

FORMATO B: FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y CREACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO
Evaluación de los indicadores utilizados para medir el desempeño de los modelos de prestación de servicios basados en atención primaria, una revisión de alcance.
Residentes investigadores: <i>Iván Darío Forero Linares¹</i> <i>Diego Fabian Parra Castro¹</i> <i>Oscar Leonardo Higuera Velasquez¹</i> <i>Jesús David Barranco Carvajal¹</i>
Tutores: <i>Mauricio Alberto Rodríguez Escobar²</i> <i>Javier Andrés Urrego Varela³</i>
¹ Residente de medicina familiar, Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia. ² Médico Especialista en Medicina Familiar, Docente Especialización en Medicina Familiar, Director del programa de Especialización en Medicina Familiar Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia. ³ Médico Especialista en Medicina Familiar, Docente Especialización en Medicina Familiar. Bogotá, Colombia.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
<p>El enfoque de la atención primaria en salud permite a los países ampliar de forma equilibrada el nivel, la distribución y el bienestar, enfocándose en las necesidades y elecciones de las personas a lo largo de la atención longitudinal, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y cuidados paliativos. Para fortalecer continuamente los procesos de atención primaria en salud, los países deben centrarse en evaluar inicialmente las decisiones, las acciones y las inversiones que abordan los determinantes más amplios de la salud así mismo mejoran la cobertura de servicios, la salud de las personas y las poblaciones. (2)</p> <p>Todo sistema de salud reviste las características del país en que funciona, no hay dos estados exactamente iguales, porque el modelo de salud depende de las condiciones políticas, económicas, culturales, epidemiológicas, demográficas e históricas de cada país. La posición planteada a través del modelo de atención con enfoque de medicina familiar confirma lo expuesto por la Organización Panamericana de la salud, la cual considera que</p>

la renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y a su vez que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de las Américas. (3)

En este contexto, los elementos operativos que se consideran esenciales para la puesta en práctica de una APS son: primero, la gestión administrativa de recursos financieros, humanos y el tiempo, con principios de calidad técnica y satisfacción de los usuarios; segundo, la gestión clínica y de pacientes, buscando la mayor efectividad mediante medicina basada en evidencia; tercero, gestión sanitaria con sistemas de información que incluyan la identificación de necesidades de la población y evaluación de resultados en salud. OPS/OMS. 44º Consejo Directivo. (4)

Los resultados de los modelos que tienen equipos de atención primaria en donde participa la medicina familiar, han sido medidos en todos los continentes una de ellas es en dimensiones (accesibilidad, continuidad, promoción y prevención, resolutivez, enfoque biopsicosocial) o efectividad específica en una patología e incluso en términos de educación al paciente asociado con resultados clínicos y la satisfacción del paciente. (5)

Aunque los términos de atención primaria (AP) y atención primaria en salud (APS) son utilizados frecuentemente de forma indistinta, desde el año 2006 Muldoon y otros han llamado la atención a la necesidad de diferenciarlo. Cada vez hay mayor precisión en diferenciarlo, en cuanto a que la APS se refiere a un concepto más amplio usualmente usado por la Organización Panamericana de la Salud que incluye tanto la política de salud como los servicios prestados a las personas. Por lo tanto incluye los conceptos de la organización para la prestación de servicios individuales como la visión de la salud pública incluida los determinantes sociales de la salud. (6)

En cuanto a la AP en la literatura se habla de la importancia de la resolutivez de los equipos de atención primaria. Se han planteado la necesidad de tener un recurso idóneo que mejore la resolutivez de estos equipos, por lo que en Europa y Norteamérica le dan importancia al especialista en medicina familiar como un médico versátil que puede atender integralmente a las patologías de alto costo, apoyar la prestación de servicios de salud y mejorar la capacidad resolutivez de un sistema de salud. Sin embargo, en la mayoría de países de Latinoamérica la prestación de puerta de entrada se basa en el médico general y no hay suficientes especialistas en medicina familiar que cumplan esta función. (7)

En Latinoamérica se han implementado estrategias, políticas y programas enfocados en la APS, con una tendencia positiva en el aumento de la promoción y prevención. Se busca establecer estrategias globales de (APS) y también se trabaja en modelos de prestación de servicios (AP) que sean coherentes con la estrategia (APS). Se encuentra que varios países en América Latina tienen modelos fragmentados y atomizados como uno de los retos principales a resolver. Para la prestación de servicios más integrada resaltan la importancia del equipo humano en salud, cuando se comparan los países de Argentina, Chile, Cuba, México y Colombia hay ventajas en la experiencia de Cuba, en los que se resalta la formación de médicos y enfermeras en atención primaria.(8). Para comparar los avances en Latinoamérica et al Rojas Torres 2021 utilizaron un esquema diseñado por

Donabedian que incluye analizar tanto la estructura como el proceso y resultado en el que se podría diferenciar tanto la evaluación de la APS como estrategia global como la prestación de servicios en particular. (9)

El gobierno colombiano promulgó la política de atención integral en salud a través de la ley 1753 de 2015 que establece el plan de desarrollo 2014 a 2018. Esto fortalece la búsqueda de mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, que complementa normativas anteriores desde la ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones incluyendo la ley 1438 de 2011 que reforma el sistema general de seguridad social en salud y adopta la estrategia de atención primaria en salud (APS), el Plan decenal de Salud Pública, hasta la Ley estatutaria 1751 de 2015, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental. (10)

La resolución 2626 de 2019 modifica la Política de Atención Integral en Salud y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE. En el artículo 8 numeral 8.3 referido a la prestación de servicios en salud habla sobre la necesidad de mejorar la capacidad resolutive y la necesidad de organizar las redes de los servicios prestadores en salud que se pueden interpretar como la necesidad de mejorar la organización de prestación de servicios para avanzar en la estrategia global de la APS. En el artículo 10 habla de la necesidad establecer de forma clara la implementación y avances del MAITE (11). Sin embargo, no hay literatura que evidencie específicamente cómo se están evaluando los indicadores en atención primaria en salud en nuestro país de tal forma que permitan evaluar los avances en este aspecto que permita alcanzar las metas en salud.

El presente estudio busca hacer una revisión de alcance de cuáles indicadores son utilizados para evaluar la estructura, procesos y resultados en atención primaria en salud, la conformación de equipos de atención primaria y los aportes del médico familiar que permita fortalecer los procesos de atención en salud.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los indicadores utilizados para evaluar el desempeño de los modelos de prestación de servicios basados en atención primaria?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Realizar una revisión de alcance que permita caracterizar los diferentes indicadores que evalúan el desempeño de los modelos de prestación de servicios basados en atención primaria.

3.2 Objetivos específicos del proyecto

Analizar los indicadores que permitan realizar evaluación de los equipos en atención primaria.

Explorar la manera como los indicadores se usan para evaluar la estructura, procesos y resultados en atención primaria.

Analizar cómo se aplican los indicadores en modelos de atención primaria donde haya participación de medicina familiar.

4. JUSTIFICACIÓN (Incluir relevancia académica y social)

En Colombia, los prestadores de servicios de salud están implementando programas de atención primaria acordes al modelo que establece la Política Integral de Atención en Salud (**PAÍS**), así como de instrumentos para evaluar estos modelos de implementación. (12). Confiamos que estos datos permitan identificar cuál podría ser la mejor forma para evaluar un modelo basado en atención primaria.

Los hallazgos de la información recolectada se socializarán por medio de un entregable a los centros de atención médica, con el fin de generar estrategias de mejora; tomando las falencias como oportunidades de mejora para el modelo, además que servirá como una guía para las redes de prestación de servicios que quieran medir su proceso de implementación de la APS. Así mismo, este trabajo será de gran utilidad para los médicos familiares que quieran hacer parte de las instituciones donde se implemente el modelo, la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar y el Ministerio de Salud que desean ampliar horizontes con el apoyo de esta especialidad en todos los modelos que se instauran de atención primaria.

Los resultados obtenidos se presentarán con un informe que diferencia que indicadores permiten caracterizar los indicadores que se han utilizado en APS y comparar como se están utilizando en Colombia, diferenciar cuales nos permiten evaluar la APS global y los más particulares de la organización de prestación de servicios (AP) acorde a la estrategia

Adicionalmente los resultados de esta investigación podrán ser objeto de análisis y posteriormente generar procesos de retroalimentación en instituciones de salud (IPS, EPS) sobre el modelo de atención primaria. De igual forma se consolidarán datos dado que se pretende compartirlos con el Ministerio de Protección Social y en el congreso anual de la Especialidad en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, como complemento de otros estudios que apoyen el desarrollo de la atención primaria

5. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO. Tener en cuenta los siguientes aspectos: (Máximo 800 palabras)

- **Recursos económicos, tecnológicos y humanos con los que se cuenta para desarrollar la investigación.**
- **Disponibilidad para obtener la totalidad de la muestra requerida.**
- **Tiempo suficiente para obtener los resultados.**

Recursos económicos:

Humanos

- Investigadores principales: Residentes de Medicina Familiar
- Asesor metodológico: Médico Esp. en Medicina Familiar.
- Asesor temático: Médico Esp. en Medicina Familiar
- Colaborador:

Papelería y equipos:

- Computadora personal con Windows 10, Office
- Impresoras
- Resmas de papel tamaño carta
- Esferos, lápiz, clips, tinta de impresora

Financieros:

- Serán proporcionados por los investigadores principales

Disponibilidad para obtener la totalidad de la muestra requerida:

- 384 horas equivalente a 8 créditos

6. ESTADO DEL ARTE EN EL TEMA DE INVESTIGACIÓN *(Máximo 2.000 palabras).*

Es conocido desde hace más de 150 años la relación entre salud y factores sociales, asociado a las influencias sociales y políticas sobre la salud, que tiene sobre las personas, lo que ha llevado a un cambios en la perspectiva que se tiene sobre una salud orientada hacia la atención por centros de alta complejidad con medicina especializada, hacia una atención en salud orientada hacia las unidad de atención primaria en salud, esto se pudo observar en estudios donde comparan países con desarrollo similar, donde la mortalidad era diferente; por dar un ejemplo se encontró que mueren antes de los 5 años 90 niños más por cada mil nacidos en **Swazilandia** que en Cuba, y en Bélgica mueren cinco niños más por cada 1000 nacidos vivos que en Suecia.(13)

Con estos hallazgos podemos observar como la medicina especializada es mucho más costosa que la atención primaria en salud, esto ha generado una competencia en las diferentes región del mundo hacia dónde orientan su recursos en salud, esto teniendo en cuenta que hay lugares donde poder acercarse a una atención especializada es casi imposible dado la no disponibilidad de recursos económicos, lo cual llega a ser otro punto a favor de la atención primaria en salud, la cual llega más fácilmente a la sociedad, generando mayor equidad en salud.(13)

Hay dos estudios ecológicos que se realizarán en Estados Unidos, orientados a analizar la relación entre la proporción del personal de atención primaria incluidos medicina familiar, medicina general, pediatría general y la población, se encontraron mejores resultados en salud en relación a los estados que mayor proporción de médicos de atención primaria tenían, después de controlar diferentes variables sociodemográficas como el porcentaje de ancianos, el porcentaje de urbanización, la proporción de minorías, la educación, el ingreso, el desempleo y la contaminación, entre otras, y factores propios del estilo de vida como el uso del cinturón de seguridad, la obesidad y el hábito de fumar. (14).

