



Percepción de afroperuanos sobre la atención primaria de salud en el primer nivel de atención

Perception of Afro-Peruvians on primary healthcare in the first level of attention

Pavel J. Contreras^{1,a}, Dayana Urday-Fernandez^{1,a,b}, Mario Izquierdo-Hernandez^{1,c}, Pamela R. Chacon-Uscamaita^{2,d}, María Sofia Cuba-Fuentes^{1,a,c}

¹ Centro de Investigación en Atención Primaria de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Carolina Health Informatics Program, University of North Carolina at Chapel Hill. North Carolina, Estados Unidos.

^a Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

^b Magíster en Gerencia Social.

^c Médico.

^d Cirujana dentista.

^e Doctora en Medicina.

Correspondencia

Pavel J. Contreras
pavel.contreras.c@upch.pe.

Recibido: 20/04/2024

Arbitrado por pares

Aprobado: 26/06/2024

Citar como: Contreras PJ, Urday-Fernandez D, Izquierdo-Hernandez M, Chacón-Uscamaita P, Cuba-Fuentes MS. Percepción de Afroperuanos sobre la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención. 2024;41(2):112-21. doi: 10.35663/amp.2024.412.3016

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



RESUMEN

Objetivo: describir la percepción del cumplimiento de los atributos de la atención primaria de la salud en la población afroperuana durante la pandemia de COVID-19. **Materiales y métodos:** estudio observacional y transversal, realizado en seis ciudades del Perú, incluyendo a adultos afroperuanos, seleccionados con muestreo intencional. Se aplicó una encuesta en línea utilizando el Primary Care Assessment Tool (PCAT), armonizada para contexto iberoamericano, la cual evalúa atributos de la atención primaria como accesibilidad de los servicios, continuidad de la atención, participación comunitaria e idoneidad cultural, evaluándose con análisis descriptivo. Además, se exploraron factores relacionados como características sociodemográficas y clínicas empleando pruebas de hipótesis. **Resultados:** la mayoría de los entrevistados percibió un menor cumplimiento de los atributos de la atención primaria (94,8%). En particular, la orientación comunitaria y la continuidad de la atención fueron áreas problemáticas, 92,3 y 92,1%, respectivamente. No se encontró una correlación significativa entre la percepción de cumplimiento de la atención primaria y los factores sociodemográficos y clínicos con excepción del antecedente de tener COVID-19, quienes perciben un menor cumplimiento de los atributos de la atención primaria de salud. La fiabilidad global del PCAT fue de 0,93 con alfa de Cronbach. **Conclusiones:** existe una percepción generalmente baja de los servicios de atención primaria en la población afroperuana. Se requieren investigaciones futuras para explorar las causas subyacentes de estas percepciones y se deben hacer esfuerzos para mejorar el cumplimiento de los atributos de la atención primaria que se perciben como insuficientes, especialmente la accesibilidad y la continuidad de la atención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Percepción; Servicios de Salud (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe perception of compliance with primary healthcare requisites in Afro-Peruvian population during the COVID-19 pandemic. **Materials and Methods:** This is an observational and cross-sectional study, which was performed in six Peruvian cities, which included adult Afro-Peruvian subjects who were selected using intentional sampling. An online survey was administered, using the Primary Care Assessment Tool (PCAT), which was harmonized for an Ibero-American context, assessing attributes of primary care, such as service accessibility, continuing care, community participation, and cultural suitability; and these characteristics were assessed using a descriptive analysis. Additionally, related factors, such as sociodemographic and clinical characteristics were assessed using hypothesis tests. **Results:** Most interviewed persons perceived compliance limitations with primary healthcare attributes (94.8%). Particularly, community participation and continued care were troublesome areas, reaching 92.3% and 92.1%, respectively. No significant correlation was found between compliance perception for primary healthcare and sociodemographic and clinical factors, with the exception of a history of having had COVID-19, in which less compliance with attributes of primary healthcare were also observed. Global reliability of PCAT was 0.93 using Cronbach alpha test. **Conclusions:** There is a generally low perception of primary healthcare services in Afro-Peruvian population. Further investigation is required for exploring the underlying causes for such perception, and efforts must be made for improving compliance with primary healthcare attributes that are perceived as insufficient, particularly accessibility and continued care.

Keywords: Primary Health Care; Perception; Health Services (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) constituye una estrategia fundamental para garantizar el acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud en poblaciones diversas ^[1]. La población afroperuana ha enfrentado históricamente, y sigue enfrentando, desigualdades en el acceso a la atención médica, marcados por barreras socioeconómicas, geográficas, y culturales. Estas barreras perpetúan la exclusión social y afectan negativamente su bienestar y desarrollo debido a la falta de acceso equitativo a recursos de salud, discriminación sistémica en el sistema de salud y limitaciones en la cobertura y calidad de los servicios médicos disponibles para esta comunidad. Esto se evidencia en algunos estudios como el del Centro de Desarrollo Étnico en 2014, que examinó 3101 hogares e identificó que más del 25% de jefes de hogares afroperuanos sufren de hipertensión arterial y que 41,6% sufre de dislipidemias, diabetes o enfermedad cardíaca; condiciones de salud desfavorables ^[2,3].

