *Primary Care Assessment Tool*.

# CONTENIDO

Lista de Tablas.....	4
Lista de Figuras .....	4
<b>Acrónimos .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Antecedentes .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Contexto.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Marcos de referencia .....</b>	<b>10</b>
4.1 Marco de referencia normativo.....	10
4.2 Marco de referencia conceptual.....	10
<b>5. Objetivos .....</b>	<b>13</b>
5.1 Objetivo general.....	13
5.2 Objetivos específicos.....	13
<b>6. Población beneficiada .....</b>	<b>13</b>
<b>7. Metodología.....</b>	<b>14</b>
7.1 Primer paso: Validación de contenido de los cuestionarios IA-PCAT- AE e IA-PCAT-CE .....	15
7.2 Segundo paso: Desarrollo del aplicativo.....	17
7.3 Tercer paso: Validez, consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos IA-PCAT .....	17
7.4 Cuarto paso: Análisis de la información .....	19
<b>8. Actividades realizadas .....</b>	<b>19</b>
8.1 Actividades realizadas en el paso 1 .....	19
8.2 Actividades realizadas el paso 2.....	20
8.3 Actividades realizadas en el paso 3.....	21
8.4 Actividades realizadas en paso 4 .....	23
<b>9. Resultados .....</b>	<b>23</b>
9.1 Resultados paso 1 .....	23
9.2 Resultados paso 2 .....	31
9.3 Resultados paso 3 .....	32
9.4 Resultados paso 4 (discusión) .....	37
9.4.1 Adaptación y validación de PCAT en Colombia.....	37
9.4.2 Uso de PCAT en la evaluación de la APS.....	39
9.4.3 Experiencias y aportes que brinda las herramientas PCAT para la evaluación de la APS.....	41
<b>10. Lecciones aprendidas del proceso .....</b>	<b>42</b>
<b>11. Recomendaciones .....</b>	<b>43</b>
11.1 Para el proceso de gestión .....	43
11.2 Para profesionales de la salud .....	43
11.3 Para tomadores de decisiones .....	43
<b>12. Logros e Implicaciones.....</b>	<b>44</b>
<b>13. Implementación del Enfoque de Género e Inclusión social .....</b>	<b>44</b>

14.	<b>Sostenibilidad</b> .....	45
15.	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	46

## Lista de Tablas

Tabla 1.	<b>Marco normativo</b> .....	10
Tabla 2.	<b>Resumen del proyecto</b> .....	14
Tabla 3.	<b>Tamaño muestral</b> .....	19
Tabla 4.	<b>Muestra de la fase de validación del contenido</b> .....	20
Tabla 5.	<b>Instituciones prestadoras de servicios elegidas para la aplicación de cuestionarios IA-PCAT AE y CE</b> .....	21
Tabla 6.	<b>IPS elegidas para la aplicación de cuestionarios IA-PCAT PE y FE</b> .....	22
Tabla 7.	<b>Índices de Aceptabilidad Global de IA-PCAT-AE de preguntas por debajo del 70% de trabajadores/as de la Salud</b> .....	23
Tabla 8.	<b>Índices de Aceptabilidad Global de IA-PCAT-CE de preguntas por debajo del 70% de trabajadores/as de la salud</b> .....	24
Tabla 9.	<b>Resumen cambios propuestos u ajustes definitivos de los cuestionarios IA-PCAT AE y CE</b>	24
Tabla 10.	<b>Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-AE</b> .....	32
Tabla 11.	<b>Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-CE</b> .....	33
Tabla 12.	<b>Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-FE</b> .....	34
Tabla 13.	<b>Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-PE</b> .....	36
Tabla 14.	<b>Fuerza de afiliación en la prueba piloto cuestionarios IA-PCAT AE y CE</b> .....	38
Tabla 15.	<b>Comparación de puntajes por dimensión entre ciudades</b> .....	38
Tabla 16.	<b>Comparación de puntajes promedio entre los cuatro cuestionarios</b> .....	39
Tabla 17.	<b>Dominios definidos por el Banco Mundial</b> .....	40

## Lista de Figuras

Figura 1.	<b>Esquema de las pruebas de comprensión</b> .....	16
-----------	--	----

# ACRÓNIMOS

<b>APIS</b>	Atención Primaria Integral en Salud
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DPSAP</b>	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>EPS</b>	Entidad Promotora de Salud
<b>IA- PCAT</b>	Conjunto de cuestionarios para Iberoamérica
<b>IA-PCAT-AE</b>	Cuestionario Versión Adultos
<b>IA-PCAT-CE</b>	Cuestionario Versión Usuarios adultos, responsables del cuidado niños y adolescentes
<b>IA-PCAT-FE</b>	Cuestionario Versión Gestores
<b>IA-PCAT- PE</b>	Cuestionario Versión Profesionales
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>IPSI</b>	Institución Prestadora de Servicios [de Salud] Indígena
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia
<b>NAM</b>	<i>National Academy of Medicine</i> / Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos (antes <i>Institute of Medicine</i> / Instituto de Medicina)
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OTIC</b>	Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>PAIS</b>	Política de Atención Integral en Salud
<b>PCAT</b>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud

# I. INTRODUCCIÓN

En Colombia, la Ley 1438 de 2011 plantea la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). A partir del 2016, con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)<sup>2</sup>, se fundamenta la APS en los enfoques de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Además, se organiza la prestación de servicios por medio de redes integrales, conformadas por un “conjunto articulado de prestadores de servicios de salud [...] con una organización que comprende un componente primario y un componente complementario” (MSPS, 2016). Dentro de esta estructura, el prestador primario es la puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para las personas, sus familias y comunidades, y se considera como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario.

Este prestador primario debe progresivamente ser más resolutivo y cumplir las funciones de puerta de entrada del sistema (MSPS, 2016). Adicional a sus funciones de gestión, planificación, organización de recursos y servicios, el prestador primario debe realizar el seguimiento y evaluación del desempeño de las redes a cargo tanto de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como de las entidades territoriales. Para ello, se requieren metodologías y herramientas que valoren la gestión integral de la atención en el componente primario de cara a los atributos de calidad y, en consecuencia, los resultados en salud de toda la población residente en Colombia, incluyendo la población migrante.

Este proyecto nació del interés de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria (DPSAP) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el proceso de la implementación de la estrategia de atención primaria. En la búsqueda de herramientas que le permitieran hacer seguimiento a la gestión y desempeño del primer nivel de atención en salud o APS en Colombia, el MSPS identificó como relevante la “herramienta de evaluación de la APS” o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT, por sus siglas en inglés).

Una vez elegida esta herramienta, la DPSAP solicitó el apoyo del Programa Comunidades Saludables de USAID (en adelante Comunidades Saludables) para adecuarla a Colombia, debido a que, en el marco de su tercer pilar de acción, Comunidades Saludables apoya el fortalecimiento de los mecanismos para aumentar el acceso a servicios de salud adecuados y de alta calidad para la población migrante (en particular venezolana), la población colombiana retornada y las comunidades de acogida. En esta línea de ideas, validar los cuestionarios PCAT es coherente con la contribución que hace Comunidades Saludables para desarrollar capacidades técnicas y funcionales en los actores del sistema de salud.

En este proyecto se validaron los cuestionarios (o formatos) PCAT para el país y se desarrolló una aplicación que permite sistematizar la captura y análisis de la información de cada uno de los formatos. Para la prueba piloto, se escogió como población sujeto aquella ubicada en seis ciudades priorizadas, ciudades que se caracterizan por ser algunas de las mayores receptoras de personas migrantes venezolanas y por ser representativas de la diversidad territorial y poblacional que se podrían encontrar para la prestación de servicios de salud en Colombia: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha.

---

<sup>2</sup> Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Este producto es entregado al MSPS con apoyo de Comunidades Saludables, para que sea utilizado y aplicado en toda la población por la DPSAP. La sistematización entregada de la experiencia facilitará la recolección de los datos, permitirá una revisión rápida de las diferentes variables medidas y de bases de datos que permitirán hacer análisis estadísticos. Así mismo este producto aportará al fortalecimiento de la gestión de la atención integral en salud y a la evaluación de la iniciativa atención primaria en salud a nivel nacional y local de las cuales se benefician todas las personas que habitan en el territorio nacional incluidas, la población migrante venezolana y población de acogida siendo esta una variable explícita en los instrumentos que componen la cuestionación y el aplicativo.

## 2. ANTECEDENTES

En el año 2003, el 44° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó un llamado a sus Estados Miembros en el continente americano para renovar la APS mediante la *Resolución CD44.R6* (OOMS, 2003). En respuesta a este llamado, los Estados latinoamericanos realizaron múltiples reuniones que concluyeron con la formulación de declaraciones que le apuntaban a este propósito. Dentro de estas, se destacan la *Declaración de Montevideo de 2005* y la *Declaración de Buenos Aires de 2007* (Rodríguez Escobar, 2019).

En el 2007, la OPS/OMS redactó un documento de posición titulado “*La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*”, que propone la APS como un eje central en los sistemas de salud. Esto implica realizar ajustes estructurales y operativos que faciliten el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, bajo un marco conceptual que reposa sobre 3 valores centrales, 7 principios y 13 elementos<sup>3</sup> (OPS/OMS, 2007). Cada uno de los países en la región ha emprendido diferentes reformas para realizar los ajustes pertinentes (Rodríguez Escobar, 2019).

La Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América (*National Academy of Medicine – NAM*, antes conocida como *Institute of Medicine - IOM*) definió la atención primaria como “*la prestación de servicios de salud integrados y accesibles, prestado por equipos de salud que son responsables de hacer frente a una gran mayoría de las necesidades de atención de salud personal, desarrollando una asociación sostenida con las y los pacientes, y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad*” (Donaldson et al., 1996). De igual manera, alentó el desarrollo de herramientas adecuadas para evaluar el desempeño de las clínicas de atención primaria y de la importancia de una formación específica para desarrollar una forma de pensar y actuar en el talento humano en salud de atención primaria para que den su mejor contribución dentro de sus equipos (Bruhn, 1999; Donaldson et al., 1996).

Esta definición de la NAM (antes IOM) se alinea con la concepción del prestador primario en Colombia, en donde el prestador es considerado un componente central en el desarrollo la estrategia de APS. En la actualidad, uno de los principales retos del sistema de salud es la evaluación de la implementación de la APS, por lo que se requiere, como proceso fundamental en la gestión, medir los avances que se presentan en la calidad de los servicios y en la mejora en la situación de salud de la población por medio de la realización de estimaciones (Ponzo et al., 2011).

---

<sup>3</sup> Los valores, principios y elementos propuestos por la OPS/OMS pueden ser consultados en la pág. 22 del documento de posición en el siguiente enlace: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

Luego de hacer una revisión narrativa, Álvarez & Osorio (2015) encontraron que los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS enfatizan en aspectos estructurales y organizativos, pero escasamente en el grado en qué cumple sus funciones. Es necesario disponer de instrumentos con la calidad metodológica adecuada, que posibiliten la comparación entre prestadores de servicios de salud en elementos como la capacidad asistencial o la infraestructura, la práctica o el proceso y el producto o resultados de la atención (Starfield & Aspachs, 2001).

Una contribución significativa a la evaluación de la APS fue la definición de siete funciones de la APS en el modelo conceptual propuesto por Barbara Starfield. Existen cuatro funciones principales (primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad o globalidad) y tres secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural) (Berra, 2012).

La multiplicidad de cuestionarios que se han diseñado para evaluar la APS dificulta identificar el más adecuado para un uso determinado (Valderas et al., 2008). Tras una revisión sistemática y evaluación de la calidad de las propiedades métricas de los instrumentos para evaluación de la APS desde la perspectiva de usuarios, el instrumento mejor evaluado fue PCAT, el cual puede ser aplicado en diferentes tipos de organizaciones que prestan servicios de salud tanto públicas o privadas (Giraldo Osorio et al., 2020). Otra ventaja que tiene el instrumento PCAT para avanzar en la evaluación de la implementación de la APS es el trabajo realizado por un grupo de nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, España, México y Uruguay), cuyo resultado es de unos instrumentos más adecuados a la región y a la situación epidemiológica y sanitaria actual. Este resultado es denominado IA-PCAT (Iberoamérica-PCAT) en versiones FE gestores o equipos de salud (con funciones administrativas), PE proveedores (profesionales), AE usuarios adultos y CE usuarios niños, niñas y adolescentes (Ponzo et al., 2018). Cada una de las versiones evalúa las funciones de la APS desde diferentes perspectivas y se materializa en cuestionarios que recogen información administrativa y demográfica a través de preguntas abiertas y un conjunto de preguntas cerradas tipo Escala de Likert<sup>4</sup>.

