





Universidad San Francisco de Quito

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados  
Escuela de Salud Pública**

**Propuesta de evaluación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el  
Subcentro de Salud Logroño en el período julio-diciembre de 2015**

**Pedro Estefano Sarmiento Palacios**

**Bernardo M. Ejgenberg, MD., ESP SP.,  
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de  
Especialista en Gerencia de Salud

Quito, julio de 2015

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**COLEGIO DE POSTGRADOS  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Propuesta de evaluación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el  
Subcentro de Salud Logroño en el período julio-diciembre de 2015**

**Pedro Estefano Sarmiento Palacios**

**Bernardo M. Ejgenberg, MD., ESP-SP., .....  
Director de Trabajo de Titulación**

**Bernardo M. Ejgenberg, MD., ESP-SP., .....  
Director Especialización en Gerencia de Salud**

**Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD., .....  
Decano Escuela de Salud Pública**

**Gonzalo Mantilla, MD., M.Ed., F.A.A.P., .....  
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud**

**Víctor Viteri Breedy, PhD., .....  
Decano del Colegio de Postgrados**

**Quito, julio de 2015**

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Pedro Estefano Sarmiento Palacios

C. I.: 0102895273

Lugar: Quito

Fecha: julio de 2015

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico a mi esposa Liseth, a mis hijos Arián Jacob, Aarón Gabriel quienes me apoyaron con su amor incondicional.

Les dedico también a mis padres por enseñarme a perseverar en la vida aplicando lo que me enseñaron con su ejemplo de vida.

A mis hermanos quienes siempre han estado a mi lado en cualquier momento de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por darme la vida y permitirme cumplir mis metas además de enseñarme todos los días como servir a mis pacientes.

Agradezco a mis profesores de la Universidad quienes por medio de la beca me enseñaron durante este tiempo como ser mejor ser humano y un mejor profesional.

Agradezco a mis compañeros por todos los momentos que compartimos con verdadero entusiasmo y compañerismo.

Agradezco a mi tutor Dr. Bernardo Ejgenberg, por darme ánimo cuando lo necesitaba y ser un verdadero maestro que infunde sus conocimientos con una gran mística.

## RESUMEN

En el Ecuador el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FC), incorpora la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), como uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. Su organización e implementación responde a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud y a consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Es imperativo cumplir con el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención (MSP 2012), por lo que el presente Trabajo de Titulación tiene como objetivo la evaluación de la Estrategia de la Atención Primaria de Salud en el Sub Centro de Salud Logroño de la Provincia de Morona Santiago durante el período Julio-Diciembre de 2015.

Esta propuesta se basa en la adaptación al contexto ecuatoriano de las encuestas validadas del PCAT (Primary Care Assessment Tools) y que permitan comparar la situación anterior del sistema de salud, con la situación actual tras la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud Renovada.

El diseño de este estudio es cuantitativo, analítico, correlacional, transversal, no experimental y se lo llevará a cabo en el período comprendido entre julio a diciembre de 2015, mediante la aplicación de las encuestas a la población adulta, con una frecuencia de dos aplicaciones semanales.

## ABSTRACT

In Ecuador the strengthening of the Comprehensive Health Care Model with Family, Community and Intercultural Focus, (in Spanish Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, MAIS-FC), incorporates the strategy of Renewed Primary Health Care (APS-R initials in Spanish), as one of the priorities of the process of transformation of the health sector. Its organization and implementation respond to new demands and health needs of the country, that arise from changes in the demographic and epidemiological profile, and the need to bridge the gaps in access to comprehensive health services and strengthen the coordination of the Public Network of health care. It is imperative to comply with the strengthening of the response capacity of first, second and third level of care (MSP 2012). The present work aims to evaluate the Primary Strategy of Health Care in the Sub Center Logroño in the province of Morona Santiago Health between July and December 2015.

This proposal is based on adapting the Ecuadorian context to the PCAT (Primary Care Assessment Tools) surveys and comparing the previous situation of the health care system with the current situation, following the implementation of the strategy of Renewed Primary Health Care (APS-R).

The design of this study is quantitative, analytical, correlational, cross-sectional, non- experimental and will take place in the period from July to December 2015, through the implementation of surveys among the adult population, with a frequency of two applications weekly.