La estandarización de la terminología y las herramientas de medición son importantes para generar comprensión de las dimensiones del impacto de los servicios de atención primaria en salud, pero existen múltiples variables que dificultan su interpretación a nivel de cada país y región como son los ingresos, medirlo a nivel individual o familiar, en las áreas rurales o nivel nacional. La importancia de los distintos factores determinantes en la salud depende del indicador de salud que se utilice (15). Se reconocen indicadores de mortalidad, principalmente mortalidad infantil y la esperanza de vida y, por consiguiente, no es independiente de ella; por ello, una mejor medida sería la esperanza de vida a diversas edades, comenzando a la edad de un año. (13)

Un estudio observacional ecológico realizado en Bogotá en el periodo 2004-2006 donde identificaron la disparidad en salud en las localidades con mayor y menor desarrollo de cobertura de salud a su hogar. donde utilizaron los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad postneonatal y mortalidad por EDA y Neumonía en menores de 5 años, vinculados con el porcentaje de cobertura de la estrategia para analizar el impacto de los programas de salud familiar. Por dar un ejemplo de los resultados, el indicador de mortalidad postneonatal se observó que mientras en el 2003 en las localidades con más baja cobertura de la estrategia se morían 1,42 veces más niños menores de un año que en las localidades con más alto desarrollo de la estrategia, para el 2006 la cifra disminuyó a 1,12 veces. Estos estudios han evidenciado que la extensión de la cobertura de la atención primaria puede tener un impacto importante en la salud infantil y que puede mejorar la supervivencia de los niños en los países pobres (16).

En relación a las normas colombianas están establecidos un número de indicadores que no nos van a ayudar a evaluar la resolutivez del sistema de salud dentro de los que se encuentran la oportunidad; consulta médica general, especializada, cirugías programadas, consulta de urgencias, servicio de imágenes, odontología general, cirugía realizadas, Proporción de paciente con hipertensión arterial controlada, Proporción de vigilancia de eventos adversos, tasa de reingreso del paciente hospitalizado, tasa de mortalidad hospitalaria, tasa de infección intrahospitalaria que se encuentran descritos en la resolución 1446 de 2006. Dentro del lineamiento de APS del ministerio de salud y protección social de Colombia donde se establecen los indicadores ya mencionados tiene hincapié en el de resolutivez “La resolutivez se entenderá como la capacidad del sistema sanitario a través de sus profesionales para brindar soluciones a las demandas en salud y solo será efectiva cuando sea accesible y desarrolle su responsabilidad de atención integral.” (17).

Esto nos lleva al indicador de resolutivead cómo se evalúa este indicador dentro del estudio realizado en la universidad El Bosque sobre este indicador, se encontró que lo valora según el número de solicitud de imágenes, de laboratorios y remisión a subespecialidades médicas.

Un estudio publicado en el 2019 sobre indicadores de la atención primaria de salud: una revisión global, realizar identificación clasificación de los diferentes indicadores en salud que encontrar hasta la fecha utilizados en el mundo para evaluar APS, los cual los lleva identificar 727 indicadores en salud deshicieron clasificarlos en diferentes procesos como por el tipo de cuidado si agudo, crónico, preventivo, también sobre el tipo de función; diagnóstico, tamizaje, tratamiento, Dominio; efectividad, eficacia, equitativo, etc.(18), En Colombia no hay estudios de investigación que avalen el uso de otros indicadores en APS y en resolutivead se vuelve una tarea extensa, la cual requiere mayor implementación de indicadores que no solo traten el componente económico porque una población con mayor número de adultos mayores tendrían peores indicadores de resolutivead que una población más joven, si solo nos basamos en los indicadores de resolutivead ya mencionados.

7. HIPÓTESIS *(Si aplica. Utilizar el esquema Ho/Ha).*

Hipótesis: No aplica

8. MARCO DE REFERENCIA *(Máximo 6.000 palabras).*

La atención primaria de salud (APS) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la “atención de salud esencial basada en métodos y tecnología científicamente sólidos y socialmente aceptables, que hacen que la atención de salud universal sea accesible para todas las personas y familias de una comunidad , por lo que se llega a considerar que la APS es donde ocurre el primer contacto del paciente con el sistema de salud y comprende una gama de acciones que incluye muchas dimensiones, dominios y contextos . Debido a estas características, se vuelve importante evaluar y monitorear la calidad de la atención primaria (1)

En Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 se inició un cambio en las políticas de atención en salud del sistema con el deseo de avanzar y generar un adecuado derecho a la salud de toda la población buscando beneficios para los colombianos. Con este fin, se han expedido normas “como la Ley 1438 de 2011”, “que es la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”, por, “ una ruta de trabajo estipulado a través de la resolución 1841 de 2013 en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, la Ley 1751 de 2015 que estipula la Ley Estatutaria en Salud y la Política de Atención Integral en Salud en su Artículo 65- Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo, y las posteriores resoluciones 3280 de 2018 y la resolución 276 de 2019 donde se estipulan las acciones e intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en salud, todo esto en un marco para la actuación del Modelo Integral de Atención en Salud donde se prioriza el enfoque de salud familiar y comunitaria.

EL Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) está definido en la Resolución 2626 de 2019 como el conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito , a través de Objetivos como los son Garantizar el derecho fundamental a la salud, Fortalecer la autoridad sanitaria, Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud , Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones, Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

Algunos estudios sugieren que los sistemas de salud con mejores resultados financieros y clínicos son los que tienen un mayor enfoque en la APS, mejorando así la sostenibilidad de todo el sistema de salud. Esto depende de la prestación de atención primaria de salud de alta calidad, por lo que surge la necesidad de desarrollar métodos para la evaluación y el seguimiento de la calidad. Uno de estos métodos es el uso de indicadores de calidad, una medida cuantitativa de las actividades, que puede ayudar como guía para el control y la evaluación de la calidad de los servicios de apoyo y atención al paciente pertinentes. La importancia de los indicadores está dada por el hecho de que permiten señalar oportunidades de mejora, y controlar el cumplimiento de las mejores prácticas clínicas existentes, a través de parámetros cuantitativos (planificación, organización, clínica) buscando mejores procesos y resultados .El desarrollo y selección de indicadores debe cumplir con requisitos de uso, como validez, confiabilidad, relevancia, pertinencia, aplicabilidad, disponibilidad de datos, mínimo sesgo y, además, basarse en la mejor evidencia disponible.(1) .Los indicadores en salud se han utilizado con el objeto de medir la atención en salud y pueden ser clasificados de tres modos, según su objetivo: 1) indicadores de resultados de salud como por ejemplo lo son mortalidad, morbilidad, calidad de vida, esperanza de vida, 2) indicadores de proceso por los cuales se evalúa la atención en salud por medio de intervenciones no farmacológicas, remisiones a otras especialidades, formulación de medicamentos y 3) indicadores de estructura como por ejemplo accesibilidad al sistema de salud, fuerza laboral o infraestructura.

La calidad de la atención fue definida por el Instituto de Medicina (IOM) en 1999 como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. La evaluación del grado de calidad de la atención se realiza a través de indicadores, un conjunto de medidas que ayudan a monitorear y evaluar la calidad de la atención en salud en varias áreas, como la gobernanza, la gestión, la asistencia y el apoyo. (1)

Por último, se tiene en consideración la normatividad colombiana en cuanto a investigaciones en salud que se rige mediante la resolución 8430 de 1993 donde se estipulan los criterios de calificación de cada uno de los tipos de investigación y calificación de riesgo.

9. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

9.1 Tipo de estudio

Es un estudio de revisión de alcance

9.2 Población y muestra

Población: Bases de datos para la búsqueda de artículos según los criterios de inclusión y exclusión.

Intervención/Exposición: Tipos de indicadores usados para evaluar un equipo de atención primaria en salud.

Comparación: Evaluación de los diferentes indicadores usados en atención primaria en salud en el mundo.

Desenlace(s): Cambios en los indicadores de medición de calidad de la atención primaria en salud.

Criterios de selección

.Criterios de inclusión

- Se evaluaron artículos que contenían conceptos de indicadores de atención primaria y busquen medir los modelos de prestación de servicios basados en este modelo
- Artículos publicados en el periodo 2016 - 2021 incluyendo artículos en Idioma inglés, español y portugués
- Sin restricción en tipo de estudio
- Artículos, documentos oficiales o de centros de investigación que hacen referencia a indicadores utilizados para medir el desempeño de los modelos de prestación de servicios basados en atención primaria
- Artículos, documentos oficiales o de centros de investigación con acceso a texto completo.

.Criterios de exclusión

- Se descartaron artículos de atención primaria que mencionaban indicadores de evaluación que no medían el modelo de prestación de servicios.
- Se excluyeron artículos fuera del periodo estipulado y en idiomas que estén fuera Idioma inglés, español y portugués

9.3 Métodos y técnicas para la recolección de la información

Seguendo las recomendaciones metodológicas del manual de revisiones de literatura científica del Joanna Briggs Institute (JBI), se llevó a cabo una revisión de alcance (SCR: scoping review, por sus siglas en inglés). con la participación de cuatro investigadores independientes. Se buscó literatura publicada desde 2017 hasta julio de 2022 en las siguientes bases de datos: Medline, Embase, Clinical key, Scielo, Google académico, Pubmed, Lilacs, Proquest.

Se realizó rastreo de artículos en bola de nieve y en revistas indexadas y otras fuentes de literatura gris.

Se diseñó ecuaciones de búsqueda que incluían uso de Sinónimos, términos relacionados, variaciones ortográficas y abreviaturas; así como los operadores Booleanos (AND, OR, NOT), truncadores (() , “”, * y términos MeSH o Emtree, y palabras de texto relacionadas con los temas: atención primaria, indicadores de evaluación.

Tabla 1. Palabras claves relacionadas con términos de búsqueda.

Estrategia de búsqueda términos mesh
primary health care program evaluation indicators
primary health care program performance
primary health care program outcomes
primary care provider performance indicators
primary care provider performance provider indicators
"Quality of Health Care"[MeSH]
quality indicators in primary care
"Indicators"AND" primary care"
"Indicators"+"evaluate"+"primary health care"
Quality of Health Care AND primary health care program outcomes AND primary health care program performance
Quality of Health Care OR primary health care program outcomes OR primary health care program performance
"performance Indicators"AND" primary care"
"performance Indicators"OR" primary care"

Tabla elaborada por los autores

9.4 Plan de análisis de datos *(Describe los mecanismos para la recolección y tabulación-organización de la información y el tipo de estadística a utilizar si el estudio tiene un enfoque cuantitativo o las técnicas para el análisis de datos textuales si el enfoque es cualitativo)*

Después de la búsqueda, todas las citas identificadas se recopilaron y cargaron en (software bibliográfico Mendeley versión 2.85.0) y se eliminaron los duplicados. Después, los títulos y resúmenes fueron examinados por cuatro revisores independientes para su evaluación según los criterios de inclusión. Las fuentes potencialmente relevantes se recuperaron en su totalidad y sus detalles de citas se importaron al Sistema JBI para la Gestión, Evaluación y Revisión Unificadas de la Información (JBI SUMARI). El texto completo de las citas seleccionadas fue evaluado en detalle contra los criterios de inclusión por los revisores independientes. Las razones para la exclusión de fuentes de evidencia en el texto completo que no cumplieron con los criterios de inclusión se registraron e informaron en los resultados de la revisión de alcance. Cualquier desacuerdo que surgió entre los revisores en cada etapa del proceso de selección se resolvió a través de discusión. Los resultados de la búsqueda y el proceso de inclusión del estudio se informaron en su totalidad en la revisión final del alcance y se presentaron en un diagrama de flujo de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis extension for scoping review (PRISMA-ScR).

Los datos fueron extraídos de los artículos incluidos en la revisión de alcance por los cuatro revisores independientes utilizando una herramienta de extracción de datos desarrollada por los revisores.

En este caso se realizó una matriz de Excel para la extracción y su posterior análisis de la información teniendo en cuenta la clasificación de la iniciativa de desempeño de la atención primaria de salud (PHCPI) realizada por el Banco Mundial (61) En esta iniciativa, los indicadores se clasifican en 42 categorías de acuerdo con el aspecto a evaluar. Ver tabla 13.

Los datos extraídos incluirán detalles específicos sobre los participantes, el concepto, el contexto, los métodos de estudio y los hallazgos clave relevantes para la pregunta de la revisión.