La atención a la población migrante es todo un desafío para los sistemas sanitarios (Bernaldes et al., 2017). García-Ruiz et al. (2011) proponen y describen la experiencia de adaptar los instrumentos PCAT-FE para tener información respecto a las poblaciones migrantes incorporando los datos de identificación a la información de datos sociodemográficos. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que, en los instrumentos originales, en el ítem de *Competencia Cultural* se incluyen tres preguntas que pueden útiles para evaluar la capacidad de atender a la población migrante que tiene el prestador de servicios en su rol de puerta de entrada al sistema de salud.

Giraldo-Osorio et al. (2017, 2018), trabajando en dos regiones de Colombia, avanzaron en la adecuación al país de los cuestionarios PCAT-CE y PCAT-AE y en la adaptación transcultural colaborativa de los cuestionarios PCAT-PE y PCAT-FE. El presente proyecto realizó la validación de contenido en seis regiones de Colombia e incluyó población migrante, población afrocolombiana y población indígena que hablara español. Esto le permitió tener una validación de contenido más amplia de los cuestionarios PCAT-CE y PCAT-AE y hacer una validación para el país de la consistencia interna y fiabilidad de los cuatro cuestionarios.

Asimismo, durante este proceso se desarrolló un aplicativo web que facilita la recolección de la información de estos cuestionarios y genera informes directos con estadísticas descriptivas de fácil visualización, así como bases de datos en Excel que permiten realizar análisis más profundos.

---

<sup>4</sup> La Escala de Likert o escala tipo Likert es un sistema de valoración que permite evaluar opiniones, sentimientos y percepciones sobre los elementos que componen un tema de estudio. Uno de los ejemplos más usuales de Escala de Likert son las preguntas que solicitan una respuesta en una escala que va desde “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”.



### 3. CONTEXTO

Colombia está comprometida con el desarrollo de la estrategia de APS desde antes de la *Declaración de Alma Ata* en 1978. De hecho, existieron experiencias previas en Antioquia, Cundinamarca (Cáqueza), Caldas y Valle del Cauca, las cuales fueron tenidas en cuenta por la OMS para esta Declaración y sirvieron de modelo para otros países en desarrollo. Posterior a la Declaración de 1978, se impulsaron otras experiencias a nivel nacional sin que se lograra articular exitosamente la actividad comunitaria con la atención en salud y las acciones de salud pública. Con la Ley 100 de 1993, se hizo una ambiciosa reforma al sistema de salud que aumentó progresivamente la cobertura y, sin embargo, incrementó la separación entre las acciones de prestación de servicios y la salud pública, generando así una segmentación institucional y una fragmentación operativa que no incentivó la actividad comunitaria (Pineda Restrepo & Jerez Trujillo, 2014).

Aunque desde la implementación de la Ley 100 se dieron iniciativas locales dirigidas a estructurar experiencias en APS y surgieron reglamentaciones enfocadas en enfatizar acciones en promoción y prevención, como la Resolución 412 del 2000, es solo hasta la promulgación de Ley 1438 de 2011 que se adoptó la estrategia de APS y se planteó la acción coordinada que incluye a los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Rodríguez Escobar, 2019). En conjunto con otras reformas legales, como la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud y regularlo, y la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018, o Ley 1753 de 2015, que definen la PAIS y lanzan como instrumento para operativizar el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (MSPS, 2016).

La Resolución 2626 de 2019 modifica la PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual busca que se hagan acuerdos interinstitucionales y comunitarios para articular la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio. Dentro de las acciones del MAITE para la prestación de servicios en salud, se da continuidad al desarrollo de redes de prestadores de servicios. En las acciones para el talento humano en salud, el MAITE promueve la formación del personal en los territorios para mejorar la suficiencia y capacidad resolutive, particularmente en el prestador primario (MSPS, 2019).

Al 2022, en Colombia se miden los resultados en salud por medio de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, reglamentados por la Resolución 256 de 2016 (MSPS, 2016), y de los indicadores establecidos en la Resolución 3280 de 2018, que permiten monitorear la entrega de las atenciones que hacen parte de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, uno de los instrumentos de política pública través de los cuales se operativiza la APS. Estos indicadores permiten recolectar datos relacionados con la atención en salud, algunos de los cuales se alinean con aquellos propuestos por el Banco Mundial dentro del esquema para evaluar el desempeño de la APS<sup>5</sup> (Banco Mundial, 2020). Sin embargo, no recoge información específica y validada respecto a las funciones del prestador primario, como si lo hace la PCAT, quien en su versión IA-PCAT permite incorporar en la evaluación de la APS las perspectivas de diferentes actores (Ponzo et al., 2018). Así las cosas, la DPSAP evaluó y definió el uso de este instrumento para hacer seguimiento a la implementación de la APS en Colombia. En este marco se concibió este proyecto.

---

<sup>5</sup> Un modelo de evaluación de la APS propuesto por el Banco Mundial puede ser visto en este informe en la pág. 41: *Tabla 17. Dominios definidos por el Banco Mundial*

## 4. MARCOS DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO DE REFERENCIA NORMATIVO

Tabla I. Marco normativo

Norma	Concepto
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
Ley 1438 de 2011	Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “ <i>Todos por un nuevo país</i> ”. En su art. 65 establece que “ <i>para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: j) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.</i> ”
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Resolución 2626 de 2019	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial.

**Fuente:** Elaboración propia basada en la normativa reseñada

### 4.2 MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

En este apartado se describen los conceptos que han marcado hitos a nivel mundial y nacional respecto a lo que es la APS. Se presentan apartes textuales, seguidos de comentarios o aclaraciones que permiten comprender el contexto normativo en el que puede ser útil la PCAT para la DPSAP.

#### **Concepción general y nacional (Ley 1438 de 2011) de la APS**

La APS ha tenido múltiples interpretaciones sobre las que se han dado grandes debates conceptuales. La OMS (1978) define a la APS como:

*“[...] la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (OMS, 1978).*

De acuerdo con un documento de posición de la OPS/OMS (2007), “*La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas. Atención primaria de salud en las Américas*”, en Norteamérica y Europa predomina el concepto de primer nivel de atención o puerta de entrada. En Latinoamérica se ha privilegiado el concepto de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), que incluye la necesidad de trabajar en redes de atención, elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. Se define como una estrategia para organizar los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud (OPS, 2007). Otra interpretación es la Atención Primaria Selectiva, que se refiere a acciones dirigidas a las comunidades más pobres y vulnerables y para programas específicos (OPS, 2007).

Por otro lado, documentos de evaluación de la OMS acerca de la implementación de la APS en el mundo relacionan los conceptos de la APIS y el primer nivel. El concepto predominante, la APS, tiene tres componentes relacionados entre sí y relacionados con la APIS: i) satisfacer las necesidades de salud de las personas, ii) abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud y, iii) empoderar a las personas, familias y comunidades. A renglón seguido refiere lo siguiente:

*“El concepto de atención primaria de salud se diferencia claramente del de «atención primaria», con el que está estrechamente relacionado, porque este último consiste en la organización de servicios de salud esenciales, principalmente en el primer nivel de atención. Por lo tanto, la atención primaria es un elemento importante de la atención primaria de salud, pero, al mismo tiempo, se distingue claramente del concepto mucho más amplio de atención primaria de salud como un enfoque general de la salud.”(OMS, pág.20, 2019).*

De acuerdo con esto, el primer nivel en la atención primaria se refiere a una organización específica para prestar servicios de salud esenciales (atención primaria), que es cercano al concepto de la NAM y al de prestador primario en relación con las redes de prestación de servicios, mientras el concepto más amplio de APS sería similar a la APIS definida por la OPS.

La Ley 1438 de 2011 define la APS así:

*“La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*

Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social y comunitaria y ciudadana son componentes integrados e interdependientes (Ley 1438, Art. 12, 2011). Con esto podemos afirmar que el concepto de APS en Colombia es acorde con el de APIS.

## **La Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**

Para desarrollar la APS, en la Ley 1438 se habla de la necesidad de conformar redes territoriales de servicios de salud. El art. 65 de la Ley 1753 de 2015 establece el marco para esta política en los siguientes términos:

*“Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial.”*

Se tienen en cuenta los componentes de las Rutas de Atención Integral en Salud, la operación de las redes integrales de servicios y el fortalecimiento del prestador primario. En la *Política de Atención Integral en Salud* se despliegan los conceptos relacionados con esta política, se definen las redes integrales de prestadores de servicios de salud, y se determina que se articula por medio de dos componentes que se deben articular entre sí: el *componente primario* y el *componente complementario* (MSPS, 2016). El prestador primario se define en este documento así:

*“El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario; los prestadores primarios contribuyen a soportar los procesos de gestión individual del riesgo en salud agenciadas por los aseguradores, así como algunas intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales, en lo pertinente a cada caso, y en función de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud de la aseguradora. El prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar todas las necesidades en salud de toda su población adscrita, resolver los problemas más frecuentes y gestionar las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario o de otros sectores.”* (MSPS, 2016 pág. 68)

Este concepto está relacionado entonces con el término de “Atención Primaria” referido a la organización de servicios particularmente en la puerta de entrada, cuya organización y equipo humano cumplir unas funciones para el sistema de salud, según refiere la experiencia de evaluación de la APS publicada por la OMS con motivo de la conmemoración por los 40 años de Alma Ata.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

Adecuar y validar la herramienta *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) al contexto colombiano para conocer y hacer seguimiento al avance de la implementación de la APS.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar y validar en contenido los cuestionarios AE (Adultos) y CE (Cuidadores de niños y adolescentes) destinados a usuarios.
- Validar en consistencia interna y fiabilidad los cuatro cuestionarios de la herramienta IA-PCAT (Cuestionarios AE, CE de usuarios y FE (con funciones administrativas) y PE (con funciones asistenciales) para profesionales que trabajan en salud.
- Diseñar y pilotear un instrumento PCAT sistematizado que facilite la aplicabilidad de esta herramienta a nivel nacional en el futuro.
- Analizar los resultados recogidos en la validación de la consistencia interna y fiabilidad con respecto a los aportes que puede hacer esta herramienta a la evaluación del progreso de la implementación de la APS en nuestro país.

## 6. POBLACIÓN BENEFICIADA

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

## 7. METODOLOGÍA

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos de este proyecto, se realizaron cuatro pasos resumidos en la tabla 2, los cuales se describirán más adelante<sup>6</sup>.

**Tabla 2. Resumen del proyecto**

Pasos	Población <sup>7</sup>	Tamaño	Análisis
<b>Primer paso: Validación de contenido en cada una de las ciudades seleccionadas</b>			
Fase 1. Validación por expertos	Un/a (1) profesional médico/a, un/a (1) profesional de enfermería y una (1) persona con formación técnica de auxiliar de enfermería	18	Cualitativo. Entrevistas cognitivas. Estadístico índice de aceptabilidad.
Fase 2. Validación por la comunidad	Personas que hayan tenido experiencias de atención en servicios ambulatorios personales o para sus niños/as. Incluye población migrante, retornada y de acogida.	24	Cualitativo. Entrevistas cognitivas.
<i>Triangulación de la información de la validación de expertos, validación por la comunidad, asesoras internacionales y reuniones de co-creación entre el Programa Comunidades Saludables y el Ministerio de Salud y Protección Social</i>			
<b>Segundo paso: Desarrollo del aplicativo (recolección de la información). Este paso está dirigido al desarrollo de la aplicación PCAT</b>			
<b>Tercer paso: Validez, consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos IA-PCAT. Aplicación de los cuestionarios IA-PCAT (AE, CE, FE y PE) en la población diana en cada una de las ciudades seleccionadas con el propósito de verificar la comprensión de las preguntas en cada uno de los encuestado y verificar la funcionalidad de la herramienta.</b>			
Cuestionarios IA-PCAT- AE	Personas adultas que tengan al menos 6 meses experiencias de atención en los servicios de salud (AE Usuarios/as adultos/as).	276	Cuantitativo Alfa de Cronbach
Cuestionarios IA-PCAT- CE	Personas adultas que tengan al menos 6 meses de experiencias de atención en la que atiendan a niños (as) o Adolescentes a su cargo (CE Usuarios adultos/as, responsables del cuidado de niños/as).	276	Cuantitativo Alfa de Cronbach

<sup>6</sup> Este proyecto fue sometido al Comité de Ética de Abt (IRB Abt) por el recoger información individual de migrantes, y se concluyó que no necesitaba revisión al estar solo validando la homologación del lenguaje y conceptos y no recogiendo información de salud de la población.

