

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



TESIS

**“CLIMA ORGANIZACIONAL Y CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES SECUNDARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA,
EN PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO
JOVEN CENTENARIO, ABANCAY, 2021”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO: EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:
HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS**

**ABANCAY – PERÚ
2023**

TESIS

**“CLIMA ORGANIZACIONAL Y CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES SECUNDARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA,
EN PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO
JOVEN CENTENARIO, ABANCAY, 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

MAG. KELLY MALPARTIDA VALDERRAMA



“Clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021”

Presentado por: **Hugo Guillermo Santos Vargas**, para optar el Grado Académico de Maestro en: Salud Pública

Sustentado y aprobado el 02 de mayo del 2023, ante el Jurado:

Presidente : Dr. Francisco Medina Raya.

Primer Miembro : Dra. Miriam Gil Fernández Baca.

Segundo Miembro : Dr. Sósimo Tello Huaranca.

Asesor : Mag. Kelly Malpartida Valderrama.

METADATOS

| Datos del autor | | |
|----------------------------------|---|---|
| Nombres y apellidos | : | Hugo Guillermo Santos Vargas |
| Tipo de documento de identidad | : | DNI |
| Número de documento de identidad | : | 29387527 |
| URL ORCID | : | https://orcid.org/0009-0008-0852-960X |
| Datos del asesor | | |
| Nombres y apellidos | : | Kelly Malpartida Valderrama |
| Tipo de documento de identidad | : | DNI |
| Número de documento de identidad | : | 41889928 |
| URL ORCID | : | https://orcid.org/0000-0002-3832-3898 |
| Datos de la investigación | | |
| Escuela | : | Posgrado |
| Maestría | : | Salud Pública |
| Línea de investigación | : | Gestión en salud |
| Fuente de financiamiento | : | Recursos propios |
| Control de antiplagio (Turnitin) | : | Si |
| Porcentaje de originalidad | : | 17% |
| URL de OCDE | : | https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05 |

“CLIMA ORGANIZACIONAL Y CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES SECUNDARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, EN PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO, ABANCAY, 2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 3% |
| 2 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 3 | repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet | 1% |
| 4 | cdn.www.gob.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | docs.bvsalud.org Fuente de Internet | 1% |
| 6 | repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes | 1% |

DEDICATORIA

A mi familia, que aun en las circunstancias más difíciles me brindaron su apoyo y con sus palabras de aliento impulsaron a que se cumpla esta meta.

A mis hijos, Guillermo y Robert, por considerarme como un guía y soporte para su futuro y desarrollo personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesora Mg. Kelly Malpartida y revisores de tesis, por su apoyo y recomendaciones pertinentes para hacer este trabajo con rigor científico.

A mis compañeros de trabajo del CS Pueblo Joven Centenario, por su valiosa colaboración en la fase de recolección de datos.

A los docentes de la Escuela de Posgrado de la UTEA, por haberme brindado conocimientos que ampliaron mi visión de la salud pública.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| PORTADA..... | I |
| LÍNEA DE INVESTIGACIÓN | II |
| PÁGINA DE JURADOS | III |
| METADATOS | IV |
| INFORME DE ORIGINALIDAD | V |
| DEDICATORIA | VI |
| AGRADECIMIENTOS | VII |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | VIII |
| ÍNDICE DE TABLAS | XI |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | XII |
| RESUMEN..... | XIII |
| ABSTRACT..... | XIV |
| INTRODUCCIÓN | XV |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| ASPECTOS GENERALES | 1 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 4 |
| a. Problema General | 4 |
| b. Problemas Específicos..... | 4 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 5 |
| a. Conveniencia de la investigación | 5 |
| b. Valor social de la investigación..... | 6 |
| c. Implicancias prácticas de la investigación | 6 |
| d. Valor teórico de la investigación..... | 6 |
| e. Utilidad metodológica de la investigación | 6 |
| 1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 7 |
| a. Objetivo general | 7 |
| b. Objetivos específicos..... | 7 |
| 1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 8 |
| a. Espacial | 8 |

| | |
|--|----|
| b. Temporal | 8 |
| 1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN..... | 9 |
| CAPÍTULO II | 10 |
| MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES..... | 10 |
| a. Contexto nacional..... | 10 |
| b. Contexto internacional | 12 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 15 |
| 2.2.1 Clima Organizacional..... | 15 |
| a. Dimensión 1: Del potencial humano | 22 |
| b. Dimensión 2: Del diseño organizacional..... | 23 |
| c. Dimensión 3: Cultura de la organización | 24 |
| 2.2.2 Funciones secundarias de la atención primaria..... | 25 |
| a. Dimensión 1: Enfoque familiar | 34 |
| b. Dimensión 2: Orientación comunitaria | 37 |
| c. Dimensión 3: Competencia cultural | 38 |
| 2.3. HIPÓTESIS | 40 |
| a. General | 40 |
| b. Específicas..... | 40 |
| 2.4. VARIABLES..... | 40 |
| a. Variable (X)..... | 40 |
| b. Variable (Y)..... | 40 |
| c. Operacionalización de variables..... | 41 |
| 2.5. CONCEPTUALIZACIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS | 42 |
| CAPÍTULO III..... | 45 |
| MARCO METODOLÓGICO..... | 45 |
| 3.1. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN | 45 |
| 3.2. DISEÑO DE ESTUDIO | 45 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA | 46 |
| 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS . | 48 |
| 3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS..... | 49 |
| CAPÍTULO IV..... | 51 |
| RESULTADOS..... | 51 |

| | |
|---|----|
| 4.1. DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 51 |
| 4.2. DEL OBJETIVO GENERAL | 54 |
| 4.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS | 55 |
| CAPÍTULO V | 63 |
| DISCUSIÓN | 63 |
| 5.1. SUSTENTACIÓN CONSISTENTE Y COHERENTE DE LA PROPUESTA | 63 |
| 5.2. SUSTENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS MÁS RELEVANTES | 63 |
| 5.3. FUNDAMENTACIÓN CRÍTICA COMPARADA CON LAS TEORÍAS EXISTENTES | 65 |
| 5.4. PROPOSICIÓN DE LAS IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO..... | 68 |
| CONCLUSIONES | 69 |
| RECOMENDACIONES | 70 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 71 |
| ANEXOS | 80 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Comparación entre la situación actual y el nuevo modelo de cuidado integral por curso de vida | 27 |
| Tabla 2. Profesionales de la salud según grupo ocupacional Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, 2021..... | 46 |
| Tabla 3. Distribución de la muestra censal | 47 |
| Tabla 4. Relación del diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 51 |
| Tabla 5. Relación de la cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 52 |
| Tabla 6. Relación del potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 53 |
| Tabla 7. Relación del clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 54 |
| Tabla 8. Pruebas de normalidad | 55 |
| Tabla 9. Correlación nivel del clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 56 |
| Tabla 10. Correlación dimensión diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 58 |
| Tabla 11. Correlación dimensión cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 59 |
| Tabla 12. Correlación dimensión potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 61 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Porcentaje de la relación del diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS..... | 51 |
| Figura 2. Porcentaje de la relación de la cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS..... | 52 |
| Figura 3. Porcentaje de la relación del potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 53 |
| Figura 4. Porcentaje de la relación del clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS..... | 54 |
| Figura 5. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por clima organizacional..... | 57 |
| Figura 6. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por diseño organizacional | 58 |
| Figura 7. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por cultura organizacional | 60 |
| Figura 8. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por cultura organizacional | 61 |

RESUMEN

La presente tesis aborda la relación entre el clima organizacional con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria en profesionales de salud de un establecimiento del primer nivel de atención de la ciudad de Abancay. Estudio con alcance correlacional, no experimental transversal, los datos se recogieron de 44 profesionales por medio de la encuesta con el cuestionario de clima organizacional Salud y el PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores, ambos validados por expertos y con confiabilidad alta. Los resultados muestran bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS y clima organizacional no saludable en el 56,8% de los evaluados, resultados similares se presentó en las dimensiones clima organizacional (52,3%), cultura organizacional (54,5%), potencial humano (56,8%). El análisis inferencial encontró relación significativa entre el cumplimiento de las funciones secundarias de APS y clima organizacional ($p= 0,000$), asimismo con las dimensiones diseño organizacional ($p= 0,000$), cultura organizacional ($p= 0,000$) y potencial humano ($p= 0,000$). Concluyendo que el clima organizacional no saludable condiciona menor cumplimiento de las funciones secundarias de APS en los profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario.

Palabras clave: Clima organizacional, funciones secundarias, atención primaria de salud.

ABSTRACT

This thesis addresses the relationship between the organizational climate and the fulfillment of the secondary functions of primary care in health professionals of a primary care facility in the city of Abancay. Study with correlational scope, not cross-sectional experimental, the data was collected from 44 professionals through the survey with the Health organizational climate questionnaire and the PCAT (Primary Care Assessment Tools) providers, both validated by experts and with high reliability. The results show low compliance with the secondary functions of PHC and unhealthy organizational climate in 56.8% of those evaluated, similar results were presented in the dimensions organizational climate (52.3%), organizational culture (54.5%), human potential (56.8%). The inferential analysis found a significant relationship between the fulfillment of secondary PHC functions and organizational climate ($p= 0.000$), as well as with the dimensions of organizational design ($p= 0.000$), organizational culture ($p= 0.000$) and human potential ($p= 0.000$). Concluding that the unhealthy organizational climate determines less compliance with the secondary functions of APS in the professionals of the Pueblo Joven Centenario Health Center.

Keywords: Organizational climate, secondary functions, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La salud es considerada como un derecho fundamental de carácter insustituible para toda persona, el mismo que impacta de forma directa sobre el bienestar social, el desarrollo humano, el manejo económico y los aspectos educativos de una nación, atributos que deben considerar las instituciones sanitarias del I nivel de atención para ofertar con plenitud las funciones primarias y secundarias de atención primaria de salud (APS).

Muy a pesar de que en nuestro país se propicia el impulso de la atención primaria, esta aun no logra consolidarse a plenitud, tal es así que ya desde el 2003, año que se implementó el modelo de atención integral de salud (MAIS), el cual tuvo una reformulación el 2011 en el que se incorpora a la familia y comunidad como eje de sus acciones, denominándose Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), este se vio reforzado por los beneficios económicos que perciben los trabajadores a través del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), pero que no logró el impacto deseado; ante esto, el Ministerio de Salud (MINSa) actualiza el modelo el 2020, titulándolo Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), el mismo que tuvo una socialización parcial por motivos de la pandemia producida por el COVID-19, debido a esto, las actividades contempladas en este modelo aún son incipientes y no generan el impacto positivo en la salud personal, familiar y comunitaria. Tal como reflejan los estudios a nivel nacional donde se manifiesta que la eficiencia de la oferta de las funciones de la APS se mantienen con niveles de regular para bajo; este cumplimiento aun es más crítico cuando se trata de las funciones secundarias, no habiendo diferencias significativas entre establecimientos, problemática a la que no es ajena el CS Pueblo Joven Centenario, donde las actividades extramurales son esporádicas y realizados por el bono económico que se percibe; pero a su vez existen otras condiciones como un clima organizacional no saludable que incide sobre los profesionales generando bajo compromiso, comportamientos y actitudes negativas; al respecto los estudios han demostrado que un clima organizacional insalubre genera insatisfacción en los trabajadores y esto repercute de forma directa en su productividad.

Bajo estas premisas se formula el problema: ¿De qué manera el clima organizacional se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del CS Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?

Teniendo en cuenta que la misión de los puestos y centros de salud es brindar una oferta que priorice el cuidado básico de la salud, en razón a que son las puertas de ingreso a la atención sanitaria, para esto, las entidades prestadoras de salud (EPS) deben tener la capacidad de respuesta para solucionar las más frecuentes afecciones de salud de la ciudadanía en base a una oferta de atención integral, adaptadas culturalmente, direccionadas a promocionar y prevenir la salud de las personas, familias y comunidades, además de tener equipos de salud identificados y que estos se desarrollen en un ambiente laboral saludable, por lo que este estudio se justifica ya que los directivos sanitarios deben interiorizar que la mejora del clima organizacional es un vehículo para lograr una mayor eficiencia en la productividad de los trabajadores.

Por lo que, el estudio pretende establecer la relación del clima organizacional con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria. Para lo cual se fundamenta teóricamente las variables de estudio con antecedentes actuales y la descripción pertinente de las bases teóricas que dan como resultado la formulación de la hipótesis; además, siendo el estudio de alcance correlacional, diseño no experimental transeccional correlacional, donde las unidades de estudio fueron 44 profesionales que integran el equipo básico de APS, los datos se recolectaron a través de la encuesta, y como instrumentos el cuestionario del clima organizacional elaborado por el MINSA y el cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores PCAT proveedores elaborado y validado por Barbara Starfield.

Para generar un mayor sustento teórico de esta investigación, se tomó fuentes de información primarias de portales y repositorios académicos reconocidos y actuales, lo que avalan los resultados encontrados.

La limitada colaboración por parte de los investigados al momento de hacer la recolección de datos se considera como una limitación, ya que tienen la percepción que se les está evaluando el desempeño laboral.

Se determinó que el clima organizacional tiene una relación significativa de grado moderado con el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los diferentes sistemas sanitarios a nivel mundial consideran que la APS brindada con equidad y eficiencia, es fundamental hacia una adecuada marcha del mismo, en razón a que se mejoran los cuidados sanitarios de los ciudadanos.

La Asamblea Mundial de la Salud recomienda que, los servicios de atención primaria deberían centrar sus actividades a las personas, familias y comunidades, llevando los servicios al espacio donde se lo requiera (1). En este sentido, se reconoce a la APS como la estrategia más efectiva para afrontar los retos que los diferentes sistemas sanitarios enfrentan, en razón a que se atiende a todos los grupos etarios, además de realizar acciones de carácter preventivo, promocional, de protección particular y detección oportuna de los riesgos y enfermedades (2).

Pero el contexto sanitario mundial de la APS, está muy distante a lo dispuesto por los organismos internaciones de salud, generándose un problema global, debido a que en la mayoría de países imperan tendencias políticas que impiden el desarrollo de la APS, donde la atención está centrada al individuo y con predominio a la oferta especializada; se buscan resultados cortoplacistas, cayendo en la fragmentación de la atención; la política sanitaria cuya dirección está orientada a la no intervención, lo que conlleva al monopolio de la salud por parte de entidades privadas (3).

Esto ha generado que los servicios de atención primaria no cumplan con desarrollar a plenitud las funciones esenciales como el acceso durante el primer contacto, la atención continuada centrada a las personas en el transcurrir de sus vidas, coordinación con otros niveles para garantizar la atención y la integralidad de la atención; y menos aún las funciones secundarias que están destinadas a la intervención con enfoque en la familia, con orientación comunitaria y respetando las características culturales de la comunidad.

En el ámbito latinoamericano, cuando se evalúa las funciones de APS como las esenciales y secundarias desde el lado de los profesionales de la salud, se encuentran resultados disímiles; en un estudio en Chile los puntajes más bajos se dieron en las funciones secundarias, siendo la función competencia cultural la más crítica (4). De la misma forma en Argentina se encontró que esta misma función alcanzó los puntajes más bajos (5). Mientras que en Brasil y Paraguay los profesionales estudiados emitieron puntuaciones altas para las funciones secundarias, en contrapartida los usuarios externos consideran puntajes bajos (6) (7). Por su parte en Colombia reportaron que el enfoque familiar y la orientación comunitaria fueron las funciones con menor desarrollo (8).

En nuestro país, la respuesta sanitaria de los servicios de salud no es la más óptima; la mayoría de estudios se han enfocado a evaluar el desempeño de los atributos esenciales de la APS, dejando de lado los estudios de las funciones secundarias; así, los estudios reportan que los niveles de eficiencia de la APS en los puestos y centros de salud tienen una tendencia de regular para bajo (9); además de mostrar diferencias en el grado de cumplimiento por parte de los profesionales estudiados (10).

En el ámbito de la Región Apurímac el panorama no es distinto, durante mi labor como profesional en el primer nivel he observado que el cumplimiento de las funciones secundarias se da en menor magnitud, especialmente en los establecimientos de mayor capacidad resolutoria; pero no se han encontrado estudios referidos a esta línea de investigación en dicho ámbito.

Bajo estos antecedentes, el incumplimiento de las funciones secundarias de la APS puede generar efectos negativos en el seno familiar, ya que los estudios han demostrado que: “Los estilos de vida de un individuo se relacionan con los de su pareja y los hábitos de salud de padres influyen el tipo de conductas que los hijos adoptarán en el futuro” (11) al mismo tiempo las realidades sociales afectan a todos los miembros del núcleo familiar, debido a que radican en el propio espacio, apareciendo simultáneamente patologías crónicas o agudas en diversos miembros (11). Esto se acrecienta en razón a que nos desarrollamos en una sociedad que avanza a un ritmo vertiginoso, donde se ha dado paso a darle mayor valor al trabajo,

desmereciendo las conductas de prevención hacia la salud; lo que está condicionando un incremento desmedido de enfermedades crónicas y trastornos psicológicos que muy a pesar de contar con los medios tecnológicos para hacer un diagnóstico precoz y tratamientos con adherencia efectiva, esta no se cumple a cabalidad (11).

En este entendido, el escenario de familia y comunidad se muestra como una oportunidad para desarrollar las funciones secundarias de la APS; pero la realidad nos señala que muy a pesar de las diferentes estrategias planteadas por los sistemas sanitarios para afrontar este problema, aun no se logra cambios en los esquemas de conducta y vida de los ciudadanos.

Las propuestas de nuestro país para abordar esta problemática, han estado basadas en los atributos de la APS, tal es así que en el año 2003 se dio paso a la ejecución del MAIS, este no tuvo un avance importante, precisamente por la segmentación del sistema; ante esto el 2011 se pasa a una segunda etapa donde la estrategia se denominó Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), el mismo que se desarrolló parcialmente; muy a pesar de la capacitación al personal a través del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM). Simultáneamente las políticas nacionales han estado direccionadas a la universalización de la salud, lo que ha hecho que el MAIS-BFC se fortalezca a través del nuevo MCI (12).

Pero además de tener el modelo, para tener una APS fortalecida, se debe tener equipos básicos de salud competentes, que trabajen en equipo y que reciban sueldos onerosos, esto permite avalar que la atención sea continua con una mayor efectividad del sistema de referencias entre niveles de salud (3).

Esto muchas veces se ve influenciada por aspectos normativos y de convivencia interna en las instituciones, los estudiosos de la gestión institucional indican que el clima organizacional es el que ejerce mayor influencia en la productividad de los trabajadores y en el crecimiento de la organización; se ha demostrado que las instituciones que conviven en un clima saludable realizan el trabajo más adecuado, lo que conduce a una elevada satisfacción con el trabajo y compromiso con los objetivos institucionales (13).

Los estudios a nivel internacional en el espacio de la APS, han demostrado que cuando se evalúa el clima organizacional, “existe una percepción de desaprobación que afecta la dimensión Equipos y Distribución de Personas y Material, evidenciando el déficit de recurso humano que, como se constata en la práctica clínica, es una falencia clave de alto impacto en las prestaciones de una red de salud” (14).

Por su parte en nuestro país los diversos estudios han concluido que el clima organizacional adverso influye negativamente en el agrado de los pacientes y proveedores y esto a su vez se ve traducido en la baja productividad por parte de los servidores (15) (16). Esto también afecta de manera directa a la gestión, ya que todos aquellos procesos de innovación y cambio que se puedan implementar se ven afectados por un clima organizacional insalubre (17). Pero aún existen vacíos en el conocimiento sobre la relación del clima organizacional y la producción de las funciones secundarias de APS.

En vista que “el manejo integral de las necesidades básicas de la población requiere la implementación de sistemas de salud más equitativos, integradores, eficaces y justos” (3), traducido esto en una APS basada en las personas familias y comunidades, especialmente en el fortalecimiento de las funciones secundarias como la competencia cultural, orientación comunitaria y enfoque familiar; además, de la importancia de conocer el clima organizacional en las instituciones que brindan APS y su relación con el desempeño de las funciones secundarias por parte de los usuarios internos; para lo cual nos planteamos las siguientes preguntas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a. Problema General

¿De qué manera el clima organizacional se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?

b. Problemas Específicos

- ¿De qué manera el diseño organizacional se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?
- ¿De qué manera la cultura de la organización se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?
- ¿De qué manera el potencial humano se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

a. Conveniencia de la investigación

Si bien en la última década en las instituciones de salud del nivel primario, se ha dado impulso al MAIS-BFC y en el año 2020 se aprobó el nuevo MCI, es fundamental en la gestión sanitaria el realizar este tipo de estudio ya que se puede aprovechar los resultados y evitar por desconocimiento de algunas barreras de orden interno, que no se llegue a consolidar este modelo.

Por ello la importancia que este nuevo MCI propuesto por el MINSA se desarrolle en condiciones seguras sobre todo ahora en época de pandemia o post pandemia COVID-19, por lo que es conveniente desarrollar investigación sobre la gestión de recursos humanos en lo concerniente al clima organizacional a efectos de propiciar estrategias de inmersión y cambio de actitud en el personal de salud hacia un cuidado integral a nivel de familia y comunidad.