Si bien en la última década el Gobierno peruano ha implementado la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, denominada «Perú País saludable» para mejorar el alcance de los servicios de salud sobre la base del fortalecimiento del primer nivel de atención ^[4,5], la pandemia de COVID-19 podría haber afectado negativamente estas iniciativas a través de las medidas de emergencia establecidas y la saturación del sistema de salud. Esta situación pudo mantener o empeorar la inequidad en salud de la población afroperuana ^[5], lo que podría relacionarse con un desempeño negativo de la APS.

Cuba-Fuentes *et al.* evaluaron la consecución de los atributos básicos de la APS en usuarios de un establecimiento de salud en Lima ^[6]. Por otro lado, Lizana y su equipo llevaron a cabo una evaluación de los atributos de la APS en usuarios de cuatro establecimientos de primer nivel en la ciudad de Ayacucho ^[7].

Estos estudios proporcionan información sobre el nivel de cumplimiento de la APS en la población general. No obstante, a la fecha no existen reportes o estudios que hayan descrito el nivel de cumplimiento de la APS respecto de la población afroperuana, antes, durante o después de la pandemia.

La herramienta de evaluación de atención primaria (PCAT por sus siglas en inglés), versión usuarios, constituye un instrumento diseñado para evaluar la implementación de los atributos de la APS desde el punto de vista de los usuarios ^[8], lo que resulta fundamental para el entendimiento de la calidad de servicios de salud brindados ^[9]. Esta herramienta ha sido validada y adaptada en contextos latinoamericanos ^[10] e incorpora la evaluación de atributos y dominios relacionados con la APS. Sobre la base de esta herramienta y la ausencia de información local al respecto, el presente estudio busca describir la percepción del cumplimiento de los atributos de la APS en la población afroperuana durante la pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo para evaluar la percepción del cumplimiento de los atributos de la APS en la población afroperuana. La población de estudio incluyó a adultos mayores de 18 años autoidentificados como afroperuanos provenientes de las capitales de las regiones seleccionadas: Lima, Piura, La Libertad, Lambayeque, Callao e Ica, en las cuales habitan aproximadamente el 72% de total población afroperuana, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2017 ^[11]. Se excluyeron a aquellos participantes que, durante el contacto inicial con el encuestador, mostraron dificultades significativas en la comprensión o comunicación que les impedían responder al cuestionario o participar en las entrevistas del estudio.

Población, muestra y muestreo

Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico. Se definió un tamaño de muestra inicial de 466 participantes, considerando una proporción esperada del 50%, un nivel de significancia del 95%, un error aceptado del 5% y una tasa de respuesta del 80%. La distribución según capitales de regiones fue la siguiente manera: Lima Metropolitana (190 participantes), Piura (84 participantes), Trujillo (49 participantes), Chiclayo (69 participantes), Callao (35 participantes) e Ica (39 participantes) (Figura 1). Estas cantidades por ciudad se aproximan a un tamaño proporcional respecto de la población regional afroperuana según lo reportado por INEI en 2017.

Variables del estudio

Percepción sobre el cumplimiento de la APS

Para evaluar el nivel de cumplimiento de los atributos de la APS se empleó la PCAT, adaptada para Iberoamérica [12], la cual fue proporcionada por el grupo de trabajo IA-PCAT de dicha versión [13]. Desde 2005, se realizaron procesos de adaptación transcultural del instrumento original PCAT en Iberoamérica. La Colaboración Iberoamericana IA-PCAT lleva a cabo procesos continuos de armonización y actualización [13]. Hoy en día, investigadores de once países conforman la red IA-PCAT: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, México, Uruguay y Perú, que se unió al grupo en 2018, contribuyó con nuevos aportes. Esto hace que el instrumento posiblemente sea aplicable a la realidad peruana. Esta herramienta comprende 105 ítems y evalúa la percepción sobre el cumplimiento de diversos aspectos de la APS agrupados en atributos o dimensiones incluyendo: acceso (13 ítems), longitudinalidad (15 ítems), coordinación (18 ítems), integralidad (40 ítems), idoneidad cultural (6 ítems), familia (4 ítems) y comunidad (9 ítems). Cada uno de los ítems se responde a través de una escala Likert cuya alternativa recibe una puntuación: "No, en absoluto" (1 punto), "Generalmente no" (2 puntos), "No lo sé" (2 puntos), "Generalmente sí" (3 puntos), "Sí, sin duda" (4 puntos) con excepción de 4 ítems que se puntúan de forma inversa. Existe también la alternativa "No sé", la cual se registra con el valor de nueve, para diferenciarla, pero para la cuantificación del puntaje tiene el valor de 2 puntos. La Colaboración Iberoamericana IA-PCAT propone guías y manuales para la interpretación de los resultados del PCAT, obtenidos en

Argentina y Brasil, disponibles en su página web de la adaptación iberoamericana del PCAT [13]. En estas guías, al igual que en el instrumento original, se sugiere utilizar el promedio de 3 como punto de corte para indicar una buena experiencia de los usuarios o un buen cumplimiento de las funciones de la APS. Este valor corresponde a la opción de respuesta "generalmente sí (se cumplen)" los aspectos esperados. En este sentido, para el análisis de los resultados los puntajes de las respuestas se promediaron para cada atributo y luego se categorizaron en "mayor cumplimiento" si el puntaje promedio es de 3 o más y en "menor cumplimiento" si el puntaje promedio es menor a 3. El manejo de puntuaciones por la guía chilena de PCAT también ofrece una interpretación similar [14].