<sup>7</sup> Población de las 6 de ciudades seleccionadas para el desarrollo de este proyecto: Barranquilla Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha

Pasos	Población <sup>7</sup>	Tamaño	Análisis
Cuestionarios IA-PCAT- FE	Personal que cumple funciones administrativas en los servicios de salud, coordinadores/as de centros de salud o de programas de APS en centros de salud, o en IPS de atención ambulatoria de puerta de entrada (Prestadores Primarios en términos de la Política de Atención Integral en Salud) (FE Gestores o directivos).	138	Cuantitativo Alfa de Cronbach
Cuestionarios IA-PCAT- PE	Equipos de salud de APS que presten servicios ambulatorios de puerta de entrada (Prestadores Primarios en términos de la Política de Atención Integral en Salud). (PE Proveedores (médicos enfermeras))	138	Cuantitativo Alfa de Cronbach

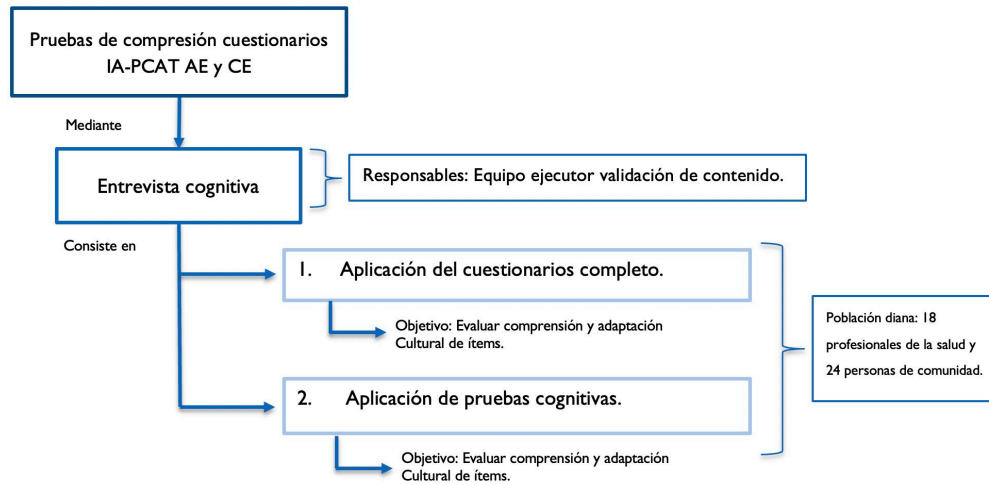
**Cuarto paso: análisis de la información recolectada. Incluye lo anotado en la columna de análisis de este cuadro y la discusión relacionada con los resultados obtenidos en las fases de aplicación de las encuestas. La discusión está dirigida a describir las utilidades que puede tener este instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el SGSSS, lo que implica un segundo componente de análisis cualitativo.**

**Fuente:** Elaboración propia

## 7.1 PRIMER PASO: VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS IA-PCAT- AE E IA-PCAT-CE

En el primer paso se validaron el contenido y apariencia con equivalencia a nivel Colombia con énfasis en la comprensión de los términos a nivel regional. Este paso fue dividido en dos fases. La fase 1, en la cual se revisaron aspectos semánticos, conceptuales, de contenido y de criterio, haciendo hincapié en la comprensión de términos puntuales. Para ello, se solicitó la participación de un/a profesional de medicina, un/a profesional de enfermería y un perfil técnico o auxiliar de enfermería que conocieran las expresiones locales o regionales en seis ciudades seleccionadas: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha. En la fase 2 se conformaron grupos de cuatro integrantes de la comunidad, incluyendo población migrante, idealmente susceptibles de tener dificultades en la comprensión de términos, con el fin de detectar posibles problemas que se pudieran presentar en las regiones de cara a la comprensión de las preguntas.

**Figura 1. Esquema de las pruebas de comprensión**



**Fuente:** Adaptado de “Cuestionarios IA-PCAT: Guía para elecciones léxicas y propuestas de nuevas expresiones para incorporar” de S. Berra. L. Rivadero. J. Pozzo, Sin fecha.

Se emplearon los siguientes criterios de inclusión y exclusión para determinar la elegibilidad para participar en entrevistas:

### **Criterios de Inclusión:**

#### *Fase 1. Validación de contenido por expertos:*

- Un perfil por cada ciudad (un/a profesional de medicina, un/a profesional de enfermería y una persona con formación técnica de auxiliar de enfermería).
- Que tuvieran experiencia laboral de un año en cada una de las ciudades seleccionadas: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha.
- Que hablaran español.

#### *Fase 2. Validación de contenido con la comunidad:*

- Personas adultas mayores de 18 años.
- Que hubiesen recibido atención en servicios ambulatorios personales o para sus niños/as en los últimos seis meses.
- Habitantes de las ciudades seleccionadas: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín y Riohacha.
- Que hablaran español.

### **Criterios de Exclusión:**

#### *Fase 1. Validación de contenido por expertos:*



- Personas que no dieran su consentimiento para participar en entrevista grabada.
- Talento humano en salud con experiencia laboral menor a un año en las ciudades seleccionadas.

*Fase 2. Validación de contenido con la comunidad:*

- Personas que no dieran su consentimiento para participar en la entrevista grabada.

## 7.2 SEGUNDO PASO: DESARROLLO DEL APLICATIVO

En el paso dos se desarrolló un aplicativo en versión web con los cuestionarios IA-PCAT ajustados para Colombia, siguiendo las recomendaciones realizadas por MSPS y su Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC), con el fin de facilitar el uso de los cuestionarios, la recolección de la información y realizar un seguimiento de su diligenciamiento y un análisis descriptivo de la información derivada de la aplicación de los cuestionarios.

## 7.3 TERCER PASO: VALIDEZ, CONSISTENCIA INTERNA Y FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS IA-PCAT

En el paso tres, se recolectó la información en los cuatro formularios en una muestra de seis ciudades seleccionadas por Comunidades Saludables con miras a evaluar la validez, la consistencia interna y la fiabilidad de estos cuestionarios. Para ello, se contó con la participación de usuarios/as del sistema de salud, y profesionales de salud que ejercen actividades asistenciales y administradores/as o gerentes a cargo de la gestión para la atención en salud con énfasis en APS. A continuación, se describen los criterios de inclusión para cada grupo.

### **Criterios de Inclusión:**

*Cuestionarios IA-PCAT- AE y CE:*

- Criterios de inclusión:
  - Mayores de 18 años.
  - Que hubiesen tenido contacto con servicios dentro del SGSSS.
  - Que hablaran y entendieran el español.

*Cuestionarios IA-PCAT- FE y PE:*

- Criterios de inclusión para formularios FE (Gestores o directivos):
  - Personal que cumpliera funciones administrativas en servicios de salud, coordinadores/as de centros de salud o de programas de APS, o IPS de atención ambulatoria de puerta de entrada (prestadores primarios o prestadores de baja y mediana complejidad).
- Criterios de inclusión para formularios PE (Proveedores (profesionales de enfermería o medicina)):
  - Equipos de salud de APS que prestaran servicios ambulatorios de puerta de entrada (prestadores primarios o prestadores de baja y mediana complejidad).
  - Profesionales en Medicina General.
  - Especialistas en Pediatría y Especialistas en Medicina Familiar.
  - Profesionales de Enfermería.

## **Criterios de Exclusión:**

### *Cuestionarios IA-PCAT- AE y CE:*

- AE - Usuarios adultos: personas adultas que tuvieran menos de 6 meses de experiencias de atención en los servicios de salud (que hubiesen cambiado de centro atención en los últimos 6 meses o que no hubieran utilizado los servicios).
- CE - Usuarios adultos, responsables de niños: personas adultas que tuvieran menos de 6 meses de experiencias desde que se atendieran a los niños/as o adolescentes a su cargo (que hubiesen cambiado de centro atención en los últimos 6 meses o que no hubieran utilizado los servicios).
- Que no dieran su consentimiento para participar.

### *Cuestionarios IA-PCAT- FE y PE:*

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

La información fue recogida en la comunidad con la versión de los cuestionarios AE - Usuarios adultos y CE - Usuarios niños y adolescentes resultantes de la validación de contenido del Paso I en sus Fases I y 2. Para las versiones FE - Gestores o equipos de salud (directivos) y PE - Proveedores (profesionales) se utilizaron las previamente adaptadas para Colombia por Giraldo Osorio et al. (2018). Esta información sirvió para realizar las pruebas de validación de la consistencia interna y fiabilidad.

Para la validez, la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento IA-PCAT en versiones FE - Gestores o equipos de salud (directivos), PE - Proveedores (profesionales), AE - Usuarios adultos y CE - Usuarios niños y adolescentes (que es el pilotaje de la herramienta adaptada), se evaluó la validez factorial a través del análisis factorial, la consistencia interna a través del Alfa de Cronbach<sup>8</sup> y la correlación ítem-total. Para la interpretación del Alfa de Cronbach valores inferiores a 0,50 fueron considerados como insuficientes; entre 0,50 y 0,70 moderado; y los valores superiores a 0,70 adecuado. En la correlación ítem-total, los valores superiores a 0,30 se consideraron que median la misma construcción y, por lo tanto, se asumen como adecuados.

## **Tamaño de muestra**

Aunque la muestra (ver Tabla 3) fue calculada para la validación del instrumento, el número de encuestas recogidas en las seis ciudades seleccionadas permitió hacer una prueba piloto para los cuatro cuestionarios sobre la que se pueden hacer algunos análisis de la información que genera la herramienta PCAT.

---

<sup>8</sup> El coeficiente Alfa de Cronbach permite medir la consistencia interna por medio de la medición de la correlación de las variables que componen un instrumento.

**Tabla 3. Tamaño muestral**

Tipo de Actor	Barranquilla	Bogotá	Bucaramanga	Cúcuta	Medellín	Riohacha	Total
FE gestores o equipos de salud (directivos)	23	23	23	23	23	23	<b>138</b>
PE proveedores (profesionales)	23	23	23	23	23	23	<b>138</b>
AE adultos	46	46	46	46	46	46	<b>276</b>
CE niños y adolescentes	46	46	46	46	46	46	<b>276</b>
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>828</b>

**Fuente:** Elaboración propia

## 7.4 CUARTO PASO: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el cuarto paso se analizó la información producida: análisis sobre la validez, consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos IA-PCAT y la discusión con relación a los resultados obtenidos de la aplicación de los cuatro cuestionarios en la población objetivo. También se describieron las utilidades que puede tener este instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el SGSSS.

## 8. ACTIVIDADES REALIZADAS

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, se desarrollaron diferentes actividades en cada una de las etapas del proyecto, las cuales se describen a continuación.

### 8.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PASO I

Para la etapa de validación de contenido de los cuestionarios AE y CE, la Fase I contó con la participación de un/a profesional de medicina, un/a profesional de enfermería y una persona con formación técnica de auxiliar de enfermería por cada ciudad. Se realizaron entrevistas grupales a través de Microsoft Teams y Cisco Webex a un total de 18 participantes.

Para la Fase 2, se realizaron entrevistas presenciales con personas de la comunidad y se planteó una muestra inicial de 24 personas. Sin embargo, con el fin de minimizar la posibilidad de inasistencia, se invitó a dos personas más por cada ciudad obteniendo una muestra final de 32 personas (ver Tabla 4). Las entrevistas fueron grabadas y, junto con los videos de la Fase I, se cargaron a la plataforma MOVEit.

**Tabla 4. Muestra de la fase de validación del contenido**

<b>Perfil</b>	<b>Barranquilla</b>	<b>Bogotá</b>	<b>Bucaramanga</b>	<b>Cúcuta</b>	<b>Medellín</b>	<b>Riohacha</b>	<b>Total</b>
Profesional en Medicina	1	1	1	1	1	1	<b>6</b>
Profesional en Enfermería	1	1	1	1	1	1	<b>6</b>
Formación técnica en Auxiliar de enfermería	1	1	1	1	1	1	<b>6</b>
Personas de la comunidad	4	4	5	6	7	6	<b>32</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>50</b>

**Fuente:** Elaboración propia

En la Fase 1, se realizó la entrevista cognitiva y se calculó el índice de aceptabilidad. En la Fase 2, se aplicó la entrevista cognitiva y se revisaron las entrevistas de las personas participantes de la comunidad y se compararon con los resultados de los trabajadores de la salud, evaluando las coincidencias y las diferencias entre las dos visiones. Con los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta las recomendaciones derivadas del proceso de armonización realizado por el grupo IA-PCAT, en el que se hicieron algunas indicaciones específicas para Colombia, se ajustaron los cuestionarios, los cuales fueron presentados y discutidos con el MSPS para concretar las versiones finales que serían sistematizadas en un aplicativo web (Paso 2) y aplicadas en el Paso 3.

## 8.2 ACTIVIDADES REALIZADAS EL PASO 2

En cuanto al diseño de un instrumento PCAT sistematizado para facilitar la aplicación de los cuestionarios IA - PCAT, se desarrolló un aplicativo web cuyas características cumplen con los requerimientos del MSPS. Este aplicativo está conformado por dos componentes de software:

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

Se desarrolló el software para la automatización de los instrumentos PCAT, se hicieron las pruebas de calidad del software y se instaló en un ambiente de pruebas de la Universidad El Bosque para las pruebas funcionales. Posteriormente, se procedió a instalarlo en el ambiente solicitado por el proyecto para realizar las encuestas piloto, antes de ser entregado al MSPS.