Por tanto, la importancia del conocimiento del clima organizacional y su relación en la aplicación de las funciones secundarias de la APS, se

vuelve prioritaria en la actualidad para garantizar que los recursos humanos de APS se sientan satisfechos con la organización a la cual pertenecen y realicen las actividades programadas para tal fin; todo esto en beneficio de la red de atención de servicios básicos de APS que atienden al 80% de la demanda por salud y que contribuyen en mejorar los indicadores de desarrollo sostenible firmados por el estado.

b. Valor social de la investigación

El valor social de este estudio está justificado ya que, al mejorar las acciones preventivas y promocionales sanitarias en el ámbito familiar y comunitario, se estará contribuyendo en tener personas, familias y comunidades saludables, que son básicas para un desarrollo social sostenible.

c. Implicancias prácticas de la investigación

La implicancia práctica de este estudio radica en que permitirá a los directivos de los servicios de APS solucionar problemas de un clima organizacional no saludable, logrando mejorar la satisfacción en el trabajo y consecuentemente la productividad de actividades preventivas promocionales en el escenario de la familia y comunidad.

d. Valor teórico de la investigación

Teóricamente muestra justificación, porque pretende llenar las brechas que existen en el conocimiento del clima organizacional y como esta repercute en el desempeño de las funciones secundarias de la APS, que en la práctica se muestran como evidencia pero que han sido mínimamente estudiados asentando en la práctica los saberes teóricos de la APS, para ejecutar disposiciones que van ayudar a optimizar la gestión de los recursos humanos en los servicios sanitarios de este nivel.

e. Utilidad metodológica de la investigación

La utilidad de esta investigación está basada en la forma metodológica como se aborda, haciendo uso de instrumentos muy usados en la gerencia del potencial humano y la atención primaria, además que estos resultados servirán a los gestores y directivos de las instituciones de salud, profesionales e investigadoras que siguen esta línea de investigación lo tomen como referencia y amplíen los estudios que busquen determinar el influjo del clima organizacional sobre la productividad de los servidores; esto debe llevar a plantear estrategias de mejoramiento del clima organizacional e involucramiento más activo de los profesionales de salud en las funciones esenciales de la APS, en razón a que se tiene evidencia que una constante innovación y mejora del clima organizacional ya que es un elemento intermedio entre la forma como está estructurada la institución, las acciones que se desarrollan, las funciones que se debe cumplir y los objetivos de la institución, esto genera mayor participación de los servidores en sus actividades diarias.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a. Objetivo general

Determinar la relación del clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

b. Objetivos específicos

- Establecer la relación del diseño organizacional con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.
- Identificar la relación de la cultura de la organización con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

- Identificar la relación del potencial humano con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

a. Espacial

Esta investigación se realizó en el C.S. Pueblo Joven Centenario, categorizado como establecimiento I-4 y registrado en el RENAES con el código 2659, asentado en el distrito y provincia de Abancay de la región Apurímac; el mismo que brinda actividades de salud preventivas, recuperativas, promocionales y preventivas de la salud por medio de un equipo básico de salud.

b. Temporal

La investigación contempló como ámbito temporal el año del 2021, tiempo donde se procedió a la recolección de datos,

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Algunas limitantes de este estudio fueron los sesgos de respuesta por parte de los encuestados, en razón a que la medición del clima organizacional es muy sensible, por otra parte, el medir la aplicación de las funciones secundarias pudo generar una percepción falsa que se les está evaluando la productividad de su trabajo.

El instrumento no se aplicó a todos en el mismo tiempo y lugar, lo que pudo generar falsas interpretaciones del mismo.

No se incluyó en este estudio al personal técnico asistencial, que son las personas que brindan el apoyo a los profesionales.

Otra limitación fue el número de participantes, la misma que fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico de conveniencia.

Por ser un establecimiento con internamiento y las actividades recuperativas que realizan algunos profesionales pudo llevar a sesgos de información respecto a la variable cumplimiento de las funciones secundarias de APS.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tuvo viabilidad económica, en razón a que los costos que generaron no fueron demasiados y en su totalidad asumidos por el investigador durante todas las fases de la investigación.

Técnicamente fue viable porque existió disponibilidad y accesibilidad tanto a las unidades de estudio y servicios de salud donde se desarrolló la investigación. Además, se cuenta con una ordenanza regional donde se contempla las prioridades regionales de investigación para la salud en la región Apurímac, la misma que brinda facilidades a los investigadores en los servicios de salud.

La viabilidad operativa estuvo determinada por que se utilizó técnicas e instrumentos reconocidos y factibles de ser manejados por el investigador, además se contó con acceso a fuentes de información confiables que sustentaron el marco teórico; por otra parte, tanto para la parte descriptiva como inferencial se usó técnicas estadísticas acordes a la naturaleza de las variables en estudio, haciendo uso de un software que ha demostrado utilidad en el análisis de datos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES

a. Contexto nacional

A nivel nacional se han encontrado los siguientes estudios que tienen correspondencia con las variables estudiadas, no habiendo trabajos que involucren el estudio de las variables clima organizacional y funciones secundarias de la APS.

Rodríguez S, en su tesis titulada: “La atención primaria de la salud por profesionales que laboran en dos establecimientos de la DIRIS Lima Sur, 2018”, teniendo el Objetivo: “comparar el nivel de cumplimiento de la atención primaria de salud en dos establecimientos”. Material y método: estudio cuantitativo, básica, diseño descriptivo, transversal y comparativa entre dos establecimientos. Se tomó a la población de tipo censal a un total de 64 profesionales del establecimiento Gustavo Lanatta Lujan y 32 de Virgen del Carmen, aplicó la encuesta y como instrumento el cuestionario PCAT profesionales. Resultados: Se encontró mal cumplimiento de la APS en la dimensión enfoque familiar en el C.S. Virgen del Carmen (100%), la orientación comunitaria con mal cumplimiento fue similar en ambos establecimientos (56,3% y 53,1%) respectivamente, mientras que la competencia cultural con mal cumplimiento se dio en el C.S. Gustavo Lanatta Lujan con el 89,1%. Conclusión: En los 2 centros de salud que pertenecen a la Diris Lima Sur, evaluados en el 2018; existen diferencias respecto al cumplimiento de la APS (10).

Torres S, realizó su investigación titulado: “Liderazgo transformacional y el clima organizacional en el personal del establecimiento de salud I4-Los Algarrobos, Piura 2019”, teniendo como Objetivo: “Determinar la relación que existe entre el liderazgo transformacional y el clima organizacional”. Material y método: tipificada

como cuantitativa, transversal, de nivel correlacional, no experimental como diseño; 109 trabajadores constituyeron la muestra, seleccionados por muestreo intencional. La técnica fue la encuesta y su instrumento el cuestionario, cuya confiabilidad para el instrumento de liderazgo transformacional fue de 0.902, mientras que para el clima organizacional de 0.879. Resultados: Se encontró que un 74% perciben el clima organizacional como regular, mientras que un 25,6% como adecuado. Conclusión: La estadística correlacional muestra que el clima organizacional guarda relación directa ($r_s = 0.408$) y significativa ($p = 0,000$) con el liderazgo transformacional en los usuarios internos evaluados (18).

Por su parte García I, en su investigación: “Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016”, teniendo como Objetivo: “Determinar el nivel de eficiencia de la atención primaria de salud”. Material y método: Estudio con diseño no experimental, descriptivo simple, transversal, cuantitativo. La población fue de 93 usuarios internos, siendo la muestra representativa de 75, clasificados en 2 grupos ocupacionales (asistencial y administrativo). Usó la encuesta y el cuestionario PCAT-Provider, validado por juicio de expertos; la confiabilidad obtenida por el alfa de Cronbach fue de 0.812 siendo catalogada como bueno. Los datos fueron analizados mediante estadística de tipo descriptiva. Resultados: En relación con la eficiencia de la APS, los evaluados en el 65.33% lo perciben como regular y nivel bueno 34.67%. Respecto al acceso, un 49.33% lo perciben como regular; por su parte la longitudinalidad, un 74.67% lo califica de regular; en su dimensión coordinación, el 52.00% percibieron un nivel bueno; mientras que la integralidad, un 65.34% lo consideran como bueno. Conclusión: “El nivel de eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres de Villa El, Salvador presenta una tendencia al nivel regular” (9).

Calderón M, realizó el estudio titulado: “Clima organizacional y satisfacción de los usuarios del centro de salud Bellavista, Callao”, teniendo el Objetivo: “Determinar la relación que existe entre el clima organizacional

y la satisfacción del usuario externo”. Material y método: Investigación observacional, descriptiva, transversal, nivel relacional. Cuya población y muestra de los proveedores fue $N= 170$, $n= 118$ y los usuarios externos $N= 8,400$, $n= 368$. La técnica fue la encuesta y aplicó el cuestionario SERVQUAL para el primer nivel de atención modificado por el MINSA y un cuestionario del Clima Organizacional validado por el MINSA. Resultados: El puntaje del clima organizacional global fue de 80,58 catalogado como por mejorar, por su parte la dimensión cultura organizacional obtuvo 24,64 puntos (saludable), el diseño organizacional 27,09 puntos (saludable) y el potencial humano 28,85 (por mejorar). Conclusión: El clima organización mejora la satisfacción en los trabajadores y pacientes (15).

Cáceres A, presenta su estudio: “Clima organizacional y calidad de atención primaria en el Puesto de Salud El Arenal-Ica, 2015”, teniendo el Objetivo: “Determinar la relación entre el clima organizacional y la calidad de atención primaria”. Material y método: Estudio no experimental, descriptivo-correlacional. 22 proveedores conformaron la muestra. Usó los cuestionarios de clima organizacional y calidad de atención primaria en salud. Para procesar los datos usó estadística de carácter descriptiva e inferencial para la contrastación de sus hipótesis. Resultados: el clima organizacional fue catalogado como deficiente en un 5%, regular 68% y bueno 27%. Sobre la calidad de atención de la APS, el 18% lo califica como deficiente, 59% regular y 23% buena. Conclusión: La calidad de la APS y el clima organizacional están correlacionadas de forma positiva y en grado alto $r= 0,608$ (19).

b. Contexto internacional

En el ámbito internacional se han encontrado los siguientes estudios que guardan relación con nuestras variables de investigación:

Costa D y Bispo J, en su artículo de investigación: “Experiencias y desafíos para la inclusión profesional en la atención primaria de salud en

Brasil”, teniendo como Objetivo: “Analizar las contribuciones de los núcleos de apoyo a la salud de la familia para ampliar la capacidad de respuesta de la atención primaria de salud”. Material y método: Investigación de casos múltiples, enfoque cualitativo, ejecutados en Brasil, tomando a 6 municipios del estado de Bahía. Usaron un análisis con una matriz confeccionada en base a los atributos de la APS: Accesibilidad, prolongación de las atenciones, enlace de los cuidados y orientación comunitaria. La técnica fue la entrevista semiestructurada aplicada a 83 proveedores de APS y observación de campo. Resultados: El acceso a los servicios de los profesionales expertos resultó limitada y los establecimientos espaciadamente ofertaban atención permanente. Se encontró insatisfacción por el actuar de la coordinación. La extensión dirigida a la comunidad se ofrece parcialmente (20).

Adriazola, et al., en su investigación denominado: “Percepción del clima organizacional en atención primaria de salud en la región del Maule, Chile”, siendo el Objetivo: “Medir el clima organizacional de cuatro centros de Atención Primaria de Salud de cuatro comunas”. Material y método: Se empleó un cuestionario (CCOV) a una muestra censal de 389 funcionarios de 6 instituciones de salud de APS. El instrumento resulto muy confiable. Resultados: Los equipos, distribución de las personas y materiales fue la dimensión que tiene mayor afectación al clima organizacional; por su parte el profesionalismo y la autonomía fue la dimensión que influye de manera positiva sobre el clima. (14).

Carrillo C, en su tesis titulada: “Evaluación del equipo multidisciplinario de atención primaria en salud en una institución de primer nivel de atención en Valledupar el 2017 y 2018”, planteándose como Objetivo: “Evaluar la atención en salud prestada por el equipo multidisciplinario que labora en una institución de primer nivel”. Material y método: Estudio transversal, observacional. Como instrumento se utilizó el cuestionario Evaluación de la APS- VE – para proveedores de Salud© Resultados: Las funciones secundarias de APS que alcanzaron los puntajes más bajos fueron: la competencia cultural 2,2, promedio de 22,13 y

desviación estándar $\pm 5,89$, mientras que el enfoque familiar su puntaje fue de 3,0, media de 47,4 y desviación estándar $\pm 13,3$. Conclusión: El grupo de profesionales estudiados, mostró un nivel de cumplimiento bueno en ciertas funciones de la APS (21).

Bohle X, realizo la tesis titulada: “Evaluación del desempeño de la atención primaria de salud de la Comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores”, teniendo como Objetivo: “Evaluar el desempeño de las funciones esenciales y secundarias de la Atención Primaria de Salud”. Material y método: Estudio de tipo transversal, se aplicó el instrumento cuestionario PCAT. Se computarizó los puntajes de las funciones esenciales de tipo general, para cada dimensión y subdimensión haciendo un total de la APS y por cada C.S. valorado. Resultados: Se encontró un puntaje para la APS de 6,82 en la función esencial, y de 6,83 en lo general; respecto a las funciones secundarias, el menor puntaje se obtuvo en la competencia cultural con 5,09, la orientación a la comunidad con 7,59 y el enfoque a la familia con 7,89. Conclusiones: Los puntajes obtenidos permiten aseverar un acercamiento al puntaje ideal que indica una fortaleza de la APS. Para superar las debilidades presentes, centrar las actividades a la función secundaria de competencia cultural y a la esencial de continuidad (4).

Segalini, et al., en su artículo de investigación titulado “Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud (estudio de corte transversal)”, teniendo como Objetivo: “Evaluar el grado de implementación de las funciones fundamentales de la APS, ubicado en Boulogne, partido de San Isidro, Buenos Aires, República Argentina, desde la perspectiva de los profesionales de la salud”. Material y método: Se aplico por vía electrónica el instrumento de Evaluación de la APS-PCAT-proveedores, con validación en la república Argentina. Resultados: El puntaje general de las funciones esenciales de APS estimado es de 16,75 (S= 1,42) con un máximo de 24 puntos. Las dimensiones que alcanzaron los más altos puntajes fueron: enfoque Familiar 3,51 [S= 0,55],

Integralidad/Servicios Prestados 3,49 [S= 0,58] y Coordinación/Sistemas de Información 3,16 [S= 0,47] (5).

Da Silva, et al., en su artículo de investigación: “Evaluación de la Atención Primaria a la Salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la Estrategia de Salud de la Familia”, siendo el Objetivo: “Evaluar los atributos de la atención primaria a la salud”. Material y método: Estudio evaluativo, cuantitativo y diseño transversal. Como instrumento se usó el Primary Care Assessment Tool para encuestar a 527 pacientes adultos, 34 proveedores sanitarios, y 330 padres de niños menores de 2 años, provenientes de 33 equipos de salud familiar, en 11 comunas. Los datos fueron analizados en el programa SPSS, tomando un IC del 95% y 0,1 de error. Resultados: la accesibilidad y primer contacto puntuaron bajos en los 3 grupos, resaltan los proveedores que puntuaron alto los otros atributos; los pacientes puntuaron bajo en las funciones secundarias orientación comunitaria y familiar. Conclusiones: Los pacientes no perciben ni valoran adecuadamente el actuar del equipo de salud familiar, a pesar que los proveedores catalogan sus acciones como bueno (6).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Clima Organizacional

Las organizaciones que buscan lograr la excelencia, consideran que la valía intrínseca de una institución son sus activos intangibles, es decir, aquellas cosas que no son vistas, pero que forman el verdadero patrimonio de la misma y suministran la base esencial y la dinámica que lleva manifiestamente al éxito de las instituciones; así, los activos intangibles se instituyen como el cimiento de la competitividad y la innovación en el actual mundo globalizado que tiene como característica la competitividad (22); de esta manera las organizaciones exitosas consideran a los recursos humanos como los activos más preciados.

En ese contexto se considera que el recurso humano debe laborar al interior de una estructura organizativa acorde a su función y a una cultura organizacional que le ofrezca crecimiento y desarrollo personal; por lo que, los gestores buscan condiciones para que su organización tenga un desempeño óptimo a través de la integración de tres aspectos: organización, talentos y comportamiento (22). Para lo cual, las organizaciones modernas utilizan instrumentos para identificar barreras que influyen de manera directa o indirecta en el rendimiento laboral, todo con el fin de lograr mejores resultados institucionales.

En el actual mundo globalizado, la competitividad es la base del éxito de las organizaciones, por eso las que alcanzan el éxito tienen como característica la proyección social y por ende la admiración de la comunidad, por otra parte, las demás van por un sendero sin norte definido, haciendo de su labor una copia que no aporta en nada a su misión y visión; de tal manera que existe una competencia entre organizaciones innovadoras donde hacen su labor mucho mejor que las otras (22). Las instituciones de salud, parecen estar en un letargo a largo plazo, donde la competitividad ha quedado relegada a segundo plano.

Los estudiosos, consideran al comportamiento organizacional como una ciencia de la conducta, y para su abordaje se requiere la participación multidisciplinaria de varias ramas como la sociología, psicología, ciencias políticas, etc.; en el entendido que estas ramas de la ciencia toman como unidad de estudio a la persona, grupo y la forma de dirección (23). De esto se deduce que los comportamientos en una organización merecen ser analizados desde un punto de vista multidisciplinario.

El comportamiento organizacional no es nada nuevo, ya desde inicios del siglo XIX, se puso en certidumbre el rol de los aspectos sociales y físicos en la conducta de los individuos, por lo que llegaron a la conclusión que el clima de una organización, indica la manera como una persona percibe el rendimiento, la productividad y la satisfacción con el trabajo (23);

pero cobra mayor auge en nuestros días debido a la eficiencia que requieren las instituciones para lograr sus metas.

En los centros de salud y especialmente en la APS, cobra mayor relevancia en razón a que es una parte cardinal como recurso de su planeación táctica, facilitando al gerente una perspectiva futura de la empresa, y como un mecanismo que precise la efectividad dinámica del ámbito; la cual admite ubicar las insuficiencias objetivas que se presentan en correspondencia a la atención deseada, esto permite planificar las labores que incumben comenzar en la actualidad y accedan lograr la perspectiva de la organización (24).

Cuando se habla de clima organizacional, los directivos lo consideran como una herramienta de carácter administrativo, pero a su vez como un enfoque, que ayuda a tomar decisiones y hacer una proyección en el aumento de la productividad, además forma la base de los proyectos de mejora continua.

Los estudiosos de esta línea de investigación manifiestan que cada institución tiene impregnado en su funcionamiento un clima que lo hace diferente de otras con similares características, otros agregan que es el reflejo del ambiente interno percibido por los miembros de la organización (23).

De la multiplicidad de enfoques que se han planteado cuando se estudia el clima organizacional, en opinión de Goncalves, citado por Santa J y Sampedro B, “el que ha demostrado mayor utilidad es aquel que atiende, como elemento fundamental, a las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un medio laboral” (23); por lo que cabe recalcar que un entorno laboral se desarrolla en confluencia de su estructura y los procesos que se diseñan para realizar la función y estos son factores primordiales que perciben los usuarios internos.

En la salud pública cada institución es suigéneris y el equipo que lo conforma muestra características particulares en la cultura de la

organización, siendo este producto de sus miembros, sus logros y sus decepciones. Dejando de lado la normatividad que las rigen cada compañía desarrolla una forma de desarrollo ante la sociedad (23); por lo que a nivel de la gestión, la calidad del ambiente de trabajo está influenciada por la forma en que los trabajadores realizan su tarea, no obstante las personas cuando prestan sus servicios a una institución suelen en su mayoría alinearse a los objetivos institucionales (23), es decir cada persona es única y responde ante la organización en función de las expectativas que tiene.

Por otra parte, las instituciones sanitarias siempre buscan lograr las metas propuestas que en la gestión se denomina productividad; para esto los gestores deben considerar dos condiciones muy cruciales: mejorar el clima laboral y lograr que los servidores participen en todos los procesos para lograr el engrandecimiento de la institución (23); por lo que es menester de los directivos sanitarios descubrir en sus colaboradores esas percepciones para tomar decisiones y se obtenga mayor productividad y perfeccionamiento de atención con calidad.

Así pues, la definición del clima organizacional puede ser abordado desde diferentes enfoques; el primero denominado estructuralista que para Forehand y Gilmer citado por Santa J y Sampedro B, es “el conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influye en el comportamiento de las personas que la forma” (23). El siguiente sería el subjetivo, definido como “la opinión que el trabajador se forma de la organización” (25). El tercero, referido al de síntesis que involucra “los efectos subjetivos percibidos del sistema, que forman el estilo informal de los administradores y de otros factores ambientales importantes sobre las actividades, creencias, valores y motivación de las personas que trabajan en una organización dada” (26).

Para el presente estudio vamos a tomar el enfoque de síntesis, en base a estos supuestos el MINSA, indica que el clima organizacional es producto de “las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las

relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo” (27); además, el clima guarda estrecha relación con otros aspectos como: la labor que realizan, el ambiente donde se desarrollan y la forma de relacionarse.

Reforzando esto con la definición de Wather, citado en Santa J Sampedro B, quien indica que un clima organizacional es producto de las percepciones que la persona posee de la institución en la cual labora, además de su sentir desarrollado durante el periodo de vida laboral en términos de apoyo, cordialidad, apertura, consideración, recompensas y especialmente autonomía (23); tal como vemos en esta definición, existen múltiples condiciones que afectan directa o indirectamente el clima de una institución.

A propósito, y con la finalidad de tener un mejor entendimiento del concepto de clima organizacional, cabe mencionar algunos elementos muy importantes:

Está referido a las peculiaridades del entorno laboral.

Los servidores que laboran en ese ámbito, perciben las características de forma directa e indirecta.

Un clima organizacional repercute en el comportamiento de trabajo.

Como variable interviene entre algunos factores propios de la organización y la forma de comportarse de cada persona.

Siempre las características de una institución van a permanecer en el tiempo, esto hace que la institución sea diferente de otras, así como entre servicios o departamentos de una misma organización.

De la confluencia del clima, la estructura, peculiaridades de la organización y las personas se conforma un medio recíprocamente activo y funcional (23).