Los datos se presentan gráficamente de manera detallada sobre la técnica de búsqueda y recopilación de datos, y se realiza una narrativa de los resultados, con una correlación de nuestros objetivos y pregunta de investigación.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS *(Realice una discusión sobre los mecanismos específicos que se emplearán en el proyecto para garantizar el cumplimiento de los principios éticos en investigación (Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía). Adjunte consentimiento y asentimiento informado (si aplica), en archivos diferentes y relaciónelos en el apartado 17 del presente formato). Si el investigador considera que el proyecto no requiere evaluación del comité de ética, debe argumentar las razones por las cuales toma esta decisión.*

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia. Se considera este trabajo de estudio como una investigación sin riesgos, ya que, se trata de una revisión documental.

Se trata de una investigación sin riesgos, que se refiere a aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran revisiones de historias clínicas y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos de su conducta.

En este estudio se respetan todas las normas que éticamente protegen los derechos de los participantes, toda la información contenida tendrá un manejo estricto y confidencial; no se solicitarán datos personales o número de identificación para proteger la identidad de los participantes

Asimismo, el protocolo de investigación será sometido para evaluación y aprobación por parte del Comité de Investigaciones de la Universidad El Bosque, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de todas las normas éticas correspondientes para este trabajo en particular.

Requiere aval ético (marque con equis)				Nivel ético según resolución 008430 de 1993 (marque con equis solamente si considera que requiere aval ético)				
SI	x	NO		Investigación sin riesgo	x	Investigación con riesgo mínimo		Investigación con riesgo mayor que el mínimo

11. RESULTADOS

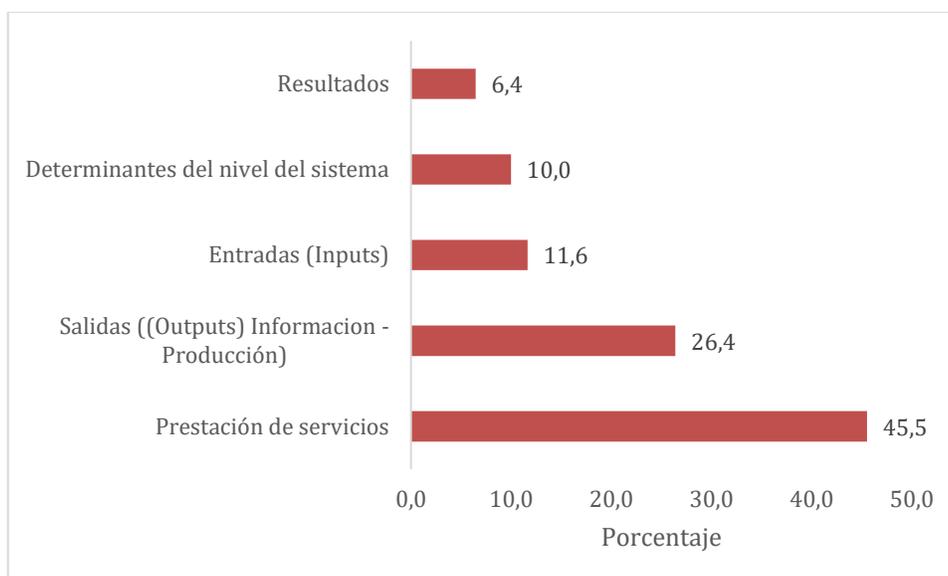
Los resultados de la fase de identificación arrojaron 2817 artículos (siendo 419 MEDLINE, 1452 Scopus, 567 ISI-WOS, 379 CINAHL vía EBSCOhost). Después de eliminar los artículos duplicados, nuestra investigación comenzó con 1480 artículos. El título y el resumen se examinaron en busca de relevancia según los criterios de inclusión y exclusión. De un total de 1401 artículos excluidos, 1332 no cumplieron con los criterios de elegibilidad y 69 no tenían resumen disponible. La fase de elegibilidad comenzó con 79 artículos que

fueron leídos en sus versiones de texto completo, verificando los criterios de elegibilidad. Los estudios identificados por la metodología RAND, su inclusión en la revisión general se justificó ya que los métodos incluyeron una revisión sistemática inicial antes de la implementación de un panel de discusión para validar la adecuación de los indicadores. Dado que el objetivo era ser lo más inclusivo/completo posible, también se incluyeron estos estudios. En la perspectiva de los autores, la exclusión de estos estudios podría comprometer la exhaustividad de la revisión general. Los estudios excluidos (n = 46) no tenían una versión de texto completo disponible o no cumplieron con los criterios de elegibilidad. Cuarenta y dos artículos fueron seleccionados para el análisis cualitativo, la identificación de indicadores y su clasificación.

Clasificación de indicadores

Del total de artículos incluidos en el estudio, se identificaron 481 indicadores que los autores usaron para medir el desempeño de la atención primaria en salud. El 45,5% (n=219) de los indicadores identificados corresponden al dominio de la prestación de servicios, seguido de los indicadores del dominio salidas (información, producción) en donde se identificaron 127 indicadores que corresponde al 26,4% del total, en tercer lugar, se encuentra los indicadores que evalúan las entradas con 11,6% (n=56), seguidos de determinantes del nivel del sistema 10% (n=48) y los indicadores de resultado con 6,4% (n=31).

Gráfica 1. Distribución de indicadores identificados de acuerdo con el dominio.



Fuente, autores.

Dominios determinantes del nivel del sistema

- **Gobernanza y Liderazgo:** en este subdominio se destacan tres categorías : políticas de atención primaria de salud, infraestructura de gestión de calidad y responsabilidad social. De acuerdo con los estudios incluidos en la presente investigación, el indicador que resalta dentro de la categoría de política de atención primaria está el de la sinergia del gobierno, entendida en la literatura como la construcción de acciones articuladas para lograr un desarrollo integral e integrado, por lo que es importante destacar que, para que un proceso sea una medida válida de la calidad, debe estar estrechamente relacionado con un resultado que le interese a la gente. Adicionalmente dentro de la categoría de Infraestructura de gestión de calidad, resaltamos indicadores de servicio de gestión de salud, evaluación de los sistemas de gestión de salud y mandato de atención primaria, que permiten señalar oportunidades de mejora, buscando mejores procesos y resultados.

En términos generales, no se encontró la forma específica en que median estos indicadores y dan la apariencia de ser unos indicadores de tipo cualitativo, que son complementados con indicadores específicos en otros dominios que pueden objetivar este proceso.

Tabla 2. Indicadores identificados en el dominio determinantes del nivel del sistema de acuerdo con el subdominio Gobernanza y liderazgo.

Categorías	Indicadores
Políticas de atención primaria de salud	<p>Sinergia del gobierno (22)</p> <p>Estrategia de atención primaria (23)</p> <p>Mandato de atención primaria (23)</p> <p>Coordinación y priorización de los recursos (24)</p> <p>Legislación sanitaria nacional (24)</p> <p>Integración de cuidados primarios en el sistema de atención en salud (2)</p> <p>Descentralización de cuidados primarios y desarrollo de servicios (2)</p>
Infraestructura de gestión de calidad	<p>Calidad del servicio (22)</p> <p>Servicio de gestión de la salud (22)</p> <p>Sistema de gestión de calidad. (26)</p> <p>Evaluación del sistema de gestión de calidad (26)</p> <p>Aseguramiento de la calidad de los profesionales de la salud (23)</p> <p>Mandato de los servicios de salud pública (23)</p> <p>Organización del servicio (24)</p> <p>Organización del sistema de salud preexistente (28)</p> <p>Indicador de calidad (29)</p>

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencias bibliográficas citadas.

- **Financiamiento de la salud:** en este subdominio se encuentran las categorías: sistemas de pago, gasto en atención primaria de salud y cobertura financiera, en las cuales

se identificó el costo por cápita, tasa y tipo de contratación, los gastos y recursos usados en la atención primaria, modelos de pago, tipos de compensación y los fondos usados. Cabe resaltar que en los artículos revisados se realizaba hincapié en la clasificación de estos indicadores cubriendo diferentes categorías como gasto de contratación de proveedores, el gasto derivado de la atención de los pacientes y gasto de las complicaciones que se presentan tales como hospitalizaciones y visitas a urgencias.

En terminos generales todos los autores están de acuerdo en la necesidad de valorar estos procesos mas esta unificada lo forma de medirlo por los diferentes autores.

Tabla 3. Indicadores identificados en el dominio determinantes del nivel del sistema de acuerdo con el subdominio “Financiamiento de la salud”

Categoría	Indicador
Sistemas de pago	<ul style="list-style-type: none"> ● Pagos a proveedores (23) ● Situación laboral y remuneración de los médicos generalistas (23) ● Abordar las barreras financieras y geográficas a la atención médica (30) ● Modelo de pago (24)
Gasto en atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Costo de medicamentos. (31) ● Costo de atención primaria y secundaria (31) ● Gasto total en atención primaria de salud (23) ● Gasto nacional en atención primaria de la salud (23)
Cobertura financiera	<ul style="list-style-type: none"> ● Costo per cápita total (ajustado). (32) ● Tasa de contratación efectiva (2) ● Tasa de renovación de contrato (2) ● Tasa de contratación para poblaciones clave” (2) ● Recursos de atención primaria (23) ● Tasas de compensación (24)

--	--

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

- Subdominio adecuación a las necesidades de la población. Aquí se encuentra la vigilancia, establecimiento de prioridades, innovación y aprendizaje en los cuales se destacan los indicadores, priorización de actividades de atención en salud, desarrollo profesional continuo, evidencia del aprendizaje de los profesionales, apropiación de tecnologías. En la mayoría de los estudios los indicadores se describen de forma general enfatizados a la actividades globales enfocadas en el cuidado primario más que a actividades locales.

Tabla 4. Indicadores identificados en el dominio determinantes del nivel del sistema de acuerdo con el subdominio “Adecuación a las necesidades de la población”

Categoría	Indicador
Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de casos remitidos de instituciones de cuidado primario a niveles especializados (34)
Establecimiento de prioridades	<ul style="list-style-type: none"> ● Priorización de actividades de atención en salud (24)
Innovación y aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> ● Apropiación de tecnologías en cuidados primarios (2) ● Educación y retención (2)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencias bibliográficas citadas.

Dominio entradas

En las entradas se evalúan los indicadores de los subdominios de medicamentos y suministros, infraestructura de instalaciones, sistemas de información, personal y fondos,

en los que se encontraron suministros y disponibilidad de medicamentos para enfermedades priorizadas, error por la medicación, prescripción de opioides, apariencia de la oficina, tamaño de las instalaciones, fuentes y sistemas de información, historia clínica, dotación de personal, asociaciones de profesionales y sus roles, personal suficiente, carga para el personal, relación entre enfermeras/parteras.

Tabla 5. Indicadores identificados en el dominio “Entradas” de acuerdo con los subdominios

Subdominios	Indicador
Medicamentos y Suministros	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de medicamentos desabastecidos por error del personal (35) ● Porcentaje de AINE que contienen recetas en clínica general (35) ● Porcentaje de excedentes de medicamentos por error del personal (35) ● Porcentaje de medicamentos caducados por error del personal (35) ● Entrega de medicamentos (22) ● Orientación sobre medicamentos (22) ● Servicio de recetas de larga duración (22) ● Régimen de elegibilidad para el reembolso de medicamentos ambulatorios (23) ● Cumplimiento de las Listas de Medicamentos Esenciales (37) ● Prescripción de opioides (25) ● Porcentaje de prescripciones que contienen antibióticos en la clínica general (35)
Infraestructura de instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● Apariencia de la oficina (22) ● Tamaño de la oficina (22) ● Instalaciones y equipos (22) ● Servicios de telemedicina (22) ● Aseguramiento de la calidad de las instalaciones (23) ● Acceso a tecnologías en salud (24) ● Número de unidades básicas de salud con sala de vacunación (40) ● Grado de daño a las instalaciones de salud (28)
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> ● Construcción del sistema de información (22) ● Sistema regional de información de atención médica (22) ● Acceso a historial médico (24) ● Uso de sistemas de información en los diferentes servicios (25)

Personal	<ul style="list-style-type: none"> ● Formación de equipos (22) ● Dotación de personal (22) ● Funciones de las asociaciones profesionales de enfermeras y matronas en la atención primaria (23) ● Tipo de profesionales sanitarios de atención primaria (23) ● Ámbito de actuación de los profesionales sanitarios de atención primaria (23) ● Personal suficiente (24) ● Competencias del personal (24) ● Carga diaria de casos clínicos por profesional de salud (34) ● Educación para la salud (39) ● Continuando el desarrollo profesional (39) ● Número de médicos de Atención Primaria (40) ● Número de enfermeras de Atención Primaria (40) ● Número de médicos, enfermeras que han realizado estudios en los últimos 12 meses (20)
Fondos	<ul style="list-style-type: none"> ● Fuentes de financiamiento (22) ● Aporte del gobierno (22)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

Dominio Prestación de servicios

- Gestión de salud de la población: en este subdominio se evalúan el establecimiento de prioridades locales, la participación de la comunidad, el empalme y la divulgación proactiva de la población. A continuación, se detallan los indicadores evaluados.