Cada atributo de la APS refleja un aspecto de la atención primaria (Material Suplementario), los principales o mayores son el *acceso*, el que implica la oportunidad de entrar en contacto con el sistema de salud, la *longitudinalidad*, se refiere a la continuidad de la atención, la *coordinación*, identifica la capacidad de brindar atención interdisciplinaria y entre los niveles resolutivos, la *integralidad*, describe la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de la población. La *idoneidad cultural*, el *enfoque familiar* y la *orientación comunitaria* se reconocen como atributos menores [1].

Variables clínicas y sociodemográficas

Entre otras variables evaluadas en el estudio se incluyeron variables sociodemográficas como edad, sexo, número de hijos, distrito de residencia, tipo de seguro de salud del que depende su atención en salud y el tipo de establecimiento en el que se atiende con más frecuencia, establecimiento que no necesariamente es el relacionado con su seguro de salud. También se evaluaron variables de salud como características clínicas (presencia de enfermedad crónica (sí/no), historia de COVID-19 (sí/no), hospitalización por COVID-19 (sí/no), vacunación contra COVID-19 (sí/no y números de dosis) y familiares (vivir solo, funcionalidad familiar). La funcionalidad familiar considerada como la dinámica relacional entre los miembros de una familia, fue evaluada con la escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar que permite valorar la cohesión (qué tan unidas son las familias en términos de sus relaciones y actividades) y adaptabilidad (flexibilidad para adecuarse a

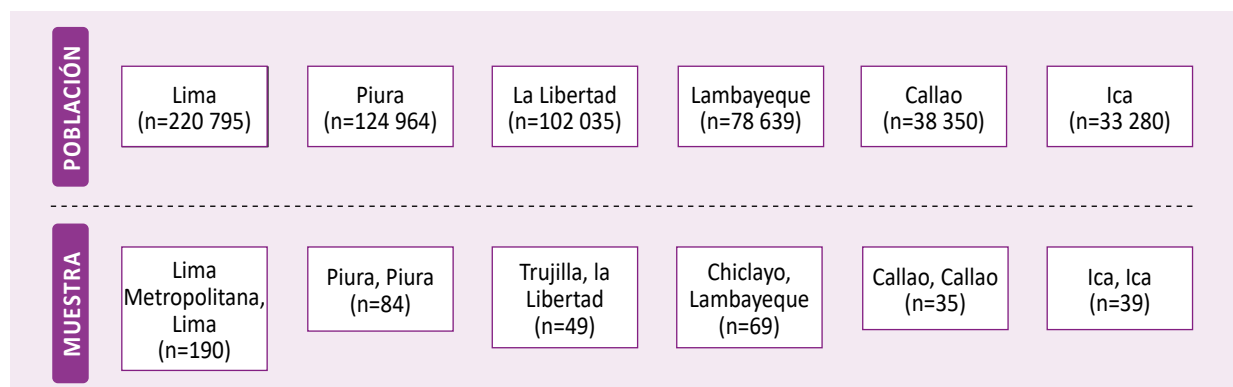


Figura 1. Diagrama de participantes proporcional a la población del estudio.

estresores tanto internos como externos). Estas variables fueron evaluadas porque tienen un impacto directo en el acceso a los servicios de salud y en la manera en que los usuarios perciben la calidad y efectividad de la atención recibida.

Procedimientos y técnicas

El enrolamiento de los participantes se realizó entre el 15 de febrero al 15 de junio del 2023, a través de las campañas de atención integral realizadas periódicamente por el Ministerio de Salud, el Centro Nacional de Salud Intercultural de Instituto Nacional de Salud de Perú, además de líderes de la Mesa de Trabajo Afroperuana ligada al Congreso de la República, con quienes se coordinó previamente. Aquellos pobladores afroperuanos que manifestaron su intención de participar en el estudio fueron derivados a los encuestadores. Estos fueron seleccionados y capacitados por el equipo de investigación en el uso de REDCAP y técnicas de administración de encuestas, con énfasis en la importancia de la precisión y consistencia en la recopilación de datos. Los encuestadores se comunicaron con potenciales participantes afroperuanos para explicarles el objetivo del estudio y coordinar una reunión presencial o virtual. Durante esta reunión se les solicitó su consentimiento informado y, posteriormente, completar la ficha de recolección de datos. El registro de las respuestas se realizó en un formulario digital en la aplicación REDCap, llenada presencial o virtualmente por el encuestador, a través de un dispositivo móvil.

Aspectos éticos

La realización del presente estudio fue aprobada por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH (CIEI-UPCH) con la Constancia N.º 522-44-22. Así mismo, durante su desarrollo se respetaron los principios éticos establecidos en las declaraciones de Helsinki y de Taipéi. Se llevó a cabo un proceso de consentimiento informado previo a la inclusión de los participantes. Los encuestadores, preferiblemente afroperuanos, completaron un curso de buenas prácticas clínicas.

La investigadora principal custodió el tablero de códigos que identifica a los participantes y fue única responsable de extraer los datos. Como beneficio directo, los participantes recibieron paquetes informativos sobre COVID-19 y otros recursos coordinados con la Mesa de Trabajo Afroperuana.