Una teoría que trata de explicar el clima organizacional tomando la percepción de los servidores y directivos es de los sistemas de administración formulada por Rensis Likert, quien en el año 1984 y citado

por Iglesias, et al., indican; “que el comportamiento de los subordinados es causado, en parte, por el comportamiento administrativo y por las condiciones organizacionales que estos perciben y en parte por sus informaciones, sus percepciones, sus esperanzas, sus capacidades y sus valores” (28). En razón a esto, las organizaciones priorizaron el mejoramiento de las relaciones humanas con mayor ahínco en los individuos y tomando en consideración las percepciones, ya que se reconoció al clima organizacional como un factor clave del desempeño laboral. (28).

Además, esta teoría se caracteriza por que estudia cuatro variables a decir: del sistema de comunicación, de las relaciones interpersonales, así como los sistemas de premios y castigos; todo esto nos induce a pensar que un clima organizacional no saludable influye de forma negativa con la producción de servicios por parte de los usuarios internos, tema del que es motivo esta investigación.

Así mismo, el clima muestra características como:

Son permanentes en el tiempo, aun en situaciones de cambio.

Influyen de manera directa en el proceder de los miembros que bregan en la institución.

Es un factor que predispone la identificación y compromiso de las personas con su institución.

Muestra diversos matices en relación a la característica de gestión, los planes y políticas de la organización (27).

Características que deberían ser consideradas, para tomar las medidas correctivas y no llegar a conflictos dentro de la organización; esto va a generar consecuencias de forma positivas como una mayor productividad, logro de metas, afiliación, satisfacción laboral, mayor adaptación al cambio, búsqueda de innovación y menor rotación del personal; y reducir las negativas como el ausentismo laboral, la baja productividad, inconformismo, deserción al trabajo, etc. (27).

Especialmente la baja productividad que repercute negativamente en la credibilidad de la institución.

Así pues, el clima organizacional se constituye como un pilar del crecimiento de los servicios de atención primaria, en razón a que hace más dinámico sus tareas, propugna una mayor confluencia del trabajo en equipo, disminuyen los conflictos personales o entre servicios, sirve para implementar mejores técnicas de comunicación, además que impulsa al desarrollo de un liderazgo corporativo de sus miembros. (29). Para esto, las IPRESS que pretenden avalar una cultura y verificación amplia de servicios ofrecidos con calidad, deben poseer un equipo humano competitivo, animado y con disposición de participar, estos se constituyen como aspectos primordiales en la gestión, los mismos que generan resultados óptimos (29).

2.2.1.1 Dimensiones del clima organizacional

Para empezar, se debe indicar que de la multiplicidad de estudios publicados existe evidencia que aquellos factores planteados no muestran claridad ni son definitivos y los estudiosos han experimentado con varias opciones de preguntas y dimensiones a la cual han buscado su interpretación (17).

Siguiendo la teoría que asume esta investigación vamos a indicar lo que establece Likert, quien considera que existen 3 formas de variables que delimitan y caracterizan a una empresa y que intervienen en la percepción unipersonal del clima de la organización (30). Así tenemos:

Las variables causales, que por su forma de efecto sobre el clima organizacional se considera como independientes, están conformadas por la forma administrativa y organizativa, además por las actitudes, decisiones y competencias, las mismas orientan el devenir de la entidad para la consecución de resultados. (30).

Un segundo tipo de variables que lo denominan intermedias, estas miden cómo va la organización a nivel interno y se refleja por el

rendimiento, la motivación, los canales de comunicación y la forma de toma de decisiones (30).

Y las denominadas variables finales, que a decir de Likert son el producto de la consecuencia de las variables que se comportan como causa e intermediarias, estas buscan un logro tangible en la institución traducido en la mayor productividad, mejores ganancias y menores pérdidas (30).

Por su parte el MINSA de nuestro país adopta en el estudio del clima organizacional tres tipos de variables, pero para efectos de operacionalizar adecuadamente el constructo clima organizacional para este estudio se va a considerar como dimensiones:

a. Dimensión 1: Del potencial humano

En esta dimensión se hace énfasis a las organizaciones inteligentes, donde los trabajadores forman el capital intangible de toda empresa, esto viene dado por la habilidad, experiencia, destreza, conocimiento y valores propios de las personas, estas características potenciales ayudan a que la empresa alcance las metas propuestas, por lo que los recursos humanos son considerados como el capital más valioso (31).

Dentro de esta dimensión se considera a los siguientes indicadores: Liderazgo, innovación, recompensa y confort.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el liderazgo es concebido como el influjo que ejercen los jefes de la institución, sobre el comportamiento de los trabajadores para alcanzar los resultados. Cabe recalcar que no se tiene un modelo definido, ya que esto depende de otras circunstancias que están presente en el entorno social como: las normas, los procedimientos y los valores (32). Al respecto, muchas veces el estilo de liderazgo que ejercen los jefes influye en un clima organizacional no saludable, lo que genera malestar en ambos bandos.

Por su parte la innovación es entendida como una apreciación que tienen los trabajadores para afrontar nuevos retos, dar paso a la creatividad, adaptarse a nuevas zonas de trabajo, siempre con ánimo positivo, las mismas

que van a generar nuevas experiencias (22). En los tiempos actuales en el ámbito de atención primaria, donde los recursos son escasos, la innovación debería ser parte del desarrollo de las personas, pero muchas veces esta se ve obstruida por un inadecuado clima organizacional.

Los investigadores del clima organizacional consideran a la recompensa como: una percepción que tienen los trabajadores acerca de cómo se adecuan los estímulos en mérito al desempeño laboral adecuado. En gestión vendría a ser los premios que otorga la institución dejando de lado el castigo (22). Así, el MINSA considera que la recompensa genera un clima saludable dentro de la institución, siempre y cuando se cambie el castigo por incentivos para realizar mejor el trabajo además de buscar estrategias a mediano plazo cuando el trabajador es renuente al cambio (27). Aspecto muy poco practicado por los directivos, ya que generalmente se busca el castigo sin encontrar la causa para corregir la acción equivocada.

El confort o estabilidad es considerada como el grado de percepción que muestran los trabajadores sobre las probabilidades de quedarse en la institución y como se estima de manera justa qué personas deben conservar el puesto o quienes deben ser despedidos (22). Punto importante para mantener a los recursos humanos con competencias para el cargo

b. Dimensión 2: Del diseño organizacional

De acuerdo a Chester, citado por el MINSA refiere que es un régimen de tareas que coordinan dos o más individuos de forma consciente, en razón a esta definición se conjugan cuatro aspectos comunes en todas las instituciones: esfuerzos coordinados, objetivos comunes, participación equitativa del trabajo y jerarquización de la autoridad, a todo esto, se le denomina estructura organizacional (27). Esta dimensión consta de los siguientes indicadores: estructura, toma de decisiones, comunicación organizacional y remuneración.

La estructura se refiere a las diferentes normativas que gobiernan a la organización, dentro de las que se encuentran las obligaciones,

regulaciones, formalismos y políticas. Todo esto va a formar una percepción en los servidores de la institución respecto al número de normas, trámites y otros aspectos burocráticos que deben enfrentar cuando desarrollan su labor. (22). Vale indicar que en los servicios de atención primaria existen normas que no han sido adecuadas al nivel de los establecimientos, lo que en la práctica diaria induce a fomentar relaciones inadecuadas con los superiores.

Por su parte la toma de decisiones, se considera como la forma de pensar de los trabajadores respecto a la responsabilidad y autodeterminación, los cuales se usan con frecuencia cuando se toman decisiones con referencia al quehacer laboral, las metas y las prioridades planteadas (22). En este aspecto una adecuada toma de decisiones sustentada en evidencias científicas, conduce a tener un clima organizacional saludable.

Mientras que la comunicación organizacional, sería el nivel en que los trabajadores perciben como han acogido la información precisa y adecuada sobre su puesto de trabajo y cómo funciona la institución (22). En la gerencia de RRHH, una inducción de la forma y metodología de trabajo, conlleva a llevar una labor más placentera.

Y la remuneración o retribución que es la percepción sobre la equidad en que se dan los estímulos monetarios o de otra índole producto de la labor que se realiza (22). Este aspecto debe ser el que genera mayor insatisfacción y conflictos entre los empleadores y empleados.

c. Dimensión 3: Cultura de la organización

Entendida como la confluencia del compromiso de las personas con los objetivos institucionales, esto va a depender de cómo se dieron los tratos entre las partes del establecimiento desde el principio (27).

Esta dimensión cuenta con los indicadores de identidad, conflicto-cooperación y motivación.

En este contexto la identidad es entendida como una característica particular que se mantiene en el tiempo y viene expresada por

manifestaciones de comportamiento o lenguajes simbólicos y de comunicación a nivel interno y externo entre la organización y sus trabajadores (22).

Por otra parte, el conflicto considerado como aquellas desavenencias que se dan en el entorno laboral y que cada servidor las percibe de forma negativa (22), mientras que la cooperación se considera como un sentimiento por parte de los trabajadores respecto a las formas de apoyo y ayuda que vienen de los administradores, y de otros compañeros trabajo. Se pone como punto álgido a la cooperación mutua entre niveles superiores e inferiores (22). Tanto el conflicto como la cooperación operan de manera permanente en las organizaciones, generando en muchas oportunidades desentendidos entre los miembros que a veces genera más conflicto disminuyendo la colaboración y el trabajo en equipo.

Finalmente, la motivación es definida como un agregado de expectativas e intenciones que manifiestan los individuos en su ámbito laboral; estas son traducidas objetivamente como actitudes y reacciones propias de los individuos, que salen a relucir cuando están presentes estímulos del entorno laboral (33).

2.2.2 Funciones secundarias de la atención primaria

Antes de proceder a desarrollar las funciones secundarias de la APS, es necesario entender cómo se brinda la atención en el primer nivel de salud de nuestro país, de tal forma que se pueda tener una idea del encaje perfecto de nuestro estudio.

Para el MINSA, un modelo de atención integral que cumpla los atributos de la APS considera a la “salud como derecho humano, siendo responsabilidad del estado garantizar el cuidado integral para las personas, familias y comunidad” (12).

Haciendo un recuento, en nuestro país hasta el año 2019 la APS estaba basada en el Modelo de atención de la salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), la cual presentó dificultades que originaron poco

avance del mismo, debido a múltiples factores dentro de los que se contempla, la inexistencia de un manual para la implementación, una alta rotación de recursos humanos, lo que dificulto preservar la longitudinalidad de la atención, aunado al desinterés por el programa de formación PROFAM, el cual está dirigido a mejorar las competencias respecto a la salud familiar, además la administración de salud con gestores públicos con perfiles distintos a la actividad de la prestación en APS; ha llevado a reformular este modelo que en la actualidad es denominado (MCI) Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (12).

Tomando como base la conferencia internacional de Astana, realizada en el 2018, en la que los diferentes países firmaron un compromiso para brindar una cobertura universal en salud, para lo cual se propusieron fortalecer el primer nivel de atención de salud (12). Además, es preciso recalcar que esto se enlaza a los objetivos de desarrollo sostenible donde el eje es reorientar la APS, para mejorar la salud y ser un instrumento que promueva el desarrollo humano (12). Todo esto debería ser brindado en un contexto denominado de función básica, donde todas las atenciones que se brindan en este nivel están articuladas por medio de las ya conocidas redes integradas de salud (RISS), teniendo como funciones principales la prevención, recuperación y rehabilitación (12). Además, ofrece acciones de promoción y educación para la salud en el espacio institucional, familiar y comunitario.

Por lo que, este modelo está orientado en los principios de la APS renovada que contempla la integralidad, universalidad, calidad, corresponsabilidad, equidad en salud, solidaridad, eficiencia, los mismos que son vitales cuando se establecen las prioridades de orden nacional sobre la asistencia de salud integralmente (12).

De la misma forma, es necesario analizar la concordancia entre la política de salud, el modelo de cuidado integral y las estrategias de APS,

para lo cual vamos a tomar el análisis que realiza el equipo técnico del MINSA.

Tabla 1. Comparación entre la situación actual y el nuevo modelo de cuidado integral por curso de vida

| Área | Situación actual | MCI |
|----------------|--|--|
| Prestación | Proveedor sanitario individual | Equipo disciplinario variado con capacidad de remediar las exigencias de los usuarios. |
| | Establecimiento de salud | La oferta de productos de salud se adecua a los espacios de desarrollo de la persona mediante; la oferta fija, móvil y telemedicina. |
| | Paquetes de servicios individuales | Cuidado integral que incluye intervenciones individuales basadas en evidencia, incluyendo intervenciones familiares y comunitarias. |
| | Foco en la atención médica curativa con limitado énfasis en prevención. | Foco en los cuidados integrales con orientación biopsicosocial que prioriza aspectos de promoción y prevención sin descuidar la recuperación. |
| Organización | Establecimientos aislados con énfasis en el tercer nivel y basado en la demanda que atiende y disponibilidad de la oferta. | Redes integradas de salud (RISS) que corresponden a las necesidades de la comunidad, primer nivel de atención con capacidad resolutoria que responda a las necesidades de la población en un perímetro territorial. Vías clínicas de cuidados integrados para el abordaje de las enfermedades crónicas. Cartera de servicios en base a los cuidados del curso de vida. |
| | Modelo de atención uniforme. | Modelo más flexible para adaptarse a las realidades diferentes del país. |
| | Organización de servicios según normas administrativas. | Organización de una red integrada de servicios según necesidades sanitarias. |
| Gestión | Funcional por resultados en determinadas condiciones clínicas. | Por resultados en el curso de vida y enfoque de procesos. |
| Financiamiento | Retribución de fondos en función a la cuantía de su producción. | Por impacto para mantener al usuario sano, controlando los eventos crónicos y más frecuentes. |

Fuente: MINSA 2020.

En este contexto, el MINSA define el MCI como un “conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad” (12). Esto significa que el espíritu del modelo se basa en los atributos de la APS como el acceso oportuno, oportunidad del primer contacto, atención y cuidados integrales, la longitudinalidad o continuidad de la atención y la coordinación, adicionado el fortalecimiento entre la población y los equipos multidisciplinarios de salud, todo esto para mejorar la salud durante el curso de vida, en concordancia con la información de las necesidades sentidas por la población y la diversidad cultural (12).

Cabe recalcar que este modelo contempla una oferta de prestaciones de salud de forma integral dirigidas al individuo, familia y comunidad, sean estas por oferta fija o móvil de acuerdo al escenario donde se va a intervenir (12); esto se amplía a los demás niveles e incorporan la tecnología a través del servicio de telemedicina (12).

Adicionalmente incluyen en los cuidados a brindar a los equipos multidisciplinarios de salud, en cuya conformación se da por el diagnóstico de las necesidades de salud de la comunidad que residen en un ámbito geográfico determinado y que conforman una red integrada de salud (12).

Así pues, el MCI, contempla como agentes de intervención a las personas, familias y comunidad, teniendo en cuenta las expectativas y necesidades sentidas, para lo cual se requiere una estrecha relación entre los integrantes del equipo de salud, además de generar la corresponsabilidad en aspectos de cuidado de la salud (12).

EL MCI, contempla cuatro componentes como son: la prestación, organización, gestión y financiamiento; para efectos de este estudio y en concordancia con las variables de estudio vamos a describir las que guardan relación, así tenemos:

a) Provisión del cuidado, referido al “cuidado integral de la persona a lo largo del curso de su vida, la familia y la comunidad en los diferentes escenarios (hogar, instituciones educativas, centros laborales, municipio, ciudad, etc.) donde se interrelacionan y desarrollan, y que influyen en su salud” (12). Para este abordaje es importante reconocer “el cuidado en la persona inicia con el cuidado que dicha persona ejerce sobre sí misma, asimismo, la familia y la comunidad brindan cuidados a la persona. Por su parte la familia recibe los cuidados de cada integrante de su familia y de su comunidad. Del mismo modo la comunidad recibe los cuidados de las personas y familias” (12).

El MINSA resalta que la oferta de los cuidados en forma integral, busca conservar saludables al individuo, familia y comunidad, para tal fin sus acciones están basadas en promocionar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud (12); objetivo claro y directo que contempla las principales acciones que se realizan en el ámbito asistencial.

Estos cuidados deberán ser abordados desde diferentes perspectivas como:

- El manejo de los determinantes sociales en salud.
- El cuidado integral del individuo con perspectiva de curso de vida.
- El cuidado por el ciclo vital de la familia.
- Las asistencias comunitarias.

Respecto al abordaje de los determinantes sociales en salud en el nivel local, es pertinente indicar que se inicia con un diagnóstico de la situación de salud, que es plasmado en un documento de gestión que se denomina Análisis de Situación de Salud Local (ASIS), elaborado en forma conjunta con los órganos de gobierno local e instituciones que pertenecen a una circunscripción que es administrada por una red integrada de salud; en base a las prioridades establecen como se abordará las determinantes sociales en un plan local de salud que es acoplado al plan del municipio local (12).

Desde el abordaje del cuidado integral de la persona con enfoque de curso de vida, el MINSA indica que “el cuidado integral de la salud se realiza para que las personas alcancen una vida saludable, así mismo aseguran el desarrollo de sus potenciales en función de la satisfacción de sus necesidades de salud” (12); todo este abordaje se brinda en los siguientes cursos de vida: el periodo prenatal, niño (0 a 11 años, 11 meses y 29 días), Adolescente (12 a 17 años, 11 meses y 29 días), adulto joven (18 a 29 años, 11 meses y 29 días), adulto (30 a 59 años, 11 meses y 29 días) y adulto mayor (60 años a más). Y dentro de cada curso de vida se realizan diferentes actividades a nivel individual, familiar y comunitario.

Por su parte el abordaje por ciclo vital de la familia, se da en razón que se considera a la familia como un escenario para desarrollar el cuidado integral de todos sus integrantes, ya que una disfunción podría ser un factor de riesgo para enfermedades que pueden padecer sus miembros, por otra parte, se considera a la familia como un ente en permanente desarrollo y se constituye como un estrato intermedio que enlaza a la persona con el desarrollo de salud de la comunidad (12).

Y el abordaje comunitario o de cuidados en la comunidad está basado en una evaluación directa de los determinantes sociales que afectan la salud y cómo estos interactúan con la comunidad, a través de una técnica denominada APOC (12).

b) Componente organización para la provisión del cuidado, que tiene como objetivo ofrecer el cuidado integral, para lo cual se debe interrelacionar a la sociedad con los diversos actores del estado que tienen relación de forma directa o indirecta en la protección sanitaria, respecto a las exigencias individuales, de la familia y la comunidad (12).

c) Componente de gestión para provisión de los cuidados, en la cual se toca la gestión orientada a resultados, gestión por procesos, gestión de la calidad, gestión de un sistema integrado de monitoreo, seguimiento y evaluación, recursos humanos, gestión de los recursos tecnológicos, gerencia de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento, gestión de las tecnologías

de la información. En este componente es menester recalcar el referido a la gestión de la calidad, que tiene como principio ofertar una cartera de servicios de salud con ciertos estándares de calidad, y que den respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad, para lo cual se debe satisfacer las expectativas y dar una atención a las personas siempre con respeto y dignidad, asegurándose de ofrecer intervenciones basadas en evidencia para resolver sus problemas que los aquejan, además de controlar los riesgos o daños (12).

d) Componente de financiamiento, para que la APS tenga un desarrollo adecuado, es importante que el estado haga una inversión en términos económicos direccionados al primer nivel, de esta manera se estaría garantizando una adecuada capacidad resolutive en lo que respecta a recursos humanos, equipos e insumos, infraestructura, etc.; de tal forma que se puede abarcar territorios geográficos más amplios y dar paso al desarrollo y uso de tecnología sanitaria y reducir la inaccesibilidad (12).

Una vez que se tiene claro cómo se brinda la atención integral en el primer nivel de atención, lo que sigue es una descripción de las bases teóricas referidas a la variable funciones secundarias de la atención primaria, así, dentro las publicaciones revisadas refieren que “muchos países en todas las regiones realizaron importantes inversiones y transformaciones intentando fortalecer la APS y la organización de los servicios sanitarios en función de ella” (34). Para esto se plantearon diversas formas de evaluar las funciones de la APS.

En la actualidad es muy importante la evaluación del desempeño de nuestros servicios de atención primaria, en razón a que la gestión moderna analiza la eficiencia, efectividad, idoneidad, seguridad y aceptabilidad de la oferta sanitaria; para lo cual se debe tener un conocimiento de todas las necesidades insatisfechas en salud que demanda la comunidad, además de la accesibilidad, la variabilidad en la práctica sanitaria y las inequidades en el uso de recursos (34).

La atención primaria ha recibido considerable atención desde hace muchas décadas atrás cuando se dio partida a esta estrategia en la conferencia de Alma Ata, durante este transcurrir los países han pasado por diferentes etapas planteando formas de evaluar y que más estuvieron enfocadas a los programas de salud, y que muchas veces se dejó en el aire las funciones de la atención primaria de salud. Esto se ve reflejado en la práctica sanitaria, ya que los diferentes modelos teóricos que evalúan la APS, han enfatizado en aspectos organizativos y estructurales, dando un valor mínimo a la evaluación de las funciones.

En ese entendido, los países que evalúan las funciones de la APS, están basadas en los supuestos planteadas por Barbara Starfield, este modelo “incluye cuatro atributos o funciones principales de la APS que se pueden examinar en subdimensiones estructurales y de proceso de los sistemas o servicios en salud; y tres funciones secundarias, cuyo logro se puede suponer ligado a las funciones esenciales” (34). En este acápite, es ineludible remarcar, que el estudio está centrado en las funciones secundarias de la APS, pero es necesario describir los atributos o funciones principales y cómo se enlazan con las secundarias.