Tabla 6. Indicadores identificados en el subdominio “Gestión de salud de la población” de acuerdo con las categorías

Categoría	Indicador
Establecimiento de prioridades locales	<ul style="list-style-type: none"> ● Inscripción del paciente en una lista de médicos de cabecera (41) ● Tasa de visitas evitables al servicio de urgencias (30) ● Tasa de visitas potencialmente evitables al servicio de urgencias (42) ● Número de visitas a urgencias (43) ● Nivel de atención del establecimiento (26)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Planeación de servicios que aborden las desigualdades locales en la cobertura de servicios y los resultados de salud en diferentes tipos demográficos (30) ● Planeación de servicios que aborden las desigualdades locales en la cobertura de servicios y los resultados de salud en diferentes tipos demográficos (30) ● Número de escuelas bajo la supervisión de APS (35)
Participación de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios comunitarios colaborativos (22) ● Roles de los grupos de pacientes y/o consumidores (23) ● Derechos y elección del paciente (23) ● Apoyo a los cuidadores/cuidadores familiares (23) ● Proporcionar servicios de acuerdo con las necesidades de los grupos desfavorecidos (30) ● Involucrar a los representantes de la comunidad para asegurarse de que estén informados y estén involucrados en el diseño, la implementación y la evaluación del programa (30) ● Alcances/servicios basados en la comunidad (38)
Empalme	<ul style="list-style-type: none"> ● Reuniones de socialización de la salud de la población (24)
Divulgación proactiva de la población	<ul style="list-style-type: none"> ● Educación para la salud en grupo (38)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencias bibliográficas citadas.

- Organización y gestión de instalaciones

Este subdominio presenta cuatro categorías, Organización de cuidados basada en equipos, Liderazgo y capacidad de gestión de instalaciones, Sistemas de información y Medición y gestión del rendimiento. No se encontraron indicadores evaluados para liderazgo y capacidad de gestión de instalaciones y en la categoría medición y gestión del rendimiento fue el más medido. A continuación, el detalle de los indicadores.

Tabla 7. Indicadores identificados en el subdominio “Organización y gestión de instalaciones” de acuerdo con las categorías.

Categoría	Indicador
Organización de cuidados basada en equipos	<ul style="list-style-type: none"> ● Número promedio de pacientes por médico de cabecera por día (35) ● Número de escuelas bajo APS (35) ● Construcción de la cultura del equipo (22) ● Desarrollo de capacidades del equipo (22)
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de historiales electrónicos de salud (23) ● Sistema de historia clínica electrónica vinculado a sistemas clínicos. (23) ● Información asistencial en webs institucionales y su disponibilidad, accesibilidad y calidad. (44)
Medición y gestión del rendimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de uso del servicio de atención en urgencia (45) ● Modo de operación (22) ● Costo promedio del servicio de urgencias (43) ● El impacto de la integración de los farmacéuticos en el número de visitas de atención primaria (31) ● El impacto de la integración de los farmacéuticos en el número de visitas de atención secundaria (31) ● El impacto de la integración de los farmacéuticos en el contactos de atención médica en general (31) ● Monitoreo: datos del sistema de información de gestión de salud de rutina sobre la utilización del servicio y los resultados de salud presentados por equipo de salud de Medicina Familiar. (46) ● Promedio de medicamentos por consulta (37) ● Porcentaje de medicamentos prescritos por denominación común internacional (37) ● Tiempo insuficiente durante la consulta (24) ● Número de consultas por jornada (24) ● Tasa de asistencia brindada por el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) (27) ● Promedio de visitas domiciliarias realizadas por un profesional NASF (27) ● Promedio de consultas grupales realizadas por un profesional de la NASF (27) ● Número de gestiones de atención primaria en el desarrollo de servicios (2)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencias bibliográficas citadas.

- Acceso: dentro de la prestación de servicios el acceso es uno de los subdominios más medidos. En esta clasificación dentro del acceso se encuentra acceso financiero, geográfico y oportunidad. En esta última categoría se identificaron tiempo en la asignación de citas, tiempo de espera, llamadas a ambulancia, promedio de día de atención para atención primaria, satisfacción con el acceso, acceso fuera del horario establecido, barreras físicas para el acceso.

Tabla 8. Indicadores identificados en el subdominio “Acceso” de acuerdo con las categorías.

Categoría	Indicador
Financiero	<ul style="list-style-type: none"> ● Costo anual de los servicios de salud. (35) ● Tasa de personas que no van por un examen debido al costo del examen (19) ● Tasa de personas que no acuden a una prueba médica, tratamiento o seguimiento a pesar de ser recomendado por un profesional de la salud por el costo (19) ● Tasa de personas que no pueden tomar sus medicamentos prescritos debido a el costo (19)
Geográfico	<ul style="list-style-type: none"> ● Distancia al hospital cercano (35) ● Acceso a un proveedor de atención primaria regular. (47) ● Acceso fuera del horario de atención al proveedor de atención primaria regular. (47) ● Acceso a un equipo de atención primaria interprofesional. (47) ● Visitas al proveedor de atención primaria regular(47) ● Visitas no urgentes al departamento de emergencias (47) ● Barreras físicas y otras barreras basadas en el suministro, como acceso a atención de calidad y recursos humanos para la salud, suministros y productos básicos.(30) ● Comparación uno a uno de los municipios con bonificación con los municipios sin bonificación en función de las características demográficas (33) ● Distancia al hospital cercano (35)

Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● El paciente informa una espera razonable para la cita (32) ● Los pacientes informan que pueden obtener una cita el mismo día o al día siguiente (porcentaje de encuestados) (32) ● Tiempo promedio desde que se llama a una ambulancia hasta que se llega al centro de APS (35) ● Porcentaje de la población de captación registrada en la instalación (36) ● Tiempo medio de espera (min) en consultas externas (36) ● Promedio tercera siguiente cita disponible (45) ● Tiempo de espera promedio establecido por paciente de atención primaria en días (45) ● Promedio tiempo en días de atención primaria en pacientes (45) ● Satisfacción con el acceso (48) ● Atención equitativa para todos los pacientes. (23) ● Oportunidad de asignación de citas (20) ● Promedio de médicos y enfermeras por habitante (27) ● Porcentaje de consultas por demanda espontánea (27) ● Porcentaje de citas programadas (27) ● Motivo de recolección de material citopatológico del cuello uterino (27) ● Número de visitas domiciliarias realizadas por médico y enfermera de Atención Primaria (40) ● Número de citas de atención prenatal realizadas por médico o enfermera de Atención Primaria (40) ● Número de citas o citas individuales realizadas por enfermera de Atención Primaria (40) ● Número de 3ra dosis aplicadas para vacunas tetra y pentavalentes (40) ● Búsqueda de atención médica por iniciativa del paciente (28) ● Oportunidad de asignación de citas por teléfono o correo electrónico (20)
-------------	--

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

- Disponibilidad de servicios efectivos de APS: en este subdominio se evalúa la disponibilidad, competencia, motivación del proveedor, la relación del paciente con el proveedor, la confianza y seguridad. Se describen los detalles en la siguiente tabla.

Tabla 9. Indicadores identificados en el subdominio “Disponibilidad de servicios efectivos de APS” de acuerdo con las categorías.

Categoría	Indicador
Disponibilidad del proveedor	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de médicos de cabecera que trabajaron en la unidad de APS en los últimos 12 meses. (41) ● Continuidad (% de pacientes que ven a su propio médico) (32) ● Disponibilidad de servicios de enfermería comunitarios (35) ● Provisión pública de servicios de salud (22) ● Servicios médicos generales (22) ● Servicios médicos de emergencia (22) ● Servicio de contrato de médico de familia (22) ● Servicios ambulatorios (22) ● Número de visitas de atención primaria (42) ● Satisfacción del tiempo en sala de espera con la consulta del médico de cabecera (proporción) (48) ● Satisfacción de acceso con oportunidad de consulta (proporción) (48) ● Disponibilidad de equipamiento en atención primaria (23) ● Disponibilidad de servicios generales a nivel de establecimiento.(23) ● Presencia de una unidad de salud funcional dentro del área de captación con actividades de atención primaria de salud (18) ● Proporción de hogares, o albergues visitados por personal de enfermería durante un tiempo estipulado (44) ● Tasas de hospitalización por diabetes y hipertensión (28) ● Tasas de hospitalización antes de la pandemia de COVID-19. (28) ● Disponibilidad de servicios de atención primaria (2) ● Número de camas de hospitales por población (2)

Competencia del proveedor	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicadores de calidad de la atención de proveedores de salud (29) ● Evaluación comparativa de la calidad de atención (29) ● Evaluación de la mejora de la calidad de atención entre los proveedores de atención primaria (29)
Motivación del proveedor	<ul style="list-style-type: none"> ● Satisfacción del personal médico.(22) ● autoevaluación sobre desempeño en la atención (46) ● Bonificación como factor motivacional (33)
Paciente proveedor respeto y confianza	<ul style="list-style-type: none"> ● Cortesía informada por el paciente del personal del consultorio (32) ● Participación informada por los pacientes en la toma de decisiones (32) ● Satisfacción con la consulta del médico de cabecera (48) ● Pacientes que están de acuerdo con la afirmación “Me trataron con dignidad y respeto” (35)
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ● porcentaje de inyecciones seguras en el centro de salud (36) ● porcentaje del personal que asistió a capacitación en calidad y seguridad del paciente en el último año (36) ● porcentaje de inyecciones administradas con una nueva jeringa de seguridad estándar estéril (36) ● porcentaje de cumplimiento de las pautas de higiene de manos (36) ● Número de eventos adversos informados (inmunización/medicación) (36) ● Proporción de prescripciones de antibióticos canjeadas en los 12 meses anteriores (49) ● Prescripciones potencialmente inapropiadas de medicamentos asociados con efectos secundarios graves prescritos por el proveedor de atención primaria habitual (47) ● porcentaje de encuentros con un antibiótico recetado (37) ● porcentaje de encuentros con una inyección (37) ● Porcentaje de eventos adversos leves informados después de la vacunación (35) ● indicadores de seguridad del paciente (19)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencias bibliográficas citadas.

- Atención primaria de salud de alta calidad: este subdominio tiene cinco categorías: Accesibilidad de primer contacto, Continuidad, Integralidad, Coordinación, Centrado en la persona. Los indicadores usados en los diferentes estudios incluyen la evaluación de estos aspectos resaltando el ingreso a los servicios, asignación de citas en el marco de la APS, servicios de educación al paciente, calidad de la comunicación, satisfacción del usuario con los servicios, satisfacción del paciente con el médico de cabecera, visitas de seguimiento al servicio de salud por los pacientes después de una hospitalización y de manera anual, las visitas realizadas por los médicos de cabecera, el seguimiento a los pacientes, vínculos con otros proveedores para la atención e identificación de necesidades de poblaciones indígenas. En estas categorías resalta la satisfacción de los usuarios/pacientes que reciben los servicios, esta satisfacción esta medida en varios aspectos como la satisfacción que tienen los pacientes por el tiempo que dedica su médico de cabecera en el examen, por las explicaciones fáciles de entender dadas por el médico, satisfacción porque el médico le explicó que podía plantear preguntas o interrogantes, satisfacción porque el médico lo involucra en la toma de decisiones sobre el cuidado, atención y tratamiento.