Análisis de datos

Los datos personales recolectados se almacenaron de manera segura en la plataforma REDCap y posteriormente se exportaron para su análisis. Los análisis se realizaron empleando el programa estadístico Stata versión 17.0. Se realizó un análisis descriptivo en donde las variables numéricas fueron resumidas a través de medias o medianas y desviación estándar o rango intercuartílico según la distribución de los datos, y las variables categóricas fueron resumidas a través de frecuencias y porcentajes. Adicionalmente, se aplicaron análisis bivariados, con prueba de hipótesis chi cuadrado, para explorar posibles relaciones entre

Tabla 1. Características generales de población afroperuana encuestada, Perú, 2022

Característica	n	(%)
Total	466	(100,0)
Edad (años), media ± DE	45,4 ± 15,2	
Número de hijos, media ± DE	1,7 ± 1,5	
Edad		
18 - 29 años	85	(18,2)
30 - 59 años	293	(62,9)
≥ 60 años	88	(18,9)
Sexo		
Femenino	292	(62,7)
Masculino	174	(37,3)
Región		
Lima	190	(40,8)
Piura	84	(18,0)
Lambayeque	69	(14,8)
La Libertad	49	(10,5)
Ica	39	(8,4)
Callao	35	(7,5)
Cuenta con seguro de salud		
No	43	(9,2)
Sí	423	(90,8)
Tipo de seguro de salud		
EsSalud	197	(51,7)
Seguro integral de salud	169	(44,4)
Privado	10	(2,6)
Sanidad de la Policía	5	(1,3)
Vive solo o con otras personas		
Con otras personas	428	(91,8)
Solo	38	(8,2)
Tipo de establecimiento en el que se atiende con más frecuencia		
EsSalud	223	(47,9)
Ministerio de salud	192	(41,2)
Particulares	43	(9,2)
Sanidad Policía	6	(1,3)
Sanidad de las Fuerzas Armadas	2	(0,4)
Presenta enfermedad crónica		
No	360	(77,3)
Sí	106	(22,7)
Ha sido diagnosticado con COVID-19 en algún momento		
No	261	(56,0)
Sí	205	(44,0)
Vacunas contra la COVID-19 recibidas		
No se ha vacunado	2	(0,4)
2 dosis	9	(1,9)
3 dosis	202	(43,3)
4 dosis	232	(49,8)
5 dosis	21	(4,5)
Ha sido hospitalizado por COVID-19 en algún momento		
No	456	(97,9)
Sí	10	(2,1)

las variables sociodemográficas y de salud, y la percepción sobre el cumplimiento de los atributos de la APS en la población afroperuana, análisis que asumieron un valor $p < 0,05$ para las decisiones estadísticas y con un intervalo de confianza al 95%. La fiabilidad del instrumento se valoró con alfa de Cronbach.

RESULTADOS

En el estudio se encuestaron a 466 participantes de la población afroperuana (Tabla 1), los cuales tenían una media de edad de $45,4 \pm 15,2$ años, siendo la mayoría de sexo femenino (62,7%). Entre otras características, 40,8% provenían de la región de Lima y 8,2% reportaron vivir solos. Además, la mayoría contaba con algún seguro de salud (90,8%), siendo el seguro social (EsSalud) el más común (51,7%), y acudían con mayor frecuencia a centros de atención de esta institución para sus necesidades

Tabla 2. Nivel de cumplimiento global y por atributo de la atención primaria, medido con PCAT, Perú, 2022

Atributos de la APS	n	(%)
Total	466	(100,0)
Primer contacto		
Menor cumplimiento	347	(74,5)
Mayor cumplimiento	119	(25,5)
Continuidad de la atención		
Menor cumplimiento	429	(92,1)
Mayor cumplimiento	37	(7,9)
Coordinación		
Menor cumplimiento	427	(91,6)
Mayor cumplimiento	39	(8,4)
Integralidad		
Menor cumplimiento	419	(89,9)
Mayor cumplimiento	47	(10,1)
Enfoque familiar		
Menor cumplimiento	396	(85,0)
Mayor cumplimiento	70	(15,0)
Orientación comunitaria		
Menor cumplimiento	430	(92,3)
Mayor cumplimiento	36	(7,7)
Idoneidad cultural		
Menor cumplimiento	308	(66,1)
Mayor cumplimiento	158	(33,9)
Puntaje global PCAT		
Menor cumplimiento	442	(94,8)
Mayor cumplimiento	24	(5,2)

de atención médica (47,9%). La mayoría de los encuestados no tenían enfermedad crónica (77,3%) y más de la mitad no fueron diagnosticados (56,0%) u hospitalizados (97,9%) por COVID-19. En términos de vacunación, la mayoría reportó haber recibido al menos 3 dosis de la vacuna contra COVID-19 (93,1%).

Respecto a los resultados obtenidos con la herramienta PCAT (Tabla 2), al evaluar cada atributo de manera aislada, los afroperuanos refirieron un menor cumplimiento de la orientación comunitaria (92,3%), de la continuidad de la atención (92,1%) y de la coordinación (91,6%). Mientras que, la percepción de menor cumplimiento fue menos frecuente en el atributo de idoneidad cultural alcanzando solo un 66,1%. No obstante, la mayoría de la población afroperuana (94,8%) refirió percibir un menor cumplimiento global de los atributos de la APS.