Para la estrategia de atención primaria de salud, existen 4 funciones esenciales o principales que, a decir de Berra S, son:

a) Primer contacto: es decir que cuando existe algún problema de salud, las personas acuden en primer lugar a los servicios de APS, el cual viene hacer la puerta de entrada al sistema de salud por ser accesible a la comunidad (34). Pero para que sea considerado como la puerta de entrada al sistema de salud deberá cumplir con dos requisitos, que se le ha considerado como subdimensiones que tienen que ver con “el elemento estructural necesario para el primer contacto” (34) a lo que se le ha denominado accesibilidad; por otro lado la segunda subdimensión denominada utilización de los servicios como primer contacto, entendida como “si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo” (34).

b) La continuidad o longitudinalidad, cuya característica es la interrelación entre los pacientes, prestadores o establecimientos de salud, lo que facilita una estrecha relación sustentada en la confianza y en la comprensión que se tiene sobre la persona y familia (34). A su vez esta función esencial se subdivide en 2 dimensiones: la primera denominada grado de afiliación que para los salubristas es una “medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud; y en que los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios” (34). Y la segunda subdimensión denominada continuidad interpersonal, que se entiende como la “atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad)” (34).

c) La coordinación, considerada como el nexo de enlace que se da entre los diferentes servicios que brindan atención, para garantizar que el individuo reciba un tratamiento adecuado a los problemas de salud que manifiesta por parte del profesional responsable de APS (34). El propósito de esta función es “el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados” (34). Lo que en las prácticas sanitarias se conoce como el sistema de referencia y contrareferencia de un nivel con inferior capacidad resolutive a otro muy superior. A su vez esta función está compuesta por dos subdimensiones: la primera denominada sistemas de información, que se entiende como la “disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población” (34); y la integración de la información, que son los “mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas” (34).

d) La integralidad o globalidad, en la cual los servicios de atención primaria muestran una cartera de servicios de forma articulada, el propósito es identificar los diferentes problemas, sean funcionales, sociales u orgánicos, priorizando a los más frecuentes dentro de una población (34). Además, esta

función esencial evalúa los servicios disponibles, es decir la disponibilidad de servicios necesarios para la demanda existente. Y los servicios proporcionados, que vienen hacer los “servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee” (34).

El argumento principal de esta investigación son las funciones secundarias de la APS, que son complementarias a las funciones esenciales las mismas que constituyen un grupo de dimensiones o atributos que generalmente se realizan mediante la actividad extramural en el ámbito familiar o comunitario, o como lo indica el MCI a través de la oferta móvil, siendo: el enfoque familiar que se encarga de evaluar “las necesidades individuales, en el contexto familiar y su potencial de cuidado y también de amenaza a la salud” (6). El otro aspecto o función es la orientación comunitaria, entendida como el “reconocimiento de las necesidades en salud de la comunidad por medio de datos epidemiológicos y del contacto directo con la comunidad, así como la planificación y la evaluación conjunta de los servicios” (6), y finalmente la competencia cultural, es decir “la adaptación del proveedor a las características culturales especiales de la población para facilitar la relación y la comunicación con esta” (6).

2.2.2.1 Dimensiones de las funciones secundarias de la atención primaria de salud

Lo que sigue es una descripción y análisis de las dimensiones propuestas en esta investigación, tomando como base el modelo teórico para obtener la perspectiva de los usuarios internos contemplados en los cuestionarios PCAT (Primary Care Assessment Tools).

a. Dimensión 1: Enfoque familiar

Bajo este enfoque y tal como lo indican Rodríguez, et al.: “Se considera la importancia del entorno y los antecedentes familiares dentro de los condicionantes del proceso salud-enfermedad, así como la necesidad de facilitar y fomentar la participación y el apoyo familiar en la atención en

salud” (7). Parte de mejorar la salud en el seno familiar, ya que se brinda un apoyo emocional que coadyuva a preservar la salud.

En el panorama de la APS, para el abordaje de las principales patologías, sean crónicas o agudas se considera prioritario la identificación y prevención de eventos de riesgo, que generalmente están relacionados a inadecuados hábitos de salud y pueden ser modificados con acciones de prevención específicas. Pero en la realidad, la atención está basada en lo individual, priorizando lo curativo, la cual no alcanza los resultados que esperamos, por lo que se debe impulsar estrategias innovadoras de trabajo (11). De ahí que la familia, se constituya como un aliado para reducir los factores de riesgo de las enfermedades, todo esto en concordancia con un trabajo articulado con el equipo de APS.

A nivel de los países latinoamericanos, existe una gran valoración hacia la familia y esto se acrecienta aún más en aspectos de salud, los estudios han demostrado que la familia se constituye como el escenario más próximo a las personas, pero esto aún no ha sido abordado en su real magnitud como un probable agente predisponente de la enfermedad o salud de sus miembros y mucho menos la forma de cómo abordar terapéuticamente (11). Tema muy importante en estos días, contemplado en el abordaje de la APS, pero con disímiles resultados y aplicaciones.

Por la evidencia que se tiene al respecto, este enfoque parte de un fundamento en el que considera a la familia como el más importante apoyo social que requieren las personas; así, los estudios han demostrado que las convivencias en familia donde las buenas relaciones y el mayor apoyo familiar, sus miembros conservan mejor su salud y cuando sufren alguna enfermedad, la recuperación es más rápida, así como se alarga la esperanza de vida (11). Acotando a esto y tal como lo indica Bandura, citado por García D, se considera que dentro del seno familiar se adquieren, modifican, desarrollan y permanecen los hábitos de salud (11). De tal manera que este enfoque se caracteriza por ser un modelo en la que las relaciones de

colaboración deben ser en ambas direcciones es decir usuarios y proveedores de salud.

De ahí que el atributo de enfoque familiar en la atención primaria, se constituye como un eje muy importante tanto para la persona como su familia, ya que la convivencia en una familia saludable está asociada a mayor esperanza de vida, disfrute de salud plena y mejor calidad de vida; razón por la cual debería considerarse como un escenario propicio para direccionar los mayores esfuerzos del trabajo sanitario y de investigación en salud primaria (11). Otro de los beneficios de aplicar el enfoque familiar, es que se puede forjar “beneficios para múltiples condiciones de salud, en los distintos integrantes y en las diversas etapas de las enfermedades. Además, estas intervenciones pudieran tener un potencial impacto a corto, mediano y largo plazo, e incluso repercutir trans generacionalmente” (11). Añadiendo que, “trabajar con las familias fomentando sus recursos internos no debiera tener un elevado costo, requerir de tecnología avanzada, ni tener grandes efectos adversos, lo que lo tiene el potencial de ser muy rentable económicamente y fácil de implementar” (11).

Un aporte que hacen los estudiosos de esta problemática, es que el trabajo en atención primaria con enfoque familiar, para que sea sostenible en el tiempo tiene que estar avalado con políticas públicas a través del fomento del bienestar de la familia, potenciando los recursos internos la promoción del cuidado familiar, de esto se deduce que cuando hay incremento del apoyo de la familia, se mejora las relaciones intrafamiliares y se genera conductas y hábitos saludables, se contribuye con el control de avance de las patologías crónicas, se mejora la salud individual, por lo que se mejora y se vive con mayor calidad (11).

Por otra parte, para garantizar la continuidad de la atención integral priorizando al individuo y familia; es imprescindible tener como unidad de estudio a la familia, la cual se constituye como una táctica clínica de integración sanitaria (35); esto nos va a permitir realizar un diagnóstico de la realidad biopsicosocial del grupo familiar, para identificar el tipo de

atención que necesita y abordar de forma precoz con actividades de prevención de acuerdo al riesgo que se detecta (36).

b. Dimensión 2: Orientación comunitaria

Entendida como el “fomento de la participación comunitaria en la definición de las necesidades y en las alternativas para su intervención” (7). Es decir, el involucramiento de la colectividad para resolver los desórdenes de salud que aquejan a una determinada población.

De acuerdo con Gofin, Et. al.: “La orientación comunitaria de los servicios de salud plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabajan, en contraposición con la orientación que sólo da respuesta a la demanda, el tratamiento de síntomas y enfermedades” (37). Aspecto muy venido a menos donde la participación comunitaria en los últimos años ha venido decayendo; en nuestro país existe por Ley la administración compartida en salud, la cual plantea aspectos de corresponsabilidad por parte de los diferentes actores de la comunidad, pero esto está cayendo en letra muerta debido al poco interés que tienen los gestores públicos.

De ahí que a la salud se lo vea como un todo y no solo este centrado a la enfermedad, bajo esta premisa, se “amplía el concepto de salud bajo el que se realizan los abordajes, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la misma, la equidad, y la perspectiva más allá del sistema sanitario hacia una necesaria participación comunitaria en salud” (38). Solo el abordaje con corresponsabilidad de todos los actores sociales podría tener efectos positivos sobre la salud de la población.

Los estudiosos de la atención primaria como Ruiz, et al: indican que, para efectos de dar mayor realce a la dimensión comunitaria, es imperativo realizar un conjunto de tareas en los diferentes niveles con que cuenta el sistema sanitario, dando mayor énfasis al primer nivel. Además de cambiar el enfoque de servicios de salud tradicional hacia una con visión empresarial y participación comunitaria (39). De tal forma que una atención primaria de

salud, debe estar cimentada en brindar atención de carácter individual, a nivel familiar y en el contexto es decir en la comunidad. Muchas veces estas aseveraciones se quedan en letra muerta, ya que existe la norma, pero en la práctica no se demuestra.

En la actualidad y de acuerdo al perfil epidemiológico en el que se encuentra nuestro país, la orientación comunitaria va a traer como efecto una participación mucho más activa y mejor informada por parte de la población.

c. Dimensión 3: Competencia cultural

Temática muy importante ya que “en la sociedad actual están presentes cuatro fenómenos articulados que determinan la necesidad de desarrollar competencias interculturales en el ámbito de la atención primaria de salud: los movimientos migratorios, las diferentes etnias, la diversidad cultural y la construcción social y cultural del sistema médico occidental” (40). Así, el rol fundamental de la competencia cultural está basada en una intervención educativa, la misma que bajo un enfoque integral, multidisciplinario, nos permite hacer una intervención a nivel de actitudes, conductas no saludables, sentimientos negativos y los modelos culturales a nivel de la persona, de la institución, así como social (40).

En este entendido y tal como lo indican Mundel y Chapman, citado por Veliz et al., toda actividad de atención en salud en el escenario de la diversidad cultural, debe contener necesariamente la dimensión cultural en aspectos biomédicos, para lo cual se requiere ubicarse en la teoría, respecto al concepto de cultura y relativismo cultural, ya que en conjunto brindan una vista diferente respecto al tradicional modelo médico que predomina en la actualidad (40). Por otra parte, si analizamos desde la corriente biomédica, los países occidentales con un sistema sanitario medicalizado, consideran a la cultura como un elemento de riesgo, factor negativo, que induce a que los pacientes no sean adherentes al tratamiento e indicaciones del personal de salud (40). De ahí que los diferentes modelos de atención primaria

propugnan a los servicios de atención primaria y especialmente a sus equipos de salud incluyan de forma transversal en su accionar la dimensión cultural en su labor con los individuos y comunidades que se les asigna.

De la misma forma otro aspecto importante en esta dimensión es que en las diferentes comunidades se encuentra una diversidad cultural, que el equipo básico de salud debe tener en cuenta para hacer la intervención (40); aunado a esto, en los países latinoamericanos existe un renaciente cuadro de multiculturalidad, con sus propias características de diversidad cultural, que se visualiza con mayor fuerza en el interior de los países y en regiones que abarcan comunidades indígenas, existiendo múltiples diferencias por zonas geográficas, ámbito de residencia (rural – urbana), nivel socioeconómico, raza, religión, etc., Esto muy a menudo genera una confrontación con el personal de salud, que tiene que adaptarse a las circunstancias (40). Estas diferencias son aún más marcadas en las zonas andinas y selváticas. De ahí surge la necesidad de “que los servicios de la atención primaria en salud trabajen gestionando la diversidad cultural, promoviendo la inclusión en el medio social en donde actúan, integrando a la comunidad en un contexto de coexistencia entre la individualidad y universalidad” (40).

En esa perspectiva, para lograr un acercamiento a la población los equipos de salud deben incorporar un estilo de comunicación más efectiva con las personas, para lograr la adherencia a sus intervenciones (41), además tal como lo recalca Bernales, et al:

“En el ámbito de la atención primaria en salud esta habilidad de comunicarse efectivamente con el usuario, considerando su background cultural, pareciera tener especial relevancia, ya que es en este nivel donde debiera ocurrir el primer encuentro entre los usuarios y el sistema de salud, y generalmente es allí donde las personas controlan sus condiciones crónicas de salud” (41).

Por su parte la OMS recomienda que todo cuidado que se plantee hacia las personas debería concentrarse en resolver sus necesidades insatisfechas, teniendo en cuenta que cada comunidad presenta una diversidad cultural (41).

2.3. HIPÓTESIS

a. General

El clima organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

b. Específicas

- El diseño organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.
- La cultura de la organización se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.
- El potencial humano se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

2.4. VARIABLES

a. Variable (X)

Cumplimiento de funciones secundarias

b. Variable (Y)

Clima organizacional

c. Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Items | Nivel de medición | Categoría final |
|---|--|---|----------------------------|---|--------------------|-------------------|---|
| Clima organizacional. | “Conjunto de características que definen el ambiente de trabajo de una organización y que ejerce efecto sobre el comportamiento, las relaciones y las actitudes de los individuos” (42). | Cuestionario para el estudio del clima organizacional – MINSA, que considera 34 ítems, con puntuaciones de 1 a 4; y que evalúan tres dimensiones: Diseño organizacional con 9 ítems, cultura organizacional con 8 ítems y potencial humano con 11 ítems. Siendo la variable, medida en escala ordinal, cuyos valores finales son: No saludable, por mejorar y saludable | Diseño organizacional | Estructura | 10, 13 | Ordinal | No saludable. Por mejorar. Saludable. |
| | | | | Toma de decisiones | 3,14 | Ordinal | |
| | | | | Comunicación organizacional | 29,30,34 | Ordinal | |
| | | | | Remuneración | 6,27, 21 | Ordinal | |
| | | | Cultura de la organización | Identidad | 20,23, 31, | Ordinal | |
| | | | | Conflicto y cooperación | 22, 24,26, 28, 32, | Ordinal | |
| | | | | Motivación | 1, 33, 9 | Ordinal | |
| | | | Potencial humano | Liderazgo | 7, 8,19 | Ordinal | |
| | | | | Innovación | 4,5,12,17 | Ordinal | |
| | | | | Recompensa | 11,16, | Ordinal | |
| Confort | Confort | 18,25, 2, 15 | Ordinal | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Cumplimiento de funciones secundarias de atención primaria. | Logro de la entrega de prestaciones y cuidados de los 3 atributos secundarios de la APS como son: el enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural (34). | Cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT- proveedores) Versión adaptada en Colombia, que considera 44 ítems, con puntuaciones de 1 a 4 que evalúan tres dimensiones: enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural (2). | Enfoque familiar | Atención centrada en la familia | 1 al 14 | Ordinal | Bajo cumplimiento. Regular cumplimiento. Buen cumplimiento. |
| | | | Orientación comunitaria | Atención en el ámbito comunitario. Participación comunitaria. Enfoque epidemiológico. | 15 al 35 | Ordinal | |
| | | | Competencia cultural | Atención a la diversidad. Adecuación del servicio a las características culturales de la población usuaria. | 36 al 44 | Ordinal | |

2.5. CONCEPTUALIZACIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Diseño organizacional: “Conjunto de relaciones de línea de autoridad, responsabilidades y tareas dentro de una estructura organizativa” (27).

Estructura: “Percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, tramites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo” (27).

Toma de decisiones: “Evaluación de la información disponible y utilizada en las decisiones que se toman en el interior de la organización, así como el papel de los empleados en este proceso” (27).

Comunicación organizacional: “Redes de comunicación que existen dentro de la organización, así como la facilidad que tienen los empleados de hacer que se escuchen sus quejas en la dirección” (27).

Remuneración: “Aspecto que se apoya en la forma en que se remunera a los trabajadores” (27).

Cultura de la organización: “Conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común” (27).

Identidad: “Sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización” (27).

Conflicto y cooperación: “Nivel de colaboración que se observa entre los empleados en el ejercicio de su trabajo y en los apoyos materiales y humanos que estos reciben de su organización” (27).

Motivación: “Condiciones que llevan a los empleados a trabajar más o menos intensamente dentro de la organización” (27).

Potencial Humano: “Constituye el sistema social interno de la organización, que está compuesto por individuos y grupos tanto grandes como pequeños” (27).

Liderazgo: “Percepción del grado en que el jefe respalda, estimula y da participación a sus colaboradores” (22)

Innovación: “Voluntad de una organización de experimentar cosas nuevas y de cambiar la forma de hacerlas” (27).

Recompensa: “Medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo” (27).

Confort: “Esfuerzos que realiza la dirección para crear un ambiente físico sano y agradable” (27).

Enfoque familiar: “Acción de centrar la atención de la salud de los individuos en su contexto social más cercano” (34).

Contexto social del usuario: “Agregado de situaciones que encuadran una realidad que perturba a una o varias personas” (34).

Orientación comunitaria: “Elaboración de programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida (34).

Diagnóstico de necesidades comunitarias: “Proceso periódico de análisis y reflexión sobre las necesidades de salud de una comunidad” (34).

Competencia cultural: “Habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud (TS) para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último” (41).

Comunicación intercultural: “Proceso de comunicación humana entre dos o más personas que pertenecen a culturas diferentes y que se utiliza diferentes medios de comunicación adaptados a la cultura de la población” (34).

Atención primaria de salud: “Estrategia tendiente a mejorar la atención de los problemas de salud de toda la población” (43).

Atención primaria: “Servicios de atención médica provistos en el primer nivel de atención del sistema de salud” (43).

Primer nivel de atención: “Nivel asistencial del sistema de salud más cercano a la población y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas de salud prevalentes” (43).

Cultura: “Conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social” (44).

Diversidad cultural: “Conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o grupo social, y abarca los modos de vida, las formas de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y creencias” (45).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo que manifiesta Hernández, et al.: “Visualizar qué alcance tendrá nuestra investigación es importante para establecer sus límites conceptuales y metodológicos, así como direccionarnos en la ruta cuantitativa” (46); en base a esa aseveración el presente estudio tiene alcance o nivel correlacional, en razón a que estos estudios indagan sobre la relación o nivel de asociación que se da entre más de 2 variables, conceptos, fenómenos o categorías en un espacio circunscrito, además poseen algún nivel de predicción (46). Tal como pretende este estudio, encontrar la relación que existe entre el nivel del clima organizacional con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria; para lo cual se adopta el método deductivo que se fundamenta en una teoría existente a partir de la cual se formulan hipótesis por parte del investigador, las cuales son contrastadas por técnicas estadísticas; siempre de lo general a lo particular (46).

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de investigación es una estrategia que se realiza a fin de obtener una información (datos) solicitada en una investigación, con el propósito de dar respuesta de forma satisfactoria al problema planteado (46). Bajo esta premisa el presente estudio es de diseño no experimental transeccional correlacional, entendiendo que la investigación no experimental es aquel en la que el investigador no interviene manipulando de forma deliberada las variables, ya que solo se limita a ver los fenómenos como están ocurriendo en su estado natural para luego hacer un análisis; es transeccional ya que los datos serán recopilados en un solo momento y correlacional en razón a que se describe una relación entre dos o más variables, conceptos o categorías en un tiempo determinado (46).

Se esquematiza de la siguiente manera:


Correlación entre variables



Donde:

X_1 = Nivel de clima organizacional.

Y_1 = Cumplimiento de funciones secundarias.

 = Correlación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

En cuanto a la población, se considera a un conjunto de personas, cosas, lugares, que muestran valores, para lo cual existe un interés para estudiarlas; y es representado por la letra N mayúscula (47).

Para este estudio la población estuvo conformada por 44 profesionales que integran el equipo básico de salud del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2. Profesionales de la salud según grupo ocupacional Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, 2021.

| Grupo ocupacional | N° |
|--------------------------|-----------|
| Médico cirujano | 09 |
| Cirujano Dentista | 4 |
| Obstetra | 9 |
| Enfermero (a) | 22 |
| Total | 44 |

Fuente: Oficina de personal del C.S. Pueblo Joven Centenario.

Referente a la muestra, es entendida como una fracción de la población, la cual es representada por la letra n minúscula que significa total de unidades de estudio que conforman la muestra. Se utiliza debido a que es imposible estudiar al total de la población y sirve para hacer inferencia sobre la población (47).

a) Determinación del tamaño muestral

Por tratarse de una población pequeña, se toma al 100% de profesionales que conforman el equipo de salud, para tal fin nuestra muestra es considerada como censal y que de acuerdo con Ramírez, tiene la característica de que todas las personas conformantes de la población se consideran como muestra; por lo que nuestra muestra quedó conformada de la siguiente manera:

Tabla 3. Distribución de la muestra censal

| Grupo ocupacional | N (Población) | N (Muestra) |
|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Médico cirujano | 9 | 9 |
| Cirujano Dentista | 4 | 4 |
| Obstetra | 9 | 9 |
| Enfermero (a) | 22 | 22 |
| TOTAL | 44 | 44 |

Fuente: Tabla 2

b) Técnicas de muestreo

Se aplicó el muestreo no probabilístico de conveniencia, al respecto los expertos indican que: “Mediante este procedimiento, la muestra se conforma por sujetos que pueden ser fácilmente accesibles en la población que se desea estudiar (47). Tal como es nuestro caso.

c) Criterios de inclusión y exclusión

Estuvieron incluidos en el estudio:

Profesionales de la salud nombrados, que conforman el equipo básico de salud y que reciben el bono económico de Salud Familiar.

Profesionales de la salud con 3 años de antigüedad laborando en el Centro de Salud.

Estuvieron excluidos del estudio:

Otros profesionales de la salud que no conforman el equipo básico de salud (biólogos, tecnólogos médicos, psicólogos, nutricionistas, químico farmacéutico, etc.)

Profesionales de salud contratados por la modalidad CAS y terceros.

Profesionales de la salud con menos de 3 años de labor en el Centro de Salud.