Tabla 10. Indicadores identificados en el subdominio “Atención primaria de alta calidad” de acuerdo con las categorías.

Categoría	Indicadores
Accesibilidad de primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de visitas a la unidad de APS (41) ● Número de visitas previas a la unidad de salud (41) ● Acceso al servicio de citas (41) ● oportunidad de Ingreso a atención básica de salud (41) ● Calidad de la comunicación (41)

Continuidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Reingreso dentro de los 30 días (% de pacientes con condiciones seleccionadas) (32) ● Tasa de derivación de médicos generales (GP) a la atención secundaria en los últimos 6 meses (49) ● Índice de Continuidad de la Atención (50) ● Visita anual al proveedor de atención primaria habitual (47) ● Seguimiento a los pacientes (24) ● Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica que han sido evaluados en los últimos 12 meses (35) ● Porcentaje de pacientes a lo que se les hace seguimiento a los 7 días (35) ● Servicio fuera de horario (2)
Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de clientes atendidos por el educador en salud en el centro de atención primaria de salud cara a cara (35) ● Servicios de educación y asesoramiento en salud (22) ● Llamadas telefónicas entre el médico de cabecera habitual y los especialistas. (47) ● Hospitalizaciones potencialmente evitables. (47) ● Visitas al médico de cabecera habitual dentro de los 7 días siguientes a una hospitalización. (47) ● Reingreso al hospital dentro de los 30 días posteriores a una hospitalización. (47) ● Promedio de pacientes por clínica de cirujano dentista por día (47)
Centrado en la persona	<ul style="list-style-type: none"> ● Elementos y factores del personal. (21) ● Interacciones negativas del personal (21) ● Atención médica desatenta (21) ● Elementos del cliente que no afectan resultados finales de la atención médica (21) ● Elementos y factores clínicos que alteran el desenlace final de la atención médica (21) ● Atención médica centrada en la persona (21) ● Elementos del médico que no afectan resultados finales de la atención médica (21) ● Atención universal y accesible (51) ● Atención integrada centrada en la persona (51) ● Atención integral y comunitaria, (51) ● Atención proporcionada por un equipo responsable de abordar la gran mayoría de las necesidades de salud personales (51)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Asociación sostenida con pacientes y cuidadores informales (51) ● Pacientes que están de acuerdo con la afirmación “Me trataron con dignidad y respeto” “Estoy satisfecho con la atención que brindó a los pacientes/usuarios del servicio” Estoy satisfecho de trabajar en este lugar. (35) ● Índice de satisfacción del personal (36) ● porcentaje de pacientes conscientes de los derechos y deberes de los usuarios de la atención en salud (36) ● Tasa de satisfacción del paciente (36) ● Satisfacción con la consulta del médico de cabecera (48) ● Identificación de necesidad en población indígena (20) ● Retirada de antidiabéticos y antihipertensivos (54) ● Sustitución total de la dieta (dieta de fórmula de 825-853 kcal por día durante 12-20 semanas) (54) ● Tasa de personas que afirman que el médico dedica suficiente tiempo a ellos durante el examen (31) ● tasa de personas que afirman que el médico que visita regularmente gasta lo suficiente tiempo con ellos durante el examen (31) ● Tasa de personas que afirman que el médico que visitan les da explicaciones fáciles de entender (31) ● Tasa de personas que informó que su médico regular le dio al paciente el derecho a hacer preguntas o plantear inquietudes (19) ● Tasa de personas que reportaron que su médico involucra al paciente en las decisiones sobre el cuidado y tratamiento (19) ● calidad de vivienda del usuario de la atención médica (19) ● Estado laboral del paciente (19) ● servicios ofrecidos fuera de horario regular de atención (19)
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ● porcentajes de derivaciones apropiadas (ascendentes) durante los últimos 6 meses (por condiciones específicas) (36) ● Vínculos con otros proveedores de servicios y vías de derivación para garantizar la integralidad de un paquete de servicios (30)

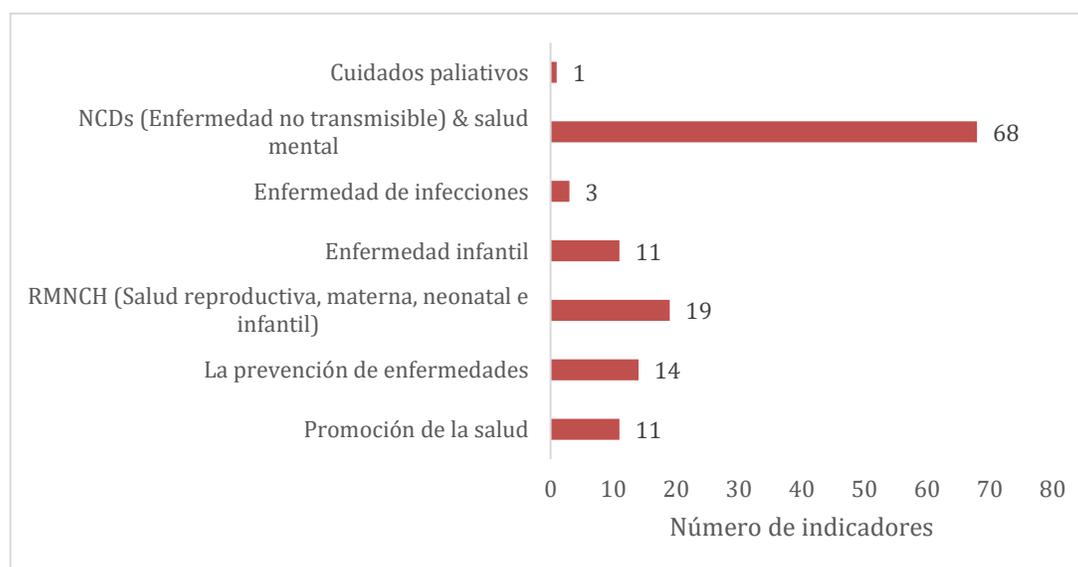
Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

Dominio Salidas. Información producción

- Subdominio cobertura de servicio efectiva

De acuerdo con la clasificación de la iniciativa de desempeño de la atención primaria de salud (PHCPI), el subdominio cobertura de servicio efectiva tiene siete categorías (Promoción de la salud, La prevención de enfermedades, RMNCH (Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil), Enfermedad infantil, Enfermedades infecciosas, NCDs (Enfermedad no transmisible) & salud mental y Cuidados paliativos. Como se mencionó anteriormente, este subdominio presentó el mayor número de indicadores y existe una distribución del número de indicadores desproporcionada entre las categorías, pues los indicadores NCDs (Enfermedad no transmisible) & salud mental son los más frecuentes y sólo existe uno de cuidados paliativos frente a los 68 de enfermedades crónicas.

Gráfica 3. Distribución de indicadores en el subdominio cobertura de servicio efectiva (Salidas ((Outputs) Información - Producción))



Fuente, los autores.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades que presentan mayor número de indicadores de los cuales se resaltan: porcentaje de DM controlada (Niveles de HBA1c, peso, triglicéridos), proporción de pacientes de la APS con diabetes mellitus que asistieron a un examen de la vista en los últimos 12 meses, pacientes con hipertensión arterial en seguimiento, proporción de pacientes con hipertensión entre los de 40 a 54 años, proporción de pacientes que tienen hipertensión entre los de 55 a 69 años. Para cáncer: examen de mamografía Enfermedad renal; Medición de creatinina sérica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: proporción de pacientes de la APS con EPOC que asistieron a pruebas de función pulmonar en los 12 meses anteriores.

Tabla 11. Indicadores identificados en el subdominio “Cobertura de servicio efectiva” de acuerdo con las categorías.

Categoría	Indicador
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● % residentes cuyas actividades de la vida diaria mejoraron (55) ● % residentes cuyas actividades de la vida diaria empeoraron (55) ● Número de clases de Educación basada en la evidencia (43) ● % residentes que usan antipsicóticos, sin diagnóstico (43) ● Promedio de recién nacidos atendidos en la primera semana de vida (27) ● Proporción de adultos elegibles que ha recibido tamizaje de presión arterial durante periodo establecido (34) ● Proporción de adultos elegibles que ha tenido monitoreo de glucosa durante el periodo establecido (34) ● Prevención de consumo de SPA (20) ● Detección de ancianos en actividades de promoción de la salud (35) ● Número de pacientes atendidos por dietista (35)

	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pacientes atendidos por el educador en salud , en el centro de atención primaria de salud cara a cara (35)
La prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje del personal del establecimiento de salud inmunizado contra la Hepatitis B - 3 dosis . (35) • Porcentaje de radiografía simple del total tomadas de forma ambulatoria (35) • % del grupo de alto riesgo, inmunizado contra la influenza (36) • Clasificación de comorbilidad (42) • Elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria (23) • Porcentaje de servicios ofrecidos por el Equipo de Salud Bucal (27) • Proporción de mujeres embarazadas que recibieron todos los tipo de cuidado antenatal en el último embarazo durante el tiempo estipulado (34) • Registro de vacunación (25) • Calidad preventiva de enfermedades (19) • Porcentaje de atención en Clínicas de cuidado de heridas (2)
RMNCH (Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil)	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de visitas prenatales tempranas (% de primeras visitas prenatales antes de las 20 semanas).(56) • Porcentaje de embarazos con diabetes gestacional (35) • El porcentaje de embarazadas examinadas para el VIH (35) • Porcentaje de mujeres que asistieron al menos a una visita durante las 6 semanas posteriores al parto (35) • Porcentaje de mujeres que aceptaron el método de espaciamiento de los nacimientos del total de la clínica postnatal (35) • % de mujeres que visitan por primera vez durante el primer trimestre (36) • % de mujeres embarazadas vacunadas completamente (36) • % de mujeres embarazadas con ≥ 4 Atención prenatal (APN) (36) • % de gestantes que recibieron educación (36) • Coeficiente de mortalidad materna (57)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultas de planificación familiar (39) ● Consultas para Ligadura de trompas bilateral (39) ● Consultas para Vasectomía (39) ● Número de partos (35) ● Porcentaje de embarazos con diabetes gestacional (35) ● Porcentaje de mujeres que aceptaron el método de espaciamiento de los nacimientos del total de la clínica postnatal (35) ● Cobertura de servicio de aborto (2)
Enfermedad infantil	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de inmunización completa a los 12 meses de edad (número de pacientes infantiles que han completado el ciclo primario de inmunizaciones).(56) ● Porcentaje Inmunización infantil (32) ● Porcentaje de eventos adversos leves informados después de la vacunación (35) ● El porcentaje de niños nacidos hace 24 meses completó su inmunización (35) ● Porcentaje de bebés de 2 meses con resultados de TSH registrados en la tarjeta rosa (35) ● % de niños menores de 5 años con peso y talla medidos en el último año. (36) ● Cobertura de Vacuna anual contra la gripe y otras vacunas recomendadas (47) ● Monitoreo y seguimiento a la salud infantil.(20) ● Calidad en atención pediátrica (19)
Enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de personas VIH positivos que iniciaron con isoniazida terapia preventiva (56) ● Terapia de prevención de la TB para personas VIH positivas (56) ● Servicios de enfermedades de transmisión sexual (2)
NCDs (Enfermedad no transmisible) & salud mental	<ul style="list-style-type: none"> ● Números de exámenes de detección de cáncer de cuello uterino (número de pacientes mujeres mayores de 30 años que se sometieron a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino) (56) ● Detección de cáncer colorrectal (32) ● Puntuación de control de la diabetes (32) ● Porcentaje de DM con IMC > 24,9 (32) ● Porcentaje de DM con hiperlipidemia (32)