## TABLA DE CONTENIDO

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
 <b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCION AL TEMA DE INVESTIGACION</b> .....	11
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	17
 <b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEORICO</b> .....	19
MARCO REFERENCIAL.....	23
MARCO CONCEPTUAL.....	26
 <b>CAPÍTULO III</b>	
<b>JUSTIFICACION</b> .....	33
<b>HIPOTESIS</b> .....	34
 <b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACION</b> .....	34
 <b>CAPÍTULO V</b>	
<b>OBJETIVOS</b> .....	36
a. Objetivo General.....	36
b. Objetivos específicos.....	36
 <b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>METODOLOGIA</b> .....	37
a. Tipo de estudio.....	37
b. Lugar de estudio y período de investigación.....	37
c. Universo del estudio.....	37
d. Criterios de inclusión.....	38
e. Criterios de exclusión.....	38
f. Informe del Comité de Bioética.....	38
g. Recolección de datos.....	39
h. Herramientas a utilizar.....	39

i. tabulación y análisis de la información.....	39
j. Seguridad y almacenamiento de los datos.....	40
k. Resultados esperados.....	40
l. Cronograma del estudio.....	41
m . Presupuesto estimado.....	42
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>43</b>
<b>LINKOGRAFIA.....</b>	<b>45</b>

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN AL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

El desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de Salud tiene vinculación con el concepto de la Medicina Social, que aparece en Europa a mediados del Siglo XIX, integrando a la medicina tradicional con las ciencias sociales.

Este nuevo enfoque de la medicina incluye la participación de la sociedad organizada, el Estado, mediante la instrumentación de políticas públicas sociales y sanitarias complementando a los principios y actividades tradicionales de la profesión médica.

Henry Sigerist analiza la situación de salud y habla de la “Promoción de la Salud”. A partir de ese llamado de atención se va llegando a los conceptos actuales de la Salud Pública con las etapas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Las definiciones acerca del estado ideal de salud han variado a lo largo de los siglos y en 1947 la Organización Mundial de la Salud pasa a definir la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Entre otras definiciones que se han propuesto para completar el concepto de salud ideal encontramos la siguiente: "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad”.

En 1974 el Gobierno de Canadá por medio del denominado "Informe Lalonde" identificó determinantes de la situación de salud, proponiendo así el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud, no solo

la biología y la medicina. Proponen además la promoción de la salud, priorizando lo preventivo sobre lo curativo. (OMS)

En 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la Salud –OMS– y UNICEF, celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán,) y concluyen que la atención primaria es lo primordial para que se alcance la salud de la mejor forma.

Se define la estrategia de la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS 1978).

En el capítulo VII de la conferencia de ALMA-ATA se define que para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y por consiguiente incluye:

- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.
- La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada.
- El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.
- El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar.
- La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.
- La prevención y control de enfermedades endémicas locales.

- El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Proporcionar los medicamentos esenciales.

(OMS 1978).

En 1979, la XXXII Asamblea Mundial de la Salud lanzó la “Estrategia Mundial de la Salud para todos”, fundamentando esa estrategia en el establecimiento de Sistemas de Salud Nacionales basados en la Atención Primaria.

En 1983, varios países industrializados se reunieron en Burdeos y validaron la declaración de Alma Ata, aceptando el papel principal de Atención Primaria de Salud para mejorar la accesibilidad y calidad de la asistencia.

La Atención Primaria de Salud no es sólo un modelo de organización sanitaria, sino que promueve además la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud con la solidaridad internacional, así se da un concepto amplio de salud.

La Atención Primaria de Salud puede adaptarse incluso a distintos niveles de desarrollo y diferentes contextos políticos, sociales y culturales.

Por lo tanto se da una renovación de la Atención Primaria de Salud, la que tiene como objetivo fundamental aumentar la capacidad de las naciones para presentar diferentes estrategias coordinadas, y efectivas las que sean capaz de solucionar los problemas de salud existentes en cada región, siendo el objetivo un mejoramiento de salud sostenible para todos.

La estrategia de Atención Primaria de Salud está aceptada en varios países desarrollados quienes la adoptan como la mejor forma de cambiar y potenciar su desarrollo sanitario.

En América Latina, se entiende que la Atención Primaria de Salud es una estrategia para lograr un acceso de salud para todos.

A nivel internacional, y particularmente en las Américas, se ha reconocido la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) y de evaluar el cumplimiento de sus funciones. (Berra, 2013).

Por medio de una reforma democrática en el Ecuador a través de un desarrollo en función al Sumak Kawsay, Plan Nacional del buen Vivir 2013-2017, se decide que la Atención Primaria de Salud es la estrategia que orienta al desarrollo de los sistemas de salud. (MSP, 2013)

El primer nivel de atención es además la puerta de entrada, al garantizar la continuidad a través de un sistema de referencia y contrarreferencias y que a través de la planificación obliga a la organización de los servicios del sector salud a fortalecer la intervención intersectorial, optimizando las prestaciones de servicios en los tres niveles de atención. (MSP, 2013).

La Atención Primaria de Salud tiene un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, al ofrecer la atención más eficiente y equitativa a las necesidades de la población, por lo que la realización de este estudio en cuanto a la determinación de la efectividad de la Atención primaria de Salud en el Ecuador, será útil para cualquier unidad operativa y nos permitirá ver la realidad del impacto de la nueva estrategia.