Según regiones (Anexo 2), Callao presentó un 100% de menor cumplimiento global de los atributos de la APS, mientras que Lima tuvo el mejor escenario con un reporte de menor cumplimiento global de 94,7%. Al evaluar atributos según regiones, se encontró que “Coordinación” tuvo el menor cumplimiento en Callao (100%) e Ica (100%). “Orientación Comunitaria” tuvo el menor cumplimiento en Callao, “Idoneidad Cultural” tuvo el menor cumplimiento en La Libertad (81,6%), “Integralidad” en Piura (95,2%), “Enfoque Familiar” en el Callao (97,1%), “Primer Contacto” en La Libertad (87,8%) y “Continuidad” tuvo el menor cumplimiento en Callao (97,1%) y Lambayeque (97,1%).

Respecto a la relación entre las características clínicas y sociodemográficas de la población encuestada y su percepción sobre el cumplimiento de la APS (Tabla 3), no se encontraron diferencias a nivel bivariado en términos de edad, número de hijos, categoría de edad, sexo, región, tenencia de seguro de salud, tipo de seguro, convivencia, tipo de establecimiento de atención, presencia de enfermedad crónica, número de dosis de vacuna contra la COVID-19 recibidas, ni hospitalización por COVID-19 ($p > 0,05$). Solo se identificó diferencias entre aquellos que fueron diagnosticados con COVID-19 en algún momento versus aquellos que no ($p < 0,05$).

La consistencia interna del instrumento fue de 0,93, la fiabilidad por atributo se resume en la Tabla 4.

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó evaluar la percepción del cumplimiento de la APS en la población afroperuana, a través de la herramienta PCAT además de explorar su relación con algunas características sociodemográficas y de salud. Los resultados muestran que la mayoría de la población afroperuana encuestada percibió un menor cumplimiento de los atributos de la APS en los servicios de salud que recibe.

Diversos estudios internacionales que aplicaron el PCAT muestran la percepción de pacientes hacia la APS, encontrando resultados variados. Bresick *et al.*, reportaron en dos estudios en 2013 y

Tabla 3. Características generales de la población afroperuana encuestada según el nivel de percepción de cumplimiento de la herramienta de evaluación de la atención primaria en salud (PCAT), Perú, 2022

Característica	Cumplimiento de la Atención Primaria en Salud (PCAT)				Valor p
	Menor cumplimiento		Mayor cumplimiento		
	n	(%)	n	(%)	
Total	442	(94,8)	24	(5,2)	
Edad (años), media ± DE	45,4 ± 15,2		45,6 ± 15,3		0,94 ¹
Número de hijos, media ± DE	1,7 ± 1,5		1,4 ± 1,3		0,25 ²
Edad categorizada (años)					
18 – 29	81	(95,3)	4	(4,7)	
30 – 59	278	(94,9)	15	(5,1)	0,96 ⁴
≥ 60	83	(94,3)	5	(5,7)	
Sexo					
Femenino	274	(93,8)	18	(6,2)	
Masculino	168	(96,6)	6	(3,4)	0,20 ³
Región					
Callao	35	(100,0)	0	(0,0)	
Ica	37	(94,9)	2	(5,1)	
La Libertad	48	(98,0)	1	(2,0)	
Lambayeque	66	(95,7)	3	(4,3)	0,68 ⁴
Lima	180	(94,7)	10	(5,3)	
Piura	81	(96,4)	3	(3,6)	
Cuenta con seguro de salud					
No	41	(95,3)	2	(4,7)	
Sí	401	(94,8)	22	(5,2)	1,00 ⁴
Tipo de seguro de salud					
EsSalud	192	(97,5)	5	(2,5)	
Seguro integral de salud	9	(90,0)	1	(10,0)	
Privado	157	(92,9)	12	(7,1)	0,62 ⁴
Sanidad de la Policía	5	(100,0)	0	(0,0)	
Vive solo o con otras personas					
Con otras personas	406	(94,9)	22	(5,1)	
Solo	36	(94,7)	2	(5,3)	1,00 ⁴
Tipo de establecimiento en el que se atiende con más frecuencia					
EsSalud	216	(96,9)	7	(3,1)	
Ministerio de salud	179	(93,2)	13	(6,8)	
Particulares	40	(93,0)	3	(7,0)	0,06 ⁴
Sanidad Policía	1	(50,0)	1	(50,0)	
Sanidad de las fuerzas armadas	6	(100,0)	0	(0,0)	
Presenta enfermedad crónica					
No	342	(95,0)	18	(5,0)	
Sí	100	(94,3)	6	(5,7)	0,48 ³

(Va a la pág. 118)

Tabla 3. Características generales de la población afroperuana encuestada según el nivel de percepción de cumplimiento de la herramienta de evaluación de la atención primaria en salud (PCAT), Perú, 2022 (viene de la pag. 117)