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

### 8.3 ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PASO 3

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

Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizaron ajustes a los cuestionarios con los resultados obtenidos en las Fases 1 y 2 (Paso 1), y las observaciones de las mesas de co-creación con el MSPS, Comunidades Saludables y la asesoría del grupo IA-PCAT. Además, se realizaron sesiones de capacitación sobre el funcionamiento del aplicativo, se realizaron pruebas de funcionamiento por parte del equipo encuestador y ejecutor para evaluar su navegabilidad, adecuado funcionamiento del usuario, contraseña y registro de la información. Con esto listo, la primera etapa de pilotaje se llevó a cabo con el seguimiento de la función de la herramienta durante la aplicación de las encuestas por parte del equipo encuestador en los territorios seleccionados.

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

Se enviaron cartas de presentación a través de Comunidades Saludables a las y los gerentes y/o coordinadores de las IPS seleccionadas en las seis ciudades antes mencionadas, con el fin solicitar su aval para aplicar los cuestionarios AE y CE. Una vez obtenida la autorización para la aplicación de los cuestionarios, se realizó el trabajo de campo con el equipo de encuestadoras en cada una de las ciudades seleccionadas. Para este trabajo, se reforzaron con las encuestadoras los conceptos vistos en la capacitación, se realizaron pruebas de diligenciamiento del cuestionario a través del aplicativo, se entregaron los manuales y se discutieron los cronogramas de trabajo para la recolección de la muestra. Después obtener el aval en cuatro de las seis ciudades seleccionadas, y posterior a la presentación del equipo encuestador, se procedió a recolectar la muestra en las IPS acordadas con las y los gerentes y/o coordinadores (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Instituciones prestadoras de servicios elegidas para la aplicación de cuestionarios IA-PCAT AE y CE**

Ciudad	Institución	IPS / Sedes
Bogotá	Subred Norte	Hospital Simón Bolívar CAPS San Cristóbal Unidad de Servicios de Salud Servitá Centro de Servicios Especializados Suba CAPS Gaitana CAPS Suba
Bucaramanga	INSABU	Toledo Plata Comuneros Café Madrid
Riohacha	IPSI Supula Wayuu IPSI Ezeq Salud	Hospital de Nuestra Señora de los Remedios IPSI Ezeq Salud
Cúcuta	IMSALUD	Centros de salud Comuneros y La Libertad
Medellín	Metrosalud IPS	Centros de salud Villa del Socorro y Centro Integral de Servicios para la Mujer y la Familia (CISAMF)
Barranquilla	MiRed IPS	No se definieron centros

**Fuente:** Elaboración propia

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

Para la recolección de la muestra de los cuestionarios PE y FE se enviaron cartas de presentación a través de Comunidades Saludables para los gerentes y/o coordinadores de las instituciones seleccionadas con solicitud formal del listado de profesionales que desempeñan funciones administrativas o que prestan servicios asistenciales ambulatorios de puerta de entrada. Una vez se formalizó el contacto con los gerentes y/o coordinadores se acordaron reuniones presenciales para la discusión del proyecto y obtención de las listas de los profesionales que cumplían criterios de inclusión. Se envió invitación a los profesionales a través de correo que incluía el propósito del proyecto, tiempo estimado de diligenciamiento, riesgos de participación y enlace a través del cual podían acceder al cuestionario. Cabe anotar que el tiempo de respuesta administrativo en cada institución fue variable y de manera inicial se obtuvo listados de diferentes instituciones en cuatro de las seis ciudades seleccionadas las cuales se presentan en la Tabla 6.

**Tabla 6. IPS elegidas para la aplicación de cuestionarios IA-PCAT PE y FE**

Ciudad	Instituciones
Bogotá	Subred Norte
Bucaramanga	ISABU
Cúcuta	IMSALUD UBA
Riohacha	IPSI Supula Wayuu IPSI Ezeq Salud CID Salud IPSI Anashiwaya
Maicao*	Ayuuleepala IPSI USAID Maicao
Medellín*	Metrosalud IPS
Barranquilla	MiRed IPS

**Fuente:** Elaboración propia

\* Listado obtenido a través de contingencia.

Para los cuestionarios FE y PE, en las ciudades que tuvieron una baja participación de profesionales, se amplió la recolección de información a otros municipios a través de contactos con gerentes o con contactos directos del equipo ejecutor, tal como se propuso en el protocolo. Se solicitó a través de una encuesta en Google Forms, la participación abierta y voluntaria de profesionales que cumplieran los criterios de inclusión para ampliar el listado de personas a encuestar y tener personas elegibles en los territorios donde no se obtuvieron los listados por parte de la institución contactada inicialmente. De esta manera, se logró obtener la muestra a nivel nacional de los cuestionarios FE y PE. Se anonimizaron las respuestas generadas por el aplicativo y se subieron a la plataforma

MOVEit DMZ y se procedió a hacer el análisis para la validez, la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento IA-PCAT de los cuestionarios FE y PE aplicados en Colombia.

Asimismo, se realizaron pruebas sobre las salidas que genera el aplicativo y se presentó a la mesa de co-creación el funcionamiento del mismo, y se mostraron los diferentes roles con que cuenta el aplicativo: administrador, operador, encuestador, profesional. Finalmente, se generaron usuarios para el uso y revisión por parte de las personas funcionarias del MSPS para su retroalimentación y realización de ajustes finales.

## 8.4 ACTIVIDADES REALIZADAS EN PASO 4

En el cuarto paso se analizó la información recolectada en los pasos anteriores a manera de discusión. Se realizó una búsqueda en bases de datos dirigida a sustentar el contexto de la conceptualización de la APS en el que puede ser aplicada PCAT para poder describir las utilidades puede tener este instrumento, y evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el SGSSS de acuerdo con otras experiencias en el mundo.

# 9. RESULTADOS

## 9.1 RESULTADOS PASO I

En los próximos apartados se exponen los resultados obtenidos del proceso llevado a cabo con los expertos (fase 1) y con la comunidad (fase 2). Adicionalmente, se consolidan los cambios realizados al finalizar la etapa de validación y concomitante discusión con el grupo IA-PCAT (ver tabla 7).

Para este paso se emplearon métodos cuantitativos (índice de aceptabilidad), los cuales fueron complementados con un componente cualitativo a través de la entrevista cognitiva. Con respecto al índice de aceptabilidad del cuestionario IA-PCAT-AE se encontraron cuatro preguntas por debajo del 70%. (ver Tabla 7). Los resultados de este paso se presentan en detalle en el *Anexo 1. Validación de contenido*.

**Tabla 7. Índices de Aceptabilidad Global de IA-PCAT-AE de preguntas por debajo del 70% de trabajadores/as de la Salud**

Código	Pregunta	Cantidad	Porcentaje
N3	¿Cuál es su identidad sexogenérica?	10	55,6%
A6	¿Es un servicio de urgencia, emergencia o guardia?	11	61,1%
B3	Cuando tiene que ir a un/a especialista, ¿ese [CENTRO DE SALUD*] lo tiene que REMITIR* con una HOJA DE REFERENCIA*?	11	61,1%
A7	¿Ese centro pertenece a una institución pública, privada o de la seguridad social?	12	66,7%

**Fuente:** Elaboración propia

Con respecto al índice de aceptabilidad del cuestionario IA-PCAT-CE se encontraron cuatro preguntas por debajo del 70% (ver tabla 8).

**Tabla 8. Índices de Aceptabilidad Global de IA-PCAT-CE de preguntas por debajo del 70% de trabajadores/as de la salud**

Código	Pregunta	Cantidad	Porcentaje
N9	¿Cuál es su identidad sexogenérica?	8	50,0%
N3	¿Cuál es la identidad sexogenérica de NOMBRE-N/A?	11	61,1%
A6	¿Es un servicio de urgencia, emergencia o guardia?	11	64,7%
A7	¿Ese centro pertenece a una institución pública, privada o de la seguridad social?	12	66,7%

**Fuente:** Elaboración propia

Se revisaron los ítems que tuvieran índice de aceptabilidad entre el 70 y el 90%. Sin embargo, no se hicieron cambios específicos, ya que las anotaciones realizadas por las personas participantes fueron resueltas con los distractores de respuesta.

Una vez obtenidos los resultados de los grupos participantes (expertos y comunidad), se encontró que ambos grupos concuerdan en que la mayor dificultad se presenta en las preguntas de los segmentos A, B, G, K, N y L. En la Tabla 9 se exponen los principales términos discutidos en cada segmento, las propuestas realizadas por la comunidad, los expertos y el MSPS, así como el concepto emitido por las asesoras internacionales de la colaboración IA-PCAT y sus respectivos ajustes finales.

**Tabla 9. Resumen cambios propuestos u ajustes definitivos de los cuestionarios IA-PCAT AE y CE**

Dimensión / subdimensión	Experto (Fase I)	Índice de aceptabilidad < 70%	Comunidad (Fase 2)	Mesa de Co-creación Comunidad s Saludables y el MSPS	Cambios en la encuesta de la prueba Piloto y para fiabilidad y consistencia interna
Información administrativa	Ninguno		Ninguno	Ajustes de acuerdo con indicaciones contenidas en catálogos del MSPS  Formato fecha AAAA/ MM / DD	Ajustes de acuerdo con indicaciones contenidas en catálogos del MSPS* Formato fecha AAAA/ MM / DD
A. Identificación de su referente principal	Pregunta A1 a la A4: cambio de CENTRO DE SALUD por INSTITUCIÓN QUE PRESTA SERVICIOS DE SALUD adicional al cambio de	A6: 61,1% A7:66,7%	Se mantiene el término CENTRO DE SALUD  Pregunta A6: Retiro término GUARDIA, mantener	Cambio en término CENTRO DE SALUD por "prestador de servicios de salud (CENTRO DE SALUD)"	Preguntas del grupo A1 a A4.  En el encabezado antes de estas preguntas queda: "Con las siguientes



Dimensión / subdimensión	Experto (Fase I)	Índice de aceptabilidad < 70%	Comunidad (Fase 2)	Mesa de Co-creación Comunidades Saludables y el MSPS	Cambios en la encuesta de la prueba Piloto y para fiabilidad y consistencia interna
	<p>BARRIO por LUGAR</p> <p>Pregunta A6: mantener término URGENCIAS retiro término GUARDIA.</p> <p>Pregunta 7: adición del distractor AMBOS</p>		<p>URGENCIAS Y EMERGENCIAS.</p> <p>Pregunta A7: Adicionar distractor REGIMEN MIXTO o AMBOS o VARIOS</p>	<p>Pregunta A7. ¿A qué tipo régimen de afiliación usted pertenece, por la que es atendida en este centro?</p>	<p>tres preguntas, usted identificará cuál es el prestador de servicios de salud (CENTRO DE SALUD) o profesional que tiene como fuente o referente principal para la atención de su salud".</p> <p>En los complementos: ¿En qué lugar se encuentra?</p> <p>A6 ¿Es un servicio de urgencia o emergencia?</p> <p>A7 ¿A qué tipo régimen de afiliación usted pertenece, por la que es atendida en este centro? Contributivo Subsidiado Excepción Especial No Asegurado No sé</p>
B. Primer contacto / Utilización	Pregunta B3: cambio del término Hoja de Referencia por Hoja de Remisión	B3: 61,1%	Pregunta B3: cambio del término Hoja de Referencia por	No se comentó	B3 Cuando NOMBRE-N/A tiene que ir a un especialista, ¿ese CENTRO

Dimensión / subdimensión	Experto (Fase I)	Índice de aceptabilidad < 70%	Comunidad (Fase 2)	Mesa de Co-creación Comunitarias Saludables y el MSPS	Cambios en la encuesta de la prueba Piloto y para fiabilidad y consistencia interna
			Hoja de Remisión		DE SALUD lo tiene que REMITIR con una HOJA DE REMISIÓN?
E. Coordinación /Integración de la Información	Ninguno	Mayor del 90%	Ninguno	Ninguno	Queda en ese grupo de preguntas con el esquema: "especialista médico/a o profesional de salud " de la misma forma como aparece en la pregunta E2
G. Integralidad/Servicios recibidos	<p>Pregunta G2: el término PAPANICOLAU cambió por CITOLOGIA o aclaración entre paréntesis.</p> <p>Pregunta G4: Cambio del término AYUDA por ASESORIA</p> <p>Pregunta G7: cambio término VISTA por VISIÓN</p>	G1: 88,9% G2; 83,3%	<p>Pregunta G1: cambio del ítem COLOCACIÓN por APLICACIÓN</p> <p>Pregunta G2: el término PAPANICOLAU cambió por CITOLOGIA o aclaración entre paréntesis</p> <p>Pregunta G25: Adición aclaración al término VIH/SIDA</p>	Anotan que se están haciendo exámenes para detección de VPH y están de acuerdo en que el término Papanicolau no es reconocido por la comunidad.	<p>G1 Vacunaciones (aplicación de vacunas).</p> <p>G2 EXAMEN para detectar cáncer de cuello de útero (CITOLOGÍA).</p> <p>G7 Examen de la vista (VISIÓN).</p> <p>G25 Diagnóstico de VIH/SIDA mediante test o (prueba rápida).</p>