Profesionales de la salud que no deseen participar del estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó la técnica llamada encuesta que es definida como aquella que tiene por finalidad recoger información por escrito y que es aplicada a una población o muestra de personas respecto a las condiciones de ellos, o que tengan relación con una cuestión específica y en un tiempo único (48).

El instrumento fue un cuestionario, esta tiene la finalidad de recoger información a fin de dar validez a las hipótesis planteadas, para esto se formulan preguntas en un documento de acuerdo a las variables, dimensiones e indicadores propuestas y que tienen relación con la hipótesis de trabajo (49).

El instrumento para medir el clima organizacional consta de preguntas de respuesta a escala, es decir de tipo Likert.

Ficha técnica N° 1

Nombre: Cuestionario del clima organizacional

Autor: Comité Técnico de Clima Organizacional del MINSA Perú, año 2012.

Objetivo: Medir la percepción de los usuarios internos respecto a diversos aspectos de la organización del I nivel de atención.

Muestra: 44 profesionales de atención primaria de salud

Aplicación: 30 minutos.

Descripción: El cuestionario contiene 28 ítems, particionados en 3 dimensiones: Diseño organizacional (9 ítems), cultura de la organización (8 ítems) y potencial

humano (11 ítems); además se incluyen 6 ítems adicionales denominados (Escala L) que tienen como finalidad un filtrado y separación de las respuestas que tienen algún sesgo por el temor de los usuarios a manifestar con franqueza, esos ítems no son considerados en la evaluación del clima. Siendo su escala de apreciación: Nunca (1 punto), A veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y siempre (4 puntos); además los niveles y rangos son: No saludable (60 a 73 puntos), por mejorar (74 a 87), saludable (88 a 99).

Por otra parte, el instrumento para medir las funciones secundarias de la atención primaria consta de preguntas de respuesta a escala, es decir de tipo Likert.

Ficha técnica N° 2

Nombre: Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores.

Autor: Barbara Starfield, Universidad John Hopkins de USA, año 1999. Adaptada en Colombia en el 2017 por Osorio, Alexandra y Vélez, Consuelo. Objetivo: “Indagar la perspectiva de los profesionales que pueden informar sobre los servicios específicos que ellos proveen” (21).

Muestra: 44 profesionales de atención primaria de salud

Tiempo de aplicación: 30 minutos.

Descripción: El instrumento contiene 44 ítems, distribuidos en 3 dimensiones: Enfoque familiar (14 ítems), orientación comunitaria (21 ítems) y competencia cultural (9 ítems); siendo sus escalas de valoración: Nunca (1 punto), Casi nunca (2 puntos), no se (2,5 puntos), Casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos); además los niveles y rangos son: Bajo cumplimiento (72 a 92 puntos), regular cumplimiento (93 a 113), buen cumplimiento (114 a 136).

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos mostraron la validez de contenido mediante la técnica de juicio de expertos, esto fue evaluado por 3 jueces expertos en salud pública, a quienes se les entregó los instrumentos, la matriz de consistencia y la ficha de validación correspondiente. Una vez que los jueces calificaron los instrumentos, se

aplicó la prueba V de Aiken antes que pase a la fase de confiabilidad, obteniéndose un acuerdo de jueces de 0,91 para el cuestionario clima organizacional y 0,88 para el cuestionario PCAT, lo que demostró validez de los mismos (anexo 3).

Referente a su confiabilidad, se realizó una prueba piloto al 15% de la muestra, y los resultados fueron analizados por el coeficiente alfa de Cronbach por tratarse de variables ordinales politómicas, producto del cual el cuestionario clima organizacional obtuvo un índice de 0,667, y el cuestionario funciones secundarias de APS el índice fue de 0,739, con estos puntajes ambos son catalogados de magnitud alta (anexo 4).

Cabe recalcar que el cuestionario clima organizacional, según el MINSA fue validado por juicio de expertos y por la metodología de focus group, mientras que su confiabilidad haciendo uso del Alfa de Cronbach alcanzó un valor cercano a 1 (27).

Con respecto al Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores, tiene su origen en Estados Unidos de América formulada por Barbara Starfield de la Universidad Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, donde fue validado, para posteriormente ser adaptado y válidos en otros ámbitos de la escena mundial, teniendo versiones en español, catalán, francés, coreano y portugués (50). En Latinoamérica fue adaptada inicialmente en Argentina (34) y posteriormente en otros países como Uruguay quien la denomina UR-PCAT PE (50). En los últimos años otros países como Colombia han empezado a adaptar transculturalmente los cuestionarios PCAT para su contexto, encontrando que muestran validez y fiabilidad adecuadas (2). Por otra parte, se ha realizado la aceptabilidad lingüística de dichos cuestionarios en países como Colombia, México, Perú, Argentina y que hasta la fecha se cuenta con cuatro ediciones de carácter único denominadas IA-PCAT (51).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tabla 4. Relación del diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | | | | | | Total | |
|-----------------------|--------------|--|------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| | | Bajo | | Regular | | Bueno | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Diseño organizacional | No saludable | 23 | 52,3 | 3 | 6,8 | 0 | 0,0 | 26 | 59,1 |
| | Por mejorar | 5 | 11,4 | 5 | 11,4 | 3 | 6,8 | 13 | 29,5 |
| | Saludable | 0 | 0,0 | 2 | 4,5 | 3 | 6,8 | 5 | 11,4 |
| Total | | 28 | 63,6 | 10 | 22,7 | 6 | 13,6 | 44 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

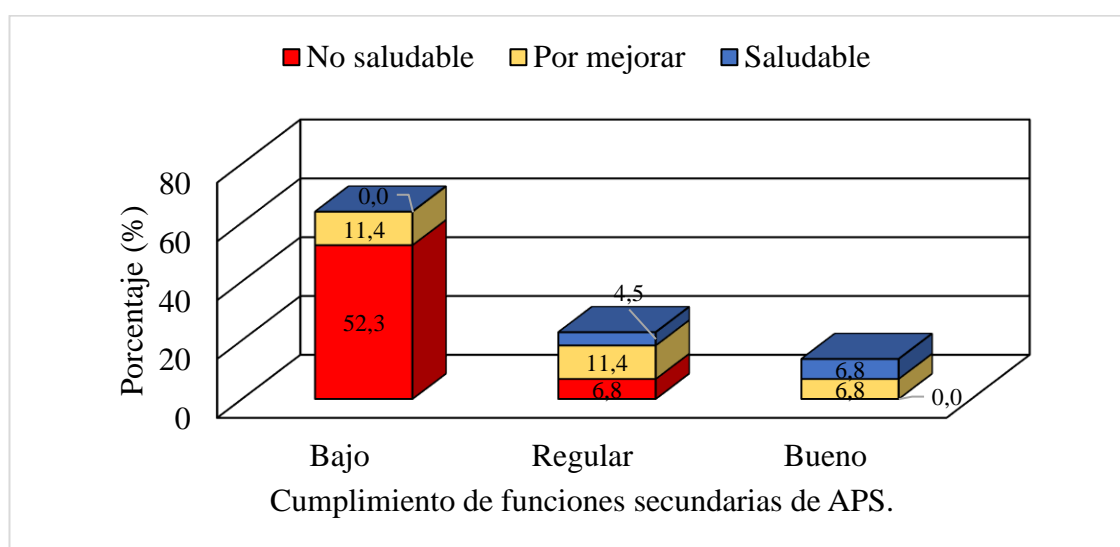


Figura 1. Porcentaje de la relación del diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

La tabla 4 y figura 1 nos muestra que de los 28 (63,6%) profesionales con bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, 23 (52,3%) perciben el diseño organizacional como no saludable y 5 (11,4%) por mejorar.

Por su parte entre los 10 (22,7%) con regular cumplimiento de las funciones secundarias, 3 (6,8%) perciben un diseño organizacional no saludable, 5 (11,4%) por mejorar y 2 (4,5%) saludable.

Entre tanto en los 6 (13,6%) con buen cumplimiento de las funciones secundarias, 3 (6,8%) perciben un diseño organizacional por mejorar y 3 (6,8%) saludable.

Tabla 5. Relación de la cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | | | | | | Total | |
|------------------------|--------------|--|------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| | | Bajo | | Regular | | Bueno | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Cultura organizacional | No saludable | 24 | 54,5 | 3 | 6,8 | 2 | 4,5 | 29 | 65,9 |
| | Por mejorar | 4 | 9,1 | 3 | 6,8 | 2 | 4,5 | 9 | 20,5 |
| | Saludable | 0 | 0,0 | 4 | 9,1 | 2 | 4,5 | 6 | 13,6 |
| Total | | 28 | 63,6 | 10 | 22,7 | 6 | 13,6 | 44 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

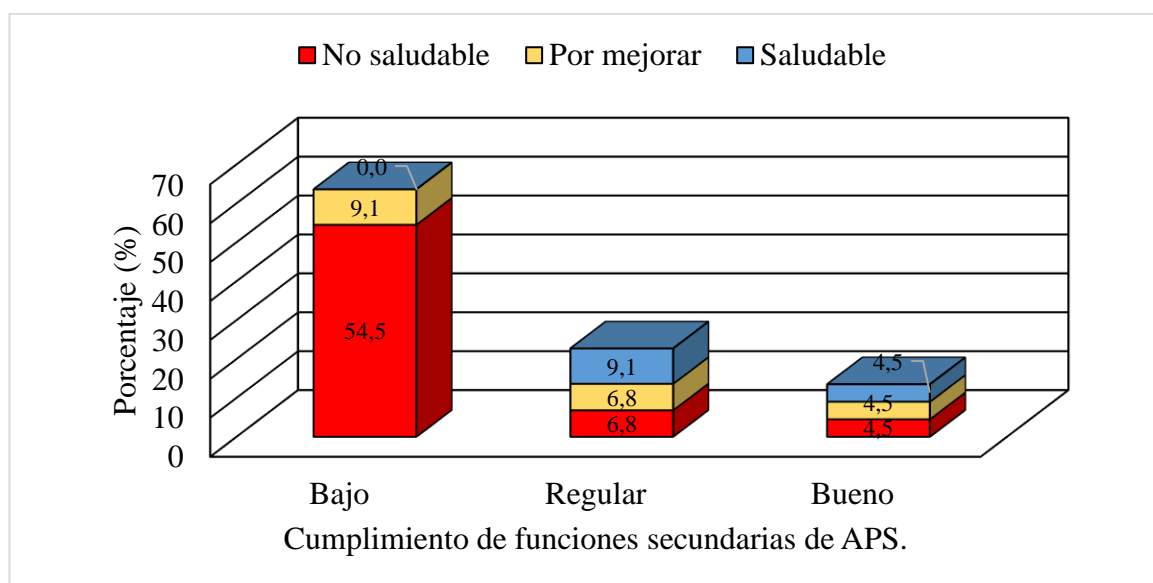


Figura 2. Porcentaje de la relación de la cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

La tabla 5 y figura 2 nos muestra que de los 28 (63,6%) profesionales con bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, 24 (54,5%) perciben la cultura organizacional como no saludable y 4 (9,1%) por mejorar.

Por su parte entre los 10 (22,7%) con regular cumplimiento de las funciones secundarias, 3 (6,8%) perciben la cultura organizacional no saludable, 3 (6,8%) por mejorar y 4 (9,1%) saludable.

Entre tanto en los 6 (13,6%) con buen cumplimiento de las funciones secundarias, 2 (4,5%) perciben la cultura organizacional como no saludable, 2 (4,5%) por mejorar y 2 (4,5%) como saludable.

Tabla 6. Relación del potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | | | | | | Total | |
|------------------|--------------|--|------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| | | Bajo | | Regular | | Bueno | | n | % |
| | | N | % | n | % | n | % | | |
| Potencial humano | No saludable | 25 | 56,8 | 3 | 6,8 | 0 | 0,0 | 28 | 63,6 |
| | Por mejorar | 3 | 6,8 | 5 | 11,4 | 4 | 9,1 | 12 | 27,3 |
| | Saludable | 0 | 0,0 | 2 | 4,5 | 2 | 4,5 | 4 | 9,1 |
| Total | | 28 | 63,6 | 10 | 22,7 | 6 | 13,6 | 44 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

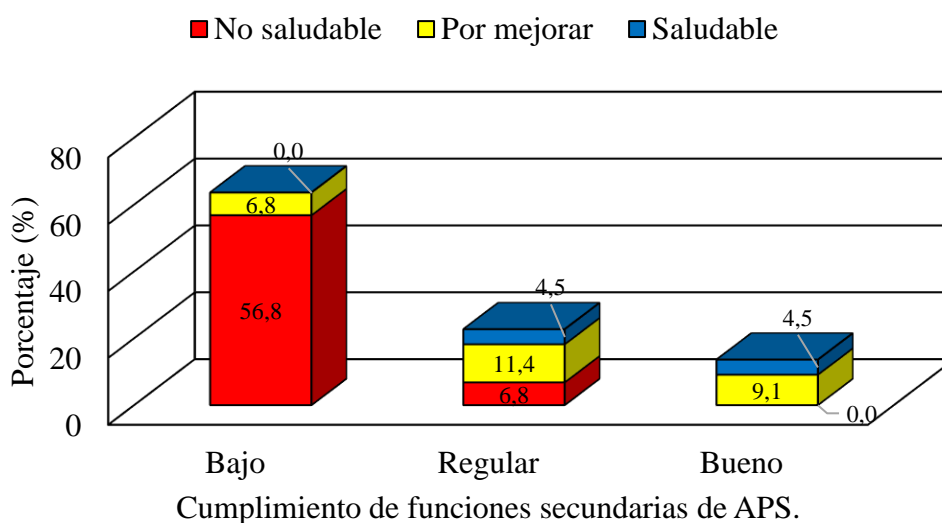


Figura 3. Porcentaje de la relación del potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

La tabla 6 y figura 3 nos muestra que de los 28 (63,6%) profesionales con bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, 25 (56,8%) perciben el potencial humano como no saludable y 3 (6,8%) por mejorar.

Por su parte entre los 10 (22,7%) con regular cumplimiento de las funciones secundarias, 3 (6,8%) perciben el potencial humano no saludable, 5 (11,5%) por mejorar y 2 (4,5%) saludable.

Entre tanto en los 6 (13,6%) con buen cumplimiento de las funciones secundarias, 4 (9,1%) perciben el potencial humano por mejorar y 2 (4,5%) como saludable

4.2. DEL OBJETIVO GENERAL

Tabla 7. Relación del clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | | | | | | Total | | | |
|----------------------|--------------|--|------|---------|------|-------|------|-------|-------|---|--|
| | | Bajo | | Regular | | Bueno | | n | | % | |
| | | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Clima organizacional | No saludable | 25 | 56,8 | 3 | 6,8 | 0 | 0,0 | 28 | 63,6 | | |
| | Por mejorar | 3 | 6,8 | 5 | 11,4 | 5 | 11,4 | 13 | 29,5 | | |
| | Saludable | 0 | 0,0 | 2 | 4,5 | 1 | 2,3 | 3 | 6,8 | | |
| Total | | 28 | 63,6 | 10 | 22,7 | 6 | 13,6 | 44 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia.

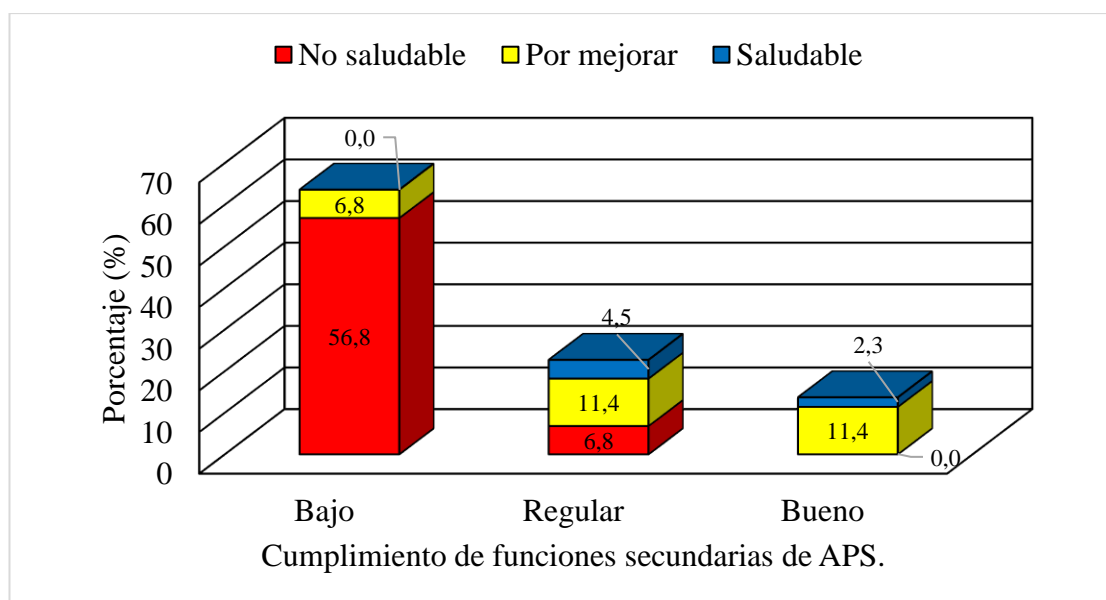


Figura 4. Porcentaje de la relación del clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

La tabla 7 y figura 4 nos muestra que de los 28 (63,6%) profesionales con bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, 25 (56,8%) perciben el clima organizacional como no saludable y 3 (6,8%) por mejorar.

Por su parte entre los 10 (22,7%) con regular cumplimiento de las funciones secundarias, 3 (6,8%) perciben el clima organizacional no saludable, 5 (11,4%) por mejorar y 2 (4,5%) saludable.

Entre tanto en los 6 (13,6%) con buen cumplimiento de las funciones secundarias, 5 (11,4%) perciben el clima organizacional por mejorar y 1 (2,3%) como saludable.

4.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Previamente a la realización de la prueba de hipótesis, los datos tuvieron que demostrar su normalidad, para tal efecto se usó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, en razón a que la muestra estudiada es menor a 50, esta prueba demostró que ambas variables tienen una significancia $< 0,05$, lo que nos permite afirmar que los datos son diferentes a la distribución normal, por lo tanto, se aplica una prueba no paramétrica.

Tabla 8. Pruebas de normalidad

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. | Estadístico | gl | Sig. |
| Clima organizacional | 0,231 | 44 | 0,00 | 0,849 | 44 | 0,00 |
| Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | 0,27 | 44 | 0,00 | 0,828 | 44 | 0,00 |

La comprobación de nuestras hipótesis, se realizó mediante la técnica estadística no paramétrica, aplicando la prueba Rho de Spearman, la cual es una medida que busca cuantificar la intensidad de la asociación de forma lineal entre dos variables, se aplica cuando las categorías de las variables se califican en escala ordinal, como es el caso de nuestras variables de estudio.

Siendo el nivel de significancia planteado de este estudio nivel alfa (α) = 0,05. Entendida como un margen para calificar el resultado con valor estadístico significativo.

La regla de decisión para nuestro contraste de las hipótesis es como sigue:

Rechazo de la H_0 cuando la probabilidad obtenida mediante el p-valor es $\leq 0,05$ planteado.

Hipótesis general

H_0 = El clima organizacional no se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

H_1 = El clima organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

Tabla 9. Correlación clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. |
|-----------------|-----------------------------|--|
| Rho de Spearman | Clima organizacional | 0,732** |
| | Coefficiente de correlación | |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | N | 44 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración propia.

De la correlación entre ambas variables se obtuvo un nivel de significancia (0,000) menor al 0,05 propuesto, esto permite rechazar la hipótesis nula, demostrando que existe una relación lineal entre el clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS,

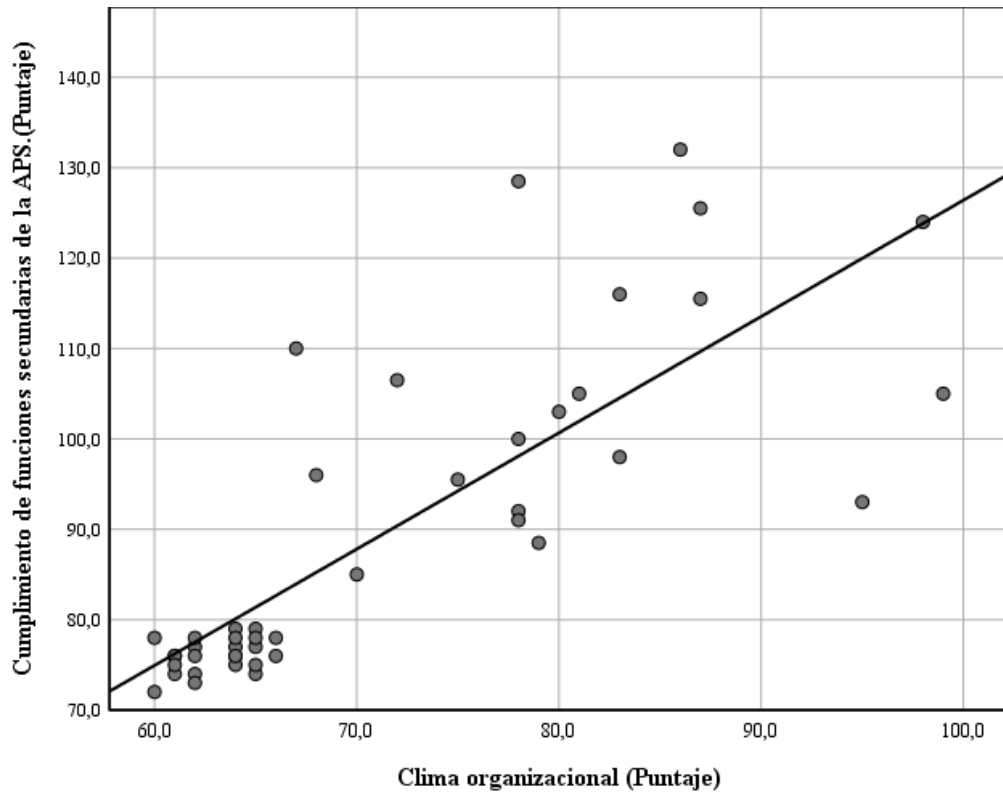


Figura 5. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por clima organizacional

El diagrama de dispersión, nos muestra una correlación positiva moderada ($r_s=0,732$) directamente proporcional. Es decir que los puntajes del cumplimiento de las funciones secundarias de la APS se incrementan moderadamente cuando los puntajes del clima organizacional aumentan y de forma viceversa.