En la provincia de Morona Santiago de forma introductoria se comienza a trabajar en Marzo 2010 con el en ese entonces proyecto de Política Pública Modelo de Atención

Integral de Salud, en el cantón Logroño, en el Subcentro de Salud Logroño, con la ya implementada Política Pública, Modelo de Atención Integral de Salud y con la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada, se inicia en enero del 2012 la prevención, atención, tratamiento y seguimiento entró en una nueva fase y debido a sus características geográficas y accesibilidad se hace oportuna la valoración de su trascendencia por parte del actor principal, el paciente.

Para evaluar el cumplimiento de las funciones de la Atención Primaria de Salud, hace falta contar con herramientas idóneas que permitan evaluar la calidad del primer nivel de atención definido como la prestación de servicios accesibles e integrales, capaces de cubrir la mayoría de las necesidades en salud de la población, y el desarrollo de una relación de confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud, sostenida en el tiempo, en el contexto de la familia y la comunidad. (Berra, 2013).

En la última década del siglo XX, la Prof. Barbara Starfield desarrolló una herramienta para la evaluación del Primer Nivel de Atención en los sistemas de salud, la PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL, conocida como PCAT. Esta herramienta ha extendido su aplicación a varios continentes y se ha confirmado como un recurso potente y valioso para la evaluación de servicios y sistemas de salud, permitiendo vislumbrar su potencial para la comparación internacional.(Pizzanelli, 2011).

Starfield realizó un avance significativo en el campo de la evaluación de la Atención Primaria de Salud, definiendo sus funciones esenciales y secundarias, y haciendo una distinción entre enfoques de evaluación dirigidos a políticas o al primer nivel de atención, lo cual le permitió obtener información desde distintas perspectivas.

Los cuestionarios PCAT se componen de preguntas para medir las funciones esenciales de primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad, así como las funciones secundarias de enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. (Malouin y Starfield, 2009).

El PCAT tiene varios cuestionarios que se evalúan de acuerdo a escalas de: Accesibilidad, Longitudinalidad, Coordinación de servicios, Sistemas de información, Integralidad o globalidad, Enfoque familiar, Orientación comunitaria e Idoneidad Cultural. Su aplicación permitirá la comparación de diferentes servicios y áreas geográficas en un mismo momento, o la comparación de un servicio consigo mismo en diferentes momentos de su historia, así como la posibilidad de una comparación internacional. (CIESS, 2015).



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una vez puntualizados los objetivos de la Atención Primaria de Salud y su aplicación como estrategia, se hace necesaria una comparación que evidencie los resultados y sacar a la luz el verdadero progreso de su aplicación en la provincia de Morona Santiago concretamente en el Subcentro de Salud Logroño del Cantón Logroño.

El propósito al hacer la presente propuesta de estudio, es comparar el antes y después de la implementación de la estrategia Atención Primaria de Salud, pues de acuerdo a datos estadísticos se evidencia el incremento de pacientes en el primer nivel del Subcentro de Salud Logroño a partir de la gratuidad de la salud y, al no existir en el Ecuador estudios de este tipo, es necesario descubrir si su implementación realmente ha dado cambios positivos que influyan en el perfil epidemiológico local, si la prevención es significativa para disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil, y además de evaluar algunos atributos esenciales de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de la población.

La evaluación es un proceso que permite valorar el estado previo y actual de los servicios de salud, al mismo tiempo que nos brinda pautas para el mejoramiento de prestaciones de servicios médicos.

La propuesta de evaluación es con la PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL para usuarios ( PCAT Consumer Client Vision) adaptada a la realidad y contexto Ecuatoriano-Morona Santiago-Logroño.

Esta propuesta de evaluación se lo realizará en el Subcentro de Logroño - Morona Santiago, en donde luego del año 2012 al igual que todo el país, se aplicó como política de estado el Modelo de Atención Integral de Salud y como estrategia la Atención Primaria de Salud, y actualmente se pueden aplicar las encuestas a los pacientes que acuden al mencionado Subcentro, optimizando la factibilidad para la realización de esta propuesta de estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### a. Marco histórico

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población.

Las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la Atención Primaria de Salud puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de Atención Primaria de Salud para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo (OPS 2008).

El objetivo de una Atención Primaria de Salud renovada es fortalecer los Sistemas de Salud y conseguir los objetivos de salud globales, regionales, nacionales y locales, por lo que la OPS insiste que basar los Sistemas de Salud en la Atención Primaria de Salud debe ser tomada como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud siendo el mejor camino para mejorar la salud de los pueblos de las Américas.

Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la política de salud para todos se remontan al siglo XVIII y al movimiento de medicina social de 1848. (Apráez, 2010).