Característica	Cumplimiento de la Atención Primaria en Salud (PCAT)				Valor p
	Menor cumplimiento		Mayor cumplimiento		
	n	(%)	n	(%)	
Ha sido diagnosticado con COVID-19 en algún momento					
No	242	(92,7)	19	(7,3)	0,02 ³
Sí	200	(97,6)	5	(2,4)	
Vacunas contra la COVID-19 recibidas					
No se ha vacunado	2	(100,0)	0	(0,0)	0,87 ⁴
2 dosis	9	(100,0)	0	(0,0)	
3 dosis	193	(95,5)	9	(4,5)	
4 dosis	218	(94,0)	14	(6,0)	
5 dosis	20	(95,2)	1	(4,8)	
Ha sido hospitalizado por COVID-19 en algún momento					
No	433	(95,0)	23	(5,0)	0,41 ⁴
Sí	9	(90,0)	1	(10,0)	

¹Test de Student, ² test de Wilcoxon, ³ prueba de chi cuadrado, ⁴ prueba exacta de Fisher

2014/2015 que los usuarios en Sudáfrica percibían una necesidad de reforzar diversos dominios de la APS, como la accesibilidad de los servicios, la continuidad de la atención, la orientación comunitaria y la idoneidad cultural ^[15,16]. Por su parte, en China se evidenció en dos estudios en 2013/2014 y 2014 que los usuarios en esta región tienen una mejor percepción general hacia la APS, especialmente aquellos que se atienden en centros de salud comunitarios y en aquellos usuarios que acceden a los médicos de familia ^[17,18]. Esta variedad de resultados de acuerdo con el contexto de salud sugiere que las diferencias regionales encontradas en nuestro país respecto a la percepción hacia la APS indicarían la existencia de importantes diferencias de la organización y provisión de los servicios en cada localidad. Esto podría deberse a que las barreras de acceso a la atención sanitaria son más pronunciadas y sus políticas de gestión menos implementadas en países como Perú y Sudáfrica.

Los resultados en términos de atributos de la APS denotan que la orientación comunitaria es una de las funciones de la APS que se cumple menos debido a una posible falta de capacitación adecuada del personal de salud para trabajar en contextos comunitarios específicos, además de barreras culturales y de comunicación. Esta es una esta función trascendente y que complementa el enfoque de atención integral (individuo-familia-comunidad) hacia un enfoque de atención de la comunidad ^[19]. Mejorar la orientación comunitaria beneficiaría a la población afroperuana al garantizar una atención de salud más equitativa y adecuada a sus necesidades específicas, facilitando una mayor participación comunitaria y fortaleciendo la confianza en el sistema de salud. Las autoridades sanitarias deben superar este déficit implementando programas de capacitación

en competencias culturales y comunitarias y fomentando la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones

Aunque nuestro estudio se desarrolló en población afroamericana que a menudo presentan antecedentes de experiencia de inequidades en salud, y que se presume que las inequidades pueden deberse a diferencias culturales, el atributo de idoneidad cultural, de manera global, fue el que presentó mayor cumplimiento que los demás. Una posible razón es que los proveedores de salud en áreas con alta población afroperuana han desarrollado mayor sensibilidad cultural y adaptado sus prácticas, mejorando la percepción de los servicios de salud por parte de esta comunidad. Este hallazgo tiene coincidencias

Tabla 4. Consistencia interna del PCAT, versión usuarios, por atributos y fiabilidad global

Atributo de la APS	Fiabilidad (Cronbach)
Primer contacto	0,72
Longitudinalidad	0,81
Coordinación	0,76
Integralidad	0,91
Idoneidad cultural	0,86
Enfoque familiar	0,78
Orientación comunitaria	0,89
Global	0,93

con un estudio norteamericano en 2016, en el que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas o raciales, como la afroamericana, no mostraron, en general, una percepción negativa de los servicios de salud y reportaron pocas experiencias de racismo durante el contacto con los servicios de salud [20]. En este contexto se debe explorar si el factor cultural resulta preponderante al analizar la atención brindada a la población afroperuana, y si la presencia de limitaciones sistemáticas locales, como la falta de recursos, la baja disponibilidad de personal, las largas esperas y la infraestructura deficiente de los servicios de salud son las que definen la percepción sobre los servicios de salud.

Por otra parte, al explorar relaciones entre factores sociodemográficos o de salud y la percepción de cumplimiento de la APS no se identificó alguno, excepto con la condición de haber tenido COVID-19. Sin embargo, este resultado podría estar influenciado por un posible sesgo de selección debido a la predominancia de participantes afroperuanos de Lima en el estudio. Es importante destacar que Lima tuvo un mayor acceso a diagnósticos y tratamiento durante la pandemia, y esto podría explicar las diferencias en la percepción del cumplimiento de la APS en comparación con otras regiones con menos acceso. Si bien no se han encontrado estudios que hayan evaluado esta relación de forma específica, se ha identificado que personas con actitud preventiva para protegerse contra esta enfermedad, son más propensos a utilizar servicios del primer nivel [21]. Esto difiere de lo reportado en pacientes de Taiwán y Malawi en donde se evidenció que personas con enfermedades crónicas, quienes suelen tener mayor contacto con los servicios de salud, valoraban mejor las dimensiones de la APS en comparación con aquellos sin enfermedades crónicas [22,23]. Del mismo modo, estudios en Brasil y Hong Kong, encontraron que los pacientes que accedían a servicios de salud privados percibieron mayor cumplimiento de la APS en comparación con los usuarios de establecimientos de salud tradicionales y servicios públicos [24,25], aunque en nuestro estudio tuvimos muy pocos usuarios de servicios privados para valorar a este último grupo. Esto podría sugerir que en la población afroperuana más allá del acceso y uso de estos servicios sanitarios existen aspectos de calidad no cubiertos, como los recursos e infraestructura deficiente de los servicios de salud. Estos aspectos podrían condicionar su baja percepción de cumplimiento de la APS, especialmente en usuarios frecuentes como pacientes con enfermedades crónicas o aquellos que acceden a servicios de salud particulares. Para mejorar esta situación, sería crucial fortalecer la gestión de recursos en salud y establecer sistemas robustos de monitoreo y evaluación continua de la calidad en los servicios de salud.