Hipótesis específica 1

H_0 = El diseño organizacional no se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

H_1 = El diseño organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

Tabla 10. Correlación dimensión diseño organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | |
|-----------------|-----------------------|--|--------|
| Rho de Spearman | Diseño organizacional | Coefficiente de correlación | ,689** |
| | | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | | N | 44 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración propia.

De la correlación entre ambas variables se obtuvo un nivel de significancia (0,000) menor al 0,05 propuesto, esto permite rechazar la hipótesis nula, demostrando que existe una relación lineal entre la dimensión diseño organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS,

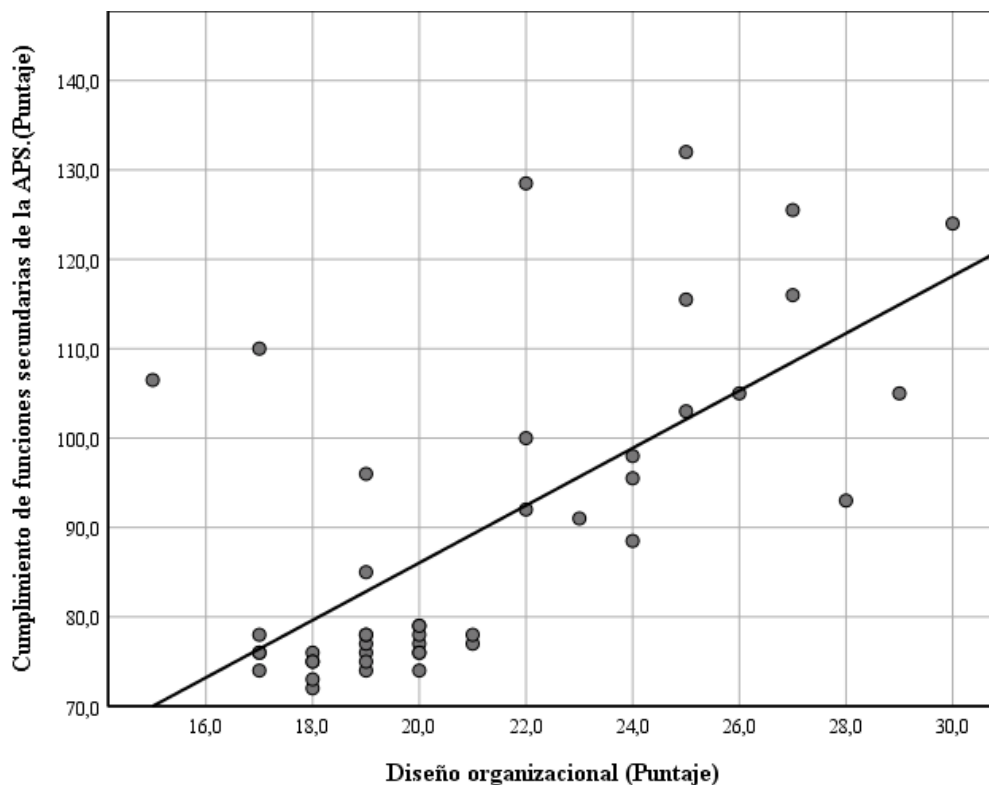


Figura 6. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por diseño organizacional

El diagrama de dispersión, nos muestra una correlación positiva moderada ($r_s=0,689$) directamente proporcional. Es decir que los puntajes del cumplimiento de las funciones secundarias de la APS se incrementan moderadamente cuando los puntajes de la dimensión diseño organizacional aumentan y de forma viceversa.

Hipótesis específica 2

H_0 = La cultura de la organización no se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

H_1 = La cultura de la organización se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

Tabla 11. Correlación dimensión cultura organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | |
|-----------------|------------------------|--|--------|
| Rho de Spearman | Cultura organizacional | Coefficiente de correlación | ,574** |
| | | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | | N | 44 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración propia.

De la correlación entre ambas variables se obtuvo un nivel de significancia (0,000) menor al 0,05 propuesto, esto permite rechazar la hipótesis nula, demostrando que existe una relación lineal entre la dimensión cultura organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS.

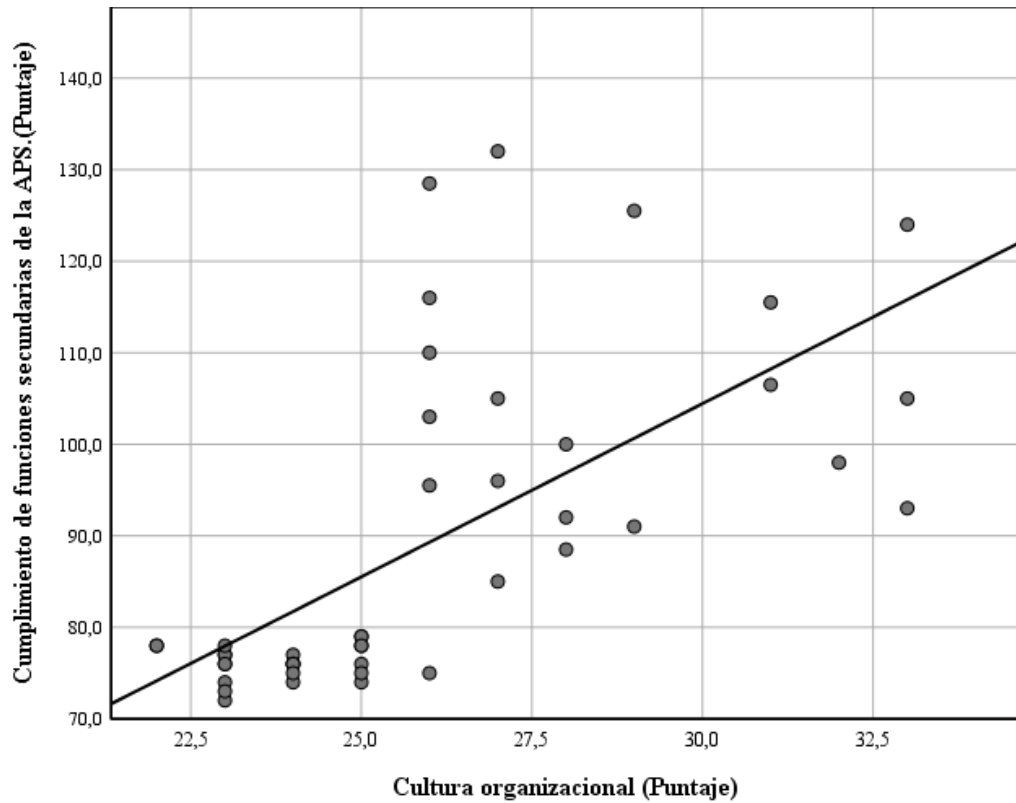


Figura 7. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por cultura organizacional

El diagrama de dispersión, nos muestra una correlación positiva moderada ($r_s = 0.574$) directamente proporcional. Es decir que los puntajes del cumplimiento de las funciones secundarias de la APS se incrementan moderadamente cuando los puntajes de la dimensión cultura organizacional aumentan y de forma viceversa.

Hipótesis específica 3

H_0 = El potencial humano no se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

H_1 = El potencial humano se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

Tabla 12. Correlación dimensión potencial humano y cumplimiento de funciones secundarias de la APS.

| | | Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. | |
|-----------------|------------------|--|--------|
| Rho de Spearman | Potencial humano | Coefficiente de correlación | ,743** |
| | | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | | N | 44 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

De la correlación entre ambas variables se obtuvo un nivel de significancia (0,000) menor al 0,05 propuesto, esto permite rechazar la hipótesis nula, demostrando que existe una relación lineal entre la dimensión potencial humano y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, siendo la correlación moderada (ubicada en el rango entre 0,5 y 0,8) directamente proporcional.

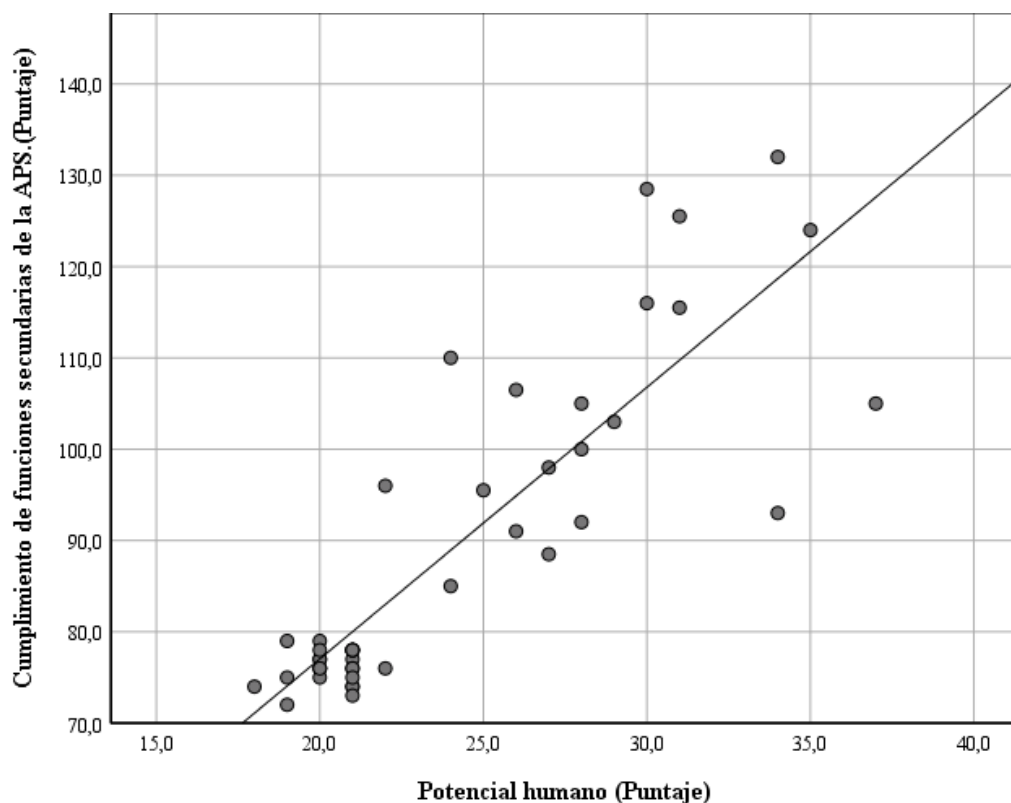


Figura 8. Dispersión simple de cumplimiento de funciones secundarias de la APS por cultura organizacional

El diagrama de dispersión, nos muestra una correlación positiva moderada ($r_s=0,743$) directamente proporcional. Es decir que los puntajes del cumplimiento de las funciones secundarias de la APS se incrementan moderadamente cuando los puntajes de la dimensión potencial humano aumentan y de forma viceversa.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. SUSTENTACIÓN CONSISTENTE Y COHERENTE DE LA PROPUESTA

De acuerdo con las políticas de salud de nuestro país, en los últimos lustros el trabajo de los profesionales de la salud del I nivel de atención han experimentado cambios en el paradigma de la atención sanitaria; el impulso a lo preventivo promocional va en aumento dejando de lado lo recuperativo, en base a esto los trabajadores han tenido que adoptar nuevas formas de interacción con la comunidad.

Con la finalidad de lograr una mayor cobertura en aspectos preventivos promocionales el MINSA, desde hace años atrás viene adaptando y desarrollando modelos de atención integral en salud, desde el MAIS publicado en el 2003, pasando por el MAIS-BFC formulado en el 2011 y en la actualidad el Modelo de Cuidado Integral por curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) promulgado el año 2020 y en cuyo enfoque se resalta la atención de las necesidades de salud a nivel individual, familiar y comunitario, estos siempre ligados a los compromisos internacionales como son los objetivos de desarrollo sostenible (ODS); en la que los trabajadores de los establecimientos del I nivel de atención son los que la desarrollan como una de sus funciones principales, pero estas actividades que en la literatura de la salud pública se le conoce como funciones secundarias de la APS se ve muchas veces afectada por ambientes laborales insalubres, esto repercute de manera directa en la calidad de vida en su trabajo condicionando insatisfacción, conductas negativas y sobre todo baja productividad en el trabajo trayendo consigo un inadecuado desarrollo institucional.

5.2. SUSTENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS MÁS RELEVANTES

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, en un establecimiento público del I nivel de atención, todo esto desde la percepción del equipo básico de salud, este estudio tiene una base conceptual aceptada mundialmente y se utilizó instrumentos validados en diferentes lugares e instituciones sanitarias.

Respecto al contraste de la hipótesis general se encontró relación significativa y de grado moderado entre ambas variables ($p = 0,000$. $r_s = 0,743$). Al respecto es de notar que más de la mitad de profesionales (56,8%) muestran un bajo cumplimiento de las funciones secundarias de la APS y a su vez perciben que se desarrollan en un clima organizacional considerado como no saludable, mientras que un 11,4% tienen un cumplimiento regular y clima por mejorar, y tan solo un 2,3% realizan un buen cumplimiento y perciben el clima como saludable; estas diferencias proporcionan un soporte concluyente sobre la percepción negativa que tienen los profesionales que conforman el equipo básico de salud respecto al ambiente físico en el que se desarrollan, a la labor que realizan, las relaciones interpersonales y las normas que rigen a la institución dando como resultado un clima organizacional no saludable y esto repercute de forma directa en un menor cumplimiento de las actividades preventivo promocionales dirigidas al individuo, clan familiar y colectividad.

Por su parte, el contraste de la primera hipótesis específica planteada en este estudio pone en evidencia que la dimensión diseño organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS tiene una relación significativa y un grado de correlación moderada ($p = 0,000$. $r_s = 0,689$); reflejado en los resultados obtenidos en el que un 52,3% de los profesionales cumplen las funciones en grado bajo y perciben que están desarrollándose en un diseño organizacional no saludable, donde la inadecuada estructura de la institución, la toma las decisiones de forma unilateral, los canales de comunicación deficientes y la insatisfacción con las remuneraciones se comportan como factores negativos para una mejor productividad de las actividades que se realizan en este nivel de atención.

Otro hallazgo resaltante fue producto de la prueba de hipótesis entre la dimensión cultura organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias, obteniéndose que ambas variables muestran relación significativa de grado moderado ($p = 0,000$. $r_s = 0,574$), tal como se desprende del análisis estadístico entre ambas variables; donde el 54,5% de los encuestados revelan un bajo cumplimiento de las funciones secundarias y califican a la cultura de la organización como no saludable, factor importante a resaltar ya que para tener un clima organizacional que propicie involucramiento de los trabajadores y muestren identidad con la misma, se debe minimizar los conflictos y propiciar la cooperación entre trabajadores y jefes de servicios o áreas, además que la motivación debe ser uno de los ejes principales que desarrollen el área de recursos humanos.

El contraste de la tercera hipótesis específica de nuestro estudio evidenció que la dimensión potencial humano se relaciona de forma significativa y en grado moderado con cumplir las funciones secundarias de la APS ($p = 0,000$. $r_s = 0,734$); producto del cruce de ambas variables se encontró que más de la mitad de los profesionales encuestados (56,8%) realizan un bajo cumplimiento y además consideran como no saludable a la dimensión potencial humano, existiendo una percepción negativa referente al estilo de liderazgo de los jefes, donde la innovación no es una cualidad que se potencie en los servidores, por otra parte se sienten inconformes con la recompensa que se les da por los logros obtenidos y discomfort con el ambiente físico.

5.3. FUNDAMENTACIÓN CRÍTICA COMPARADA CON LAS TEORÍAS EXISTENTES

Los resultados de esta investigación al ser comparados con otros autores y tras revisar la evidencia disponible, no se han encontrado estudios que hayan estudiado ambas variables, pero existen algunas aproximaciones, tal es el caso de Rodríguez S, quien comparó el cumplimiento de la APS en dos establecimientos en Lima, encontrando que esta se calificó como mal cumplimiento en más del 50% en ambas instituciones estudiadas, al hacer

el análisis de las dimensiones, este investigador indica que el mal cumplimiento se dio en la dimensión enfoque familiar en un 100% en uno de los establecimientos, la orientación comunitaria fue parecida en ambas instituciones más del 50% y la competencia cultural con mal cumplimiento fue del 89,1% (10); por su parte García I, quien estudió la eficiencia de la APS, reporta que los profesionales que laboran en el C.S. San Martín de Porres del distrito de Villa el Salvador tiene un nivel de eficiencia regular (9). En esa perspectiva Costa D y Bispo J, en un estudio en Brasil indican que las actividades orientadas a la comunidad se brindan parcialmente (20).

Pero a su vez contrastan con otros autores que encontraron resultados diferente al nuestro, tal es el caso de Carrillo C quien evaluó al equipo de APS, encontrando que presentan un buen nivel de cumplimiento en algunas funciones de la APS (21). De la misma forma Bohle X, en su investigación reporta que los puntajes alcanzados en las diferentes dimensiones de la APS son considerablemente buenos constituyéndose como una fortaleza de la institución (4), otros autores que se mantienen en esa misma línea son Segalini, et al. quienes argumentan que la APS fue valorada como regular en la mayoría de dimensiones de las funciones secundarias (5). A su vez Da Silva, et al. quienes evaluaron la APS desde la figura de los profesionales, concluyen que los profesionales manifiestan altos puntajes para los atributos de la APS (6). Esta diferencia con nuestro resultado podría explicarse por el hecho de que los estudios han sido realizados en otros países, donde el desarrollo de la atención primaria de salud es superior al nuestro.

Respecto al clima organizacional, Torres S realizó un estudio en un establecimiento del mismo nivel en la ciudad de Piura, donde correlacionó el liderazgo transformacional con el clima de la organización, producto de esto encontró que la percepción del clima fue calificado como regular en un 74%, resultado que difiere con el nuestro ya que en nuestro estudio solo un 11,4% lo perciben como regular (18); así mismo Calderón M, en su estudio realizado en un centro de salud del Callao, manifiesta que los trabajadores en su mayoría catalogaron al clima organizacional por mejorar (80,58%) (15); de la misma forma Cáceres A, asevera que el nivel obtenido del clima

fue regular en un 68% en los trabajadores estudiados (19). Una posible explicación para estas diferencias es que en los establecimientos de la zona sierra, es donde se concentran la menor cantidad de recursos humanos, lo que genera en los trabajadores insatisfacción con la organización por la sobrecarga laboral que deben cumplir, aunado a las limitadas condiciones de acceso geográfico y cultural muy diferentes con la zona costera de nuestro país.

Referente a la percepción del diseño organizacional nuestros resultados no son concordantes con lo reportado por Calderón M, quien evaluó el clima organizacional en los trabajadores de un centro de salud en la provincia constitucional del Callao, habiendo encontrado que lo califican como saludable (15); una explicación tentativa para este resultado podría ser que el propósito de su estudio fue identificar la relación del clima organizacional con la satisfacción del usuario externo, muy diferente al nuestro que busco la relación entre el clima y el cumplimiento de las funciones secundarias por parte de los mismos trabajadores.

La relación significativa encontrada entre la dimensión cultura organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias en nuestra investigación, difiere con los resultados reportado por Calderón M, quien indica que los trabajadores perciben esta dimensión como saludable y esto influye positivamente en la satisfacción de los usuarios (15). Esta diferencia aparente se podría explicar por qué ambos estudios tienen propósitos diferentes.

El análisis estadístico de nuestro estudio mostró relación significativa entre la dimensión potencial humano y las funciones secundarias de la APS. Este resultado muestra cierta coincidencia con estudios anteriores como el de Calderón M, habiendo encontrado en su investigación que mayoritariamente los trabajadores califican al potencial humano en la categoría por mejorar (15); por su parte, el MINSA propugna la recompensa como premio cuando se cumple con las metas propuestas dándole un valor agregado al potencial humano (22).

5.4. PROPOSICIÓN DE LAS IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO

Los hallazgos de nuestro estudio tienen implicaciones de suma importancia en aspectos de la gestión sanitaria, especialmente de las instituciones del I nivel de atención en salud, ya que en la literatura de la salud pública los pocos estudios que han evaluado la relación entre el clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la APS, han concluido que es prioritario mantener un clima organizacional saludable a fin de que los trabajadores puedan desarrollarse y tener una productividad que beneficie a la institución. Desde este abordaje es menester que los gestores, directivos y jefes de establecimientos tengan presente que para realizar las actividades contempladas en las funciones secundarias de la APS los trabajadores se deben desarrollar en un ambiente armónico, en el que se le reconozca al trabajador como un potencial y no como un problema.