En el siglo XX la medicina social resurge con personas y experiencias concretas para la Atención Primaria de Salud; Henry Sigerist lo hacía en 1939 luchando por la organización del Sistema de Salud en Estados Unidos de América de América. (Beldarraín, 2002).

En 1948 la Organización Mundial de la Salud define a la salud: “como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 2008).

En 1966, el Informe Millis consideró a la Atención Primaria de Salud como “entrega de primer contacto, la adopción de la responsabilidad longitudinal por el paciente independiente de la presencia o ausencia de enfermedad y la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud”, enfatizando el carácter biopsicosocial de la salud, tanto como la importancia de la globalidad y la accesibilidad en la atención.(OMS, 2008).

Las formulaciones en ALMA ATA 1978 subrayan la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".

#### **b. Atención Primaria de Salud en el Ecuador:**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador fue creado en 1967; entre 1994 y 1995 se ejecutó el proceso de Reforma del Sector Salud con auspicio de Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, el cual estaba

basado en la descentralización y transferencia de funciones del Ministerio de Salud Pública a las Municipalidades.

En Morona Santiago al igual que en todo el país, se dieron cambios importantes en cuanto a la salud, tenemos así que a mediados de la década de los 90, entre 1994 y 1995 se inició un proceso para la reforma del Sector Salud recibiendo auspicio de Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Teniendo un enfoque que se ocupaba más en lo curativo, con una funcionalidad mayor del tema hospitalario restando importancia y aporte a la estrategia de Atención Primaria de Salud.

En 1998 existieron cambios en el país y por ende en la provincia de Morona Santiago como la reforma de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención al a Infancia por lo que la atención a mujeres embarazadas, niños menores de cinco años y la salud sexual y reproductiva fue gratuita.

También se realizaron varios intentos para universalizar el acceso a servicios de salud, como el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud. (FASBASE).

En el año 2008 se aprobó por medio de la Constitución del Ecuador la eliminación del cobro de las consultas médicas, medicamentos esenciales gratuitos.

En este mismo año, 2008 la Constitución Política hace referencia a la Atención Primaria de Salud, por lo que el sistema garantizará la promoción, prevención de la

salud, su atención integral, familiar y comunitaria basándose en la Atención Primaria de Salud.

Además se define la Política de salud en el Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural siendo un eje estratégico: “la Reposición de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013).

Para realizar este cambio histórico en el ámbito de la salud, el gobierno Ecuatoriano fortalece el Sistema Nacional de Salud en el año 2007 se desarrolla el “SUMAK KAWSAY” o el Plan Nacional del Buen Vivir.

En un inicio se invirtió en una infraestructura, equipamiento y recursos tanto humanos como de insumos, para aumentar la cobertura de atención a la población. Es por esto que el primer nivel de atención pasa ahora a ser el actor principal y la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, atendiendo junto al segundo nivel a aproximadamente el 90% de los pacientes, y con la perspectiva de ser el eje en cuanto a la prevención y atención de la salud ecuatoriana.

El 17 de febrero 2013 en el Ecuador se eligió un programa de gobierno, el cual estaba ceñido a la Constitución de Montecristi, teniendo como resultado el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

La Constitución, específicamente en el artículo número 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda,

saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. (Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017)

Es un desafío para el Ecuador proponerse en su visión ser un modelo referencial en salud para Latinoamérica para el año 2020, garantizando además una atención integral y un acceso universal, conforme consta en nuestra Constitución.

### **c. Marco referencial**

Morona Santiago es una provincia de las 24 provincias del Ecuador, que se encuentra en la región amazónica, limitando con Pastaza al norte, al sur con Zamora Chinchipe, al oeste con Tungurahua, Azuay, Chimborazo, Cañar y al este con Perú, y su superficie es de 25.690 km<sup>2</sup>.

Según el censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, realizado en el 2010 dio como resultado 147.940 habitantes.

La fecha de provincialización es el 10 de Noviembre de 1953 cuando se desmembró la antigua provincia de Santiago-Zamora, su capital es Macas.

Morona Santiago está formado por 12 cantones que son: Morona, Gualaquiza, Gral. Leonidas Plaza (Limón Indanza), Palora, Santiago, Sucúa, Huamboya, San Juan Bosco, Pablo Sexto. Tiwintza, Logroño y Taisha.

El Subcentro de Salud Logroño se encuentra en el Cantón Logroño siendo su ubicación geográfica en el Centro de la Provincia de Morona Santiago, con una superficie de: 1044 km, cuadrados, una temperatura promedio: 20.5 ° C, una precipitación anual de: 1.200-3000 mm; la altura es de: 659 msnm; el clima es tropical húmedo.

Del punto de vista demográfico posee una población de 5723 habitantes según constan en los datos del censo poblacional del 2010, constituida por aproximadamente un 70% de nacionalidad shuar y alrededor del 30%. de población mestiza. Este cantón fue creado mediante Registro Oficial 114 el 22 de Enero de 1997.