Si bien nuestro estudio se ha centrado en población afroperuana, los resultados obtenidos no difieren grandemente de estudios en otros espacios poblacionales peruanos. Es el caso de un estudio en pacientes de la región de Ayacucho, en donde los atributos con menor cumplimiento fueron la orientación comunitaria,

enfoque familiar y acceso (primer contacto), mientras los mejor calificados fueron sistemas de información (coordinación), utilización (primer contacto) y servicios recibidos (integralidad) [7]. Se ha evaluado también la relación entre el cumplimiento de los atributos de la APS y la satisfacción con los servicios de salud encontrándose correlación entre ambas características en pacientes de un establecimiento de salud público de Lima [6].

Finalmente, el instrumento utilizado en el estudio (PCAT-usuarios, versión armonizada para Iberoamérica) mostró niveles adecuados de fiabilidad, tanto en su desempeño global como para cada uno de los siete atributos de la APS, similar a la fiabilidad mostrada en la validación del instrumento original [6], sugiriendo que PCAT usuarios, versión Iberoamérica resulta un instrumento confiable para medir el cumplimiento de los atributos de la APS en población afroperuana.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones que considerar. En primer lugar, la evaluación del cumplimiento de la APS desde la perspectiva de la población afroperuana podría no reflejar de forma precisa lo que sucede en la realidad, especialmente en aquellos usuarios que han sufrido experiencias negativas como racismo y evitan utilizar los servicios de salud, por lo que no los captamos en nuestra muestra y se introduciría un potencial sesgo de selección. Pese a ello nuestros hallazgos muestran una marcada tendencia de menor cumplimiento de la APS y no se espera que esa tendencia sea opuesta en aquellos que evitan utilizar los servicios de salud por haber experimentado algún tipo de discriminación o maltrato. Además, el estudio de la población afroperuana por regiones podría no ser adecuado, ya que las regiones no son homogéneas en términos de autoidentificación y desarrollo sociocultural histórico de esta población. Esto subraya la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en estas consideraciones. Adicionalmente, algunas cuestiones metodológicas como el uso de un muestreo no probabilístico y el limitado tamaño de muestra en algunas regiones pueden disminuir la validez externa de los resultados. Sin embargo, el haber captado participantes de las regiones con mayor concentración de afroperuanos mejora la representatividad de los resultados. Aun así, es importante destacar que estos resultados no pueden extrapolarse a nivel nacional. También, reconocemos la preocupación sobre el posible sesgo de medición debido al uso de diferentes métodos de administración de encuestas (llenada presencial o virtualmente). La elección de múltiples métodos de administración se debió a la necesidad de maximizar la inclusión de participantes con diferentes niveles de acceso a tecnología y habilidades digitales. Además, es crucial tener en cuenta el posible sesgo de memoria y el sesgo de deseabilidad social. Los participantes podrían no recordar con precisión sus experiencias pasadas o responder de manera que consideren más socialmente aceptable. Finalmente, pese a lo sugerido por D'Avila *et al.* sobre la necesidad de adaptar y validar el PCAT para cada entorno específico con el fin de obtener resultados más precisos [26], el presente estudio utilizó una versión armonizada para Latinoamérica.

CONCLUSIONES

Se evidenció la percepción de un menor cumplimiento global de la atención primaria en población afroperuana, sin embargo, no se ha evidenciado que pueda estar influida por algunos factores sociodemográficos o de salud, excepto el haber tenido COVID-19. Pese a que todos los atributos de la atención primaria muestran tendencia a un menor cumplimiento, algunos de ellos como la orientación comunitaria y continuidad de la atención, requieren una atención considerable ya que su cumplimiento es percibido como insuficiente por casi toda esta población. El PCAT para usuarios, versión Iberoamericana, resulta un instrumento confiable para evaluar la presencia de la APS en los servicios de salud utilizados por población afroperuana.

Se recomienda la realización de investigaciones futuras para explorar las causas subyacentes de estas percepciones, especialmente las deficiencias en los servicios de salud locales. Además, se deberían realizar esfuerzos para adaptar y validar herramientas de evaluación, como el PCAT, al contexto específico de Perú para obtener resultados más precisos sobre la evaluación de la APS en este contexto. Finalmente, se deben implementar mejoras en la atención primaria hacia la población afroperuana, las cuales deben estar centradas en la orientación comunitaria y continuidad de la atención, con el fin de mejorar su percepción, experiencia y uso de los servicios de salud de primer nivel.