Por otra parte, se debe prestar una especial importancia al mejoramiento del clima organizacional, que para muchas instituciones es la génesis de la mayoría de problemas en el seno interno, originando divisionismo, y un deficiente trabajo en equipo, que es precisamente lo que se requiere cuando se desarrollan las funciones secundarias de la atención primaria; para tal fin los jefes de establecimientos de este nivel deberían contar con un plan de mejoramiento del clima institucional, el mismo que debe ser el soporte de la institución en la que en su diseño se tomen decisiones basadas en la evidencia local y conservando los principios de comunicación empática. Además esta investigación nos ha demostrado que la cultura organizacional esta con un nivel bajo, por lo que los equipos de gestión deberían inmiscuir a los servidores para mejorar la identidad con la institución, superar todo conflicto con principios de igualdad e imparcialidad, esto nos permite una mayor motivación con el trabajo, finalmente el aporte que brinda este trabajo está determinado por considerar al recurso humano como una potencialidad y que a pesar de sus limitaciones, es la pieza clave para el desarrollo y crecimiento de la institución.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Se estableció relación significativa de grado moderado ($p = 0,000$, $r_s = 0,689$) entre el diseño organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria en los profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario- Abancay.
- Se identificó que la relación entre la cultura organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en los profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay; fue significativa y moderada ($p = 0,000$, $r_s = 0,574$).
- Se identificó que el potencial humano y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay; están relacionadas de forma significativa y moderada ($p = 0,000$, $r_s = 0,734$).
- Se determinó que existe una relación significativa y moderada ($p = 0,000$, $r_s = 0,743$) entre el clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en los profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

RECOMENDACIONES

Para que los profesionales cumplan con brindar las funciones secundarias de la APS, se recomienda a los directivos de los establecimientos del primer nivel de atención de salud:

- Respecto al diseño organizacional, inducir a los trabajadores a lograr los objetivos institucionales mediante acciones coordinadas, distribución del trabajo extramural equitativo, comunicación oportuna de las actividades a desarrollar y fomento del respeto en la toma de decisiones.
- Para la dimensión cultura organizacional, desarrollar talleres de cooperación, trabajo en equipo y motivación en el trabajo a fin de evitar conflictos internos y se logre una mayor identidad con la institución.
- Referente a la dimensión potencial humano, ejercer un liderazgo proactivo, donde se propicie la innovación como parte del desarrollo personal, así mismo, las recompensas deben ser el premio al esfuerzo por lograr las metas institucionales, y ubicar a cada trabajador en el puesto en base a sus competencias desarrolladas.
- Elaborar y ejecutar un plan de mejora del clima organizacional, realzando el impacto que tiene este sobre la productividad en la atención primaria, de la misma forma realizar la capacitación sobre el nuevo modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad, en la que estén involucrados, directivos, trabajadores, autoridades civiles y agentes comunitarios de salud.
- A los futuros investigadores se recomienda que ejecuten estudios donde se evalúen las funciones secundarias de la APS en otros establecimientos con un tamaño de muestra más amplio y comparen con nuestros resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giraldo A, Vélez C, Berra S, Perdomo A. Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: Revisión sistemática. Hacia la Promoción de la Salud [Revista on-line]. 2020 [Consultado 12 octubre 2020]; 25(1): 09-129. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00109.pdf>
2. Giraldo A, Vélez C, Pasarín M, Ponzo J, Berra S. Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia. Rev. cienc. ciudad. [Revista on-line]. 2018 [Consultado 20 octubre 2020]; 15(2): 101-112. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230560818.pdf>
3. Rosas A, Zarate V, Cuba M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Med Per. [Revista on-line] 2013 [Consultado 13 agosto 2020]; 30(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008
4. Bohle X. Evaluación del desempeño de la atención primaria de salud de la Comuna de Ancud desde la perspectiva de los prestadores. [Tesis de maestría on-line]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2018. [Consultado 23 agosto 2020]. Disponible en: http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/571/Tesis_Ximena%20Bohle%20Urrutia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Segalini A, Weisbrot M, Vietto V, Rezzónico M, Vázquez F, Terrasa S, et al. Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud (estudio de corte transversal). Rev. Hosp. Ital. B.Aires. [Revista on-line] 2017 [Consultado 23 agosto 2020]; 37(1): 4-9. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31086_4-9-Segalini-C.pdf

6. Da-Silva S, Baitelo T, Fracolli L. Evaluación de la Atención Primaria a la Salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la Estrategia de Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista on-line] 2015 [Consultado 18 agosto 2020]; 23(5): 979-987. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf
7. Rodríguez M, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. Saúde em Debate. [Revista on-line] 2012 [Consultado 24 agosto 2020]; 36(94): 449-460. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000300016&script=sci_abstract&tlng=es
8. Rodríguez L, Acosta N, Ruiz M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. Rev. salud pública. [Revista on-line] 2013 [Consultado 24 agosto 2020]; 15(2): 167-179. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000300016&script=sci_abstract&tlng=es
9. García I. Eficiencia de la atención primaria de salud en el Centro de Salud San Martín de Porres, Villa El Salvador 2016. [Tesis de maestría on-line]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2017. [Consultado 15 agosto 2020]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/15239/Garc%C3%ADa_TIJ.pdf?sequence=1
10. Rodríguez S. La atención primaria de la salud por profesionales que laboran en dos establecimientos de la Diris Lima Sur, 2018. [Tesis de maestría on-line]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2019. [Consultado 15 agosto 2020]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27510/Rodr%C3%ADguez_PSN.pdf?sequence=1

11. García D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Rev Med Chile*. [Revista on-line] 2010 [Consultado 23 agosto 2020]; 138: p. 1463-1464. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200019
12. Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA. Documento técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [en línea]. Lima: Ministerio de Salud; 2020. [Consultado 16 agosto 2020]; 37(9): 489-497. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>
13. Delgado A, Bellón J, Martínez M, Luna J, López L, Lardelli P. Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Aten Primaria*. [Revista on-line] 2006 [Consultado 18 agosto 2020]; 37(9): 489-497. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706704164>
14. Adriazola F, López M, Rojas R, Bustamante M. Percepción del clima organizacional en atención primaria de salud en la región del Maule, Chile. *Revista Empresarial*. [Revista on-line] 2019 [Consultado 13 agosto 2020]; 13(1): 13-21. Disponible en: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/146>
15. Calderón M. Clima organizacional y satisfacción de los usuarios del centro de salud Bellavista, Callao. [Tesis de maestría on-line]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2017. [Consultado 15 agosto 2020]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622587/Calder%C3%B3n_gm.pdf?sequence=5&isAllowed=y
16. Torres S. Liderazgo transformacional y el clima organizacional en el personal del establecimiento de salud I4-Los Algarrobos, Piura 2019. [Tesis de maestría on-line]. Piura: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de

- Posgrado; 2019. [Consultado 14 agosto 2020]. Disponible en: [ttp://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43750/Torres_RSR%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43750/Torres_RSR%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Bustamante M, Lapo M, Tello M, Núñez M. Origen, desarrollo y evolución del constructo clima organizacional. *Revista Empresarial*. [Revista on-line] 2018 [Consultado 21 agosto 2020]; 46: p. 12-23. Disponible en: <https://doi.org/10.23878/empr.v12i46.122>
 18. Torres S. Liderazgo transformacional y el clima organizacional en el personal del establecimiento de salud I4-Los Algarrobos, Piura 2019. [Tesis de maestría on-line]. Piura: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2019. [Consultado 17 agosto 2020]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43750/Torres_RSR%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Cáceres A. Clima organizacional y calidad de atención primaria en el Puesto de Salud El Arenal-Ica, 2015. [Tesis de maestría on-line]. Ica: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2016. [Consultado 12 agosto 2020]. Disponible en: http://181.224.246.201/bitstream/handle/20.500.12692/35677/caceres_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Costa D, Bispo J. Experiencias y desafíos para la inclusión profesional en la atención primaria de salud en Brasil. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Revista on-line] 2020 [Consultado 18 agosto 2020]; 46(2): e1569. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200013
 21. Carrillo C. Evaluación del equipo multidisciplinario de atención primaria en salud en una institución de primer nivel de atención en Valledupar el 2017 y 2018. [Tesis de maestría on-line]. Bucaramanga - Colombia: Universidad de Santander UDES, Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables; 2019. Consultado 14 agosto 2020]. Disponible en:

<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/3710/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20equipo%20multidisciplinario%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20en%20una%20instituci%C3%B3n%20de%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20Valledupar%20durante%20el>

22. Rivera D, Rincón J, Flores S. Percepción del Clima organizacional: Un análisis desde los Macroprocesos de una ESE. Espacios. [Revista on-line] 2018 [Consultado 21 agosto 2020]; (19): 5. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n19/a18v39n19p05.pdf>
23. Santa J, Sampedro B. Clima organizacional en instituciones de atención primaria de salud. Rev Méd Electrón. [Revista on-line] 2012 [Consultado 19 agosto 2020]; 34(5): p. 606-618. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol5%202012/te>
24. Segredo A. Percepción del clima organizacional por directores de policlínicos. Cuba, 2003. Correo Científico Médico Holguín. [Revista on-line] 2004 [Consultado 19 agosto 2020]; 8(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm>.
25. Robbins S, Judge T. Comportamiento Organizacional. 17ª ed. México, D.F: Pearson Educación de México; 2017.
26. Litwin G, Stinger H. Organizational Climate New York: Simon & Schuster; 1978.
27. Ministerio de Salud. Metodología para el estudio del clima organizacional: Documento técnico (R.M: N° 468-2011-MINSA). 2a ed. Lima; 2012.
28. Iglesias A, Torres J, Mora Y. Referentes teóricos que sustentan el clima organizacional: revisión integrativa. Medisur [Revista on-line]. 2019 [Consultado 21 agosto 2020]; 17(4): 562-566. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4267>

29. Elgegren U. Fortalecimiento del clima organizacional en establecimientos de salud. *Av.psicol.* [Revista on-line] 2015 [Consultado 20 agosto 2020]; 23(1). Disponible en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Ursula_Elgegren.pdf
30. Rodríguez E. El clima organizacional presente en una empresa de servicio. *Revista Educación en Valores.* [Revista on-line] 2016 [Consultado 21 agosto 2020]; 1(25): 3-18. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n25/art01.pdf>
31. Pedraza N. El clima organizacional y su relación con la satisfacción laboral desde la percepción del capital humano. *Revista Lasallista de investigación.* [Revista on-line] 2018 [Consultado 28 agosto 2020]; 15(1): 90-101. Disponible en: DOI.10.22507/rli.v15n1a9
32. Organización Panamericana de la Salud. *Inventario de clima organizacional: tema y técnicas de desarrollo organizacional.* Washington: OPS; 1998.
33. Rivera D, Hernández J, Forgiony J, Bonilla N, Rozo A. Impacto de la motivación laboral en el clima organizacional y las relaciones interpersonales en los funcionarios del sector salud. *Espacios.* [Revista on-line] 2018 [Consultado 29 agosto 2020]; 39(16): p. 1-19. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n16/a18v39n16p17.pdf>
34. Berra S. *El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud* Córdoba. Argentina; 2012.
35. Salazar, M, Jurado A. Niveles de Intervención familiar. *Acta Med Peruana.* [Revista on-line] 2013 [Consultado 4 julio 2020]; 30(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100007
36. Dois A, Bravo P, Mora I, Soto G. Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar. *Rev Med Chile.* [Revista on-line] 2019 [Consultado 12 agosto 2020]; 147:

589-601. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000500589

37. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. [Revista on-line] 2007 [Consultado 2 julio 2020]; 21(2/3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/>
38. Cofiño R, Pasarín M, Segura, A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. [Revista on-line] 2012 [Consultado 25 agosto 2020]; 26 Supl.1: S88-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.030>.
39. Ruiz JL, Domínguez BJ. Reflexiones sobre "lo comunitario" en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria*. [Revista on-line] 2006 [Consultado 13 julio 2020]; 38: p. 4-421. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-reflexiones-sobre-lo-comunitario-nuestro-13094794>
40. Veliz L, Bianchetti A, Silva M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad. Saúde Pública*. [Revista on-line] 2019 [Consultado 24 agosto 2020]; 35(1): 1-11. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000103001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
41. Bernal M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Med Chile*. [Revista on-line] 2015 [Consultado 25 agosto 2020]; 143: 401-402. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300018
42. Bernal I, Pedraza N, Sánchez M. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico.

- Estudios Gerenciales. [Revista on-line] 2015 [Consultado 28 agosto 2020]; 31: p. 8-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592314001624>
43. Elorza M, Moscoso N, Lago F. Delimitación conceptual de la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Revista on-line] 2017 [Consultado 22 agosto 2020]; 43(3): 432-448. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/836>
 44. Langdon E, Wiik F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latinoam Enferm*. [Revista on-line] 2010 [Consultado 25 agosto 2020]; 18: 459-466. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
 45. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración universal sobre la diversidad cultural. 1a ed. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2004.
 46. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7a ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2018.
 47. Celis A, Labrada V. Bioestadística. 3a ed. México, D.F.: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2014.
 48. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 7a ed. Caracas - República Bolivariana de Venezuela: Editorial Episteme; 2016.
 49. Ñaupas H, Valdivia R, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación. Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis. 5a ed. Bogotá: Ediciones De La U; 2018.
 50. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo ACM, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*.

[Revista on-line] 2011. [Consultado 12 octubre 2020]; 27(3): p. 187-189.
Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v27n3/v27n3a09.pdf>

51. Berra S, Rivadero L. Aceptabilidad lingüística en la comprensión de cuestionarios de valoración de servicios de salud en Iberoamérica. *Gac Sanit.* [Revista on-line] 2020. [Consultado 12 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301230>

ANEXOS



ANEXO 1: INSTRUMENTOS

Universidad Tecnológica de los Andes –Escuela de Posgrado
Maestría en Salud Pública

Nro. de instrumento:

I. DATOS GENERALES:

INTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo.

Sírvase marcar con una X dentro del paréntesis correspondiente

1) Profesión:

Médico ()

Cirujano dentista ()

Obstetra ()

Enfermero(a) ()

2) Sexo:

Hombre ()

Mujer ()

3) Tiempo que labora en este centro de salud:

Menos de 3 años ()

Más de 3 años ()

4) Condición laboral

Nombrado (DL-276) ()

Contrato administrativo de servicios (CAS) ()

Otros ()

5) Usted realizó el diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.

Si ()

No ()



Universidad Tecnológica de los Andes –Escuela de Posgrado
Maestría en Salud Pública

Nro. de instrumento:

II. Cuestionario Clima Organizacional

INTRUCCIONES: Sírvase marcar con una X en el recuadro correspondiente la alternativa que más se acerque a su percepción del clima organizacional que se da en su establecimiento de salud. Se le agradecerá ser muy sincero(a) en las respuestas que va a dar.

| Items | Nunca (1) | A veces (2) | Frecuent emente (3) | Siempre (4) |
|---|--------------|----------------|---------------------------|----------------|
| 1) Mi centro de labores me ofrece la oportunidad de hacer lo que mejor sé hacer | | | | |
| 2) Me río de bromas | | | | |
| 3) Mi jefe inmediato trata de obtener información antes de tomar una decisión | | | | |
| 4) La innovación es característica de nuestra organización | | | | |
| 5) Mis compañeros de trabajo toman iniciativas para la solución de problemas | | | | |
| 6) Mi remuneración es adecuada en relación con el trabajo que realizo | | | | |
| 7) Mi jefe está disponible cuando se le necesita | | | | |
| 8) Mi jefe inmediato se preocupa por crear un ambiente laboral agradable | | | | |
| 9) Las cosas me salen perfectas | | | | |
| 10) Conozco las tareas o funciones específicas que debo realizar en mi organización | | | | |
| 11) Mi trabajo es evaluado en forma adecuada | | | | |
| 12) Es fácil para mis compañeros de trabajo que sus nuevas ideas sean consideradas | | | | |
| 13) Las tareas que desempeño corresponden a mi función | | | | |
| 14) En mi organización participo en la toma de decisiones | | | | |
| 15) Estoy sonriente | | | | |
| 16) Los premios y reconocimientos son distribuidos en forma justa | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 17) Mi institución es flexible y se adapta bien a los cambios | | | | |
| 18) La limpieza de los ambientes es adecuada | | | | |
| 19) Nuestros directivos contribuyen a crear condiciones adecuadas para el progreso de mi organización | | | | |
| 20) Mi contribución juega un papel importante en el éxito de mi organización de salud | | | | |
| 21) Existen incentivos laborales para que yo trate de hacer mejor mi trabajo | | | | |
| 22) Cometo errores | | | | |
| 23) Estoy comprometido con mi organización de salud | | | | |
| 24) Las otras áreas o servicios me ayudan cuando las necesito | | | | |
| 25) En términos generales me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo | | | | |
| 26) Puedo contar con mis compañeros de trabajo cuando los necesito | | | | |
| 27) Mi salario y beneficios son razonables | | | | |
| 28) Cuando he encontrado algo lo he devuelto a su dueño | | | | |
| 29) Mi jefe inmediato se comunica regularmente con los trabajadores para recabar apreciaciones técnicas o percepciones relacionadas al trabajo | | | | |
| 30) Mi jefe inmediato me comunica si estoy realizando bien o mal mi trabajo | | | | |
| 31) Me interesa el desarrollo de mi organización de salud | | | | |
| 32) He mentido | | | | |
| 33) Recibo buen trato en mi establecimiento de salud | | | | |
| 34) Presto atención a los comunicados que emiten mis jefes | | | | |



**Universidad Tecnológica de los Andes –Escuela de Posgrado
Maestría en Salud Pública**

Nro. de instrumento:

III. Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores

INTRUCCIONES: Sírvase marcar con una X en el recuadro correspondiente la alternativa que más se acerque a su percepción del cumplimiento sobre las funciones secundarias de la atención primaria de salud que se viene dando en su establecimiento de salud. Se le agradecerá ser muy sincero(a) en las respuestas que va a dar.

| Dimensiones | Elija la mejor respuesta | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------------|--------------|----------------|
| | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 1. Dimensión: Enfoque familiar | | | | | |
| 1) ¿Usted indaga sobre las ideas y opiniones de sus usuarios cuando planifica tratamientos o cuidados para ellos o un miembro de su familia? | | | | | |
| 2) ¿Usted pregunta a los usuarios sobre las enfermedades o problemas que puedan tener sus familiares? | | | | | |
| 3) ¿Los(as) profesionales de su servicio tiene la disposición y la capacidad para reunirse con el grupo familiar para hablar sobre un problema familiar o de salud? | | | | | |
| Indique si la evaluación de salud que usted realiza incluye las estrategias y recursos que se indican a continuación: | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 4) Se utiliza familiogramas o el cuestionario APGAR familiar. | | | | | |
| 5) Se habla de factores de riesgo familiares como por ejemplo genéticos. | | | | | |
| 6) Se habla de los recursos económicos de la familia. | | | | | |
| 7) Se habla de factores de riesgos sociales como, por ejemplo: pérdida de empleo. | | | | | |
| 8) Se habla de las condiciones materiales del hogar, por ejemplo: el funcionamiento de la refrigeradora, etc. | | | | | |
| 9) Se habla del estado de salud de otros miembros del grupo familiar. | | | | | |
| 10) Se habla de la crianza de los hijos. | | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------|------------------|----------------|-----------|-------------|
| 11) Se evalúan signos de maltrato infantil. | | | | | |
| 12) Se evalúan indicios de crisis familiar. | | | | | |
| 13) Se evalúa el impacto de la salud de los usuarios en el funcionamiento familiar. | | | | | |
| 14) Se evalúa el nivel de crecimiento y desarrollo de los niños(as). | | | | | |
| 2. Orientación comunitaria | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 15) ¿Usted o alguien de su centro de salud realizan visitas domiciliarias programadas? | | | | | |
| 16) ¿Considera que en su servicio se tiene un conocimiento de los problemas de salud de las comunidades que atienden? | | | | | |
| 17) ¿Su institución de salud tiene en cuenta las opiniones e ideas de personas que podrían ayudar a mejorar la atención de salud? | | | | | |
| 18) ¿Su centro de salud tiene la posibilidad de adecuar los programas o las prestaciones de salud en respuesta a problemas específicos de salud en la comunidad? | | | | | |
| ¿En su centro de salud se utilizan algunos de los siguientes datos para determinar qué programas o servicios son necesarios en la comunidad a la cual atiende? | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 19) Datos de mortalidad (datos sobre muertes) | | | | | |
| 20) Datos de salud pública de enfermedades transmisibles (ej. ITS, TBC) | | | | | |
| 21) Coberturas de vacunación. | | | | | |
| 22) Datos de salud pública sobre riesgos en salud o laborales. | | | | | |
| 23) Datos obtenidos de las historias clínicas de sus usuarios. | | | | | |
| ¿En su centro de salud se utilizan algunos de los siguientes métodos para vigilar o evaluar la efectividad de los servicios o programas entregados? | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 24) Encuestas a los usuarios | | | | | |
| 25) Encuestas comunitarias | | | | | |
| 26) Retroalimentación desde organizaciones comunitarias | | | | | |
| 27) Retroalimentación desde persona asistencial | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------|------------------|----------------|-----------|-------------|
| 28) Análisis de datos locales o estadísticas vitales | | | | | |
| 29) Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios entregados | | | | | |
| 30) Aporte de los agentes comunitarios de salud | | | | | |
| 31) Representación de usuarios en reuniones del equipo de salud de su institución. | | | | | |
| ¿Su centro de salud utiliza alguna de las siguientes actividades para llegar a todos los grupos de las comunidades que atiende? | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 32) Trabajar en redes con instituciones locales o gubernamentales involucradas con diversos grupos culturales. | | | | | |
| 33) Coordinación con organizaciones religiosas | | | | | |
| 34) Trabajo conjunto con juntas de vecinos o líderes comunitarios | | | | | |
| 35) Trabajo con agentes comunitarios de salud. | | | | | |
| 3. Competencia cultural | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 36) ¿En su centro de salud pueden comunicarse con personas que no hablan bien español? | | | | | |
| 37) Si es necesario, ¿los(as) profesionales de su institución de salud, tienen en cuenta creencias propias de la familia acerca del cuidado de la salud sobre el tratamiento o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, hierbas, remedios caseros)? | | | | | |
| 38) Si es necesario, ¿Los(as) profesionales de su institución de salud tienen en cuenta la intención de la familia de usar tratamientos de medicina alternativa como homeopatía o acupuntura? | | | | | |
| ¿En su centro de salud se usa alguno de los siguientes métodos para atender la diversidad cultural de los usuarios? | Siempre (4) | Casi siempre (3) | Casi nunca (2) | Nunca (1) | No sé (2.5) |
| 39) Entrenamiento del equipo de salud por instructores externos | | | | | |
| 40) Programas de capacitación presentados por los profesionales/funcionarios de su centro de salud. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 41) Uso de materiales o folletos adecuados a la cultura (lengua, imágenes, costumbres religiosas) | | | | | |
| 42) La composición del equipo de salud refleja la diversidad cultural de la población atendida | | | | | |
| 43) Cuenta con traductores o intérpretes | | | | | |
| 44) Se hace la planificación de servicios que reflejen la diversidad cultural. | | | | | |