Historia: aproximadamente hace 415 años atrás en este lugar existió una ciudad colonial llamada Logroño de los Caballeros, la misma que fue destruida por sus antepasados, como rechazo al dominio español. En el año de 1930, un grupo de misioneros visitó estas tierras, quienes luego de realizar un recorrido exploratorio, se radicaron en el sector Cuchanza.



En 1932, unos misioneros evangélicos llegaron hasta el río Chupientza con el fin de “culturizar-evangelizar” al pueblo shuar y difundir el cristianismo.

En 1952 sus habitantes desearon la parroquialización de su pueblo, por lo que el 13 de febrero del mismo año se formó el Comité de embellecimiento y parroquialización. El 16 de septiembre de 1955, el Presidente de la República Velasco Ibarra, aprobó la parroquialización de Logroño, siendo elevada a cantón el 22 de enero de 1997.

Talento Humano.- En el Subcentro de Salud Logroño laboran 14 personas entre, Código del Trabajo, Contrato Colectivo, y Ley Orgánica de Servicio Público, (LOSEP).

El subcentro cuenta con tres médicos generales, un médico rural, un odontólogo, una enfermera (encargada del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI), una enfermera rural y auxiliares de servicios varios.

El principal perfil epidemiológico del Subcentro de Salud Logroño es el siguiente:

B829  - Parasitosis Intestinal Sin Otra Especificación
J00X  - Rinofaringitis aguda
J029  - Bronquitis Aguda No Especificada
J02  - Faringitis aguda
A09x  - Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso
D509  - Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación
N390  - Infección de vías urinarias, sitio no especificado
R51X  - Cefalea
J189  - Neumonía no especificada
K297  - Gastritis no especificada.

(Datos estadísticos del Subcentro de Salud Logroño)

La población adscrita es la siguiente:

<b>POBLACION DE LAS COMUNIDADES DEL AREA DE INFLUENCIA DEL SCS DE LOGROÑO POR CICLOS DE VIDA</b>															
<b>ORDEN</b>	<b>AREAS DE INFLUENCIA</b>	<b>FAMILIAS</b>	<b>POBLACION</b>	<b>SEXO</b>		<b>POBLACION</b>									
				<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>&lt; 1 AÑO</b>	<b>1-4 AÑOS</b>	<b>5- 9 AÑOS</b>	<b>10-14 AÑOS</b>	<b>15 - 19 AÑOS</b>	<b>20-49 AÑOS</b>	<b>50 - 64 AÑOS</b>	<b>65 AÑOS+</b>	<b>PCD</b>	<b>EMBARAZADAS</b>
1	WACHMAS	34	204	101	103	6	31	38	28	25	71	1	4	3	4
2	COMUNA GRANDE	53	303	159	144	5	49	50	38	42	104	10	5	4	2
3	BARRIO MASHINKIASH	16	85	48	37	2	16	18	11	5	32			1	
4	UNUNKIS	50	273	135	138	9	33	48	44	32	95	8	4	5	4
5	13 HIJOS	13	63	29	34		13	9	8	6	21	3	3		
6	YAMPAS	98	543	285	258	13	90	99	71	47	206	6	11	6	11
7	SAN CARLOS	22	91	28	63	5	11	10	9	8	10	2	8	1	2
8	CHUPIANZA	25	125	55	70	26	10	12	9	8	32		4		
9	JESUS DEL GRAN PODER	8	36	20	16	4	5	6	4	3	8	1	1		
10	LOS ANGELES	13	72	45	27	12	8	4	2	3	33	4	1		
	<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>1795</b>	<b>905</b>	<b>890</b>	<b>82</b>	<b>266</b>	<b>294</b>	<b>224</b>	<b>179</b>	<b>612</b>	<b>35</b>	<b>41</b>	<b>20</b>	<b>23</b>

(Datos estadísticos del Subcentro de Salud Logroño)

#### **d. Marco conceptual**

**Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R).** Estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud.

**Epidemiología Comunitaria.** Concepción metodológica y herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la participación activa de la comunidad.

**Salud Mental.** Estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos.

**Cuidados Paliativos.** Atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir.

**I Nivel de atención.** Debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Estas actividades serán intra y extramurales.

**II Nivel de Atención.** Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

**III nivel de Atención.** Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados; resuelve problemas de

salud de alta complejidad, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades.

**IV nivel de Atención.** Centro de experimentación y alta subespecialidad.

**Nivel de Atención Prehospitalaria.** Transporte y soporte vital básico, avanzado y especializado.

Con la implementación del manual del Modelo de Atención Integral de Salud con la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada, es necesario conocer el punto de vista del paciente, conocer si la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada ha significado un cambio sustancial en cuanto a la forma de prevención, cobertura y tratamiento en el Cantón Logroño.