Contribuciones de autoría: PJC y DUF, participaron en la concepción, recolección de datos, redacción y revisión del artículo científico. MIH, participó de la recolección de datos y redacción del artículo científico. PRCU, participó en la redacción y revisión del artículo científico. MSCF, participó de la concepción, recolección de datos, redacción y revisión del artículo científico. Todos los autores asumen la responsabilidad frente a todos los aspectos del manuscrito.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Fuentes de financiamiento: este trabajo fue subvencionado por el CONCYTEC a través del programa PROCIENCIA en el marco del concurso "Proyectos de Investigación Aplicada en Ciencias Sociales", según contrato [PE501078XXX-2022-PROCIENCIA].

Material suplementario: Disponible en la versión electrónica de AMP.

ORCID

Pavel J. Contreras, <https://orcid.org/0000-0002-7949-0393>

Dayana Urday-Fernandez, <https://orcid.org/0000-0003-0373-4037>

Mario Izquierdo-Hernandez, <https://orcid.org/0000-0002-0915-6437>

Pamela R. Chacón-Uscamaita, <https://orcid.org/0000-0001-9462-5607>

María Sofía Cuba-Fuentes, <https://orcid.org/0000-0001-7394-7092>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Méd Peru.* 2013;30(1):42-7.
- Benavides M, León J, Espezuza L, Wangeman A. Estudio Especializado sobre Población Afroperuana (EEPA) [Internet]. Lima: GRADE; 2015 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.grade.org.pe/publicaciones/estudio-especializado-sobre-poblacion-afroperuana-eepe/>
- Benavides M, Sarmiento P, Valdivia N, Moreno M. ¡Aquí estamos! Niñas, niños y adolescentes afroperuanos. [Internet]. Perú: Centro de Desarrollo Étnico (CEDET); 2013 [citado 3 de julio de 2023]. 1-28 p. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Aqui-estamos-Ninas-ninos-adolescentes-afroperuanos%20RESUMEN-EJECUTIVO.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable" [Internet]. DECRETO SUPREMO No 026-2020-SA Lima: MINSa; 2020 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
- Ministerio de Cultura del Perú. Orientaciones para la implementación de políticas públicas para la población afroperuana [Internet]. Lima: Ministerio de Cultura; 2014 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cultura.gob.pe/bitstream/handle/CULTURA/79/Orientaciones%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%adticas%20p%C3%bablicas%20para%20la%20poblaci%C3%B3n%20afroperuana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cuba Fuentes M, Jurado Gabriel EE. Attributes of Primary Care and patient satisfaction degree on a primary care facility. *Rev Med Hered.* 2011;22(1):4-9.
- Lizana M, Flores EÁ, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. *Rev Med Hered.* 2020;31(3):175-80.
- Hennis AJM, Coates A, del Pino S, Ghidinelli M, de Leon RGP, Bolastig E, et al. COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e130. doi: 10.26633/RPSP.2021.130.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria.* 2007;39(8):395-401. Spanish. doi: 10.1157/13108612.
- Zuidgeest M. Measuring and improving the quality of care from the healthcare user perspective: the Consumer Quality Index. *Het meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg vanuit het zorggebruikers perspectief: de Consumer Quality Index [Doctoral Thesis].* Bergschenhoek, the Netherlands: GVO drukkers & vormgevers B.V./Ponsen & Looyen te Ede; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2017 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2017-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e>
- Ponzo J, Berra S, Giraldo-Osorio A, Pasarín MI, Leyns C, Álvarez CV, et al. Armonización iberoamericana de los instrumentos PCAT para la evaluación del primer nivel de atención. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e80. doi: 10.26633/RPSP.2018.80.
- Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Colaboración IA-PCAT [Internet]. Córdoba: Facultad de ciencias médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2023 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ciess.sitios.fcm.unc.edu.ar/ia-pcat/>

14. Fuentes-García A. Guía de recomendación y uso de Instrumento Primary Care Assessment Tools (PCAT) versiones “Usuarios Adultos” y “Prestadores” para la Atención Primaria de Salud de Chile [Internet]. Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2019 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336441884_Guia_PCAT_Chile_final/citations
15. Bresick G, Sayed AR, le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):1057. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.1057.
16. Bresick G, Presentin KB von, Mash R. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey. *South African Family Practice*. 2019;61(3):109-116. doi: 10.1080/20786190.2019.1596666.
17. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(a):335. doi: 10.1186/s12913-016-1604-2.
18. Li L, Li L, Zhong C, Mei J, Liang Y, Kuang L. Effect of family practice contract services on the quality of primary care in Guangzhou, China: a cross-sectional study using PCAT-AE. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021317. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021317.
19. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(3):414-24.
20. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Paradies Y, Sivasubramaniam D, Sherwood J, Brockie T. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1-10. doi: 10.1186/s12939-018-0744-x.
21. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161-175w.
22. Shieh CF. Assessing the quality of primary health care in a remote county of Taiwan [Thesis]. Baltimore: Johns Hopkins University; 2020.
23. Dullie LW. Quality of primary care from the patient perspective in South West Malawi : Development and application of the Malawian Primary Care Assessment Tool (Pcat-Mw) [Doctoral thesis]. Bergen: The University of Bergen; 2020.
24. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010;10(1):397. doi: 10.1186/1471-2458-10-397.
25. Macinko J, Mullachery PH. Primary care experiences among Brazilian adults: Cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. *PLoS One*. 2022;17(6):e0269686. doi: 10.1371/journal.pone.0269686.
26. D'Avila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):855-65. doi: 10.1590/1413-81232017223.03312016.