Dimensión / subdimensión	Experto (Fase I)	Índice de aceptabilidad < 70%	Comunidad (Fase 2)	Mesa de Co-creación Comunidades Saludables y el MSPS	Cambios en la encuesta de la prueba Piloto y para fiabilidad y consistencia interna
K. Competencia cultural	Pregunta K6: cambió el término PUEBLOS ORIGINARIOS por COMUNIDADES INDIGENAS / OTROS GRUPOS POBLACIONALES / ETNIAS INDIGENAS	K6: 77,8%	Pregunta K6: cambió el término PUEBLOS ORIGINARIOS por COMUNIDADES INDÍGENAS / PUEBLOS INDIGENAS O PUEBLOS ÉTNICOS	Dado que no se identifica por la comunidad el concepto de pueblos originarios.	K6 ¿Le recomendaría el CENTRO DE SALUD a personas de comunidades indígenas o grupos étnicos?
L. Cobertura de salud	Pregunta LI0: aclaración con adición de términos CUOTA MODERADORA / COPAGO.  Pregunta LI1: Ajuste en término REINTEGRE	LI1: 88,9%	Pregunta LI0: aclaración entre paréntesis con términos CUOTA MODERADORA / COPAGO.  Pregunta LI1: Ajuste en término REINTEGRE por DEVUELVAN	No se comentó	No quedó en la prueba piloto discutir en mesas de Co-creación* *****
N. Descripción demográfica	Pregunta N3: Cambio del término IDENTIDAD SEXOGENERICA por SEXO	N3: 55,6 %	Pregunta N3: Cambio del término IDENTIDAD SEXOGENERIC A por SEXO e inclusión de variable GÉNERO  Pregunta N5: Adición de etnias no en listadas en el cuestionario ***	Pregunta N3: Se deja variable de SEXO y GÉNERO por separado con distractores indicado por la Resolución 866 de 2021.  Pregunta N6 ¿Qué lenguas hablan en su casa o familia?: Adición de lista de	N3 ¿Cuál es su sexo? ** o Mujer o Hombre o Indeterminado  N3a ¿Cuál es su género? ** o Femenino o Masculino o Intersexual o Intersexual con características dominantes masculinas. o Intersexual con

Dimensión / subdimensión	Experto (Fase I)	Índice de aceptabilidad < 70%	Comunidad (Fase 2)	Mesa de Co-creación Comunidades Saludables y el MSPS	Cambios en la encuesta de la prueba Piloto y para fiabilidad y consistencia interna
				lenguas nativas en el territorio nacional. ****  Pregunta N7 ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado por usted?: indicaciones contenidas en catálogos del Ministerio de Salud y Protección Social Pendiente hacer ajustes definitivos para el entregable final, que se ajusten a la normatividad. *	características dominantes femeninas. u Otra N5 Se agregó en el listado de Etnias** *** Etnias: Indígena  ¿Cuál? Especifique: ROM (Gitano), Raizal de San Andrés y Providencia, Palenquero de San Basilio de Palenque, Negro (a), Afrocolombiano o Ninguna de las anteriores  N6 Se agregó listado de lenguas sonoras ****

Fuente: Elaboración propia

\* Datos tomados de: [sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-datos.aspx](https://sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-datos.aspx)

\*\*Finalmente se acoge las recomendaciones de la resolución 866 de 2021 por el cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica del país.

\*\*\* Listado de etnias de Colombia Resolución 166 de 2005 disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-163150\\_Archivo\\_pdf2.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-163150_Archivo_pdf2.pdf)

\*\*\*\* Se realizó adición de listado tomado de Mapa Sonoro – Lenguas Nativas de Colombia disponible en: <https://www.datos.gov.co/Cultura/Mapa-Sonoro-Lenguas-Nativas-de-Colombia/734h-gxtn/data>

Las dimensiones C. Primer contacto / Acceso, D. Continuidad, F. Coordinación / Sistema de información H. Integralidad/Servicios disponibles, I. Enfoque familiar, J. Orientación comunitaria y M. Su Salud no tuvieron comentarios y mantuvieron su redacción original.

Para las preguntas A1 a A4, tanto el grupo de trabajadores de la salud como las personas de las comunidades plantearon discusión con el término “CENTRO DE SALUD”. Ambos grupos concuerdan que esto se debe a la amplia diversidad de instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, los diferentes servicios que prestan

y las diferentes denominaciones que les dan en cada ciudad. Las divergencias entre los grupos surgieron frente a la propuesta. Aunque el grupo de expertos recomendó adoptar un término que acogiera de forma más amplia las diferentes instituciones, para la comunidad las pautas dadas en el cuestionario ayudaban a identificar su centro referente. Para la comunidad, el término utilizado permitía identificarlo y relacionarlo con las IPS. Sin embargo, ya que la finalidad de este segmento de pregunta es identificar el referente principal para la atención de la salud, y siguiendo las recomendaciones sobre el proceso de armonización y adaptación previo realizado por grupo IA-PCAT, no se modificó el término.

Otro término señalado en este punto fue la palabra “BARRIO”, pues los expertos señalaron que no siempre es posible identificar la ubicación del centro de salud de manera específica y sugirieron dejar un término más amplio, como “LUGAR”. Por su parte, el grupo de la comunidad no hizo mayor énfasis en este ítem. No obstante, durante el ejercicio de diligenciamiento del cuestionario, la identificación del barrio donde estaba ubicada la institución de salud representó un reto para algunas personas entrevistadas. El cambio realizado fue:

- Preguntas A1 a la A4: *¿En qué lugar se encuentra?*

En la pregunta A5, el grupo de expertos no realizó anotaciones, sin embargo, el grupo de la comunidad encontró dificultades a la hora de identificar el tipo de establecimiento referente para atención en salud evaluado. Una vez más, dada la amplia gama de servicios que una sola institución puede ofrecer, esta pregunta no fue modificada.

En la pregunta A6, ambos grupos coinciden en que el término “GUARDIA” resulta confuso y no se usa en el contexto local por lo que sugieren omitirlo. Por otra parte, ambos recomiendan mantener el término “URGENCIAS”, y en el grupo de comunidad, recomiendan mantener el de “EMERGENCIAS”, ya que las personas migrantes emplean este término en sus lugares de procedencia. La pregunta A6 queda de la siguiente manera:

- *¿Es un servicio de urgencia o emergencias?*

Aunque en la pregunta A7 ambos grupos coinciden que, dentro de los distractores disponibles para responderla, debería haber un ítem que involucre varios tipos de afiliación, se plantea reestructurar la pregunta, puesto que en el contexto colombiano una misma institución puede tener una conformación privada, pública e incluso mixta y atender personas que pertenecen a diferentes regímenes en salud, por lo que es pertinente recoger información sobre el tipo de afiliados que atienden. La pregunta queda ajustada de la siguiente manera:

- *¿A qué tipo régimen de afiliación usted pertenece, por la que es atendida en este centro?*
  - Contributivo
  - Subsidiado
  - Excepción
  - Especial
  - No Asegurado
  - No sé

En términos generales, en el segmento B las preguntas resultaron ser claras y no presentan mayor dificultad excepto por la pregunta B3, donde tanto expertos como personas de la comunidad solicitan hacer ajustes en el término “HOJA DE REFERENCIA” y emplear en su lugar “REMISIÓN” por su amplio uso y reconocimiento en el ámbito local.

- *Cuando tiene que ir a un/a especialista, ¿ese CENTRO DE SALUD lo tiene que REMITIR con una HOJA DE REMISIÓN?*

En el segmento G, la pregunta G2 fue fuente de discusión para ambos grupos, quienes reconocieron que el término “PAPANICOLAU” no es ampliamente reconocido y difícilmente se asocia con lo que desea evaluar la pregunta. Ambos grupos recomendaron aclarar el término usando en su lugar “CITOLOGIA”, el cual es más utilizado y reconocido por personas de la comunidad. El resto de las preguntas en este segmento resultaron ser claras para el panel de expertos, sin embargo, para la comunidad, las preguntas G1 y G25 sugerían el uso de términos más frecuentes en su entorno y se generó un debate sobre el uso de términos que no se pueden discriminar con facilidad en la población general, como “VIH /SIDA”. Los ítems de este segmento quedan de la siguiente manera:

- G1 Vacunaciones (aplicación de vacunas).
- G2 Examen para detectar cáncer de cuello de útero (CITOLOGÍA).
- G7 Examen de la vista (VISIÓN).
- G25 Diagnóstico de VIH/SIDA mediante test o (prueba rápida).

Otro punto en el que hubo concordancia fue en la pregunta K6, donde la discusión se presentó frente a cómo son reconocidos los pueblos originarios en las diferentes ciudades y por los diferentes actores. Ambos grupos participantes coinciden en que el término “*originarios*” no es utilizado en el contexto local y se deben acoger los términos ampliamente reconocidos como “*pueblos indígenas*”, o aquellos que reflejen la diversidad étnica del medio como “*etnias*” o “*pueblos étnicos*”. Finalmente, la pregunta se ajustó de la siguiente manera:

- *¿Le recomendaría el CENTRO DE SALUD a personas de comunidades indígenas o grupos étnicos?*

En el segmento N, para las y los trabajadores de la salud y las y los participantes de la comunidad, el término de identidad sexogenérica es confuso, ya que involucra diferentes definiciones y no toda la población está ampliamente familiarizada con sus diferencias. Por ende, se recomendó incluir variables que indaguen sobre identidad de género y sexo por separado o que se simplifique dejando solo la variable de sexo, por su amplio uso en la población en general. De acuerdo con estas recomendaciones, y la discusión llevada a cabo con el grupo IA-PCAT, se ajustó este ítem inicialmente a la versión que aparece en el lado izquierdo y, la versión final, que incorpora lo indicado en la Resolución 866 de 2021, aparece en el lado derecho.

#### **Prueba Piloto**

- N3 ¿Cuál es su sexo?
  - Mujer
  - Hombre
  - Indeterminado
- N3a ¿Cuál es su género?
  - Femenino
  - Masculino
  - Intersexual
  - Intersexual con características dominantes masculinas
  - Intersexual con características dominantes femeninas
  - Otra

#### **Ajuste final acorde a resolución 866 de 2021**

- N3 ¿Cuál es su sexo?
  - Hombre
  - Mujer
  - Indeterminado/Intersexual
- N3a ¿Cuál es su género?
  - Masculino
  - Femenino
  - Transgénero
  - Neutro
  - No lo declara

Finalmente, para el segmento L, tanto expertos como comunidad, plantean la discusión sobre los términos que se utilizan para realizar diferentes tipos de pagos en el Sistema Nacional de Seguridad Social, por lo que valdría la pena aclararlo. De la misma manera, concuerda en la pregunta L11 que el término “*reintegre*” no es ampliamente

usado por la población en general. Por este motivo, se recomienda hacer una aclaración que involucre términos más reconocidos en el vocabulario local.

En la prueba piloto se expresaron comentarios acerca de si se referían a cuotas moderadoras y copagos, por lo que finalmente se ajustó de la siguiente manera en el cuestionario entregado al MSPS:

- *L10a Cuando usted hace una consulta médica en este CENTRO DE SALUD, ¿paga una cuota moderadora o copago?*
  - Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Nunca
  - No sabe/no recuerda
  
- *L10b Cuando usted hace una consulta médica en este CENTRO DE SALUD, ¿además de la cuota moderadora o copago, debe pagar de su bolsillo algo adicional?*
  - Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Nunca
  - No sabe/no recuerda

## 9.2 RESULTADOS PASO 2

El software desarrollado permite la captura de cuatro cuestionarios IA-PCAT (AE, CE, PE y FE). Con estos formularios se puede encuestar a: pacientes adultos/as, jóvenes/niños/as; profesionales de la salud y proveedores, para evaluar las funciones y atributos de la APS, a partir de la generación de los siguientes tipos de información:

- Estadísticas básicas descriptivas directamente desde el aplicativo.
- Gráficos de barra.
- Hojas de Excel que permiten hacer los cálculos estadísticos relevantes para análisis más detallados (la herramienta permite exportar datos solo las respuestas o con cálculos de acuerdo con los instructivos de las herramientas PCAT).