La herramienta PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL CARE (PCAT Care)

En 1994-1995 la Prof. Barbara Starfield, quien era un referente en cuanto análisis y evaluación de sistemas de salud, desarrolló en el Hospital John Hopkins, una herramienta que evalúa el Primer Nivel de Atención y sistemas de salud, la misma que tiene el nombre de: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL, conocida como PCAT.

A nivel mundial, la herramienta PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL fue validada en idiomas como el inglés, español, catalán, portugués, francés, coreano y se encuentra en proceso la validación en mandarín y maltés.

A nivel de Latinoamérica, Brasil la ha aplicado en Porto Alegre, Petrópolis y recientemente se inició en Santa Catarina. En Córdoba Argentina se trabajó en la validación del mismo.

Uno de los mejores resultados es la propia versión Provider de PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL validada para Uruguay, el cual se llama: UR-PCAT PE.

UR (Uruguay), es la modificación sugerida por la propia Profesora Barbara Starfield, el PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL se mantiene al igual que en otros países de habla no inglesa, PE significa Profesionales/Extenso. Profesionales de la salud como equivalente al *Provider* de las versiones originales, Extenso para significar que es la versión completa, ya que existe un PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL abreviado.

El PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL en sí, es un conjunto de cuestionarios, pudiéndose obtener información desde distintos puntos de vista.

El conjunto PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL está formado por cuatro cuestionarios que permiten obtener los puntos de vista de gestores de políticas sanitarias o expertos a nivel de sistemas de salud, gestores de recursos de Atención Primaria de Salud como directores de centros o profesionales en representación de un equipo de salud, profesionales de la salud que pueden informar sobre los servicios específicos que ellos proveen y usuarios que pueden brindar información de gran utilidad en función de sus experiencias con su fuente de servicios de Atención Primaria de Salud.

#### Versiones del cuestionario PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

Hay diversas versiones y cada una tiene sus propias características en diferentes niveles y perspectivas.

El PCAT-sistemas (*PCAT-system*) se consigue una visión rápida y general de un sistema sanitario o de los subsistemas dentro de él, nos enseña además información sobre políticas, recursos y financiamiento del sistema.

El PCAT-centros (*PCAT-facility*) se lo utiliza para obtener información sobre unidades de atención de la salud refiriendo al logro de las funciones de la APS con respecto de toda la población que debe atender.

El PCAT-proveedores (*PCAT-providers*) expresa la perspectiva de los profesionales que hacen la provisión directa de servicios de Atención Primaria de Salud.

El PCAT-usuarios (*PCAT-consumers*) brinda la percepción de las personas de la población en cada una de las funciones esperables de los servicios.

Todos los cuestionarios PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL contienen preguntas sobre características particulares de las funciones de la Atención Primaria de la Salud y además buscan información sobre la población y de los servicios de atención a la salud necesaria para ponderar el grado de consecución de las funciones.

Las diferentes versiones del PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL incluyen varias preguntas por cada función de la Atención Primaria de Salud. Esos ítems son similares entre las versiones de los cuestionarios, pero cierta parte del contenido puede ser respondida sólo desde algunas perspectivas. Por ejemplo, el grado de afiliación de la persona al centro o profesional que reconoce como su fuente de Atención Primaria de Salud se obtiene sólo con la versión para usuarios, mientras que determinada serie de

datos gestionados o actividades programadas por los servicios, se obtienen con las versiones para proveedores y centros.

A su vez, se han desarrollado versiones extensas y cortas de los cuestionarios, de modo que se pueda optar por ellas en función de las posibilidades de cada evaluación. Las versiones extensas tienen mayor validez de contenido por obtener información sobre mayor cantidad de rasgos, pero pueden ser demasiado largas para algunos estudios en los que quieran implementarse.

Los ítems de todas las dimensiones se responden mediante las siguientes opciones: 1 = definitivamente no; 2 = probablemente no; 3 = probablemente sí; 4 = definitivamente sí; y 9 = no sabe/no recuerda, a la que posteriormente se le otorga el valor 2,5 (13). Los puntajes de las respuestas son usados para calcular un promedio de los valores obtenidos por los ítems de cada dimensión o atributo, obteniéndose como resultado una escala con rango de 1 a 4, que se interpreta como la valoración por parte del usuario de su experiencia con su profesional o centro habitual de Atención Primaria de Salud con respecto a cada atributo. El resto de las preguntas del cuestionario permiten identificar la fuente habitual de atención, la fuerza de dicha afiliación, y la caracterización de la persona que responde y la de su cobertura sanitaria



### **CAPITULO III**

#### **JUSTIFICACIÓN**

Es necesario comprobar que la atención en el Subcentro de Salud Logroño ha mejorado luego de la inclusión de políticas que han potenciado la Atención Primaria de la Salud luego de la implementación de la Política Pública, Modelo de Atención Integral de la Salud, por lo que el aporte de esta tesis es comprobar si la Atención Primaria de Salud en el Subcentro de Salud Logroño ha mejorado en cuanto a su forma y calidad.