- Porcentaje de DM con FGe < 60 (32)
- Porcentaje de DM derivados a oftalmología (32)
- Porcentaje de DM con HBA1c controlado al menos una vez al año (32)
- Porcentaje de DM su último HBA1Cc < 7 (32)
- Porcentaje de DM su último HBA1c ≥ 9 (32)
- Porcentaje de derivación externa sobre el total de pacientes ambulatorios (32)
- % de pacientes atendidos en PH que están siendo manejados por condiciones de salud mental (36)
- % de pacientes hipertensos registrados con investigaciones de laboratorio (36)
- % de pacientes hipertensos registrados con Presión Arterial (PA) >140/90 en las últimas 2 visitas de seguimiento (36)
- % de pacientes diabéticos registrados con glucemia en ayunas controlada en las últimas 2 visitas de seguimiento (F/U) (36)
- % de fumadores que asisten a asesoramiento para dejar de fumar (36)
- % de pacientes con Diabetes Mellitus (DM) con examen de fondo de ojo durante el último año (36) .
- Examen de mamografía (49)
- Proporción de pacientes con hipertensión entre los de 40 a 54 años (49)
- Proporción de pacientes que tienen hipertensión entre los de 55 a 69 años (49)
- Medición de creatinina sérica (49)
- Aplicación de betabloqueantes (49)
- Medición de HbA1c (49)
- Proporción de pacientes de la APS con diabetes mellitus que asistieron a un examen de la vista en los últimos 12 meses (49)
- Proporción de pacientes de la APS con EPOC que asistieron a pruebas de función pulmonar en los 12 meses anteriores. (49)
- Índice de control de la hipertensión (49)
- Índice de control de la diabetes (49)
- Disminución de la presión arterial en quienes asisten a programas de atención primaria (49)
- Reducción de HbA1c. (49)

- Salud mental puntaje resumido PROMIS-29.(58)
- IMC (58)
- Número de adultos elegibles que reciben tratamiento para HTA. (34)
- Prevalencia de la enfermedad crónica.(28)
- Medición de factores de riesgo cardiovascular (59)
- Seguimiento de los niveles de presión arterial (59)
- Niveles colesterol y glucosa (59)
- Logro de los objetivos del tratamiento (59)
- Monitoreo de enfermedad renal (25)
- Monitoreo de Diabetes (25)
- Monitoreo de HTA. (25)
- Monitoreo de enfermedad mental (25)
- Porcentaje de DM con hiperlipidemia (25)
- Porcentaje de DM sus lípidos controlados anualmente (35)
- Porcentaje de DM2 con su ACR (microalbuminuria) anualmente.(35)
- Porcentaje de hipertensos con IMC > 24,9 (35)
- Porcentaje de Hipertensión con eGFR < 60 (35)
- Porcentaje de hipertensión su ACR controlado anualmente (35)
- Tasa de hospitalización por asma (19)
- Tasa de hospitalización por enfermedad pulmonar obstructiva (19)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva (19)
- Tasa de hospitalización por hipertensión (19)
- Tasa de hospitalización por diabetes (19)
- Tasa de amputación de miembros inferiores por diabetes (basado en hospitalización) (19)
- Terapia adecuada para reducir el colesterol en pacientes diabéticos (19)
- Primera elección de fármacos antihipertensivos en pacientes diabéticos. (19)
- Uso a largo plazo de benzodiazepinas en pacientes ancianos. (19)
- Proporción de cefalosporinas prescritas y quinolonas al total de prescritos sistémicos antibacterianos (19)
- Cantidad de antibacterianos sistémicos prescrito (19)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Combinación de un esteroide oral con cualquier fármaco anticoagulante (19) ● Registro de pacientes con enfermedad mental (2) ● Registro de pacientes con demencia. (2) ● Registro de pacientes con discapacidad de aprendizaje (2)
Cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de pacientes que ha recibido cuidado paliativo durante el periodo estipulado (34)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

Estos 68 indicadores buscan evaluar la detección, control, monitoreo y seguimiento a complicaciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial, salud mental, cáncer de cuello uterino, cáncer colorrectal, riesgo cardiovascular, enfermedad renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, insuficiencia cardiaca congestiva, Índice de masa corporal y síndrome metabólico. Dentro de estos indicadores se encuentran proporciones y números de actividades en su mayoría.

Tabla 12. Objetivos de los indicadores de la categoría enfermedades crónicas y salud mental del subdominio cobertura de servicio efectiva (Salidas ((Outputs) Información - Producción)).

Enfermedad	Objetivo de los indicadores	Número de indicadores
Diabetes mellitus	Control, seguimiento a complicaciones	31
Hipertensión arterial	Monitoreo, control	17
Salud mental	Monitoreo	5
Cáncer (cuello uterino, colorrectal)	Detección	5
Riesgo cardiovascular	Identificación	2
Enfermedad renal	Monitoreo	2
Epic	Seguimiento a complicaciones	2
Asma	Seguimiento a complicaciones	1

Insuficiencia cardiaca congestiva	Seguimiento a complicaciones	1
Sobrepeso/obesidad (IMC)	Monitoreo	1
Síndrome metabólico	Monitoreo	1

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

Dominio Resultados

Los subdominios de este dominio incluyen: estado de salud , sensibilidad, equidad, eficiencia, resiliencia de los sistemas de salud. Para este último subdominio no se encontraron indicadores.

Tabla 12. Indicadores identificados en el dominio “Resultado” de acuerdo con las categorías.

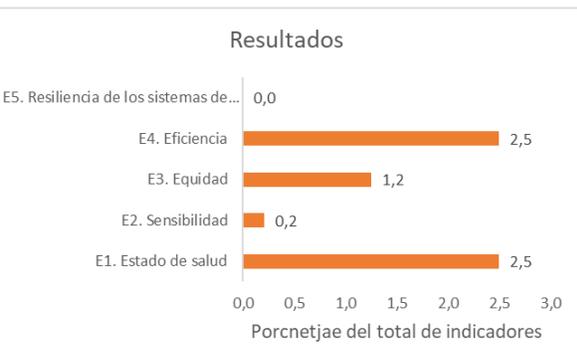
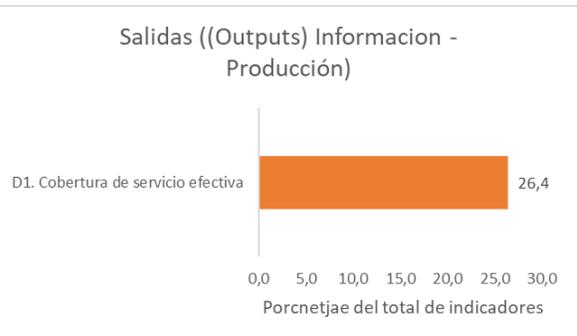
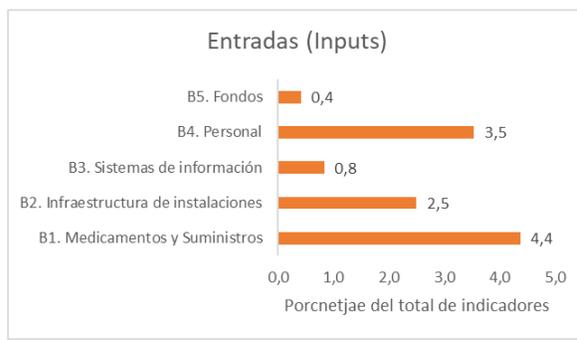
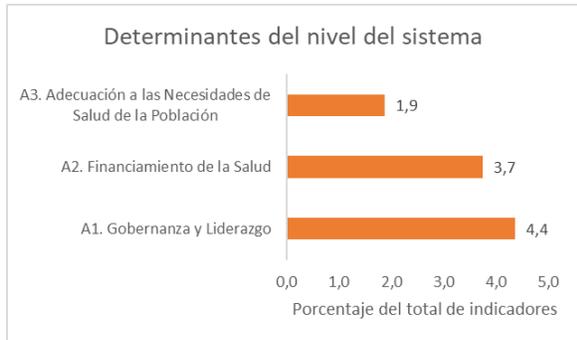
Subdominios	Indicadores
Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Morbilidad hospitalaria general (60) ● Morbilidad hospitalaria por COVID 19 (60) ● Número de visitas a urgencias (43) ● Número de hospitalizaciones (31) ● Estancia hospitalaria (31) ● Relación entre tratamientos completados y primeras citas odontológicas programáticas (27) ● Porcentaje de referencias a servicio especializado (27) ● Rata de cubrimiento de inmunización (34) ● Incidencia de bajo peso al nacer entre los recién nacidos (34) ● Índice de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años(34) ● Rata de tratamiento completo de TBC (34) ● Remisión sostenida de diabetes (54)
Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilización Comunitaria (30)
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Índice de pendiente de desigualdad (60) ● Índice relativo de desigualdad (RII) (60) ● Proporcionar servicios de acuerdo con las necesidades de los grupos desfavorecidos (30)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesidad de accesibilidad (2)
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Costo de hospitalización (31) ● Costo de visitas a urgencias (31) ● Evaluar los resultados de salud con referencia a los objetivos establecidos y desde una perspectiva de equidad (30) ● Proporcionar capacitación, suministros y supervisión regulares a los CHW para garantizar los resultados de salud previstos (30) ● Eficiencia en el desempeño de la fuerza laboral de atención primaria (2) ● Eficiencia tecnológica (2) ● Eficiencia distributiva y productiva (2)

Tabla elaborada por los autores, fuente: referencia bibliográficas citadas.

Finalmente, se presenta la distribución de indicadores identificados de acuerdo con el dominio y subdominio. La distribución detallada de los indicadores se encuentra en la tabla 13.

Gráfica 2. Distribución de indicadores identificados de acuerdo con el dominio y subdominio.



Fuente, los autores.

Tabla 13

Dominios y Subdominio	Número	%
Determinantes del nivel del sistema		
A1. Gobernanza y Liderazgo		
A1.a. Políticas de atención primaria de salud	10	2,08
A1.b. Infraestructura de gestión de calidad	11	2,29
A1.c. responsabilidad social	0	0,00

A2. Financiamiento de la Salud		
A2.a. <i>Sistemas de pago</i>	5	1,04
A2.b. <i>Gasto en atención primaria de salud</i>	5	1,04
A2.c. <i>Cobertura financiera</i>	8	1,66
A3. Adecuación a las Necesidades de Salud de la Población		
A3.a. <i>Vigilancia</i>	1	0,21
A3.b. <i>Establecimiento de prioridades</i>	2	0,42
A3.c. <i>Innovación y aprendizaje</i>	6	1,25
Entradas (Inputs)		
B1. Medicamentos y Suministros	21	4,37
B2. Infraestructura de instalaciones	12	2,49
B3. Sistemas de información	4	0,83
B4. Personal	17	3,53
B5. Fondos	2	0,42
Prestación de servicios		
C1. Gestión de la Salud de la Población		
C1.a. <i>establecimiento de prioridades locales</i>	10	2,08
C1.b. <i>Participación de la comunidad</i>	11	2,29
C1.c. <i>Empalme</i>	1	0,21
C1.d. <i>Divulgación proactiva de la población</i>	1	0,21
C2. Organización y gestión de instalaciones		
C2.a. <i>Organización de cuidados basada en equipos</i>	6	1,25
C2.b. <i>Liderazgo y capacidad de gestión de instalaciones</i>	0	0,00
C2.c. <i>Sistemas de información</i>	5	1,04
C2.d. <i>Medición y gestión del rendimiento</i>	18	3,74
C3. Acceso		
C3.a. <i>Financiero</i>	5	1,04
C3.b. <i>Geográfico</i>	12	2,49
C3.c. <i>Oportunidad</i>	24	4,99
C4. Disponibilidad de servicios efectivos de APS		
C4.a. <i>Disponibilidad del proveedor</i>	22	4,57
C4.b. <i>Competencia del proveedor</i>	9	1,87
C4.c. <i>Motivación del proveedor</i>	3	0,62
C4.d. <i>Paciente proveedor respeto y confianza</i>	4	0,83
C4.e. <i>Seguridad</i>	11	2,29
C5. Atención primaria de salud de alta calidad		

	<i>C5.a. Accesibilidad de primer contacto</i>	6	1,25
	<i>C5.b. Continuidad</i>	8	1,66
	<i>C5.c. Integralidad</i>	10	2,08
	<i>C5.d. Coordinación</i>	2	0,42
	<i>C5.e. Centrado en la persona</i>	51	10,60
Salidas ((Outputs) Información - Producción)			
D1. Cobertura de servicio efectiva			
	<i>D1.a. Promoción de la salud</i>	11	2,29
	<i>D1.b. La prevención de enfermedades</i>	14	2,91
	<i>D1.c. RMNCH (Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil)</i>	19	3,95
	<i>D1.d. Enfermedad infantil</i>	11	2,29
	<i>D1.e. Enfermedad de infecciones</i>	3	0,62
	<i>D1.f. NCDs (Enfermedad no transmisible) & salud mental</i>	68	14,14
	<i>D1.g. Cuidados paliativos</i>	1	0,21
Resultados			
	E1. Estado de salud	12	2,49
	E2. Sensibilidad	1	0,21
	E3. Equidad	6	1,25
	E4. Eficiencia	12	2,49
	E5. Resiliencia de los sistemas de salud	0	0,00

Fuente, los autores.