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS: CLIMA ORGANIZACIONAL

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del experto: Sayago Mariño, Irma H.
 Institución donde labora : DIRESA APURIMAC
 Grado académico : Magister Salud Pública
 Instrumento de evaluación : Cuestionario del clima organizacional
 Autor del instrumento : Comité Técnico de Clima Organizacional del Ministerio de Salud Perú (2012). Adaptado por Br. Hugo Santos Vargas.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | | X |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | | | X |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | X |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | X | |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | | X |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | | X |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | | | X |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | | | X |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | | X |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | | X |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

 Mg. Irma H. Sayago Mariño
 RESP. VIG. N. MPN - VIH

Firma
 Mg.: Irma H. Sayago Mariño
 DNI: 31042042
 Teléfono: 983619939

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del experto: Chávez Sánchez Elizabeth
 Institución donde labora: Red Salud Abancay
 Grado académico: Maestro en Odontología
 Instrumento de evaluación: Cuestionario del clima organizacional
 Autor del instrumento: Comité Técnico de Clima Organizacional del Ministerio de Salud Perú (2012). Adaptado por Br. Hugo Santos Vargas.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | X | |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | | X | |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | X | |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | X | | |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | X | |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | | X |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | X | | |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | | X | |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | X | |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | | X |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse



Mg.: Elizabeth Chávez Sánchez
 DNI: 21547730
 Teléfono: 983682861

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

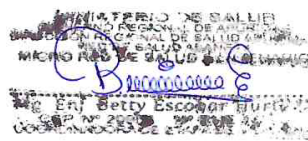
Apellidos y nombres del experto: ESCOBAR HURTADO BETTY
 Institución donde labora : MINSA - C.S. DR. CAALT
 Grado académico : MAGISTER
 Instrumento de evaluación : Cuestionario del clima organizacional
 Autor del instrumento : Comité Técnico de Clima Organizacional del Ministerio de Salud Perú (2012). Adaptado por Br. Hugo Santos Vargas.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | | X |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | | | X |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | X |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | X |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | | X |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | | X |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | | | X |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | | | X |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | | X |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | | X |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse


 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 MICHIGUAS DE SALUD
 Mg. Betty Escobar Hurtado
 COORDINADORA DE EVALUACIÓN

Firma
 Mg.: Gobierno y Gerencia en Salud
 DNI.: 31036433
 Teléfono: 983631992

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del experto: Sayago Mariño, Irma H.
 Institución donde labora: DIRESA APURIMAC
 Grado académico: Magister Salud Pública
 Instrumento de evaluación: Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores
 Autor del instrumento: Barbara Starfield, Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América (1999). Adaptada en Colombia por Osorio, Alexandra y Vélez, Consuelo (2017)

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | | X |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | | | X |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | X |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | X |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | X | |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | | X |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | | | X |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | | | X |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | | X |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | | X |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse



.....
Mg. Irma H. Sayago Mariño
 RESP. VIG. M:MPN - VIH

Firma
 Mg.: Irma Sayago Mariño
 DNI: 31042842
 Teléfono: 983619939

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del experto: Chavez Sanchez Elizabeth
 Institución donde labora : Red Salud Abancay
 Grado académico : Maestro en Odontología
 Instrumento de evaluación : Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores
 Autor del instrumento : Barbara Starfield, Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América (1999). Adaptada en Colombia por Osorio, Alexandra y Vélez, Consuelo (2017)

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | X | |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | X | | |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | X | | |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | X | | |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | X | |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | X | |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | | X | |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | X | | |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | X | |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | X | |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse



Mg.: Elizabeth Chávez Sánchez
 DNI: 21547730
 Teléfono: 983682861

ANEXO 2: EVALUACION DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del experto: ESCOBAR HURTADO BETTY
 Institución donde labora : MINSA - C.S. DR. CAALT
 Grado académico : MAGISTER
 Instrumento de evaluación : Cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores
 Autor del instrumento : Barbara Starfield, Universidad John Hopkins de los Estados Unidos de América (1999). Adaptada en Colombia por Osorio, Alexandra y Vélez, Consuelo (2017)

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| CRITERIO | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------|--------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Forma | 1. REDACCIÓN | Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios. | | | | | X |
| | 2. CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje apropiado. | | | | | X |
| | 3. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | X |
| Contenido | 4. ACTUALIDAD | Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | X |
| | 5. SUFICIENCIA | Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad. | | | | | X |
| | 6. INTENCIONALIDAD | El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación. | | | | | X |
| Estructura | 7. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación. | | | | | X |
| | 8. CONSISTENCIA | Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa. | | | | | X |
| | 9. COHERENCIA | Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables | | | | | X |
| | 10. METODOLOGÍA | La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico. | | | | | X |

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse

MINISTERIO DE SALUD
 GERESA REGIONAL DE SALUD
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍK
 MICRO REG. DE SALUD SAN PEDRO DE CAYUMAYO
 Mg. Enj. Betty Escobar Hurtado
 C.O.P. N° 20100
 LOCALIDAD DE SAN PEDRO DE CAYUMAYO

Firma
 Mg.: GOBIERNO GERENCIA EN SALUD
 DNI: 31036433
 Teléfono: 983631992

ANEXO 3: VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Cuestionario: Clima organizacional

| Juez | CRITERIO | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|-------------|----------------|---------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Forma | | | Contenido | | | Estructura | | | |
| | INDICADORES | | | | | | | | | |
| | 1. Redacción | 2. Claridad | 3. Objetividad | 4. Actualidad | 5. Suficiencia | 6. Intencionalidad | 7. Organización | 8. Consistencia | 9. Coherencia | 10. Metodología |
| Juez1. Mag. Irma Sayago Mariño | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,75 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Juez2. Mag. Elizabeth Chávez Sánchez | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 0,50 | 0,75 | 0,75 | 1,00 |
| Juez3. Mag. Betty Escobar Hurtado | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Total | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,75 | 0,92 | 1,00 | 0,83 | 0,92 | 0,92 | 1,00 |
| Mínimo valor | 1 | | | | | | | | | |
| Número de categorías | 4 | | | | | | | | | |
| Coefficiente V de Aiken = | 0,91 | | | | | | | | | |

Cuestionario: PCAT (Primary Care Assessment Tools) proveedores

| Juez | CRITERIO | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|-------------|----------------|---------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Forma | | | Contenido | | | Estructura | | | |
| | INDICADORES | | | | | | | | | |
| | 1. Redacción | 2. Claridad | 3. Objetividad | 4. Actualidad | 5. Suficiencia | 6. Intencionalidad | 7. Organización | 8. Consistencia | 9. Coherencia | 10. Metodología |
| Juez1. Mag. Irma Sayago Mariño | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,75 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Juez2. Mag. Elizabeth Chávez Sánchez | 0,75 | 0,50 | 0,50 | 0,50 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,50 | 0,75 | 0,75 |
| Juez3. Mag. Betty Escobar Hurtado | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Total | 0,92 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,92 | 0,92 | 0,83 | 0,92 | 0,92 |
| Mínimo valor | 1 | | | | | | | | | |
| Número de categorías | 4 | | | | | | | | | |
| Coefficiente V de Aiken = | 0,88 | | | | | | | | | |

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Estadísticas de fiabilidad cuestionario clima organizacional

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,667 | 34 |

Estadísticas de fiabilidad cuestionario funciones secundarias de APS

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,739 | 44 |

ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS

| Orden | SumaclimaOrg | Clima org | Sumadim1 | Dim1Di-seño | Sumadim2 | Dim2Cultura | Sumadim3 | Dim3Potencial | SumaP-CAT | PC-AT |
|-------|--------------|-----------|----------|-------------|----------|-------------|----------|---------------|-----------|-------|
| 1 | 83,0 | 2 | 24,0 | 2 | 32,0 | 3 | 27,0 | 2 | 98,0 | 2 |
| 2 | 99,0 | 3 | 29,0 | 3 | 33,0 | 3 | 37,0 | 3 | 105,0 | 2 |
| 3 | 83,0 | 2 | 27,0 | 3 | 26,0 | 1 | 30,0 | 2 | 116,0 | 3 |
| 4 | 86,0 | 2 | 25,0 | 2 | 27,0 | 2 | 34,0 | 3 | 132,0 | 3 |
| 5 | 95,0 | 3 | 28,0 | 3 | 33,0 | 3 | 34,0 | 3 | 93,0 | 2 |
| 6 | 98,0 | 3 | 30,0 | 3 | 33,0 | 3 | 35,0 | 3 | 124,0 | 3 |
| 7 | 72,0 | 1 | 15,0 | 1 | 31,0 | 3 | 26,0 | 2 | 106,5 | 2 |
| 8 | 80,0 | 2 | 25,0 | 2 | 26,0 | 1 | 29,0 | 2 | 103,0 | 2 |
| 9 | 78,0 | 2 | 22,0 | 2 | 26,0 | 1 | 30,0 | 2 | 128,5 | 3 |
| 10 | 87,0 | 2 | 25,0 | 2 | 31,0 | 3 | 31,0 | 2 | 115,5 | 3 |
| 11 | 81,0 | 2 | 26,0 | 2 | 27,0 | 2 | 28,0 | 2 | 105,0 | 2 |
| 12 | 67,0 | 1 | 17,0 | 1 | 26,0 | 1 | 24,0 | 1 | 110,0 | 2 |
| 13 | 87,0 | 2 | 27,0 | 3 | 29,0 | 2 | 31,0 | 2 | 125,5 | 3 |
| 14 | 78,0 | 2 | 22,0 | 2 | 28,0 | 2 | 28,0 | 2 | 100,0 | 2 |
| 15 | 64,0 | 1 | 20,0 | 1 | 25,0 | 1 | 19,0 | 1 | 79,0 | 1 |
| 16 | 65,0 | 1 | 20,0 | 1 | 24,0 | 1 | 21,0 | 1 | 77,0 | 1 |
| 17 | 66,0 | 1 | 19,0 | 1 | 25,0 | 1 | 22,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 18 | 79,0 | 2 | 24,0 | 2 | 28,0 | 2 | 27,0 | 2 | 88,5 | 1 |
| 19 | 78,0 | 2 | 22,0 | 2 | 28,0 | 2 | 28,0 | 2 | 92,0 | 1 |
| 20 | 66,0 | 1 | 20,0 | 1 | 25,0 | 1 | 21,0 | 1 | 78,0 | 1 |
| 21 | 62,0 | 1 | 19,0 | 1 | 23,0 | 1 | 20,0 | 1 | 77,0 | 1 |
| 22 | 75,0 | 2 | 24,0 | 2 | 26,0 | 1 | 25,0 | 1 | 95,5 | 2 |
| 23 | 68,0 | 1 | 19,0 | 1 | 27,0 | 2 | 22,0 | 1 | 96,0 | 2 |
| 24 | 62,0 | 1 | 19,0 | 1 | 22,0 | 1 | 21,0 | 1 | 78,0 | 1 |
| 25 | 65,0 | 1 | 19,0 | 1 | 25,0 | 1 | 21,0 | 1 | 74,0 | 1 |
| 26 | 64,0 | 1 | 20,0 | 1 | 24,0 | 1 | 20,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 27 | 61,0 | 1 | 17,0 | 1 | 24,0 | 1 | 20,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 28 | 70,0 | 1 | 19,0 | 1 | 27,0 | 2 | 24,0 | 1 | 85,0 | 1 |
| 29 | 78,0 | 2 | 23,0 | 2 | 29,0 | 2 | 26,0 | 2 | 91,0 | 1 |
| 30 | 65,0 | 1 | 20,0 | 1 | 25,0 | 1 | 20,0 | 1 | 79,0 | 1 |
| 31 | 62,0 | 1 | 18,0 | 1 | 23,0 | 1 | 21,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 32 | 64,0 | 1 | 19,0 | 1 | 25,0 | 1 | 20,0 | 1 | 75,0 | 1 |
| 33 | 64,0 | 1 | 21,0 | 2 | 23,0 | 1 | 20,0 | 1 | 77,0 | 1 |
| 34 | 61,0 | 1 | 17,0 | 1 | 24,0 | 1 | 20,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 35 | 65,0 | 1 | 21,0 | 2 | 23,0 | 1 | 21,0 | 1 | 78,0 | 1 |
| 36 | 60,0 | 1 | 18,0 | 1 | 23,0 | 1 | 19,0 | 1 | 72,0 | 1 |
| 37 | 64,0 | 1 | 19,0 | 1 | 25,0 | 1 | 20,0 | 1 | 78,0 | 1 |
| 38 | 61,0 | 1 | 20,0 | 1 | 23,0 | 1 | 18,0 | 1 | 74,0 | 1 |
| 39 | 62,0 | 1 | 17,0 | 1 | 24,0 | 1 | 21,0 | 1 | 74,0 | 1 |
| 40 | 61,0 | 1 | 18,0 | 1 | 24,0 | 1 | 19,0 | 1 | 75,0 | 1 |
| 41 | 62,0 | 1 | 18,0 | 1 | 23,0 | 1 | 21,0 | 1 | 73,0 | 1 |
| 42 | 64,0 | 1 | 20,0 | 1 | 23,0 | 1 | 21,0 | 1 | 76,0 | 1 |
| 43 | 65,0 | 1 | 18,0 | 1 | 26,0 | 1 | 21,0 | 1 | 75,0 | 1 |
| 44 | 60,0 | 1 | 17,0 | 1 | 22,0 | 1 | 21,0 | 1 | 78,0 | 1 |

ANEXO 6: BAREMOS PARA CATEGORIZAR LAS VARIABLES

Estadísticos

| Variable: Clima organizacional | | |
|--------------------------------|----------|---------|
| N | Válido | 44 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 71,295 |
| Desv. Desviación | | 10,9599 |
| Mínimo | | 60 |
| Máximo | | 99 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| a= Media - 0.75*Desviación estandar | 63 |
| b=Media + 0.75*Desviación estandar | 80 |

I: $((\text{Max}-\text{Min})+1)/3 = 13$

| | | Límite superior | Rango |
|----------------------|--------------|-----------------|-------|
| Clima organizacional | No saludable | 73 | 60-73 |
| | Por mejorar | 87 | 74-87 |
| | Saludable | 100 | 88-99 |

Estadísticos

| Dimensión: Diseño organizacional | | |
|----------------------------------|----------|--------|
| N | Válido | 44 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 21,068 |
| Desv. Desviación | | 3,6498 |
| Mínimo | | 15 |
| Máximo | | 30 |

| | |
|-------------------------------------|------|
| a= Media - 0.75*Desviación estandar | 18,3 |
| b=Media + 0.75*Desviación estandar | 23,8 |

I: $((\text{Max}-\text{Min})+1)/3 = 13$

| | | Límite superior | Rango |
|-----------------------|--------------|-----------------|-------|
| Diseño organizacional | No saludable | 20 | 15-20 |
| | Por mejorar | 26 | 21-26 |
| | Saludable | 31 | 27-30 |

Estadísticos

Dimensión: Cultura organizacional

| | | |
|------------------|----------|--------|
| N | Válido | 44 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 26,045 |
| Desv. Desviación | | 3,0572 |
| Mínimo | | 22 |
| Máximo | | 33 |

a= Media - 0.75*Desviación estandar 23,75

b=Media + 0.75*Desviación estandar 28,34

I: ((Max-Min)+1)/3 = 13

| | | Límite superior | Rango |
|------------------------|--------------|-----------------|-------|
| Cultura organizacional | No saludable | 26 | 22-26 |
| | Por mejorar | 30 | 27-30 |
| | Saludable | 34 | 31-33 |

Estadísticos

Dimensión: Potencial humano

| | | |
|------------------|----------|--------|
| N | Válido | 44 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 24,182 |
| Desv. Desviación | | 5,0682 |
| Mínimo | | 18 |
| Máximo | | 37 |

a= Media - 0.75*Desviación estandar 20,38

b=Media + 0.75*Desviación estandar 27,98

I: ((Max-Min)+1)/3 = 13

| | | Límite superior | Rango |
|------------------|--------------|-----------------|-------|
| Potencial humano | No saludable | 25 | 18-25 |
| | Por mejorar | 31 | 26-31 |
| | Saludable | 38 | 32-37 |

Estadísticos

Variable: Cumplimiento de funciones secundarias de la APS

| | | |
|------------------|----------|---------|
| N | Válido | 44 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 89,477 |
| Desv. Desviación | | 17,5476 |
| Mínimo | | 72 |
| Máximo | | 132 |

a= Media - 0.75*Desviación estandar 76,32

b=Media + 0.75*Desviación estandar 102,64

I: ((Max-Min)+1)/3 = 13

| | | Límite superior | Rango |
|---|---------|-----------------|---------|
| Cumplimiento de funciones secundarias de la APS | Bajo | 92 | 72-92 |
| | Regular | 113 | 93-113 |
| | Buen | 133 | 114-132 |

ANEXO 7: AUTORIZACION PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

SOLICITA: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

SEÑORA JEFA DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO.

S.J.

Yo, Hugo Guillermo Santos Vargas, identificado con DNI 29387527, con domicilio en Prol. Huancavelica S/N. de la ciudad de Abancay, me presento y expongo:

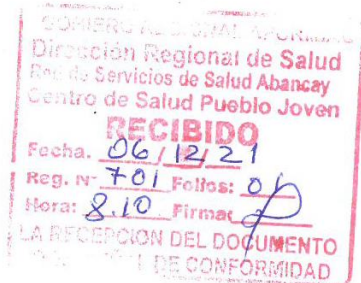
Que, habiendo culminado mis estudios de posgrado de SALUD PÚBLICA en la Universidad Tecnológica de los Andes – Abancay, solicito a Ud. Permiso para realizar mi trabajo de investigación y la recolección de datos en su institución cuyo título es: “CLIMA ORGANIZACIONAL Y CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES SECUNDARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO, ABANCAY, 2021”, el mismo que servirá para optar el grado de maestro en Salud Pública.

POR LO EXPUESTO:

Esperando ser aceptado mi pedido, me suscribo de

Ud.

Abancay, 05 de diciembre del 2021.



HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS

DNI N° 293875274



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
RED DE SALUD ABANCAY
MICRO RED CENTENARIO
C.S DR CARLOS AYESTAS LA TORRE



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE LA INDEPENDENCIA"

Abancay, 16 diciembre 2021

Señor:

Hugo Guillermo, Santos Vargas

CIUDAD.-

ASUNTO: Autorización de recolección de datos

REFERENCIA: Solicitud s/n

Previo un cordial saludo, me dirijo a Ud. Para dar por aceptada su solicitud para realizar el trabajo de investigación y recolección de datos para el desarrollo de la Tesis sobre **"NIVEL DEL CLIMA ORGANIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES SECUNDARIAS DE LA ATENCION PRIMARIA, EN PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO, ABANCAY 2021"**

Aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración especial.

Atentamente


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC
RED DE SALUD ABANCAY
[Firma]
Lic. *Minerva Quintana Cordova*
C.P. 45009
C.S DR CARLOS AYESTAS LA TORRE

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Clima organizacional y cumplimiento de funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.

| Problema | Objetivo | Hipótesis | Operacionalización | | Método |
|---|--|---|---|---|---|
| | | | Variable | Indicadores | |
| <p>P.G: ¿De qué manera el clima organizacional se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?</p> | <p>O.G: Determinar la relación del clima organizacional y el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.</p> | <p>H.G: El clima organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.</p> | <p>Variable (X): Clima organizacional. Dimensiones:</p> | | <p>Alcance: Correlacional. Diseño: No experimental, transeccional correlacional. Población: 44 profesionales de la salud</p> |
| | | | <p>Diseño organizacional</p> | <p>Estructura Toma de decisiones Comunicación organizacional Remuneración</p> | |
| <p>P.E:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿De qué manera el diseño organizacional se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021? ¿De qué manera la cultura de la organización se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de | <p>O.E:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la relación del diseño organizacional con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021. Identificar la relación de la cultura de la organización con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de | <p>H.E:</p> <ul style="list-style-type: none"> El diseño organizacional se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021. La cultura de la organización se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de | <p>Cultura de la organización</p> | <p>Identidad Conflicto y cooperación Motivación</p> | <p>Muestra:44 profesionales de la salud Muestreo: no probabilístico por conveniencia Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario del clima organizacional. Cuestionario PCAT (Primary</p> |
| | | | <p>Potencial humano</p> | <p>Liderazgo Innovación Recompensa Confort</p> | |
| | | | <p>Variable (Y): Cumplimiento de funciones secundarias de la APS. Dimensiones:</p> | | |
| | | | <p>Enfoque familiar</p> | <p>Atención centrada en la familia</p> | |
| <p>Orientación comunitaria</p> | <p>Atención en el ámbito comunitario.</p> | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|---|--|
| <p>Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera el potencial humano se relaciona con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021? | <p>Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación del potencial humano con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021. | <p>Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El potencial humano se relaciona significativamente con el cumplimiento de las funciones secundarias de la atención primaria, en profesionales del Centro de Salud Pueblo Joven Centenario, Abancay, 2021. | <p>Competencia cultural</p> | <p>Participación comunitaria. Enfoque epidemiológico. Atención a la diversidad.</p> <p>Atención a la diversidad.</p> <p>Adecuación del servicio a las características culturales de la población usuaria.</p> | <p>Care Assessment Tools) proveedores.</p> |
|---|--|---|-----------------------------|---|--|