Aún no se ha planteado en el Ministerio de Salud Pública una forma de autoevaluación del sistema de Salud posterior a la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

## **CAPÍTULO IV**

### **PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **a. Hipótesis**

La atención en el primer nivel de Salud, en el Subcentro de Salud Logroño, va a mejorar con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud y la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Con la aplicación de la Herramienta PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL tenemos un sistema de evolución validado a nivel internacional.

El advenimiento de la política Pública Modelo de Atención Primaria de Salud, ha sido determinante para que la atención primaria en el Subcentro de Salud Logroño mejore en cuanto a la calidad y calidez, por lo que la Atención Primaria de Salud en el Subcentro de Salud Logroño ha mejorado en cuanto a su forma y calidad después de la aplicación de la política Pública Modelo de Atención Integral de Salud.

#### **b. Preguntas de la investigación**

¿Cómo y hasta qué punto ha mejorado la Atención Primaria de Salud en los pacientes que acuden al Subcentro de salud de Logroño a partir de la implementación de la política Pública, Modelo de Atención Integral de Salud?

¿La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud ha influido en el perfil epidemiológico local?

¿Es significativa la prevención para disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil en el Subcentro de Logroño?

¿Perciben los pacientes mayor continuidad en la atención que se les proporciona actualmente?

¿Se ha logrado la integralidad en la atención de salud en la comunidad de Logroño?

## **CAPÍTULO V**

### **OBJETIVOS**

#### **a. Objetivo General**

Comparar la Atención Primaria de Salud en el Subcentro de Salud Logroño antes y después de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud.

#### **b. Objetivos específicos**

Determinar las percepciones que tienen los pacientes del Subcentro de Salud de Logroño sobre la atención recibida antes de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la estrategia Atención Primaria de Salud.

Determinar las percepciones que tienen los pacientes del Subcentro de Salud de Logroño sobre la atención recibida después del Modelo de Atención Integral de Salud y su estrategia Atención Primaria de Salud.

Comparar las percepciones que tienen los pacientes por el Subcentro de Salud de Logroño, a partir de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud sobre la atención en el Subcentro de Salud de Logroño.

Establecer si existe una mejoría significativa en la atención, prevención y tratamiento proporcionada

## **CAPITULO VI METODOLOGÍA**

### **a. Tipo de estudio:**

El diseño de este estudio es cuantitativo, analítico, correlacional, transversal, no experimental.

### **b. Lugar de estudio y período de investigación:**

Se lo llevará a cabo en el Subcentro de Logroño – Morona Santiago en el período comprendido entre Julio a Diciembre de 2015, mediante la aplicación de una adaptación al contexto ecuatoriano del PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCAT)

### **c. Universo del estudio:**

Pacientes adultos entre 20 y 64 años de edad que acuden a consulta de forma subsecuente.

La herramienta de encuesta PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL, se aplicará a la población adulta de entre 20-64 años de edad que acuden al Subcentro de Salud, luego de firmar un consentimiento informado; se lo realizará con una frecuencia de dos aplicaciones semanales, lo que permitirá comparar la situación anterior con la situación

actual del sistema de salud, tras la implementación de la estrategia Atención Primaria de Salud renovada con el manual del Modelo de Atención Integral de Salud.

La encuesta se aplicará a todos los pacientes que acudan al Subcentro de Salud Logroño, durante el período de estudio (enero-junio 2015), lo cual nos facilitará la identificación de fortalezas y debilidades en nuestro sistema de atención primaria de salud.

**d. Criterios de inclusión:**

- Pacientes que acuden al Subcentro de salud con edad entre 20-64 años de edad, con atenciones subsecuentes.
- Pacientes como población adscrita y que acude normalmente al Subcentro de Salud Logroño

**e. Criterios de exclusión:**

- Personas que acuden por primera vez al Subcentro de Salud Logroño.
- Personas que no pertenecen al Cantón Logroño.
- Personal que no desee colaborar.

**f. Informe del Comité de Bioética**

Luego de explicar en reunión formal al Comité de Bioética que el trabajo de titulación es una Propuesta de evaluación de la estrategia de Atención Primaria de Salud

en el Subcentro de Salud Logroño en el período Julio-Diciembre de 2015, se informa que no es necesario tramitar la autorización del Comité en ésta etapa, sino cuando se instrumente formalmente la investigación.

**g. Recolección de datos**

El mismo investigador (Dr. Pedro Sarmiento ) será el encargado de la recolección de datos mediante la encuesta PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL a cada paciente que cumpla con el requisito de acudir en forma subsecuente al consultorio del Subcentro de Salud Logroño, entre las edades comprendidas de 20-64 años. En cuanto al consentimiento informado no es necesario pues son encuestas confidenciales y serán obtenidas por el encuestador.