12. DISCUSION

Al evaluar los indicadores por subdominios, se observa que el único subdominio en el que no se encontraron indicadores en la revisión realizada corresponde a “Resistencia de los sistemas de salud” que se encuentra en el dominio de resultados; un subdominio presentó un indicador, como es el caso de “sensibilidad” que también se encuentra en el dominio “Resultados”. Por otra parte, los subdominios con mayor número de indicadores fueron “Cobertura de servicio efectivo” con 127 indicadores que corresponden al 26,4% del total

identificados; seguido de “Atención primaria de alta calidad” del dominio prestación de servicios con el 16% (n=77).

Los indicadores que evalúan el estado de salud bien podrían incluirse en los que evalúan la cobertura. Se observó que un indicador puede incluirse en varias categorías.

A pesar de la existencia de centenares de indicadores, la mayoría fueron creados para evaluación de los servicios de salud en general, existen menos de cien indicadores que evalúan de manera exclusiva la atención primaria en salud y los modelos de atención en salud que fueron evaluados.

En general, los indicadores identificados en los estudios evalúan la calidad de los servicios, el acceso a los servicios de salud, la oportunidad de acceder a los servicios y la satisfacción de los pacientes son indicadores que se miden en la mayoría de los estudios.

El subdominio cobertura de servicio efectiva (Salidas ((Outputs) Información - Producción)) presentó el mayor número de indicadores, predominando la categoría de enfermedades crónicas y salud mental, esto puede estar influenciado por los sistemas de salud en los que se desarrollaron los estudios pues se enmarcan en la atención primaria en salud. Así mismo, en los estudios que evalúan los servicios para enfermedades crónicas, la satisfacción de los pacientes juega un papel importante aunque ésta en la mayoría de los servicios no es evaluada al detalle, la realizada por Caylan y colaboradores (19) en la que detallan la forma en cómo se evalúa la satisfacción del usuario no solo como una medida general.

Que los servicios de atención primaria en salud estén centrados en los pacientes es una de las características principales, en la presente revisión se identificó un solo estudio con

indicadores que incluyen población indígena y la planeación de servicios por estas necesidades (20). Sin embargo, se encontró una investigación que desarrolla un esquema de evaluación de los servicios basado en la experiencia de la persona, lo cual se convierte en un elemento fundamental para evaluar estos aspectos en la atención primaria en salud (21).

Uno de los hallazgos más importantes de la presente investigación es la creación de una batería de indicadores que pueda dar cuenta de todos los dominios y subdominios para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud basados en atención primaria que puedan evidenciar todos los procesos necesarios y claves para que la atención primaria tenga mejores resultados en la salud de la población.

Dentro de las limitaciones presentes en el estudio se encontró que algunos artículos no listaban los indicadores que usaron para medir, por lo que se tomó el campo global en el que se relacionaba sin entrar al detalle sobre estos. Así mismo, es necesario señalar que el total de indicadores identificados en el presente estudio a través de la revisión de alcance algunos se repetían por lo que es posible que el total de indicadores sean menores. La inclusión de los indicadores dentro de las categorías se realizó de acuerdo con el contexto en el que se desarrolló el estudio original y su función dentro de la evaluación, por lo que es posible que el nombre del indicador pueda inferir que se incluya en otra categoría.

13. CONCLUSIONES

Realizamos una revisión de alcance, en donde se resumieron los artículos relevantes y se categorizaron de acuerdo con el propósito de investigación, pudiendo documentar una lista final de indicadores, que nos permite concluir que los indicadores no cuentan en su gran mayoría con una descripción clara y que dentro de los indicadores disponibles en la literatura se encuentran registrados en mayor cantidad en estudios cualitativos.

Sin embargo, nos permite apreciar qué áreas de atención primaria están mejor cubiertas por estas medidas, al igual que proporciona una manera fácil para que los médicos, gerentes y tomadores de decisiones de salud obtengan una comprensión clara de las publicaciones basadas en evidencia relacionadas con los indicadores de calidad de la Atención Primaria.

14. PRODUCTOS ESPERADOS *

Generación de nuevo conocimiento (*Artículos científicos en ISI, SCOPUS o en bases bibliográficas que cuenten con comité científico, libro o capítulo de libro resultado de investigación, patente, obras o productos de investigación-creación*)

No.	Tipo de publicación	Descripción	Cantidad
1	Artículo científico	Publicación en revista bosque	1
2	Informe final	Entregable a centros médicos	1
3			

Desarrollo tecnológico e innovación (*Productos tecnológicos, empresariales, regulaciones, normas, reglamentos, consultorías, entre otros*)

No.	Tipo de producto	Descripción	Cantidad
1			
2			
3			

Apropiación social del conocimiento (*Ponencias, realización de eventos, entre otros*)

No.	Tipo de evento	Descripción	Cantidad
1	Ponencia	Se presenta la revisión de alcance en el congreso de Medicina Familiar	1
2	Socialización	Se entregará un informe de los hallazgos, por medio de una socialización a los centro de APS	1

3			
Formación en investigación (<i>Semilleros, trabajo de grado de pregrado, trabajo de grado de maestría- especialización clínica, tesis de doctorado, formación de programas o cursos de maestría o doctorado, entre otros</i>)			
No.	Tipo de formación	Descripción	Cantidad de personas beneficiadas
1	Trabajo de grado de Especialización par título en Medicina Familiar	Trabajo de grado	4
2			
3			
<p>*Notas:</p> <p>1) Adicione el número de filas que considere necesario según el número de resultados esperados.</p> <p>2) Productos acorde a los solicitados por Colciencias en su Modelo de medición de grupos de investigación, desarrollo tecnológico o de innovación y de reconocimiento de investigadores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación, año 2015.</p>			
<p>15. NOVEDAD Y TRANSFERENCIA (si aplica, en el caso de que sea un producto potencialmente transferible) (<i>Apoyarse para diligenciar esta sección con CETRI¹</i>) <i>La investigación solo constituye un beneficio para la sociedad, cuando tiene la capacidad de transformar positivamente un contexto. En ese sentido, <u>la innovación</u> plantea estrategias que permiten a la universidad, generar productos y servicios partiendo del trabajo resultado de sus procesos de investigación; con el fin de incidir de manera efectiva en la sociedad. Es indispensable que los resultados de la investigación constituyan un descubrimiento dentro del campo de conocimiento existente.</i> <i><u>La transferencia</u> es la aplicación del conocimiento existente en una organización dentro de una cadena de valor (innovación), a empresas y otros agentes sociales como gobiernos, hospitales y alcaldías.</i> <i><u>Producto transferible:</u> aportación de valor a las capacidades y resultados de investigación susceptibles de uso económico o social con el objetivo de que resulten de interés para empresas y organismos, y que les lleve a adquirirlos y a aprovechar su valor.</i></p>			
Nombre del producto transferible			

¹ Datos de contacto: Otto Schmilinsky T., Director del Centro de Transferencia de Resultados de Investigación de la Vicerrectoría de Investigaciones -CETRI-, Teléfono: +57 1 648 9000 ext. 1100. Correos electrónicos: schmilinskyotto@unbosque.edu.co y cetri@unbosque.edu.co y Sandra Leño, Asesora Sitio Vicerrectoría de Investigaciones. Correo electrónico leanosandra@unbosque.edu.co.

(máximo 10 palabras)	
Descripción del producto y necesidad	¿Qué es? (máximo 25 palabras)
	¿Qué hace? (máximo 25 palabras)
	¿Qué problema(s) resuelve? (máximo 25 palabras)
Carácter Innovador ¿Qué se utiliza actualmente para resolver el problema? ¿Qué de nuevo o diferente tiene con respecto a lo existente?	
Potencial Aplicaciones potenciales que tendría, diferentes para la cual se creará originalmente	
<p>* Notas (Punto 5.3 términos de referencia): Es fundamental, desde el principio, que el investigador describa cuál podría llegar a ser su producto transferible como resultado del proyecto de investigación. Entendiendo que la transferencia no debe ser vista únicamente desde las oportunidades de compra, sino como la creación de un artefacto, prestación de un servicio, software, circuito electrónico, modelo o insumo para otra investigación, nuevos tratamientos médicos y odontológicos, implantes, tecnología para diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías, apps y videojuegos como apoyo de diagnóstico clínico e intervención.</p>	
16. CRONOGRAMA*	

No.	Descripción de la actividad	Mes de inicio	Duración
1	Revisión de evidencia	julio 2021	2 meses
2	Elección y aprobación del tema de investigación	septiembre 2021	4 meses
3	Planteamiento del proceso de investigación	diciembre 2021	6 meses
4	Definir herramienta y metodología	julio 2022	4 meses
5	Culminación de protocolo de investigación con aval de los tutores	-	Pendiente
6	Tabulación de resultados	-	Pendiente
7	Presentación de resultados y conclusiones	-	Pendiente
8	Presentación de artículo de investigación científica	-	Pendiente

***Notas:**

- 1) Mes de inicio: número del mes dentro del proyecto en el cual comienza la actividad planteada; por ejemplo: 1.
- 2) Número de meses que dura la actividad planteada; por ejemplo: 4. Esto significa que la actividad planteada comienza en el mes 1 del proyecto y durará 4 meses.
- 3) Posteriormente, cuando conozcamos la fecha exacta de inicio del proyecto se podrá construir un cronograma con fechas reales.
- 4) Tenga en cuenta que el plazo máximo para la ejecución del proyecto corresponde a 12 meses académicos.
- 5) Adicione el número de filas que considere necesario.

17. Estrategia de divulgación de los resultados *(Realice una descripción de las estrategias para cumplir con la divulgación de los resultados).*

Para promover un mejoramiento continuo se recomienda desarrollar actividades de retroalimentación al equipo interno de IPS sobre los hallazgos identificados en el periodo evaluado, planes de mejora, compromisos adquiridos, y verificación del cumplimiento de los mismos.

18. Presupuesto (Debe adjuntarse en el archivo de Excel establecido).

19. Referencias Bibliográficas (Utilice las normas avaladas según el campo de investigación en el que se enmarca su proyecto. Sea consistente en la aplicación de estas relaciones. Cite únicamente las fuentes referenciadas en el documento).