Esta información permite hacer un análisis general a nivel municipal y de EPS y generar estadísticas descriptivas y gráficas de barra para el conjunto de preguntas A1, A2, A3 y A4, las cuales que describen la afiliación al centro referente. Las estadísticas descriptivas respecto a cada una de las secciones relacionadas con las funciones de la APS (secciones B a la K) muestran puntajes con base en una escala de 10.

Las estadísticas descriptivas para el resto de las preguntas de la sección A y de las secciones L, M y N se pueden ver en total de los registros y se pueden desagregar por municipios y por EPS (para los cuestionarios AE y CE), y por IPS y por área rural y urbana, con lo que se completó el pilotaje del aplicativo web. Las capturas de los cuestionarios se pueden ver en el *Manual del Usuario*.

## 9.3 RESULTADOS PASO 3

En cuanto a la validación de la consistencia interna y fiabilidad de los cuatro cuestionarios se obtuvieron los siguientes resultados:

### Cuestionario IA-PCAT-AE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que nueve de las diez dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach<sup>9</sup> superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. Con respecto a la dimensión “B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN”, esta estuvo por debajo de este valor. Al unir la con “C. PRIMER CONTACTO – ACCESIBILIDAD”, por ser categorías de primer contacto, se establece una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.819). A nivel global, se cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.957) (ver Tabla 10).

**Tabla 10. Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-AE**

Nombre	Ítems	# Ítems	Alpha Cronbach	Unif
Global	B1 B2 B3 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 I1 I2 I3 I4 J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24 K1 K2 K3 K6 K7	96	0.957	
B. Primer Contacto – Utilización	B1 B2 B3	3	0.402	0.819
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13	13	0.847	
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15	15	0.856	
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13	8	0.726	
F. Atención Continua – Sistemas de Información	F1 F2 F3 F8 F9 F10	6	0.82	

<sup>9</sup> El coeficiente alfa de Cronbach permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala si se cumplen dos requisitos: a) debe estar formada por un conjunto de ítems, cuyas puntuaciones se suman para calcular una puntuación global, y b) todas las puntuaciones de los ítems deben medir en la misma dirección (Ramada-Rodilla JM et al 2013). El método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente (Frias-Navarro, D. 2021). En general se considera que un puntaje arriba de 0.7 nos da una buena fiabilidad y consistencia interna.



Nombre	Ítems	# Ítems	Alpha Cronbach	Unif
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G20 G21 G22 G23 G24 G25	20	0.895	
H. Atención Integral – Consejería y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15	13	0.908	
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4	4	0.831	
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24	9	0.916	
K. Idoneidad Cultural	K1 K2 K3 K6 K7	5	0,876	

**Fuente:** Elaboración propia

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

### Cuestionario IA-PCAT-CE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que nueve de las diez dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. Con respecto a la dimensión “B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN”, esta estuvo por debajo de este valor. Al unirla con “C. PRIMER CONTACTO – ACCESIBILIDAD”, por ser categorías de primer contacto, se establece una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach=0.842). A nivel global cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.962) (ver Tabla 11).

**Tabla 11. Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-CE**

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach	Unif
Global	B1 B2 B3 B4 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F8 F9 F10 G1 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G11 G12 G13 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H6 H7 H8 H10 H11 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24 K1 K2 K3 K6 K7	92	0.962	
B. Primer Contacto – Utilización	B1 B2 B3 B4	4	0.297	0.842
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13	13	0.864	

Nombre	Ítems	Ítems	Alpha Cronbach	Unif
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15	15	0.788	
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E7 E8 E9 E10 E11 E12 E13	8	0.727	
F. Atención Continua – Sistemas de Información	F1 F2 F3 F8 F9 F10	6	0.819	
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G11 G12 G13 G20 G21 G22 G23 G24 G25	16	0.893	
H. Atención Integral – Consejería y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H6 H7 H8 H10 H11 H16 H17 H18	12	0.929	
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4	4	0.828	
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J13 J14 J17 J22 J23 J24	9	0.918	
K. Idoneidad Cultural	K1 K2 K3 K6 K7	5	0.892	

**Fuente:** Elaboración propia

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

### Cuestionario IA-PCAT-FE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que las 9 dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. A nivel global, cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.976) (ver Tabla 12).

**Tabla 12. Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-FE**

Nombre	Ítems	# Ítems	Alpha Cronbach
Global	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18 J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9	138	0.976

Nombre	Ítems	# Ítems	Alpha Cronbach
	J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14		
B. Primer Contacto – Utilización	Categoría no incluido en el cuestionario FE		
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13	10	0.849
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14	14	0.867
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13	7	0.849
F. Atención Continua – Sistemas de Información	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10	10	0.894
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25	25	0.945
H. Atención Integral – Consejería y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18	17	0.957
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18	17	0.967
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26	26	0.969
K. Idoneidad Cultural	K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	12	0.913

**Fuente:** Elaboración propia

### Correlación Ítem-total

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

### Cuestionario PCAT-PE

Al determinar la consistencia interna, se encontró que las 9 dimensiones están por encima de un Alpha de Cronbach superior a 0.7, lo que indica una consistencia interna buena. A nivel global, cumple con lo establecido (Alpha de Cronbach=0.985) (ver Tabla I3).

**Tabla 13. Consistencia internacuestionarios IA-PCAT-PE**

Nombre	Ítems	# Ítems	Alpha Cronbach
Global	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25 H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18 I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18 J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	138	0.985
B. Primer Contacto – Utilización	Categoría no incluida en el cuestionario PE	/	/
C. Primer Contacto – Accesibilidad	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C13	10	0.872
D. Atención Longitudinal	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14	14	0.914
E. Atención Continua – Coordinación	E1 E8 E9 E10 E11 E12 E13	7	0.8887
F. Atención Continua – Sistemas de Información	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10	10	0.88
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12 G13 G14 G15 G16 G17 G18 G19 G20 G21 G22 G23 G24 G25	25	0.955
H. Atención Integral – Consejería y Anticipación	H1 H2 H3 H4 H5 H6 H7 H8 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18	17	0.959
I. Enfoque Familiar	I1 I2 I3 I4 I5 I6 I7 I8 I9 I10 I11 I12 I13 I15 I16 I17 I18	17	0.976
J. Orientación Comunitaria	J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7 J8 J9 J10 J11 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J19 J20 J21 J22 J23 J24 J25 J26	26	0.954
K. Idoneidad Cultural	K2 K3 K4 K5 K6 K7 K9 K10 K11 K12 K13 K14	12	0.914

**Fuente:** Elaboración propia

### Correlación ítem-total

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

En resumen, la validez cumplió con los criterios necesarios. Primero, se realizó una validez inicial (algunos autores la denominan validación de “face”), que constaba de determinar la claridad del documento con los diferentes actores de la población objetivo. Posterior a ello, se validó la consistencia y fiabilidad mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach (tomando como criterio aceptable valores mayores al 0.5 y bueno valores superiores al 0.7), y se determinó por ítem su aporte a los cuestionarios con el estadístico ítem-total (considerado un valor de correlación menor de 0.3 como un ítem a evaluar, para el análisis factorial). Para el caso del análisis factorial (algunos autores lo denominan validez de constructo), se utilizó el método factorial exploratorio adecuado para su análisis inicial. Después de evaluar los cuatro cuestionarios con el Alpha de Cronbach, se pudo concluir que los cuatro están validados para su aplicación en Colombia y quedan a disponibilidad del MSPS.

## 9.4 RESULTADOS PASO 4 (DISCUSIÓN)

### 9.4.1 ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE PCAT EN COLOMBIA

Existe evidencia sobre los intentos de evaluación del cumplimiento de los atributos de la APS en Colombia a través de los cuestionarios PCAT en diferentes contextos. Tal es el caso de Vega-Romero et al. (2009), quienes evaluaron el desempeño de la red del Hospital de Suba – Segundo Nivel, y la experiencia documentada por Rodríguez-Villamizar et al. (2013), quienes evaluaron el desempeño de los servicios de salud en seis municipios de Santander. Sin embargo, para estas experiencias se utilizaron los cuestionarios en sus versiones validadas para Brasil.

En 2017, Giraldo-Osorio et al. (2017), a través de la colaboración internacional IA-PCAT, realizaron la adaptación transcultural con equivalencia semántica, práctica y cultural de los cuestionarios PCAT AE y CE en dos ciudades del país en una muestra de 16 personas en total. Por ende, para el ajuste final previo a la etapa de evaluación de validez interna y fiabilidad para estos cuestionarios, fue necesario realizar la validez de contenido con una muestra que involucrara profesionales de la salud y personas de la comunidad de diferentes ciudades del país.

Con respecto a los cuestionarios en IA-PCAT PE y FE, Giraldo Osorio et al. (2018) realizaron el proceso de adaptación transcultural y validación de contenido. En el presente proyecto se realizaron cambios a partir de sugerencias realizadas por el MSPS, estos fueron resultado de la adaptación al contexto y la normatividad del sistema de salud en Colombia. Este ejercicio de validación de contenido y trabajo conjunto con el MSPS permite contar con herramientas de valoración de la APS adaptados a la población y al sistema de salud colombiano.

Con los cuestionarios ajustados ya en el aplicativo web, se recolectó la muestra para la evaluación de la validez, consistencia interna y fiabilidad de los cuatro cuestionarios. En esta fase se encontró que su validez y fiabilidad fueron adecuadas para todos los ítems, tal como en otras experiencias llevadas a cabo en países como Argentina (Oliveira et al., 2013), Chile (Fuentes- García, 2019), entre otros. Con esto se concluye que los cuatro cuestionarios IA- PCAT (AE, CE, PE Y FE) están adaptados y validados para Colombia.

Por otra parte, con la información generada por el aplicativo a partir de la recolección de la información en los cuatro instrumentos, se obtuvieron diferentes resultados de la prueba piloto de los cuestionarios. A continuación, se presentan tres resultados que exponen la evaluación del cumplimiento de las funciones de la APS desde diferentes perspectivas. En el primero, se compara la percepción de la fuerza de afiliación entre los diferentes tipos de usuarios/as (ver Tabla 14); en el segundo, se comparan los resultados de cada dimensión en las diferentes ciudades (ver Tabla 15); y, en el tercer resultado, se comparan los resultados de cada dimensión para cada perfil (ver Tabla 16). Estos son solo tres ejemplos del grueso de información que se puede obtener con información

recolectada. Para más detalles de los resultados obtenidos en la prueba piloto, ver *Entregable 3 Proceso de Pilotaje de la herramienta PCAT*.

En cuanto a la fuerza de afiliación, se encontró que más del 60% de la población encuestada, tanto adulta como menores, percibe este parámetro como muy fuerte. Esto resulta relevante, ya que, a pesar de no existir un marco operativo para seguir el proceso de adscripción, este valor nos da una medida indirecta de que, cerca del 68% de la comunidad que respondió a los cuestionarios AE como CE en esta prueba piloto, percibe que está afiliada o adscrita a un centro de atención que tiene como referente.

**Tabla 14. Fuerza de afiliación en la prueba piloto cuestionarios IA-PCAT AE y CE**

Fuerza de afiliación	IA-PCAT-AE		IA-PCAT-CE	
	Frecuencia	Porcentajes	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	18	6.5	16	5.7
Débil	29	10.4	30	10.7
Fuerte	43	15.4	43	15.4
Muy fuerte	189	67.7	191	68.2
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100</b>	<b>280</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 15. Comparación de puntajes por dimensión entre ciudades**

Función APS evaluada	Ciudad 1	Ciudad 2	Ciudad 3	Ciudad 4	Ciudad 5	Ciudad 6	Total
B. Primer Contacto – Utilización	9.4	9.93	9.9	9.86	8.97	9.95	9.67
C. Primer Contacto – Accesibilidad	6.92	7.25	4.13	5.82	6.74	4.41	5.87
D. Atención Longitudinal	7.07	8.14	6.19	4.68	5.45	5.24	6.12
E. Atención Continua – Coordinación	1.32	5.35	6.86	1.54	3.51	6.01	4.11
F. Atención Continua – Sistemas De Información	9.3	9.86	9.7	8.75	7.81	9.66	9.18
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	7	7.99	7.02	7.12	7.36	7.17	7.28
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	5.33	8.21	6.31	5.19	6.01	5.37	6.07
I. Enfoque Familiar	6.54	9.25	6.93	3.84	5.24	7.61	6.56
J. Orientación Comunitaria	4.37	7.59	6.15	4.21	5.11	3.45	5.15
K. Idoneidad Cultural	9.48	9.13	9	6.51	7.49	9.2	8.46

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 16. Comparación de puntajes promedio entre los cuatro cuestionarios**

<b>Función APS evaluada</b>	<b>AE</b>	<b>CE</b>	<b>PE</b>	<b>FE</b>
B. Primer Contacto – Utilización	9.67	9.68	NA	NA
C. Primer Contacto – Accesibilidad	5.87	5.92	6.9	7.41
D. Atención Longitudinal	6.12	6.11	7.1	6.92
E. Atención Continua – Coordinación	4.11	3.52	7.1	7.17
F. Atención Continua – Sistemas De Información	9.18	9.24	8	8.08
G. Atención Integral - Prestaciones Disponibles	7.28	6.24	7.1	7.35
H. Atención Integral – Consejería Y Anticipación	6.07	5.51	7.9	7.57
I. Enfoque Familiar	6.56	6.88	7.7	7.24
J. Orientación Comunitaria	5.15	4.88	6.9	7.31
K. Idoneidad Cultural	8.46	10	6.4	5.61

**Fuente:** Elaboración propia

Para futuras comparaciones, debe tenerse en cuenta que estos datos fueron sacados con base 10, mientras en la literatura se encuentran resultados con base 4, base 5, base 8, base 10 y base 100.