**h. Herramientas a utilizar (entrevistas, encuestas, grupos focales)**

La herramienta a utilizarse será el cuestionario PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL, por medio de las encuestas, que se aplicarán a todos los pacientes de entre 20 y 64 años que acudan de forma espontánea al Subcentro de Salud durante el período de estudio (Julio-Diciembre 2015), lo cual nos facilitará la identificación de fortalezas y debilidades en nuestro sistema de Atención Primaria de Salud.

**i. Tabulación y análisis de la información**

Se tabularán los datos utilizando el software SPSS 12.0 para Windows, y se calcularán estadísticos descriptivos (frecuencia y porcentajes) y un ANOVA con un 95% de intervalo de confianza.

**j. Seguridad y almacenamiento de datos**

Los datos obtenidos en la encuesta al igual que la tesis, serán digitalizadas con copia a un disco duro externo y guardados en el disco duro de dos computadores personales, es necesario detallar que además se enviará la información a una base de datos personal que se encuentra de forma ON LINE, para poder acceder a los mismos desde cualquier ordenador en cualquier parte del planeta, cuidando todos los elementos para la seguridad de la confidencialidad de los datos.

**k. Resultados esperados**

Esperamos que los resultados de esta propuesta sirvan para comprender como se encuentra la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en el Ecuador, específicamente en el Subcentro de Salud Logroño de una forma clara y objetiva.

Tener fundamentación para poder valorar el antes y el después de la estrategia Atención Primaria de Salud, conocer por parte del paciente si reciben la continuidad necesaria, si se ha logrado una atención integral y si hay una significativa mejora en cuanto a la prevención y así disminuir la morbi-mortalidad.





**m. Presupuesto estimado**

<b>MATERIALES</b>	<b>CANTIDA D</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
<b>Resma de hojas A4</b>	<b>3</b>	<b>4,00</b>	<b>12,00</b>
<b>Cartucho de tinta negra</b>	<b>2</b>	<b>30,00</b>	<b>60,00</b>
<b>Cartucho de tinta a color</b>	<b>2</b>	<b>35,00</b>	<b>70,00</b>
<b>Lápices</b>	<b>5</b>	<b>0,25</b>	<b>1,25</b>
<b>Borradores</b>	<b>5</b>	<b>0,25</b>	<b>1,25</b>
<b>Esferos</b>	<b>6</b>	<b>0,35</b>	<b>2,10</b>
<b>Encuadernación</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>150.00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>296.60</b>

## BIBLIOGRAFIA

- Apráez Giovanni (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*, Volumen 9, N° 27, 2010, p. 369-381. Disponible en: (<http://saludpublicaaps.jimdo.com/giovanni-apraez/>)**
- Beldarraín, Enrique (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Rev Cubana Salud Pública* v.28 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2002. Disponible en: ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007))
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. d., . . . Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care. Organización Panamericana de la Salud.**
- CIESS Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. (2015).. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.**
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. “Declaración Regional sobre nuevas orientaciones de la APS Montevideo - Julio 2005”. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007. 21(2/3):73–84.**
- Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the Tools Used to Assess the Medical Home. *ManagCare*. 2009;18(6):44–8
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/ManualMAIS-MSP12.12.12.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015). *Consultas RDACAA*. Disponible en: [https://public.tableau.com/profile/publish/CONSULTAS\\_RDACAA\\_2013/Présentation#!/publish-confirm](https://public.tableau.com/profile/publish/CONSULTAS_RDACAA_2013/Présentation#!/publish-confirm)
- OMS (2008), *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. v. 86 (oct.) Disponible en: (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>)
- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- Pizzanelli Miguel, Ponzo Jacqueline, Buglioli Marisa, Toledo Alfreda, Casinelli Mario, Gómez Aurelio. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en

Uruguay.*Rev. Méd. Urug.* [revista en la Internet]. 2011 Sep  
[citado 2015 Mayo 08] ; 27(3): 187-189. Disponible en:  
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?>

## Linkografía

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?>

[http://www.jhsph.edu/...primary-care.../pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/...primary-care.../pca_tools.html)

<http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921943>

<http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/07/DOCBASERED100613.pdf>

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300008&script=sci_arttext)

<https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=R9fHwssRXMQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=origenes+de+la+atención+primaria+de+salud+en+el+mundo&ots=11Iz0WD0XA&sig=rHmCp50NJcspDJnXdaixgffwNRY#v=onepage&q=origenes%20de%20la%20atención%20primaria%20de%20salud%20en%20el%20mundo&f=false>

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400009)

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/starfield.pdf>

<http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/descripcion-de-los-instrumentos>

[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100005&script=sci_arttext)