1. Ramalho A, Castro P, Goncalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, Lobo M, Santos P, Freitas A. Primary health care quality indicators: an umbrella review. *PloS one*. 2019 Aug 16;14(8):e0220888.
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2021. Dirección de epidemiología y demografía..
4. Organización Panamericana de la Salud. (2008). La renovación de la atención Primaria de salud en las Américas. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS
5. MIN SALUD. (2015). Programa nacional de salud medicina familiar y comunitaria dirección de desarrollo del talento humano en salud grupo de formación.
6. (Muldoon, L. K., Hogg, W. E., & Levitt, M. (2006). Primary care (PC) and primary health care (PHC). *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), 409-411.)
7. (Hernández-Rincón, E. H., Muñoz-Abril, Y. C., & Avella-Pérez, L. P. (2019). Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3), 1-16.)
8. Indiana Luz Torres, & Richard De Jesus Gil Herrera. Estrategias de atención primaria en salud en cinco países latinoamericanos.
9. (Torres, I. L. R., & Herrera, R. D. J. G. (2021). Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(7), 711-721.)
10. (Moreno-Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud–MIAS-para Colombia. ¿ La solución a los problemas del sistema?. *Revista médica de Risaralda*, 22(2), 73-74.)
11. Ministerio de salud. (2019). Resolución número 0002626 de 2019.
12. Ichaso Hernández-Rubio, M. de los Santos, & García Armesto, S. (2011). Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gaceta sanitaria*, 26, 27-35. doi:10.1016/j.gaceta.2011.08.006 Retrieved from <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0213911111003104>
13. salud y atención primaria: una meta para todos E en. FORO POLÍTICAS DE SALUD, EQUIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Edu.co. [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2906/21953>

14. de la prestación de servicios R. La atención primaria de salud [Internet]. Paho.org. [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS Informe sobre Salud en el mundo-2008.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf)
15. Leite P. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14406:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-3&Itemid=0&showall=1&lang=es
16. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G, Vega Romero R. La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2008 [citado el 1 de febrero de 2023];7(14):88–109. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?>
17. Introducción I. DOCUMENTO MARCO ALIANZA POR LA APS PARA COLOMBIA [Internet]. Gov.co. [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/AlianzaParaInvestigacionAPS/2.%20DOCUMENTO%20MARCO%20ALIANZA%20APS%20COLOMBIA%20OCT%2010%202014.pdf>.
18. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS One [Internet]. 2019;14(8):e0220888. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>
19. Caylan A, Paspal B, Dagdeviren H. Quality Indicators for Chronic Diseases in Primary Care. Eurasian J Fam Med. 30 de septiembre de 2022;11:143-50.
20. Sacks E, Schleiff M, Were M, Chowdhury AM, Perry HB. Communities, universal health coverage and primary health care. Bull World Health Organ. 1 de noviembre de 2020;98(11):773-80.
21. Luther L, Fukui S, Garabrant JM, Rollins AL, Morse G, Henry N, et al. Measuring Quality of Care in Community Mental Health: Validation of Concordant Clinician and Client Quality-of-Care Scales. J Behav Health Serv Res. enero de 2019;46(1):64-79.
22. Ruan W, Liu C, Liao X, Guo Z, Zhang Y, Lei Y, et al. Development of a performance measurement system for general practitioners' office in China's primary healthcare. BMC Health Serv Res. 21 de septiembre de 2022;22(1):1181.
23. Barbazza E, Kringos D, Kruse I, Klazinga NS, Tello JE. Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. BMC Health Serv Res. 27 de diciembre de 2019;19(1):1006.
24. Lang G, Ingvarsson S, Hasson H, Nilsen P, Augustsson H. Organizational influences on the use of low-value care in primary health care - a qualitative interview

study with physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. diciembre de 2022;40(4):426-37.

25. Lau P, Ryan S, Abbott P, Tannous K, Trankle S, Peters K, et al. Protocol for a Delphi consensus study to select indicators of high-quality general practice to achieve Quality Equity and Systems Transformation in Primary Health Care (QUEST-PHC) in Australia. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268096.
26. Anufriyeva V, Pavlova M, Stepurko T, Groot W. The perception of health care quality by managers in Ukraine. *BMC Health Serv Res*. 10 de julio de 2022;22(1):895.
27. Dantas Gurgel G, Kristensen SR, da Silva EN, Gomes LB, Barreto JOM, Kovacs RJ, et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future. *Health Policy Amst Neth*. febrero de 2023;128:62-8.
28. Lamberti-Castronuovo A, Valente M, Aleni C, Hubloue I, Ragazzoni L, Barone-Adesi F. Using Ambulatory Care Sensitive Conditions to Assess Primary Health Care Performance during Disasters: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de julio de 2022;19(15):9193.
29. Dudley L, Mamdoo P, Naidoo S, Muzigaba M. Towards a harmonised framework for developing quality of care indicators for global health: a scoping review of existing conceptual and methodological practices. *BMJ Health Care Inf*. enero de 2022;29(1):e100469.
30. Perveen S, Laurence C, Mahmood MA. Indicator-activities to apply primary health care principles in national or large-scale community health worker programs in low-and middle-income countries: a Delphi exercise. *BMC Public Health*. 22 de agosto de 2022;22(1):1599.
31. Hayhoe B, Cespedes JA, Foley K, Majeed A, Ruzangi J, Greenfield G. Impact of integrating pharmacists into primary care teams on health systems indicators: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. octubre de 2019;69(687):e665-74.
32. Mulder C, Rayner J. High and Sustained Participation in a Multi-year Voluntary Performance Measurement Initiative Among Primary Care Teams. *Int J Health Policy Manag*. 1 de abril de 2022;11(4):514-20.
33. Fardousi N, Nunes da Silva E, Kovacs R, Borghi J, Barreto JOM, Kristensen SR, et al. Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. *PLoS Med*. julio de 2022;19(7):e1004033.
34. Nambiar D, Sankar D. H, Negi J, Nair A, Sadanandan R. Monitoring Universal Health Coverage reforms in primary health care facilities: Creating a framework, selecting

and field-testing indicators in Kerala, India. PLoS ONE. 3 de agosto de 2020;15(8):e0236169.

35. Al Rashidi B, Al Wahaibi AH, Mahomed O, Al Afifi Z, Al Awaidy S. Assessment of Key Performance Indicators of the Primary Health Care in Oman: A Cross-Sectional Observational Study. J Prim Care Community Health. 2020;11:2150132720946953.

36. Letaief M, Hirschhorn LR, Leatherman S, Sayed AA, Sheikh A, Siddiqi S. Implementation research on measuring quality in primary care: balancing national needs with learning from the Eastern Mediterranean Region. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. 24 de agosto de 2021;33(3):mzab119.

37. Niaz Q, Godman B, Masseur A, Campbell S, Kurdi A, Kagoya HR, et al. Validity of World Health Organisation prescribing indicators in Namibia's primary healthcare: findings and implications. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. 1 de junio de 2019;31(5):338-45.

38. Oaiya AI, Tinuoye O, Olatawura L, Balarabe H, Abubakar H. Determining staffing needs for improving primary health care service delivery in Kaduna State, Nigeria. F1000Research. 2022;11:429.

39. Aytana MG, Politico MR, McManus L, Ronquillo K, Okech M. Determining staffing standards for primary care services using workload indicators of staffing needs in the Philippines. Hum Resour Health. 28 de enero de 2022;19(1):129.

40. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. Rev Saude Publica. 2017;51:86.

41. Ferreira PL, Raposo V, Tavares AI. Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. 27 de abril de 2020;32(2):93-8.

42. Bell N, Lòpez-De Fede A, Cai B, Brooks J. Geographic proximity to primary care providers as a risk-assessment criterion for quality performance measures. PloS One. 2022;17(9):e0273805.

43. Kitzman H, Tecson K, Mamun A, da Graca B, Yeramaneni S, Halloran K, et al. Integrating Population Health Strategies into Primary Care: Impact on Outcomes and Hospital Use for Low-Income Adults. Ethn Dis. 32(2):91-100.

44. García-Vicente S, de Ramón-Frías R. [What indicators of primary care activity are offered in the Spanish National Health System? Comparison between regional governments health departments]. Semergen. 2021;47(8):539-50.

45. Hysong SJ, Arredondo K, Hughes AM, Lester HF, Oswald FL, Petersen LA, et al. An evidence-based, structured, expert approach to selecting essential indicators of primary care quality. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261263.
46. Kovacs R, Maia Barreto JO, Silva E, Borghi J, Kristensen S, Costa D, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health*. 17 de febrero de 2021;9:E331-9.
47. Sourial N, Godard-Sebillotte C, Bronskill SE, Hacker G, Vedel I. Quality indicator framework for primary care of patients with dementia. *Can Fam Physician Med Fam Can*. septiembre de 2022;68(9):e270-8.
48. Feng Y, Gravelle H. Patient Self-Reported Health, Clinical Quality, and Patient Satisfaction in English Primary Care: Practice-Level Longitudinal Observational Study. *Value Health*. 1 de noviembre de 2021;24(11):1660-6.
49. Kovács N, Pálincás A, Sipos V, Nagy A, Harsha N, Kőrösi L, et al. Factors Associated with Practice-Level Performance Indicators in Primary Health Care in Hungary: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 3 de julio de 2023];16(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6747708/>
50. Dai M, Pavletic D, Shuemaker JC, Solid CA, Phillips RL. Measuring the Value Functions of Primary Care: Physician-Level Continuity of Care Quality Measure. *Ann Fam Med*. 2022;20(6):535-40.
51. Kringos D, Nuti S, Anastasy C, Barry M, Murauskiene L, Siciliani L, et al. Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. *Eur J Gen Pract*. enero de 2019;25(1):55-61.
52. Gerdesköld C, Toth-Pal E, Wårdh I, Nilsson GH, Nager A. Use of online knowledge base in primary health care and correlation to health care quality: an observational study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 16 de noviembre de 2020;20(1):294.
53. Ricci-Cabello I, Stevens S, Dalton ARH, Griffiths RI, Campbell JL, Valderas JM. Identifying Primary Care Pathways from Quality of Care to Outcomes and Satisfaction Using Structural Equation Modeling. *Health Serv Res*. febrero de 2018;53(1):430-49.
54. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. mayo de 2019;7(5):344-55.

55. Poldrugovac M, Amuah JE, Wei-Randall H, Sidhom P, Morris K, Allin S, et al. Public Reporting of Performance Indicators in Long-Term Care in Canada: Does it Make a Difference? *Can J Aging Rev Can Vieil.* diciembre de 2022;41(4):565-76.
56. Stacey N, Mirelman A, Kreif N, Suhrcke M, Hofman K, Edoka I. Facility standards and the quality of public sector primary care: Evidence from South Africa's "Ideal Clinics" program. *Health Econ.* 2021;30(7):1543-58.
57. Ferreira TL dos S, Quirino ALS, Rolim DC, O LB do, Andrade FB de. ANÁLISE ESPACIAL DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO BRASIL: INDICADORES SOCIAIS E ASSISTENCIAIS DE SAÚDE. *Rev Ciênc Plur.* 29 de octubre de 2022;8(3):1-13.
58. Bonnell LN, Troy AR, Littenberg B. Exploring non-linear relationships between neighbourhood walkability and health: a cross-sectional study among US primary care patients with chronic conditions. *BMJ Open.* 1 de agosto de 2022;12(8):e061086.
59. Laatikainen T, Inglin L, Chonmurunov I, Stambekov B, Altymycheva A, Farrington JL. National electronic primary health care database in monitoring performance of primary care in Kyrgyzstan. *Prim Health Care Res Dev.* 3 de febrero de 2022;23:e6.
60. Couso-Viana S, Bentué-Martínez C, Delgado-Martín MV, Cabeza-Irigoyen E, León-Latre M, Concheiro-Guisán A, et al. Analysis of the impact of social determinants and primary care morbidity on population health outcomes by combining big data: A research protocol. *Front Med [Internet].* 2022 [citado 3 de julio de 2023];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.1012437>
61. Veillard J, Cowling K, Bitton A, Ratcliffe H, Kimball M, Barkley S, et al. 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. *Milbank Q.* 2017;95(4):836-83.

20. Documentación adicional²

1	
2	
3	
4	

² Relacione los documentos adicionales al presente formato. Documentos como: consentimiento y asentimiento informado, en caso que se requiera, carta(s) de aval de la Unidad Académica respectiva, carta(s) de intención de las instituciones participantes, instrumento de recolección de la información, Otros que Usted considere necesarios para los pares evaluadores.

5	
17.	Perfil recomendado de evaluador del proyecto (formación académica y experiencia profesional)