## 9.4.2 USO DE PCAT EN LA EVALUACIÓN DE LA APS

Desde la promulgación de la APS en 1978, la OMS ha buscado identificar, registrar y documentar los logros, retos y enseñanzas que dejan las diferentes experiencias en el mundo respecto a la implementación de la APS. Uno de esos momentos se dio en 2008, año en el que se publicó en el *Informe mundial sobre la salud en el mundo 2008: Atención primaria más necesaria que nunca*, en el que indica que existen cada vez más sistemas de puntuación, clasificaciones y otros métodos de evaluación de la acción pública utilizados a nivel nacional y mundial. Se destacan los avances en la Comunidad Económica Europea en esquemas para realizar análisis de impacto. En estos se recogen preguntas dirigidas a la salud pública y seguridad y al acceso a la protección social, la salud y la educación, y efectos sobre los sistemas correspondientes (OMS, 2008). Sin embargo, en el informe no se propone un esquema de evaluación que se pueda adoptar en varios países para tener parámetros comparables de seguimiento.

El Banco Mundial, en colaboración con la Fundación Bill y Melinda Gates, la OMS y otras instituciones, inició en 2015 un trabajo con el fin de acelerar el progreso hacia el logro del objetivo de la cobertura universal en salud y de los indicadores de los objetivos del desarrollo sostenible relacionados con salud. En este proyecto, denominado *Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria* (PHCPI, por sus siglas en inglés), se desarrolló un esquema que clasifica y selecciona indicadores que se pueden aplicar a países con bajos y medianos ingresos. Estos indicadores permiten hacer el seguimiento de las iniciativas de la APS a través de una medición de la calidad más integral y procesable. Permiten, además, obtener la información necesaria para señalar debilidades, identificar fortalezas y facilitar la realización de reformas dirigidas a mejorar el desempeño de la APS.

Se han realizado varios desarrollos para evaluar la APS. El primero es un marco conceptual más amplio para evaluar la prestación de servicios en salud. El segundo es el desarrollo de dos conjuntos de indicadores denominados “*signos vitales*” e “*indicadores de diagnóstico*”, que reflejan las principales dimensiones del marco conceptual, un conjunto de índices que permita comparar entre países y la cuarta paneles nacionales de desempeño que generan información para los decisores políticos (Veillard et al., 2017). Los dominios que se definieron esta experiencia se listan a continuación se muestra en la tabla 17.

**Tabla 17. Dominios definidos por el Banco Mundial**

A. Determinantes del sistema	B. Entradas	C. Prestación de servicios	D. Salidas	E. Resultados
<p><b>A1. Liderazgo de gobierno</b>  A1a. Políticas de atención primaria de salud  A1b. Infraestructura de gestión de calidad  A1c. Responsabilidad social</p> <p><b>A2. Financiamiento de la salud Gasto en APS per cápita</b>  A2a. Sistema de pago  A2b. Gasto en atención primaria de salud  A2c. Cobertura financiera</p>	<p><b>B1. Medicamentos y suministros</b>  <b>B2. Infraestructura de las instalaciones</b>  <b>B3. Sistemas de información</b>  <b>B4. Fuerza laboral</b>  <b>B5. Fondos</b></p>	<p><b>C1. Gestión de la salud de la población</b>  C1a. Establecimiento de prioridades locales  C1b. Participación de la comunidad  C1c. Designación de la comunidad a un proveedor  C1d. Atención proactiva de la población</p> <p><b>C2. Organización y gestión de la capacidad instalada</b>  C2a. Organización de cuidados basada en equipos  C2b. Capacidad de gestión y liderazgo de la infraestructura y recursos.  C2c. Uso del sistema de información  C2d. Medición y gestión del desempeño</p> <p><b>C3. Acceso</b>  C3a. Financiero  C3b. Geográfico  C3c. Líneas de tiempo</p> <p><b>C4. Disponibilidad de servicios efectivos de APS</b>  C4a. Disponibilidad del proveedor  C4b. Competencia del proveedor  C4c. Motivación del proveedor  C4d. Respeto y confianza entre paciente y proveedor  C4e. Seguridad</p> <p><b>C5. APS de alta calidad</b>  C5a. Accesibilidad de primer contacto  C5b. Continuidad  C5c. Integralidad  C5d. Coordinación  C5e. Centrado en las personas</p>	<p>D1. Cobertura de servicio efectiva  D1a. Promoción de la salud  D1b. Prevención de la enfermedad  D1c. Intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH)  D1d. Enfermedades de la infancia  D1e. Enfermedades infecciosas  D1f. Enfermedades no transmisibles y salud mental  D1g. Cuidados paliativos</p>	<p><b>E1. Mejoría del estado de salud</b>  <b>E2. Responsabilidad</b>  <b>E3. Equidad</b></p>

**Fuente:** Tomado y adaptado de Veillard et al., 2017 y OMS & UNICEF, 2022



Este esquema de valoración ha sido seguido en Colombia (Banco Mundial, *PHCPI*, 2020a, 2020b) y se ha promovido para que otros Estados Miembros de la OMS, de conformidad con la resolución WHA 72.2 sobre APS, sigan estos esquemas para evaluar, rastrear y monitorear el desempeño de la APS. De esta manera, los Estados trabajan para acelerar el progreso hacia la cobertura universal en salud y cumplir las metas en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS & UNICEF, 2022).

Dentro de este esquema, los cuestionarios de la PCAT aportan información acerca de la prestación de servicios en el contexto de la APS, sobre todo respecto a la atención primaria de alta calidad, el acceso y la disponibilidad de servicio efectivos, y la generación de datos que permiten reflexionar acerca de cómo los otros dominios están afectando la perspectiva de las y los usuarios de servicios de salud y las y los profesionales trabajadores de la salud.

### 9.4.3 EXPERIENCIAS Y APORTES QUE BRINDA LAS HERRAMIENTAS PCAT PARA LA EVALUACIÓN DE LA APS

Como se ha expuesto en otros apartados de este informe, la herramienta PCAT es un instrumento que permite valorar las funciones esenciales y secundarias de la atención primaria, validada en sus diferentes versiones en múltiples contextos a nivel internacional con adecuadas propiedades psicométricas lo que la provee de compatibilidad internacional (D'Avila et al., 2017). Son diversos los aportes que brinda este instrumento a la evaluación de la atención primaria y van desde determinar las debilidades y fortalezas de la APS, la comparación entre diferentes centros de atención, su desempeño a través de los procesos de reforma de la estrategia de APS, hasta la evaluación frente diferentes modelos de atención, como aquellos basados en la comparación con modelos tradicionales de atención, entre otros (D'Avila et al., 2017; Pasarín-Rua, 2015). A continuación, se exponen algunas experiencias reportadas en los últimos años que evidencian los diferentes análisis que se pueden realizar a partir de la información obtenida con los cuestionarios y que se pueden potenciar al correlacionar con otras fuentes de información.

Como se expuso previamente, estos instrumentos permiten realizar una evaluación de las experiencias en la atención primaria bajo diferentes modelos. Por ejemplo, Macinko & Mullachery (2022) exploraron las experiencias entre adultos con diferentes coberturas en Brasil a través de la aplicación de PCAT en una submuestra tomada de los participantes en la encuestas nacional de salud 2019. La evaluación general de la atención primaria obtuvo una puntuación moderada con un promedio de 57/100 y una variación importante entre los diferentes ítems evaluados. Por ejemplo, la calificación más baja la obtuvo el dominio de acceso con un puntaje de 55, en tanto que la coordinación y la longitudinalidad obtuvieron los puntajes más altos, 71.

Dentro de este mismo estudio, al comparar por esquemas de cobertura, las y los usuarios del esquema de salud familiar tuvieron experiencias de atención primaria con mejores puntajes en comparación a las y los atendidos en planes privados o en el sistema público tradicional (Macinko & Mullachery, 2022). Otro aspecto llamativo de este estudio fue que, a partir del subanálisis, encontraron que las personas con alguna condición crónica o multimorbilidad obtuvieron puntuaciones más altas en comparación con aquellos que no. Esta información resulta relevante, ya que permite valorar las experiencias de personas con multimorbilidad y correlacionarlas con diferentes aspectos, como la carga del tratamiento tal como lo expone Hu et al. (2022). Este último ejemplo aporta un uso que puede ser aplicado en Colombia para la atención de enfermedades no transmisibles.

Dentro de los potenciales análisis se encuentran también ejercicios de comparación por distribución geográfica de los centros donde se atienden a las y los usuarios. Shi et al. (2020), a través de un estudio de muestreo por

etapas múltiples, escogieron cuatro centros de salud comunitarios (urbanos, suburbanos y rurales) para evaluar las experiencias de las y los usuarios y comparar con diferentes regiones de Shanghái. Esto debido a la gran diferencia tanto en recursos económicos como de atención en salud. Dentro de los datos relevantes, se encontró una evaluación general de la atención primaria de alta calidad. Para comparar por áreas, se aplicó un análisis de covarianza y posterior regresión lineal multivariada. Esto permitió evaluar la calidad de la atención primaria versus el tipo de centro. Con este ejercicio, se pudo determinar que los centros suburbanos reportaron mejores puntajes en los dominios de primer contacto, atención continua, coordinación, atención integral, orientación comunitaria y competencia cultural, mientras que el dominio de atención continua-sistemas de información fue mejor puntuado en zonas urbanas.

Otro ejercicio de análisis es el que se puede realizar en la implementación de modelos a través del tiempo, como lo muestra Moe et al. (2019), quienes, a través de un estudio longitudinal, evaluaron la experiencia de las y los usuarios atendidos en la red de atención primaria de WestView al implementar el modelo de equipos colaborativos y su desempeño a entre los años 2007, 2010, 2013 y 2016. Dentro de los resultados obtenidos, se destaca que, tanto en la evaluación global, como en la mayoría de los dominios, la APS obtuvo puntaje superior a 3, adquiriendo una calificación de alta calidad. Los dominios con mayor puntaje fueron el ítem de afiliación con un puntaje de 3.92 y el ítem primer contacto-utilización con un puntaje de 3,8. Dentro de los dominios que tuvieron un puntaje menor de 3, se destacó primer contacto – acceso 2.15, con evidencia de mejora entre 2007 a 2016, pero aún por debajo del umbral 2.41. Esta experiencia muestra como con los datos obtenidos a través de PCAT se puede hacer seguimiento en el tiempo a diferentes modelos e implementar planes de mejora en las áreas que se perciban débiles.

Como se mencionó en antecedentes García-Ruiz et al. (2011), aplicaron este instrumento, discriminando población migrante en España, como una experiencia que permite comparar este tipo de poblaciones con otras. Aplicaron los cuestionarios FE (función administrativa) y compararon con otros indicadores de seguimiento de población migrante en ese país, concluyendo que la información que tienen los gerentes de equipos de APS sobre los indicadores socioeconómicos analizados tienen un nivel de calidad aceptable y por ello son válidos para ser utilizados en análisis posteriores.

## 10. LECCIONES APRENDIDAS DEL PROCESO

- Existen diferentes procesos administrativos en cada una de las IPS, lo que conlleva a que los tiempos de aval o acceso a la información requieran estrategias diferenciadas y adaptadas.
- Dados los tiempos administrativos de las diferentes instituciones, es importante contemplar tiempos de ejecución más amplios para las diferentes fases de los proyectos que permitan sortear posibles contingencias.
- En la literatura se estima que los tiempos de aplicación de los cuestionarios es de alrededor de 30 minutos. Sin embargo, estos tiempos pueden variar de acuerdo con la curva de aprendizaje del uso de los cuestionarios. En el caso de este proyecto, en donde se involucra una herramienta sistematizada, el dominio de dispositivos tecnológicos por parte de quien aplica o responde la encuesta impactó en los tiempos de aplicación. En esta experiencia, los tiempos variaron desde los 25 minutos a los 45 minutos en los cuestionarios AE y CE, y entre 15 minutos y 40 minutos para los cuestionarios PE y FE.

- El aplicativo permite recoger directamente la información, lo que ahorra tiempos en la recolección de datos y en el análisis de la información. Esto facilita la utilización de la herramienta PCAT en los escenarios que se considere necesarios.
- Para lograr la participación, tanto de la población, como del talento humano en salud, es indispensable sensibilizarlos sobre los beneficios de este tipo de ejercicios y aplicar estrategias de relacionamiento, como recordatorios, para aumentar la participación de la población objetivo.
- En proyectos con entregables de aplicativos para el MSPS es necesario conocer y cumplir con los requerimientos de infraestructura digital requeridos por la OTIC de esta entidad para tenerlos en cuenta en el desarrollo de plataforma. Idealmente, se deberían conocer antes de iniciar el proyecto.
- Es importante que el MSPS brinde lineamientos claros para definir herramientas de uso nacional que fortalezcan la toma de decisiones en salud.

## II. RECOMENDACIONES

### II.1 PARA EL PROCESO DE GESTIÓN

Se recomienda socializar los resultados del proceso de adaptación y validación de los cuestionarios. Estos espacios pueden convertirse en un canal de difusión para que se masifique el uso de la herramienta.

Para aplicar los cuestionarios es importante que el equipo encuestador esté capacitado, no solo en el contenido de los cuestionarios, sino también sobre el rol que desempeñan y en las diferentes acciones que pueden tomar ante las diferentes situaciones que se puedan presentar durante la aplicación de los cuestionarios.

Si hay una sensibilización de la IPS desde sus directivos para incentivar a los profesionales, el aplicativo web permite tener una gran cantidad de encuestas en muy poco tiempo.

### II.2 PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Sensibilizar a las y los trabajadores de la salud sobre la importancia de este tipo de evaluaciones y lograr tener espacios para diligenciar los cuestionarios y discutir los resultados. Estos espacios específicos permitirían la apropiación de los aportes a la solución en los planes de mejoramiento.

### II.3 PARA TOMADORES DE DECISIONES

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

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

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

## 12. LOGROS E IMPLICACIONES

Son múltiples los logros e implicaciones de esta intervención:

- Se realizó la adaptación y validación al contexto colombiano de los cuestionarios IA-PCAT AE, CE, FE.
- El uso de los cuestionarios adaptados provee herramientas con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar el desarrollo de la APS en el contexto colombiano.
- Es importante destacar que, al tener cuatro herramientas que recogen la información desde cuatro visiones diferentes, se realiza una evaluación mucho más completa, lo que permite mitigar el sesgo que puede dar evaluar una sola perspectiva.
- Se desarrolló un aplicativo que permite la recolección de los datos y entrega el cálculo del puntaje por cada dimensión y la fuerza de afiliación, lo que facilita el proceso de recolección y procesamiento de los datos.
- Se generan bases de datos en Excel que permiten hacer análisis de la información más profundos. Se puede incluso llegar a individualizar preguntas.
- Este proceso se inició con la selección de la herramienta desde el MSPS y continuará con la puesta en práctica a nivel nacional.

## 13. IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO E INCLUSIÓN SOCIAL

Durante la validación de contenido participaron predominantemente mujeres y se contó con la participación de población migrante<sup>10</sup> y población indígena. En las reuniones de co-creación entre el MSPS y Comunidades Saludables, con la intención de que el instrumento fuera lo más inclusivo posible, se determinó la inclusión de las encuestas variables como etnia, género y procedencia.

---

<sup>10</sup> En la prueba piloto, alrededor de un 4% de las personas que diligenciaron la encuesta pertenecían a la población migrante.

## 14. SOSTENIBILIDAD

La *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 -2030* (OPS & OMS, 2018) contempla dentro de sus metas fortalecer los sistemas de información para la salud para apoyar los procesos de evaluación de desempeño de los sistemas de salud y hacer seguimiento al cumplimiento de sus objetivos.

Para que las herramientas de APS fortalezcan la capacidad de análisis para la toma de decisiones y formulación de políticas en salud, el presente Actividad entrega cuatro cuestionarios (IA- PCAT AE, CE, FE y PE) adaptados y validados para Colombia, herramientas que permite evaluar el cumplimiento de las funciones de la APS en el país. Lo hacen a través de un aplicativo sistematizado que recoge la información de los cuatro cuestionarios de forma sistemática y estandarizada que garantiza la disponibilidad de los datos de forma fiable y perdurable en tiempo, con posibilidades de confrontar la información obtenida con otras fuentes de información. La DPSAP del MSPS expresó su interés en utilizar la herramienta como parte de la evaluación del desempeño de la APS para ponerla a disposición de los actores interesados a nivel nacional y local.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C. V., & Osorio, A. G. (2015). Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. *Enfermería Global*, 328–341. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436016>
- Banco Mundial, & phcpi. (2020a). Colombia Perfil de signos vitales de la atención primaria de salud. [http://www.who.int/gho/health\\_equity/report\\_2015/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/)
- Banco Mundial, & phcpi. (2020b). Evaluación del perfil de signos vitales de Atención primaria en Salud para Colombia. World Bank, Washington, DC. © World Bank <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35021> License: CC BY 3.0 IGO.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 167–175.
- Berra, S. (2012). El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud: adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fciess.webs.fcm.unc.edu.ar%2Ffiles%2F2012%2F05%2F2012\_FuncionesAPS\_AR-PCAT\_CIESS-UNC.pdf&clen=1397334
- Bruhn, J. G. (1999). Primary Care: America's Health in a New Era. *Family and Community Health*, 22(2), 99–101. <https://doi.org/10.1097/00003727-199907000-00013>.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.
- D'Avila, O. P., Pinto, L. F. da S., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2017). The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 855–865. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>
- Donabedian, A., & Fund, & C. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care (C. F. by H. Univ (ed.); primera). Harvard University Press.
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K., & Vanselow, N. A., & Institute of Medicine, (U.S.). (1996). Primary care: America's health in a new era (I. of M. National Academy Press. Committee on the future of Primare Care (ed.); primera). [https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=YqlpAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=Primary+care:+America's+health+in+a+new+era&ots=D\\_BqtxWfVWN&sig=GE5GVRVQfjkA7mSG6c8TIdpC-Sw&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=YqlpAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=Primary+care:+America's+health+in+a+new+era&ots=D_BqtxWfVWN&sig=GE5GVRVQfjkA7mSG6c8TIdpC-Sw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Frías-Navarro, D. (2021). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia.
- Fuentes- Garcia, A. (2019). Guia PCAT Chile final. <https://www.researchgate.net/publication/336441884>
- García-Ruiz, M., Pasarín Rúa, M. I., Berra, S., & Daban Aguilar, F. (2011). [Are the directors of primary care quality information teams aware of the socioeconomic characteristics of their allocated population?]. *Atencion Primaria*, 43(9), 509–510. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.015>

- Giraldo Osorio, A., Vélez-Álvarez, C., Berra, S., & Perdomo Rubio, A. (2020). Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática TT - Quality of the instruments that value the functions of primary health: a systematic review TT - Qualidade dos instrumentos que valoram as funções da. *Hacia Promoc. Salud*, 25(1), 109–129.  
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25\(1\)\\_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25(1)_8.pdf)
- Giraldo Osorio, A., Vélez-Álvarez, C., Pasarín, M. I., Ponzo, J., & Berra, S. (2018). Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 101–112.  
<https://doi.org/10.22463/17949831.1405>
- Giraldo-Osorio, A., Vélez-Álvarez, C., Ponzo, J., Pasarín, I., & Berr, S. (2017). International collaborative process for adaptation of PCAT questionnaires to the Colombian context. *Revista de Salud Pública*, 19(5), 704–710.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n5.62106>
- Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R., & Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 308–313.
- Hu, X. J., Wang, H. H. X., Li, Y. T., Wu, X. Y., Wang, Y., Chen, J. H., Wang, J. J., Wong, S. Y. S., & Mercer, S. W. (2022). Healthcare needs, experiences and treatment burden in primary care patients with multimorbidity: An evaluation of process of care from patients' perspectives. *Health Expectations*, 25(1), 203–213.
- Ley 1438 (19 de enero de 2011), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n° 47 957
- Ley Estatutaria 1751 (16 de febrero de 2015), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n° 49 427.
- Ley 1753 de 2015. (9 de junio de 2015), Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” *Diario Oficial* N. 49538, Iso 19152, 1–283.  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1753\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html)
- Macinko, J., & Mullachery, P. H. (2022). Primary care experiences among Brazilian adults: Cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. *PLOS ONE*, 17(6), e0269686.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269686>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política De Atención Integral En Salud “Un CENTRO DE SALUD al servicio de la gente.” In *El sistema de seguridad social en salud*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FDE%2Fmodelo-pais-2016.pdf&clen=3296789
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019. "Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. In Ministerio de Salud y Protección Social (pp. 1–17).  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.” In *Resolución 3280* (pp. 1–348). Ministerio de Salud y la Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución)

No.3280de20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 2292 - 2021. Por la cual se establecen y actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) In Ministerio de Salud y Protección Social (Issue 1, pp. 1–139).
- Moe, G., Moe, J., & Bailey, A. (2019). Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. *Canadian Family Physician | Le Médecin de Famille Canadien*, 65, e515–e522. <https://www.cfp.ca/content/65/12/e515.short>
- Oliveira, de, Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Maria Celestina de Oliveira, M., Starfield, B., & Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. In *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 33, Issue 1).
- OMS. (2019). Examen de los 40 años de aplicación de la Atención primaria de Salud en los Países. In *Oficina de Evaluación de la OMS* (Issue 1). [https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report-spanish.pdf?sfvrsn=2627b565\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report-spanish.pdf?sfvrsn=2627b565_2)
- OPS/OMS. (2018). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>
- OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, Pub. L. No. Resolución cd44. r6, 1 (2003). <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
- Pasarín-Rua, I. M. (2015). *Evaluación de la Atención Primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT)*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pineda Restrepo, B., & Jerez Trujillo, A. (2014). Atención primaria en salud: avances y retos en Colombia. Informe Anual 2014. Colección Tendencias de la salud en Colombia. Asivamos en salud. [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe\\_anual\\_2014.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe_anual_2014.pdf)
- Ponzo, J., Berra, S., Giraldo-Osorio, A., Pasarín, M. I., Leyns, C., Vélez Álvarez, C., Soto, C., Molina, D., Fuentes-García, A., Hauser, L., Magne, J., Chicaiza, V., Torres, T., Mora, F. G., Terra, A., Harzheim, E., Ferre, P., Borja-Aburto, V., & Fuentes, M. (2018). Armonización iberoamericana de los instrumentos PCAT para la evaluación del primer nivel de atención. *Rev Panam Salud Publica.*, 42(e80), 1–3. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.80>
- Ponzo, J., Buglioli, M., Toledo, A., & Casinelli, M. (2011). Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*, 27(3), 187–189.
- Presidencia de la República de Colombia. (2022). Decreto 1599 de 2022. Por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto Departamento Administrativo de La Función Pública, 1, 1–9.
- Rodríguez Escobar, M. A. (2019). Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica. (M. A. Rodríguez Escobar (ed.); Primera). Editorial Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/3275>



- Rodríguez-Villamizar, L. A., Acosta-Ramírez, N., & Ruiz-Rodríguez, M. (2013). Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 167–179.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38073/44319>
- Sibthorpe, B., & Gardner, K. (2007). A conceptual framework for performance assessment in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(2), 96–103.
- Shi, J., Jin, H., Shi, L., Chen, C., Ge, X., Lu, Y., Zhang, H., Wang, Z., & Yu, D. (2020). The quality of primary care in community health centers: Comparison among urban, suburban and rural users in Shanghai, China. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01250-6>
- Starfield, B., & Asch, J. P. (2001). Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson S.A.
- Valderas, J. M., Ferrer, M., Mendivil, J., Garin, O., Rajmil, L., Herdman, M., Alonso, J., & Network, S. C. on "Patient-Reported O. of the I. (2008). Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. *Value in Health*, 11(4), 700–708.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00309>
- Vega, R. (2009). El papel de la atención primaria de salud en la transformación de los sistemas de salud. En Alcaldía Mayor de Bogotá (ed.). *Atención primaria integral de salud - estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana
- Vega-Romero, R., Collantes-Martínez, J., & Ramírez-Acosta, N. (2009). Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 165–190.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514071010>
- Veillard, J., Cowling, K., Bitton, A., Ratcliffe, H., Kimball, M., Barkley, S., Mercereau, L., Wong, E., Taylor, C., Hirschhorn, L. R., & Wang, H. (2017). Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 836–883.  
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12301>
- WHO & UNICEF. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>